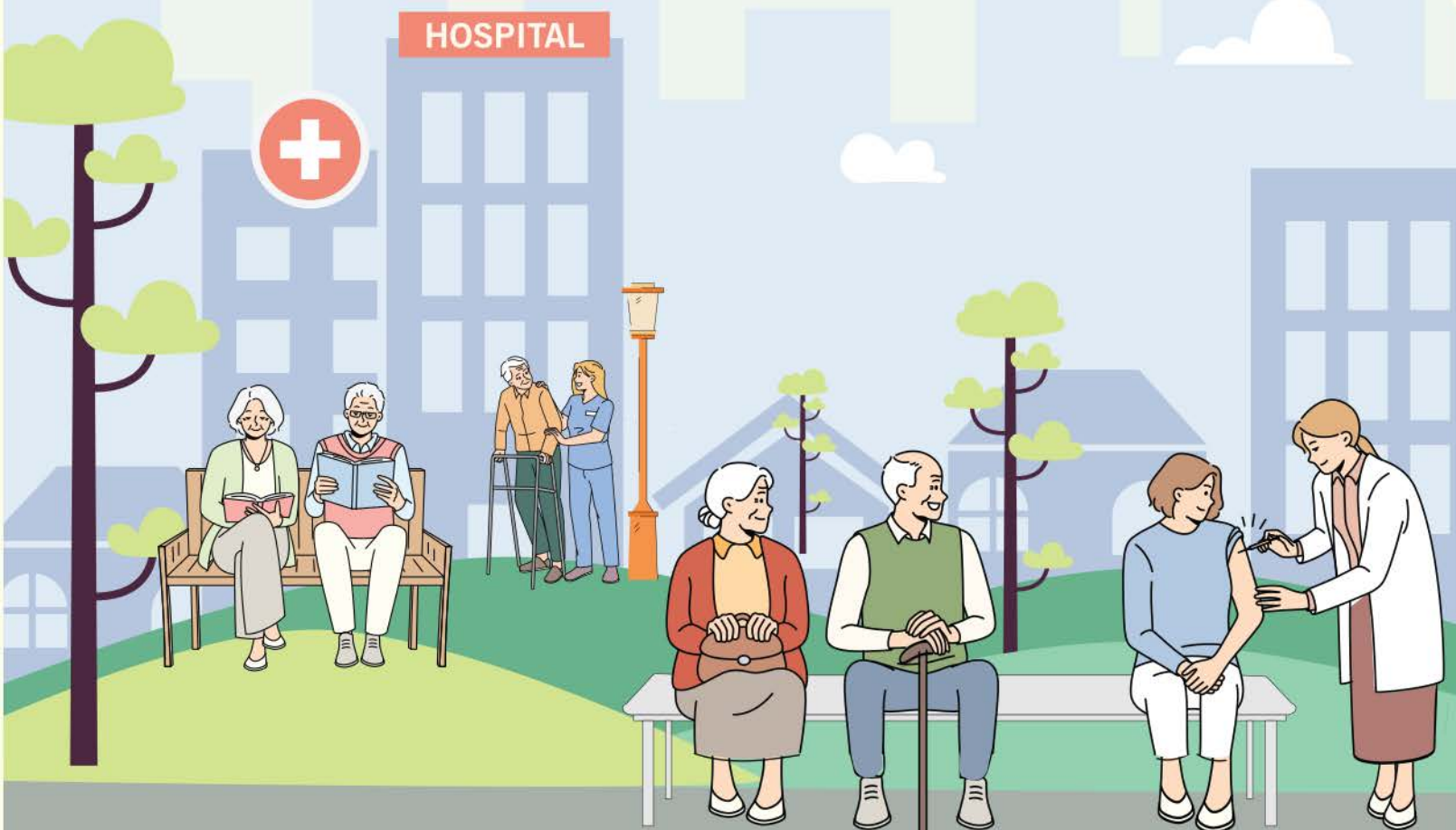


บริการทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุ

“ต่างวัยแต่อย่าให้ต่างกัน”



ศุภรัต ชวนวัน

สิทธินาถิ สมตา

กาญจนา เกียนลาย

วิชาญ ชูรัตน์

ปิลลวิวัฒน์ เกื้อกลิ่น

บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงวัย “ต่างวัยแต่อย่าให้ต่างกัน”

ศุทธิดา ขวณวัน
กาญจนา เทียนลาย
ปณณวัฒน์ เกื้อนกลิ่น
สิทธิชาติ สมตา
วิชาญ ชูรัตน์

สนับสนุนโดย
แผนงานวิจัยท้าทายไทย: สังคมสูงวัยที่ยั่งยืนภายใต้วิถีชีวิตใหม่
สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

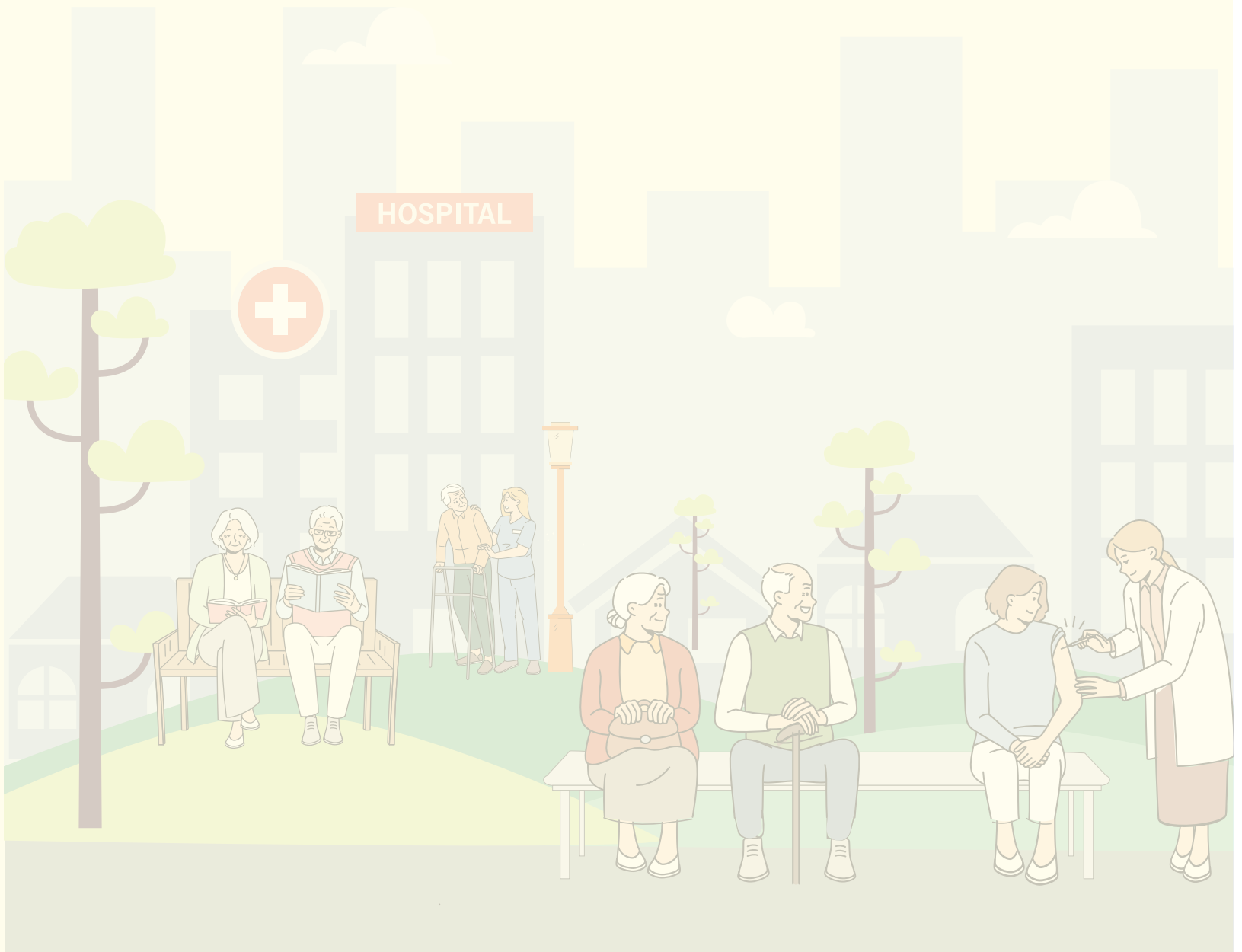
บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ “ต่างวัยแต่อย่าให้ต่างกัน” / ศุทธิดา ชนวนวัน ... [และคนอื่นๆ]
-- พิมพ์ครั้งที่ 1. – นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2566.
(เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 600)
148 หน้า.

ISBN : 978-616-443-840-8

1. ผู้สูงอายุ – ไทย. 2. บริการสังคม. I. กาญจนา เทียนลาย. II. วิชาญ ชูรัตน์.
III. ปณณวัฒน์ เกื้อนกลิ่น. IV. สิทธิชาติ สมตา. V. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและ
สังคม. VI. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ. VII. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. VIII. ชื่อชุด.

HQ1064.T5 บ215 2566

จัดพิมพ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ตำบลดศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 โทร 0-2441-0201-4 โทรสาร 0-2441-9333
พิมพ์ครั้งที่ 1	กันยายน 2566
จำนวนพิมพ์	300 เล่ม
ปกและรูปเล่ม	ฉัฏฐยาน์ ฟิงเย้นชวนกุล
พิมพ์ที่	บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน) 376 ถนน ชัยพฤกษ์ แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170 โทรศัพท์ 0-2882-1010 โทรสาร 0-2434-1385



บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงวัย “ต่างวัยแต่อย่าให้ต่างกัน”

ผู้ทรงคุณวุฒิทบทวนหนังสือ

ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สინเดชารักษ์

คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ดร.ณัฐชуда สุภาพจน์

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล

คณะผู้เขียน

รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภธิดา ชวนวัน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

นางสาวกาญจนา เทียนลาย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

นายปณณวัฒน์ เกื่อนกลิ่น สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

นายสิทธิชาติ สมตา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

นายวิชาญ ชูรัตน์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สนับสนุนโดย

แผนงานวิจัยท้าทายไทย: สังคมสูงวัยที่ยั่งยืนภายใต้วิถีชีวิตใหม่

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

คำนำ

หนังสือเรื่อง “บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงวัย “ต่างวัยแต่อย่าให้ต่างกัน” เล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง “การเข้าถึงบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม” ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติผ่านมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ประจำปีงบประมาณ 2564 โครงการนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการพิจารณารับรองเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2564 หมายเลขอ้างอิง COA. No. 2021/06-130

หนังสือเล่มนี้ รวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงสถานการณ์ และตัวอย่างจากประเทศต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทางสังคมในด้านสุขภาพอนามัย ด้านความมั่นคงในการดำรงชีวิตการทำงาน แหล่งรายได้ การดูแล การมีส่วนร่วมในสังคม ที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการทางสังคม รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ตลอดจนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ทิศทางการจัดบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยแตกต่างกัน

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณที่ปรึกษาโครงการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล ที่ปรึกษาโครงการฯ ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สนิเดชาภิรักษ์ และ ดร.ณัฐชุตตา สุภาพจน์ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นหนังสือ รวมถึงอาจารย์ นักวิจัยในสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ที่มีความสนใจในประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุร่วมกันสำหรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ จนทำให้โครงการนี้ได้เริ่มต้นดำเนินการจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณบุคลากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมทุกท่านที่ช่วยเหลืออย่างดีมาตลอด รวมถึงหน่วยงาน และผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2566

คำนิยม

“คน ชุมชน สังคม ล้วนย่อมเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา ไม่มีใคร ที่ไหน ในสังคมใดที่จะทานทนต่อกระแสความเปลี่ยนแปลงได้ไม่ช้าก็เร็ว สิ่งที่น่าสนใจกว่าการเปลี่ยนแปลงที่มาถึงหรือจะมาถึง คือเราพร้อมหรือไม่ อย่างไร รวมไปถึงผลของความเปลี่ยนแปลงนั้นจะเป็นเช่นไร”

หนังสือเล่มที่ท่านกำลังอ่านอยู่นี้ มีที่มาจากผลงานวิจัยที่คณะผู้เขียนได้ศึกษาและแปลงจากรูปแบบของงานวิจัยที่มักคุ้นกันโดยทั่วไปให้เป็นหนังสือที่สามารถอ่านได้ง่าย เข้าใจได้เลย และนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ทั้งในเชิงเนื้อหาและรูปแบบที่บรรจุอยู่ในเล่มนี้ตลอดทั้งเล่ม ไม่ได้สื่อเพียงการอ่านเพื่อเพิ่มพูนความรู้เท่านั้น แต่หนังสือเล่มนี้ยังให้คุณูปการในการ “บริการทางสังคม” สำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้ชื่อโครงการวิจัยที่สนใจศึกษาการเข้าถึงระบบบริการสังคมทั้งก่อนและหลังเป็นผู้สูงอายุ

ผมอ่านรวดเดียวจบแบบเร็วๆ ต่วนๆ ตามที่ได้รับการร้องขอด้วยเวลามีจำกัด อย่างไรก็ตามผมได้ให้ความเห็นไว้ที่อยากนำมาเขียนซ้ำในคำนิยมหนังสือเล่มนี้ก็คงไม่ผิดไปจากข้อหัวข้อที่จะแสดงให้เห็นถึงความนิยมที่ผมมีต่อหนังสือเล่มนี้ โดยผมให้ความเห็นตั้งเป็นข้อสังเกตไว้ 3 ประการ ได้แก่ 1) ชื่อเรื่องน่าสนใจดีชวนอ่าน 2) จากประเด็นสำคัญในการวิจัย หนังสือเล่มนี้ได้ตอบโจทย์เรื่อง “การเข้าถึงระบบบริการสังคม” ของคนใกล้สูงอายุอย่างไร? และมีปัญหาตรงไหนในอดีตจนถึงปัจจุบัน รวมถึงแนวทางที่เป็นไปได้ในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างเท่าเทียมและไม่ต่างกันได้จริง ตรงนี้ต้องชัดเจน โดยนำที่จะเพิ่มบทสรุปก่อนไปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในบทที่ 10 (มิได้หมายความว่าในที่นี้คณะผู้เขียนจะต้องแก้ไขปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามความเห็นผม ด้วยว่าเป็นเพียงข้อสังเกตและต้องเคารพคณะผู้เขียนที่มีข้อมูลมากกว่าเข้าใจมากกว่า และศึกษาโดยตรงมากกว่า) 3) รูปแบบในหนังสือดูง่ายเข้าใจได้เลย เหมาะสมกับการนำเสนอในลักษณะที่ให้ผู้อ่านติดตามอย่างน่าสนใจ

ท่านใดจะเห็นคล้ายหรือต่างกับที่ผมให้ความเห็นข้างต้น ท่านสามารถวินิจฉัยและเกิดเป็นข้อยุติได้ด้วยตัวท่านเองภายหลังจากอ่านหนังสือเล่มนี้จนจบ ดังที่ผมได้มีข้อสรุปไว้ตอนต้นของหน้านี้ไว้แล้วนั่นเอง

ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์

คำนิยม

หนังสือ บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงวัย “ต่างวัยแต่อย่าให้ต่างกัน” เล่มนี้ เป็นการบอกเล่าถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัยในประเทศไทย ผู้เขียนได้ใช้คำว่า “สูงวัย สูงไว” ซึ่งสะท้อนให้เห็นภาพของแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบันและอนาคต โดยหนังสือเล่มนี้ได้อธิบายให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อมโยงไปถึงการดำเนินชีวิต รูปแบบการอยู่อาศัยเมื่อสังคมได้เปลี่ยนไป ตลอดจนการเข้าถึงบริการสังคมของผู้สูงวัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งได้มีการเสนอแนะทิศทางการจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงวัยได้มีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมได้อย่างทั่วถึง ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงวัย สามารถนำมาปรับการให้บริการสังคมให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยต่อไป

ดร.ณัฐชуда สุภาพจน์

JATIPORN
HOSPITAL



โหมโรง

“คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย” กำหนดเป็นเส้นทางและเป้าหมายของการพัฒนาที่หลายประเทศยึดถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน รวมถึงประเทศไทยที่มีความพยายามจากหลายภาคส่วนในการขับเคลื่อนเพื่อจะให้ประเทศสามารถบรรลุเป้าประสงค์ภายใต้เป้าหมายที่ 3 ของการพัฒนาที่ยั่งยืนนี้ได้

“สูงวัย สูงไว” อาจเป็นคำง่าย ๆ ในการทำความเข้าใจสถานะของสังคมไทยในปัจจุบันที่เผชิญหน้ากับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยซึ่งกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว” (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด) ซึ่งไม่ใช่เรื่องแปลกแต่เป็นเรื่องจริงที่สมาชิกของสังคมจะร่วมกันรับรู้และเข้าใจ และอาจเป็นเรื่องใหม่ของอีกหลายคนที่เห็นภาพได้ชัดเจนมากขึ้น พ่วงมากับคำถามที่นักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจะร่วมกันหาคำตอบหรือแนวทางเพื่อการสูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing)

โลกในศตวรรษที่ 21 ในวันที่เทคโนโลยีดิจิทัลรวมถึงนวัตกรรมที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วได้เข้ามาทำงานเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต ซึ่งบางสิ่งสามารถทดแทนและช่วยให้มนุษย์สามารถใช้ชีวิตได้อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น ความสุขสบายในการดำเนินชีวิต การมีอาหารที่ดี มีสถานที่สาธารณะที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก รวมถึงมีสิ่งแวดล้อมที่พร้อมรองรับการใช้ชีวิตในทุกๆ ช่วงเวลาของชีวิต หรือแม้กระทั่งในวันที่ต้องการการรักษา ดูแลหรือฟื้นฟู ก็มีสถานพยาบาลหรือจุดบริการเพื่อรักษา ที่ไปได้ง่าย สะดวก มีเงินพอจ่ายได้ เพื่อให้สามารถรักษาวิถีชีวิตต่อไปได้อย่างยาวนานที่สุด

หนังสือเล่มนี้ หยิบยกและบอกเล่าบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงวัย โดยอาศัยข้อมูลจากงานวิจัยของโครงการวิจัย “การเข้าถึงระบบบริการสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกันเพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม” สนับสนุนโดยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ผลการศึกษาของงานวิจัยนี้ได้นำมาเป็นจุดเริ่มต้นในการชวนคิดถึงสถานการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของครัวเรือน การปรับโฉมรูปแบบที่ทำให้เกิดเป็น “ครัวเรือนผู้สูงอายุ” และสิ่งที่จะเข้ามาเป็นตัวช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากยิ่งขึ้นจากตัวอย่างซึ่งมีการดำเนินการแล้วในบางพื้นที่ของประเทศไทย นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์

นอกจากผู้อ่านจะได้รู้ข้อมูลเชิงประจักษ์แล้ว หนังสือเล่มนี้อาจเป็นเครื่องมือขนาดย่อมในการทำความเข้าใจ และเพื่อร่วมกันออกแบบกลไกของการมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมกับสถานการณ์ในวันข้างหน้า รับมือกับสถานการณ์ที่เผชิญหน้า และพัฒนาจากปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วในสังคม ซึ่งสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์นั้น คงไม่ใช่การสมบูรณ์ด้วยคนสูงวัย แต่จะสมบูรณ์ได้ด้วยคนทุกเพศ ทุกวัย ทุกบริการ และทุกภาคส่วนที่พร้อมเพรียงกันเคลื่อนสังคมนี้ให้เหมาะสมสำหรับทุกคน เพื่อเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอนาคตอันใกล้

สารบัญ

01	ฉายภาพผู้สูงอายุไทย	4
	1.1 ปี 2563 สัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าสัดส่วนเด็ก	5
	1.2 สังคมไทยกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” แล้ว	6
	1.3 สัดส่วนผู้สูงอายุไทยวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก	7
	1.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล	8
02	การเข้าถึงบริการทางสังคม	9
	2.1 ทวนความคิด นิยามความหมายของการเข้าถึงบริการทางสังคม	10
	2.2 แนวคิดและแนวทางการจัดบริการทางสังคมที่เหมาะสม	13
	2.3 ต่างประเทศทำอะไรกันไปแล้วบ้าง...ในการจัดบริการทางสังคม	14
	2.4 สถานการณ์การเข้าถึงบริการทางสังคมของประเทศไทย	28
	2.5 ปัญหา อุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางสังคม	30
03	รูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือน	32
	3.1 โครงสร้างประชากรเปลี่ยน โครงสร้างครัวเรือนเปลี่ยน	33
	3.2 รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในต่างประเทศ	34
	3.3 การแบ่งประเภทของครัวเรือนไทยตามรูปแบบการอยู่อาศัย	35
	3.4 พลิกโฉมครัวเรือนผู้สูงอายุจากอดีตสู่ปัจจุบัน	36
04	ยิ่งสูงวัย ยิ่งเดียวดาย	42
	4.1 เมื่อสังคมเปลี่ยน คนอยู่คนเดียวมากขึ้น	43
	4.2 ผลกระทบของการอยู่คนเดียว	44
	4.3 ยิ่งมีอายุมากขึ้น ยิ่งมีแนวโน้มอาศัยอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น	45
	4.4 ผู้หญิงอายุยืนยาวกว่า...อยู่คนเดียวยาวนานกว่า	46
05	ผู้สูงอายุกับความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ	47
	5.1 ผู้สูงอายุประเมินสถานะทางสุขภาพด้วยตนเองว่าอย่างไร	49
	5.2 ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเองอย่างน้อยเพียงใด	52
	5.3 สวัสดิการพยาบาลและการรักษาเมื่อเจ็บป่วย...เครื่องสะท้อนคุณภาพชีวิต	56
	5.4 ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	58

06

ความมั่นคงในการดำรงชีวิต กับการสูงวัยอย่างมีพลัง	67
6.1 เมื่อความมั่นคงทางด้านจิตใจ...เป็นพื้นฐานของความมั่นคงในชีวิต	69
6.2 เมื่อผู้สูงอายุยังคงต้องการการสนับสนุนการสร้างอาชีพและการมีรายได้	77
6.3 การมีผู้ดูแล เป็นลาภอันประเสริฐ	89

07

ผู้สูงอายุกับการมีส่วนร่วมในสังคม	94
7.1 ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมในเรื่องอะไรได้บ้าง	96
7.2 ความเหลื่อมล้ำของผู้สูงอายุที่นำไปสู่การไม่มีส่วนร่วมในสังคม	98

08

ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ	102
8.1 การมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุควรพิจารณาจากเรื่องอะไรได้บ้าง	104
8.2 ปัญหาความเหลื่อมล้ำในเรื่องที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ	105
8.3 การวางแผนการอยู่อาศัยในอนาคตเพื่อมุ่งไปสู่การสูงวัยอย่างมีพลัง	108

09

เมื่อเทคโนโลยีก้าวไกลไปกว่าความรู้ทางสื่อดิจิทัลของผู้สูงอายุ	110
9.1 ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสาร	111
9.2 เมื่อการสื่อสารผ่านบุคคล และหอกระจายข่าว ยังคงมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ	112
9.3 อินเทอร์เน็ต เริ่มเป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ	113

10

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	120
10.1 ทิศทางการจัดบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสังคม	121
10.2 “ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไร้ญาติขาดมิตร สุขภาพไม่ดี / ติดเตียง” เป็นประชากรลำดับแรกๆที่ภาครัฐควรจัดบริการทางสังคม	122
10.3 10 บริการด้านสุขภาพ ความมั่นคงในชีวิต การมีส่วนร่วม และการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ	123
10.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	130
บรรณานุกรม	133
ดัชนีคำค้น	139

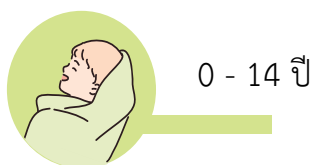
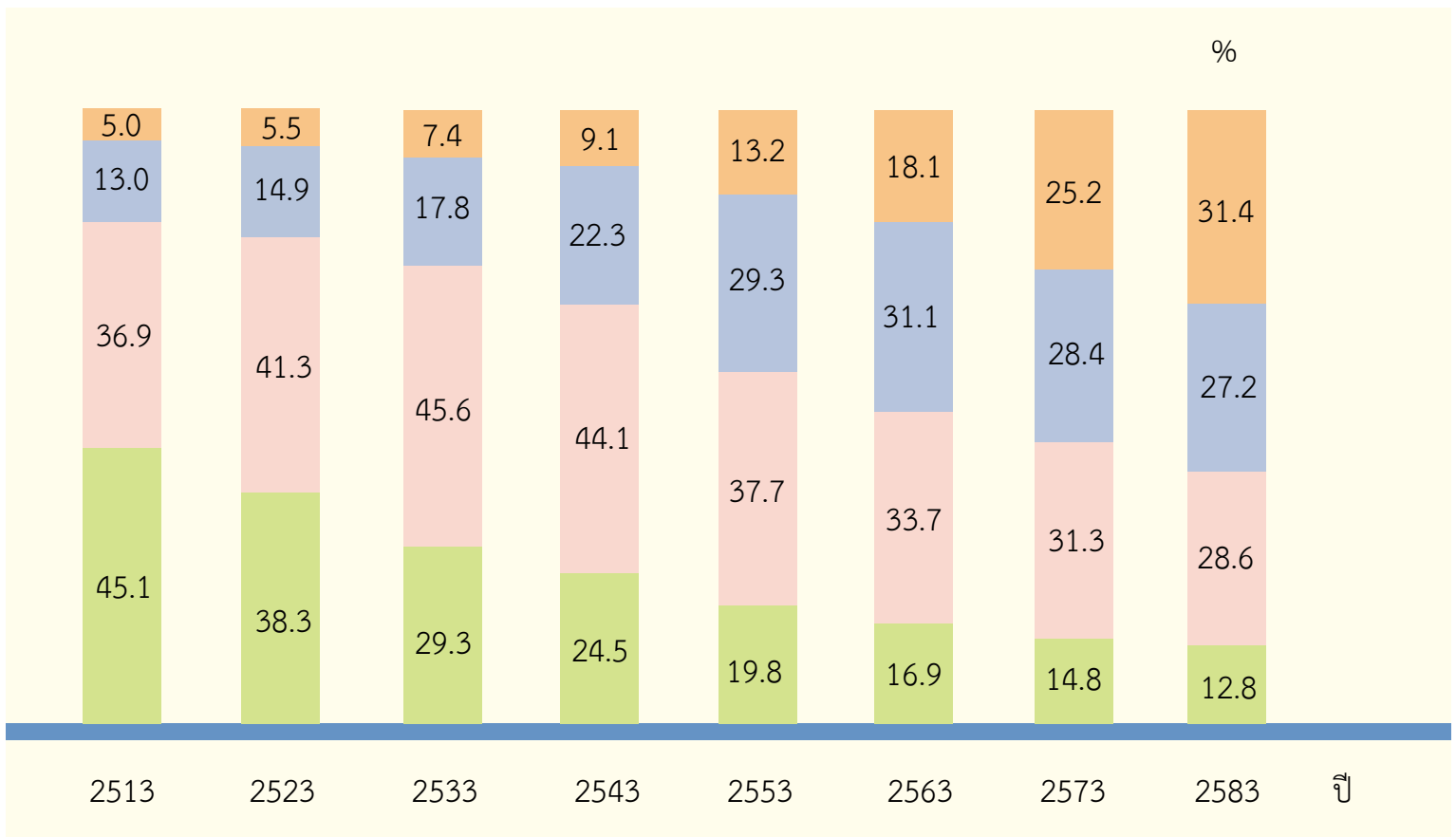
01

ฉายภาพ ผู้สูงอายุไทย



1.1 ปี 2563 สัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าสัดส่วนเด็ก

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยในรอบ 5 ทศวรรษที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด แม้ว่าประชากรส่วนใหญ่ยังคงเป็นประชากรวัยแรงงานอายุ 15 - 59 ปี แต่สัดส่วนประชากรเด็กอายุ 0 - 14 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 45.1 ในปี 2513 เหลือเพียงร้อยละ 16.9 ในปี 2563 และคาดว่าจะลดเหลือเพียงร้อยละ 12.8 ในปี 2583 ในขณะที่สัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.0 ในปี 2513 เป็นร้อยละ 18.1 ในปี 2563 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 ในปี 2583 โดยในปี 2563 สัดส่วนของประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรเด็กแล้ว



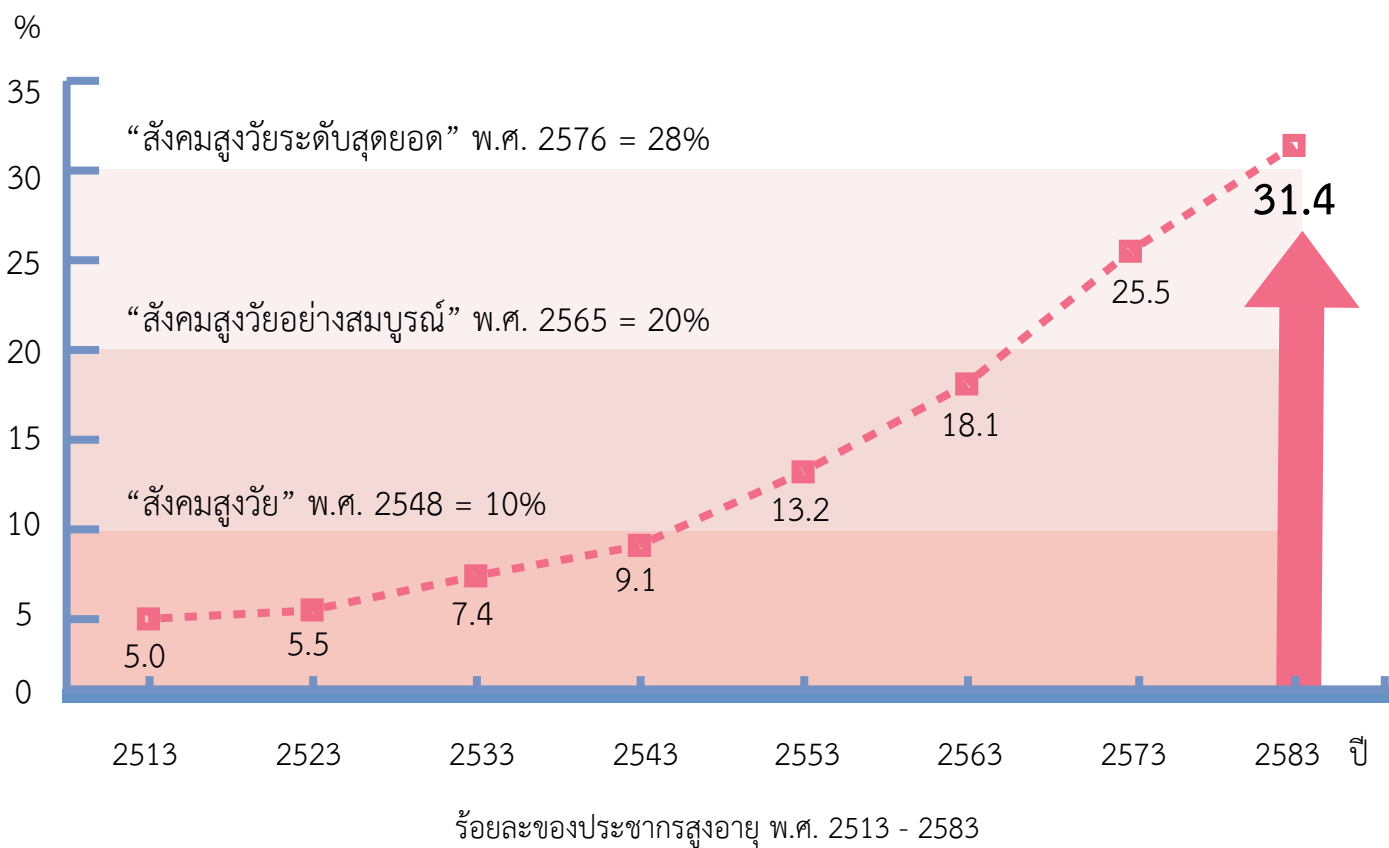
ร้อยละของประชากร จำแนกตามกลุ่มวัย พ.ศ. 2513-2583

ที่มา: 1) สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513, 2523, 2533, 2543, 2553 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1.2 สัมคมไทยกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” แล้ว

ในปี 2548 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยแล้วคือ มีสัดส่วนประชากรสูงอายุร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หลังจากนั้นสัดส่วนประชากรสูงอายุยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในปี 2565 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ ร้อยละ 20 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยใช้เวลาเพียง 17 ปีเท่านั้น นอกจากนี้ ข้อมูลจากการคาดประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทย ชี้ให้เห็นว่า อีกเพียง 11 ปีเท่านั้น ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด โดยสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ของผู้สูงอายุอายุทั้งหมดในปี 2576

“ในปี 2565 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว”

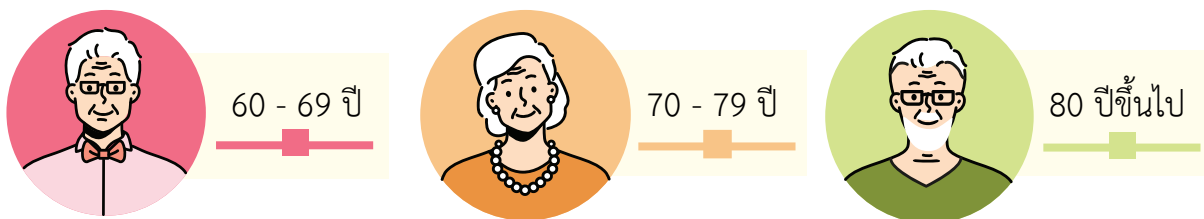
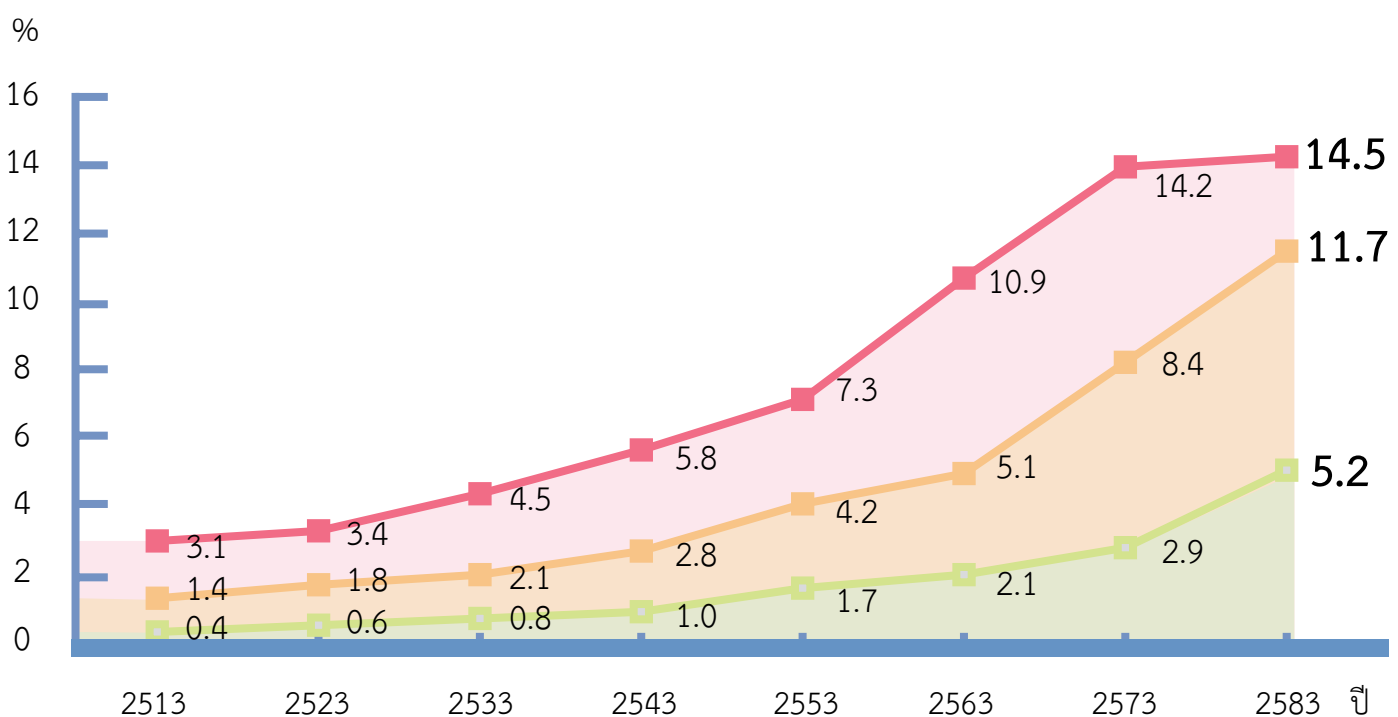


อายุ 60 ปีขึ้นไป

- ที่มา: 1) สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513, 2523, 2533, 2543, 2553 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง), สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1.3 สัดส่วนผู้สูงอายุไทยวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก

เมื่อจำแนกผู้สูงอายุออกเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยหลังจากปี 2563 สัดส่วนของผู้สูงอายุจะมีการเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ซึ่งผู้สูงอายุวัยต้นจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.9 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 14.5 ในปี 2583 เช่นเดียวกับผู้สูงอายุวัยกลางจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.1 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 11.7 ในปี 2583 และผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.1 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 5.2 ในปี 2583



ร้อยละของประชากรสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มวัย พ.ศ. 2533 - 2583

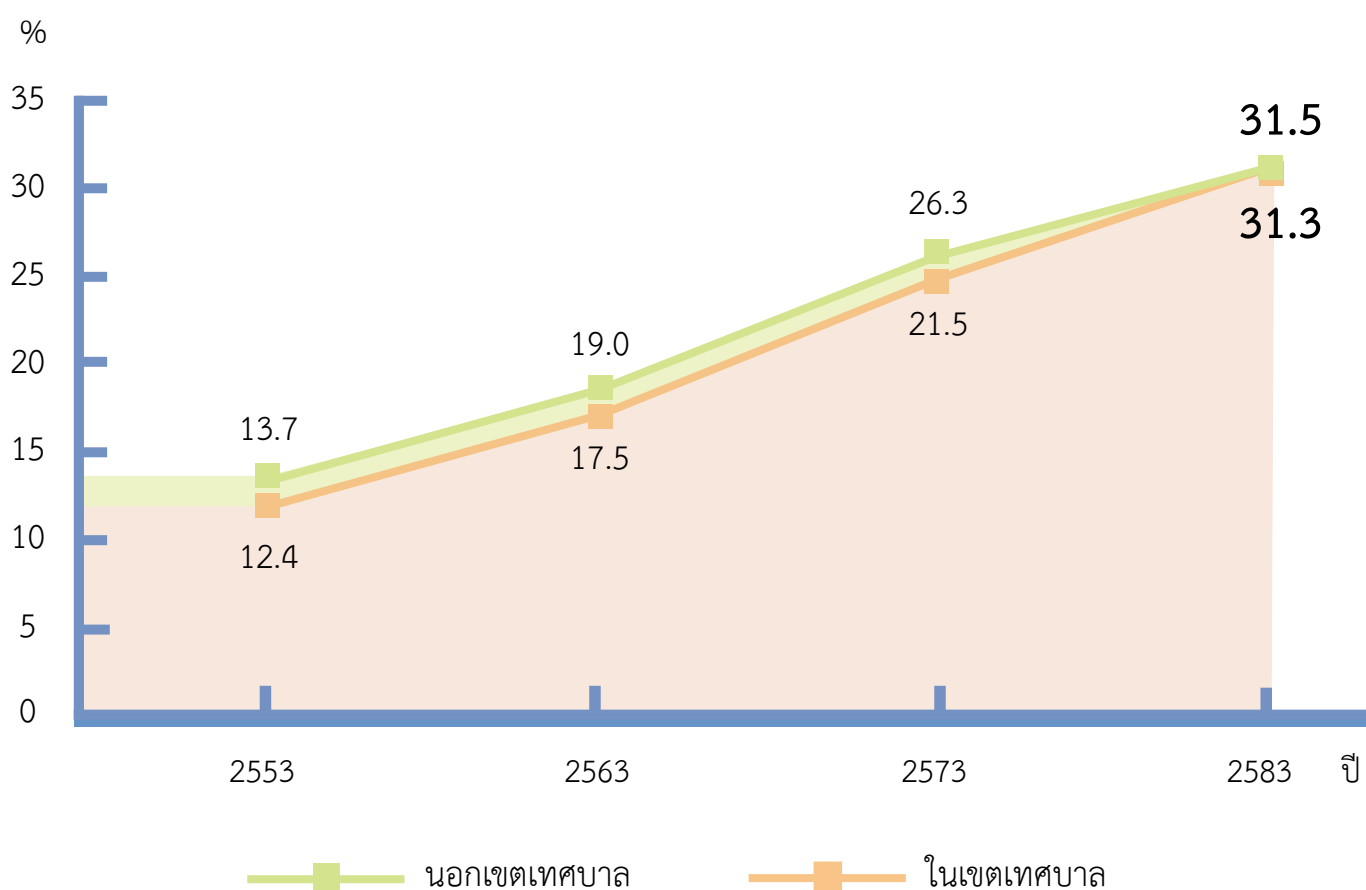
“ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มวัย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

ที่มา: 1) สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513, 2523, 2533, 2543, 2553 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง), สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่

อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล

สัดส่วนผู้สูงอายุตามเขตการปกครองมีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยพบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.7 เป็นร้อยละ 31.5 ในปี 2553 และ 2583 ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้น 12.4 เป็นร้อยละ 31.3 ในปี 2553 และ 2583 ตามลำดับ



สัดส่วนผู้สูงอายุ จำนวนตามเขตปกครอง พ.ศ. 2553-2583



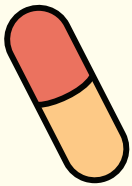
ที่มา: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง), สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

02

การเข้าถึง บริการทางสังคม



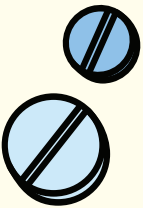
2.1 กบทวนความคิด นิยามความหมาย ของการเข้าถึงบริการทางสังคม



นักคิด นักวิชาการ และผู้ที่สนใจศึกษาด้านการเข้าถึงบริการทางสังคม โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพ ได้เสนอแนะและชี้ประเด็นเชิงประจักษ์ว่า องค์ประกอบของการเข้าถึงเมื่อนำมารวมเข้าไว้ด้วยกันแล้วจะสามารถบอกได้ว่าการเข้าถึงบริการนั้นเกิดขึ้นและเป็นไปได้อย่างไร มิติของการเข้าถึงต่างๆ เมื่อจับต้นชนปลายเข้าหากันแล้ว ทำให้สามารถอธิบายและสื่อความหมายของการเข้าถึงบริการได้เมื่อเริ่มทำความเข้าใจในการเข้าถึงบริการทางสังคม



มิติทั้ง 3 ด้าน ที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอไว้เป็นแนวทางในการพิจารณาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ คือ การเข้าถึงทางกายภาพ (physical accessibility) ความสามารถในการจ่ายได้ (financial affordability) และการยอมรับในการบริการ (acceptability) บริการที่เกิดขึ้นนี้เห็นได้ชัดจากระบบบริการทางสุขภาพ ผ่านการมีระบบนัดหมาย การจัดบริการเคลื่อนที่ ที่ผู้รับบริการสามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายของบริการเหล่านี้ หากสามารถยอมรับบริการที่เกิดขึ้น แม้จะดีหรือยังดีไม่มากพอก็ตาม ทั้งสามมิติ หากมีการเกิดขึ้นแล้ว “การเข้าถึงบริการในด้านสุขภาพ” ย่อมถือได้ว่ามีการ “เข้าถึง” ได้



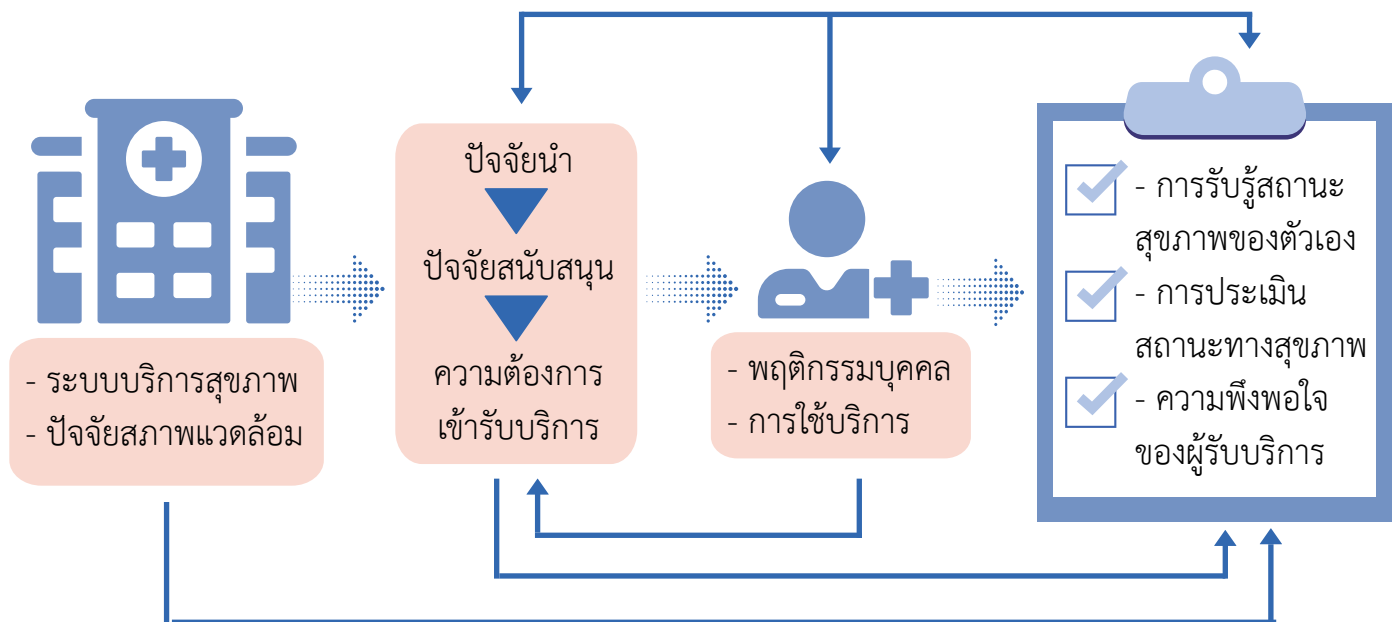
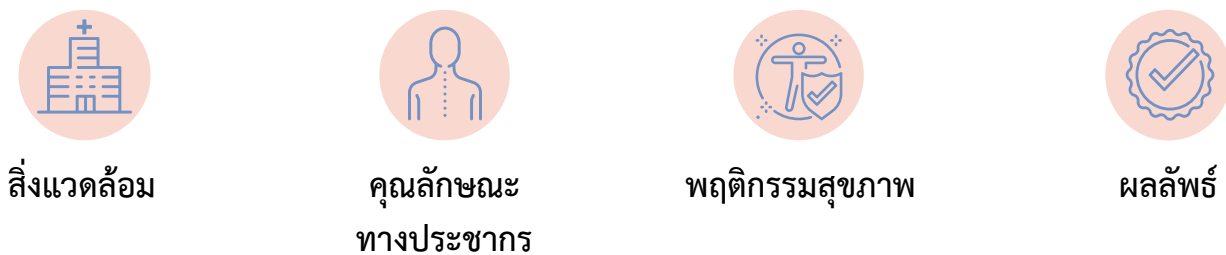
แม้องค์การอนามัยโลกจะเสนอมิติทั้งสามด้านไว้เป็นแกนหลักในปี 2013 ความน่าสงสัยและการทำความเข้าใจการเข้าถึงบริการก็ไม่ได้เพิ่งเริ่มขึ้น หากย้อนไปถึงการศึกษาของ R Penchansky และ J W Thomas สองนักวิชาการแห่งวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งมหาวิทยาลัยมิชิแกนที่ย้อนไปในปี 1981 ได้เสนอไว้ในบทความวารสารทางด้านสุขภาพ (Medical care) ภายใต้อธิบายว่า The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction ชื่อเรื่องนี้บอกได้ชัดว่า การเข้าถึงนั้นผูกพันและเชื่อมโยงกับ “ความพึงพอใจของผู้รับบริการ”

“access” refers to entry or use of the health care system

Penchansky และ Thomas (1981) เสนอการเข้าถึงที่เน้นการบริการด้านสุขภาพ 5 ด้าน คือ ความเพียงพอของบริการที่มี (availability) ความสามารถที่จะไปใช้บริการได้อย่างสะดวก (accessibility) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (affordability) และการยอมรับคุณภาพของบริการ (acceptability) โดยเมื่อตัวของ 5 ด้าน ประกบเข้าหากันเป็นชิ้นส่วนภาพของการเข้าถึงบริการอื่นๆ หรือด้านสุขภาพ ก็จะพอเห็นเป็นภาพและเชื่อมโยงไปสู่ผลของการเข้าถึงได้

ก้าวต่อมาเมื่อ Anderson (1995) แห่ง University of California ได้เสนอบทความเรื่อง Revisiting the behavioral model and access to medical care หรือการย้อนกลับมาพบกับเรื่องของแบบจำลองพฤติกรรมและการเข้าถึงการรักษาพยาบาล Anderson ที่เป็นผู้ริเริ่มทฤษฎีดังกล่าวที่ได้รับการยอมรับและมีนักวิชาการนำมาใช้ในการอธิบายอย่างแพร่หลายซึ่งเป็นการกล่าวถึงการที่บุคคลจะตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 เรื่อง ดังนี้

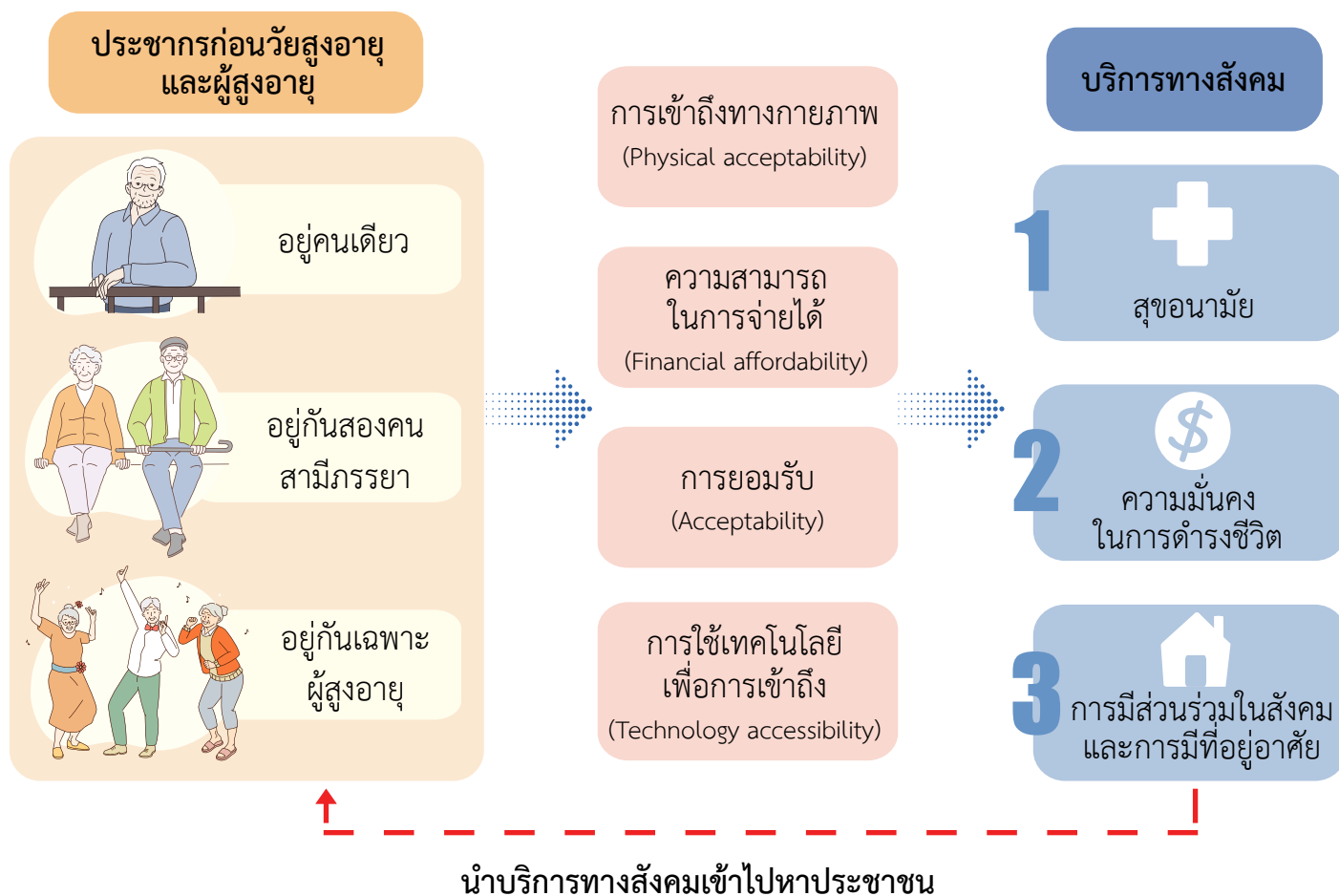
- ปัจจัยนำ (predisposing characteristics) หมายถึง ปัจจัยทางประชากรต่างๆ เช่น เพศ อายุ
- ปัจจัยสนับสนุน (enabling resource) เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้เข้ารับบริการสามารถใช้บริการได้
- ความต้องการเข้ารับบริการ (needs) ความต้องการที่จะเข้ารับบริการเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้เกิดการเข้ารับบริการ



ภาพ : แนวคิดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

ที่มา : พัฒนาโดยนักวิจัย 2566

กรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการทางสังคม



ที่มา : พัฒนาโดยนักวิจัย 2566

“การจัดบริการที่เหมาะสมตามความต้องการ” เป็นจุดร่วมสำหรับฝ่ายผู้จัดบริการไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของภาครัฐหรือภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ และฝ่ายผู้รับบริการที่พึงปรารถนาพร้อมกันที่จะให้บริการทางสังคมที่เกิดขึ้นเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว สามารถตอบสนองกับสถานะของแต่ละบุคคล ได้บริการทางสังคมที่ผู้สูงอายุพึงได้รับต้องคำนึงถึงทั้งแนวคิดในการเข้าถึงใน 4 มิติ ได้แก่ การเข้าถึงทางกายภาพ ความสามารถในการจ่าย การยอมรับและการใช้เทคโนโลยี

ภายใต้แนวคิด “การนำบริการทางสังคมเข้าไปหาประชาชน” เสนอมุมมองต่อการสนับสนุนให้ผู้รับบริการที่ไม่สะดวกหรือไม่สามารถออกมาใช้บริการได้ด้วยตนเองเพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้ยังคงเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไม่ตกหล่น และยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยพึงพิงครอบครัว ชุมชน น้อยที่สุดหรือจะย้ำให้ชัดเจนว่า “จะทำอย่างไรให้อยู่ได้ อยู่ดี ด้วยตนเองได้ยาวนานที่สุด”

บริการทางสังคมที่เหมาะสม
จะมีบริการอะไรที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง
บริการทางสังคมได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุม และเท่าเทียม



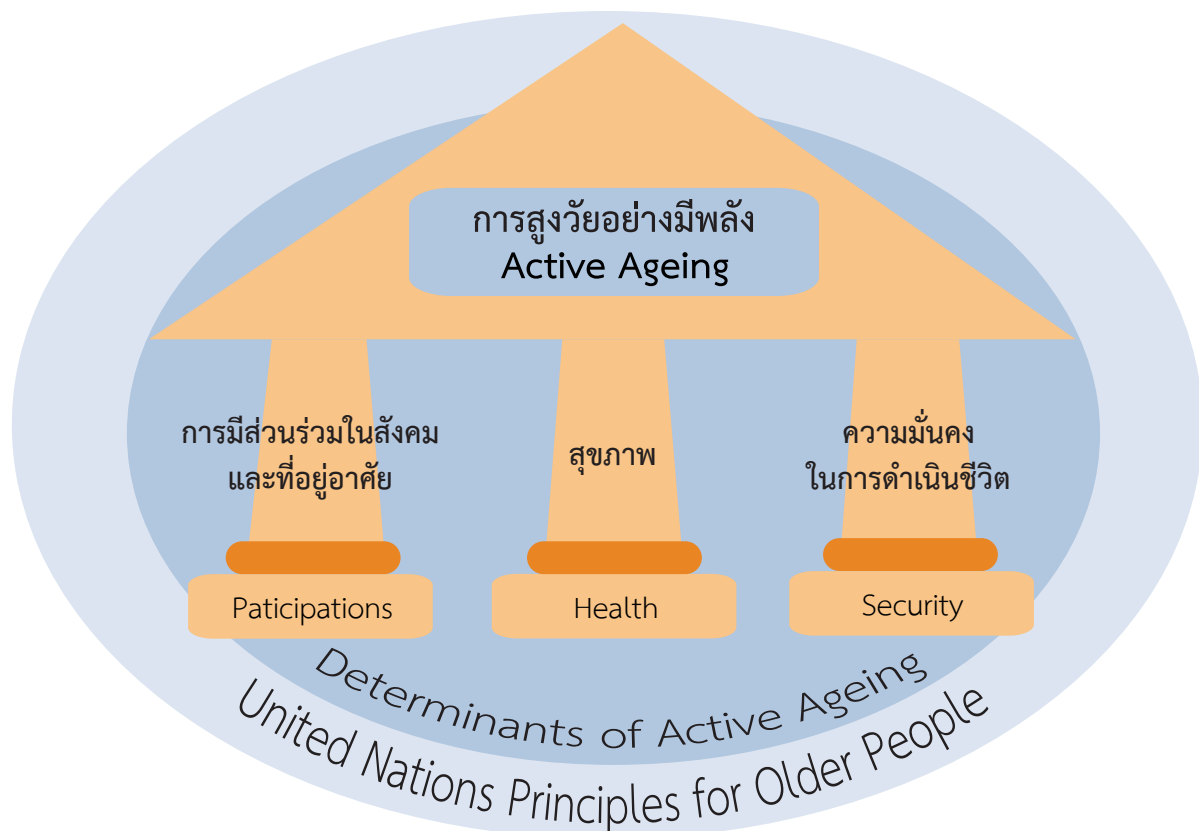
2.2

แนวคิดและแนวทาง

การจัดบริการทางสังคมที่เหมาะสม

สังคมของประเทศที่กว้างใหญ่ไพศาล ไหลมาสู่ระดับที่เล็กที่สุดคือ ชุมชน ลงมาสู่ครอบครัวจนถึงตัวของปัจเจกบุคคล ในมิติของสังคมที่ซับซ้อน หลากหลาย และซ้อนทับกันของปัจจัยต่างๆ องค์ประกอบที่จะสร้างเสริมและเติมเต็มความสมบูรณ์ด้านการดำเนินชีวิตของประชาชนได้ ความเป็นอยู่ที่ดีตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม สอดคล้องกับปัญหาตรงตามความต้องการที่เกิดขึ้นจากวิถีชีวิตในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม จึงเกิดเป็น บริการสังคม (social services) ในแต่ละด้านที่รายล้อมวิถีชีวิต สุขภาพอนามัยเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดี การศึกษาที่สร้างความตระหนักรู้และวิสัยทัศน์ การมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม การมีอาชีพและสามารถสร้างรายได้ เพื่อการดำรงชีพ ตลอดจนการมีกิจกรรมนันทนาการที่เชื่อมต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

บริการทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุอาจมีองค์ประกอบหลายด้าน แล้วแต่สังคมหรือชุมชนจะดึงขึ้นมาเป็นจุดเน้นและให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกๆ ซึ่งสามด้านหลักที่สำคัญและยังเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงต่อการสูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) ตามแนวคิดของ WHO (2002) ได้แก่ สุขภาพอนามัย ความมั่นคงในการดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมในสังคมและที่อยู่อาศัย



กรอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) (WHO, 2002)

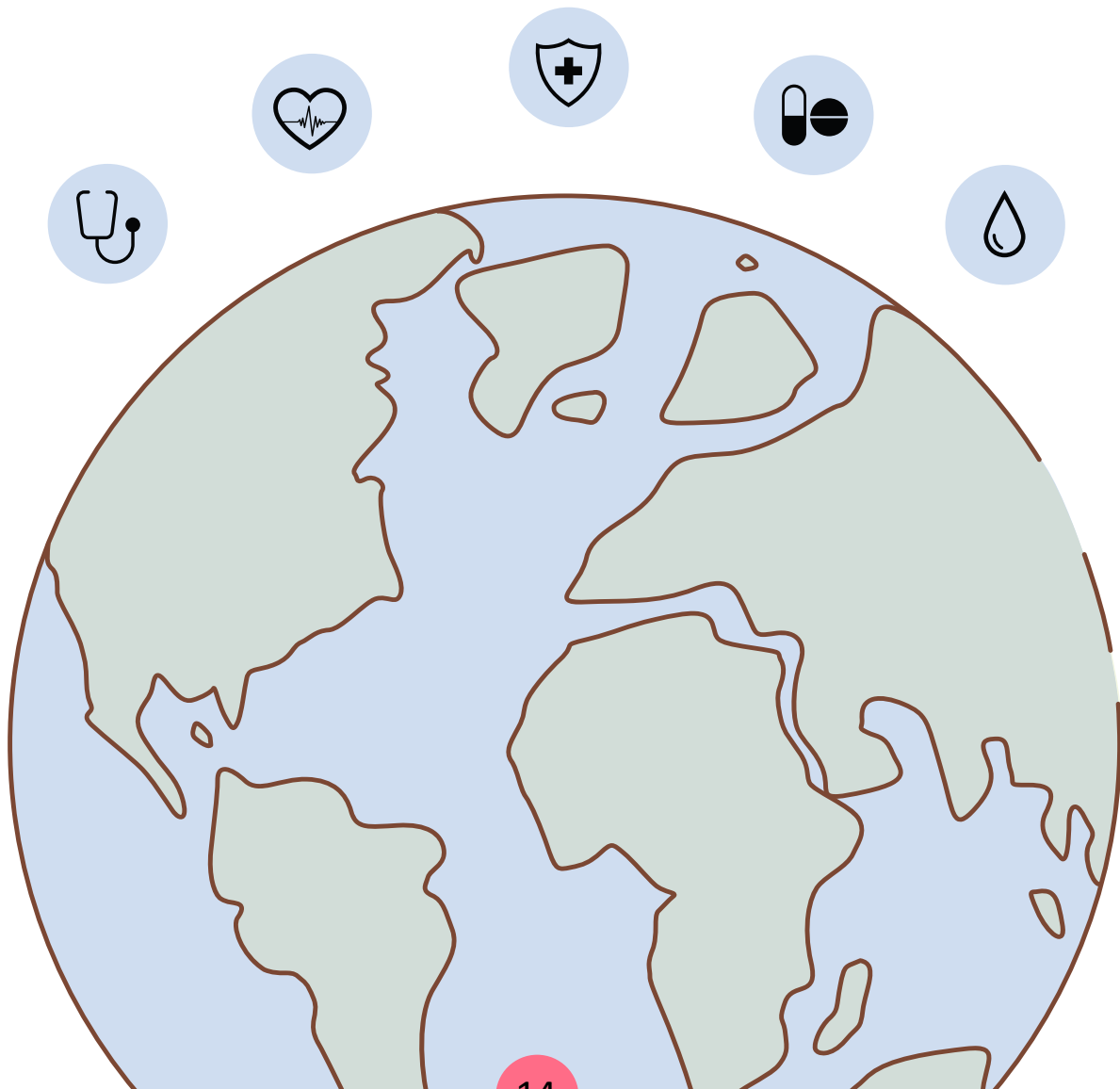
2.3

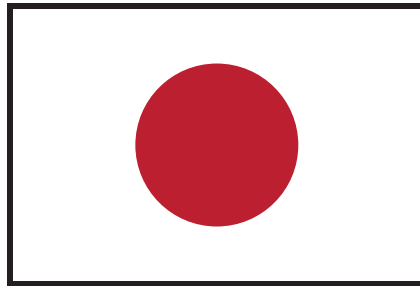
ต่างประเทศทำอะไรกันไปบ้าง.... ในการจัดบริการทางสังคม

“

แนวทางการบริหารจัดการบริการทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มของประเทศพัฒนาแล้ว หรือกลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวสูง เช่น สวีเดน เยอรมนี ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ สิงคโปร์ ญี่ปุ่น อังกฤษ นอกจากประเทศเหล่านี้ กลุ่มประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completely aged society) แล้ว เป็นอีกตัวอย่างที่สามารถเรียนรู้การดำเนินงานด้านบริการทางสังคมได้ ซึ่งมีวิธีการและระบบการจัดบริการทางสังคมที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของประเทศนั้นๆ

”





ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศที่นำหน้าประเทศไทยในการเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ การดำเนินการด้านสุขภาพได้มีระบบประกันสุขภาพของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 2 ระบบ ได้แก่

(1) ระบบการดูแลรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายของชีวิต (The medical care system for elderly in the latter stage of life) สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และระบบความเสมอภาคในด้านการคลัง (the fiscal equalization system) สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-75 ปี ระบบแรกจะอาศัยเงินสมทบจากผู้สูงอายุร้อยละ 10 ส่วนร้อยละ 50 มาจากงบประมาณภาครัฐ และอีกร้อยละ 40 มาจากเงินอุดหนุนกองทุนผู้รับประกันในระบบอื่น ขณะที่ในระบบหลังจะมีลักษณะและการดำเนินการคล้ายกับระบบบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ

(2) ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long-term care) หน่วยงานรับผิดชอบเป็นเทศบาลหรือเขตซึ่งได้รับสนับสนุนจากจังหวัดและรัฐบาลส่วนกลาง ลักษณะของบริการแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) การบริการส่งเสริมสุขภาพ (preventive service) เป็นการดูแลและให้บริการในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ โดยพยาบาล และ 2) การบริการเชิงรักษาพยาบาล (nursing care service) เป็นการให้สิ่งอำนวยความสะดวก และรักษาพยาบาลตามบ้าน โดยผู้รับบริการมีอิสระในการรักษาพยาบาล และเลือกผู้ให้บริการทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชน

สิ่งที่ญี่ปุ่นเน้นและให้ความสำคัญ

- ความชัดเจนในการแบ่งประเภทของผู้สูงอายุตามช่วงอายุ และเน้นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นหลัก
- ผู้รับบริการต้องจ่ายเงินสมทบ แต่สามารถที่จะเลือกรับบริการได้อย่างอิสระ
- ปรับปรุงบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แก้ไขปัญหาในเรื่องความไม่เพียงพอของบริการ และทำให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น





ประเทศสิงคโปร์ แบ่งการบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

(1) การบริการในบ้านพักคนชรา (residential services) เป็นการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล สำหรับที่มีการเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

(2) การบริการในบ้านตนเอง (non-residential home-based services) เป็นบริการทางสังคมจากครอบครัวและผู้ดูแลสูงอายุที่บริษัทเอกชนหรือองค์กรการกุศลจัดทำให้ ทั้งที่อยู่ประจำ และเดินทางไป-กลับ

(3) การบริการในศูนย์ดูแล (non-residential centre-based services) การบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุเฉพาะในช่วงเวลากลางวันแบบชั่วคราว

(4) บริการเวลากลางวันแบบผสมผสาน (integrated home and day care: IHDC) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซับซ้อน และต้องการการดูแลในระยะยาว โดยจะมีการจัดการรูปแบบให้บริการอย่างต่อเนื่อง

สิงคโปร์...

เน้นบริการทางสังคมด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาว ในกรณีที่มีผู้สูงอายุสุขภาพไม่ดีเรื้อรัง ต้องการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนกลุ่มผู้สูงอายุเปราะบางที่มีความจำเป็นในการรับความช่วยเหลือสำหรับการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

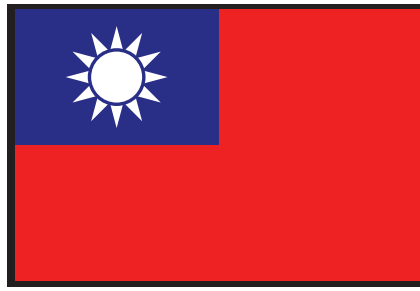
นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้มากขึ้นด้วยโครงการฟื้นฟูทางไกล (tele-rehabilitation) และการให้คำปรึกษาออนไลน์ (AI-Care Link อ่านว่า I Care Link)

สิ่งที่สิงคโปร์เน้นและให้ความสำคัญ

- บทบาทความช่วยเหลือของครอบครัว และชุมชนต่อการดูแลภายในบ้าน และการใช้บริการบ้านพักผู้สูงอายุ มากกว่าการใช้บริการโรงพยาบาล คลินิก หรือสถานบริการผู้สูงอายุ

- การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบเพื่อผู้เกษียณอายุที่เรียกว่า “Kampung Admiralty” ซึ่งเป็นอาคารแบบผสมผสานที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะใช้ชีวิตประจำวันในพื้นที่ที่เหมาะสมโดยรวมสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุมาไว้ในที่เดียวกับที่พักอาศัย เช่น ศูนย์พัฒนาศักยภาพคนชรา (active aging club) ศูนย์อาหาร (hawker center) ลานกิจกรรม ตลอดจนศูนย์การดูแลรักษา (medical care centre)

- เชื่อมโยงสถานีรถไฟฟ้ามอเตอร์ เพื่อให้ความสะดวกสำหรับการเดินทาง



ประเทศไต้หวัน มีตัวอย่างของโครงการ (long term care 2.0 LTC 2.0) มุ่งเน้นการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยหรือมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตให้สามารถที่จะเข้าถึงบริการทางสังคมอย่างรวดเร็วที่สุด โดยมีการแบ่งหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

(1) **neighborhood-based LTC station** หรือสถานดูแลในละแวกใกล้เคียงทำหน้าที่ในการแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลหลักชั่วคราว ทั้งนี้อาจรวมถึงการช่วยป้องกันการเกิดโรคให้แก่ผู้สูงอายุและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวไปพร้อมกันด้วย

(2) **complex service center** ให้บริการศูนย์ดูแลแบบไม่ค้างคืน (day care centers) การจัดให้มีผู้ดูแลที่บ้าน (home-based nursing care) การพักผ่อน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การปรับปรุงที่อยู่อาศัย ตลอดจนให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับเทคโนโลยีสำหรับการช่วยเหลือ

(3) **community integrated service center** หรือศูนย์บริการชุมชนทำหน้าที่ประสานงานเพื่อสื่อสารถึงความต้องการภายในพื้นที่ระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาบริการทางสังคม แต่กระนั้นโครงการดังกล่าว ยังคงขาดแคลนหลากหลายองค์ประกอบที่ช่วยสนับสนุนบริการของผู้สูงอายุ เช่น ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ





ประเทศสวีเดน มีแนวคิดหลักที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นรัฐสวัสดิการ ซึ่งกลายมาเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในหลายประเทศ โดยแนวคิดหลักคือ

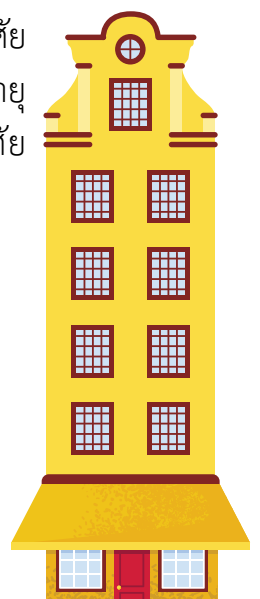
(1) **บ้านเดิม บ้านใหม่** การให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในที่พักของตนเองนานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ซึ่งรัฐบาลดำเนินการจัดหาที่พักที่ได้มาตรฐาน หรือปรับปรุงและพัฒนาอาคารเดิมให้มีความเหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่จะสามารถอยู่ด้วยตนเอง รวมถึงจัดบริการอำนวยความสะดวกอื่นๆ

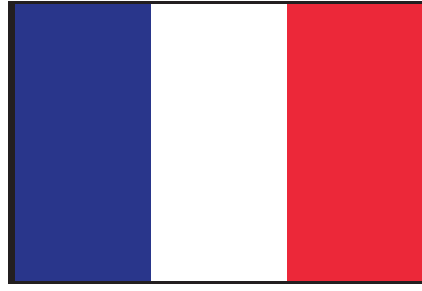
(2) **ลดภาระโรงพยาบาล** การให้ผู้สูงอายุใช้เวลากับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยลง โดยจะทำการส่งตัวผู้สูงอายุไปรักษาตัวในที่พักอาศัยหรือสถานที่ของเทศบาลในการดูแลรักษาเบื้องต้น

สิ่งที่สวีเดนเน้นและให้ความสำคัญ...

- พยายามที่จะกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการและบริการทางสังคมในทุกด้าน ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจอิสระในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการบริหารจัดการ
- เก็บภาษีท้องถิ่นมาใช้เป็นงบประมาณในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการค่อนข้างต่ำอยู่ที่ประมาณร้อยละ 5-6 ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ร้อยละ 82-85 มาจากภาษีท้องถิ่น และรัฐส่วนกลางช่วยอุดหนุนอีกร้อยละ 10

สำหรับบริการผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพในระยะยาว (long-term care) และ 2) บริการดูแลในที่พักอาศัย (home care services) ส่วนบริการประเภทอื่นๆ ที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การขนส่งโดยสาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค การปรับปรุงสภาพที่พักอาศัย (จุมพล ศรีจิงศิริกุล และคณะ, 2555)





ประเทศฝรั่งเศส บริการทางสังคมคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ พร้อมกับมีมาตรการและการดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์ที่ชัดเจนและครบถ้วน อยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาคและเท่าเทียม การเคารพเสรีภาพในการตัดสินใจของผู้สูงอายุ และสร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ รูปแบบของบริการที่รัฐบาลมุ่งเน้น จัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่

(1) **การให้ความช่วยเหลือด้านที่พัก** โดยผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลและไม่ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ สามารถที่จะยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือได้ ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับความช่วยเหลือในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตประจำวัน จากผู้ประกอบการวิชาชีพเฉพาะด้าน หรือผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ โดยระยะเวลาในการบริการ ขึ้นอยู่ความต้องการของผู้สูงอายุ และค่าใช้จ่ายเป็นสำคัญ พร้อมกันนี้ ยังเปิดโอกาสในกรณีที่บริการที่ทางภาครัฐจัดให้ไม่ตอบสนองต่อความต้องการ ก็สามารถที่จะขอรับความช่วยเหลือในรูปแบบเงินทดแทนเพื่อดำเนินการจัดหาบริการด้วยตนเอง

(2) **บริการด้านอาหาร** เป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่อยู่ในที่อยู่อาศัยของตนเอง ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนจะจัดหาอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีราคาที่ถูกกว่าราคาทั่วไป และอาจจัดบริการส่งถึงที่พักสำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ และไม่สะดวกที่จะเดินทาง

(3) **สถานที่พักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ** หรือบ้านพักคนชรา ที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดหาให้กับผู้สูงอายุที่อาจจะเป็นกลุ่มเปราะบาง และต้องได้รับการดูแล ซึ่งมีบริการสำหรับห้องพักเดี่ยวหรือรวม และมีบริการอื่นๆ ที่ช่วยให้ดำรงชีวิตได้ เช่น อาหารและเครื่องดื่ม ซักรีด นันทนาการ การดูแลและช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ 24 ชั่วโมง โดยค่าใช้จ่ายทั้งหมดจะมีอัตราเท่ากันสำหรับผู้สูงอายุทุกคน

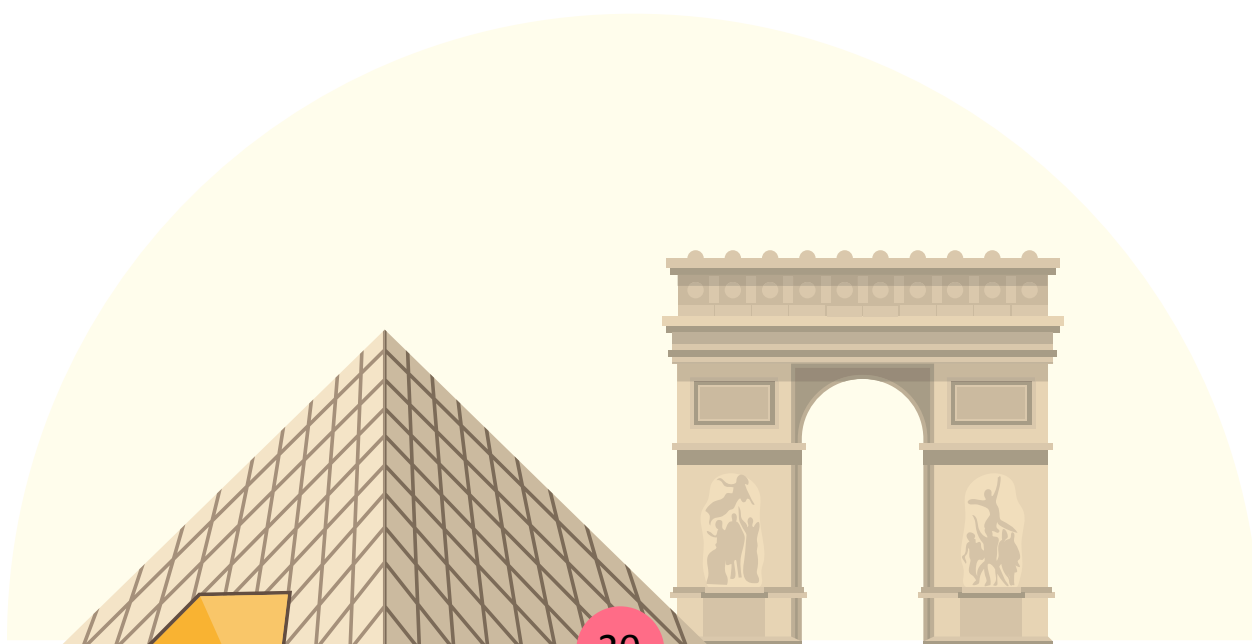


สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง...

ค่าใช้จ่ายในการดูแล และให้บริการประจำวันขึ้นอยู่กับอายุและสถานะของผู้สูงอายุแต่ละคน สำหรับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล สำนักงานประกันสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ และลูกหลานมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรับบริการจากสถานที่พักพิง สามารถที่จะขอเงินช่วยเหลือสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับที่พัก และได้รับเงินเบี้ยเลี้ยงในการดูแลแทนได้

อุปสรรคของการจัดบริการยังคงมีอยู่...

แม้ว่าประเทศฝรั่งเศสจะมีระบบการบริการ และการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมในหลากหลายด้าน แต่นั่นก็ถือเป็นจุดอ่อนที่กลายมาเป็นปัญหาในด้านของงบประมาณในการบริการจัดการ รวมทั้งความไม่ชัดเจนของหน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดหาบริการให้กับผู้สูงอายุที่มีจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการประสานงานตลอดจนความไม่เท่าเทียมของศักยภาพของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบ จึงทำให้บางหน่วยงานประสบปัญหาด้านงบประมาณในการดำเนินงาน และพึงพารัฐส่วนกลางเป็นหลัก อีกทั้งกฎเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดขึ้นในแต่ละพื้นที่อาจมีความแตกต่างกัน ส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ (จุมพล ศรีจึงศิริกุล และคณะ, 2555)





ประเทศเบลเยียม มีการดำเนินงานภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพมีระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) ที่ช่วยส่งเสริมรูปแบบการบริการผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้สนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเอง สนับสนุนส่วนภูมิภาคและหน่วยงานระดับท้องถิ่นในการให้บริการ ตลอดจนกำกับดูแล และควบคุมมาตรฐานการให้บริการให้สถานดูแล และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภายในพื้นที่ต่างๆ ทั้งนี้ การให้บริการผู้สูงอายุในระยะยาว ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

(1) **การดูแลที่บ้าน (home care)** พิจารณาถึงความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นการให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับงานบ้าน และการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนแจ้งเตือนเหตุฉุกเฉินแก่สมาชิกภายในครอบครัว รับผิดชอบโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์ ที่ทำการประเมินทั้งความเหมาะสมและความต้องการของผู้สูงอายุที่ตรงกับความเป็นในการให้บริการ

(2) **การดูแลในสถานดูแล (nursing home)** เป็นการดูแลในกรณีที่ไม่สามารถจัดการดูแลที่บ้านได้ชั่วคราว โดยผู้สูงอายุจะต้องเข้ากับเกณฑ์คุณสมบัติ 4 ประการ ได้แก่

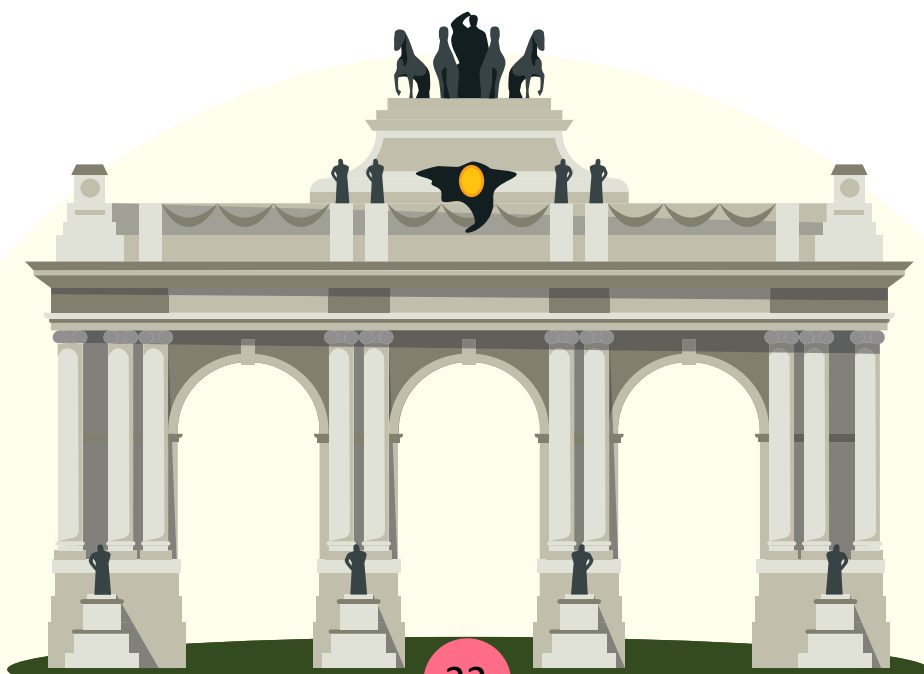
1. ผู้สูงอายุที่ต้องการยกระดับการใช้ชีวิตประจำวันให้ดีขึ้น โดยรับบริการด้านสุขภาวะทั่วไป
2. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องย้ายจากการดูแลที่บ้านมาที่สถานดูแล
3. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มสมรรถภาพ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง
4. ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร

(3) **การดูแลในโรงพยาบาล** เป็นการให้บริการเพื่อประเมินผลการวินิจฉัยการฟื้นฟูสมรรถภาพและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วย และเสียชีวิต



สิ่งที่น่าสนใจของประเทศเบลเยียม...

- บริการในที่พักกึ่งที่อยู่อาศัย (semi-residential setting) ที่เรียกว่า “เซอร์วิสแฟลต (service flats)” สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่จำเป็นต้องมีการดูแลมาก มีกำลังทรัพย์ในการซื้อ ได้มีการจัดเตรียมที่อยู่สำหรับแต่ละบุคคล และสิ่งอำนวยความสะดวกส่วนรวม
- รัฐบาลกลางได้ให้การสนับสนุนทางการเงินแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้พิการ ซึ่งจะต้องมีอายุ 65 ปีขึ้นไป เพื่อรับสิทธิประโยชน์ และเงินที่ได้รับขึ้นอยู่กับระดับความต้องการการดูแล ตลอดจนสถานะทางการเงินของแต่ละบุคคล (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์, 2560; Eurocarers, 2021)
- บริการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยในหลากหลายรูปแบบเพื่อให้บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีเงื่อนไขต่างกัน โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยที่ภาครัฐส่วนกลางได้กระจายอำนาจให้แก่ชุมชนในการรับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณ และให้บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการดูแลช่วยเหลืออย่างทั่วถึงในแต่ละพื้นที่





ประเทศเนเธอร์แลนด์ มีการกำหนดอายุสำหรับการรับบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุโดยกำหนดที่อายุ 67 ปีขึ้นไป การดำเนินงานหลักของหน่วยงานในประเทศเป็นบทบาทของหน่วยงานภาครัฐส่วนกลางและในระดับท้องถิ่นที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการให้บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางการเงิน ซึ่งจะแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบออกเป็น 2 รูปแบบ

ภาครัฐส่วนกลาง

ดูแลรับผิดชอบต่อระบบประกันสุขภาพ

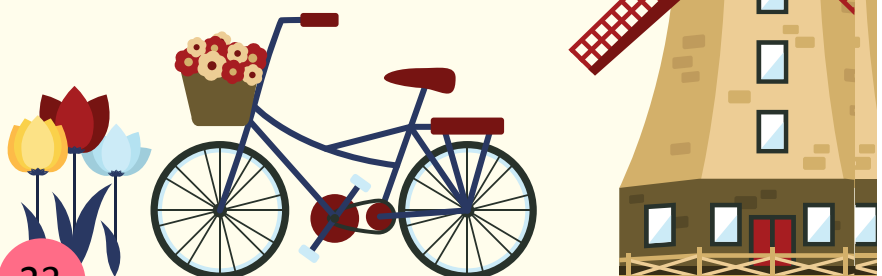
ภาครัฐท้องถิ่น

ให้บริการทางสังคมที่บ้าน และส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางสังคม อีกทั้งมีผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยประเมินความต้องการบริการทางสังคมจากหลายสาขา

บริการที่ผู้สูงอายุจะได้รับจากการดูแลที่บ้าน หรือสถานดูแล มีทั้งหมด 4 ประเภท ได้แก่

- (1) บริการส่วนบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันทั่วไป
- (2) บริการด้านพยาบาล เป็นการให้คำแนะนำ และการรักษาทั้งปัญหาด้านสุขภาพกาย และใจ
- (3) บริการสนับสนุนในการใช้ชีวิต เป็นการให้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการใช้ชีวิต
- (4) บริการด้านที่อยู่อาศัย เป็นการปรับสภาพที่อาศัยให้มีความเหมาะสม โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล และแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในประเทศเนเธอร์แลนด์ไม่มีสาขาที่ฝึกอบรมพิเศษด้านบริการผู้สูงอายุ แต่มีปริญญาขั้นพื้นฐานที่เป็นหลักสูตรอาชีพศึกษา 2 ปี ที่เรียกว่า “ช่างเทคนิคผู้สูงอายุ (eldercare technician)” ที่มีการเรียนการสอนทั้งในเชิงทฤษฎี และปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จึงเกิดบริการที่หลากหลาย มีคุณภาพ และราคาไม่สูง (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์, 2560; Kavlak, 2018)

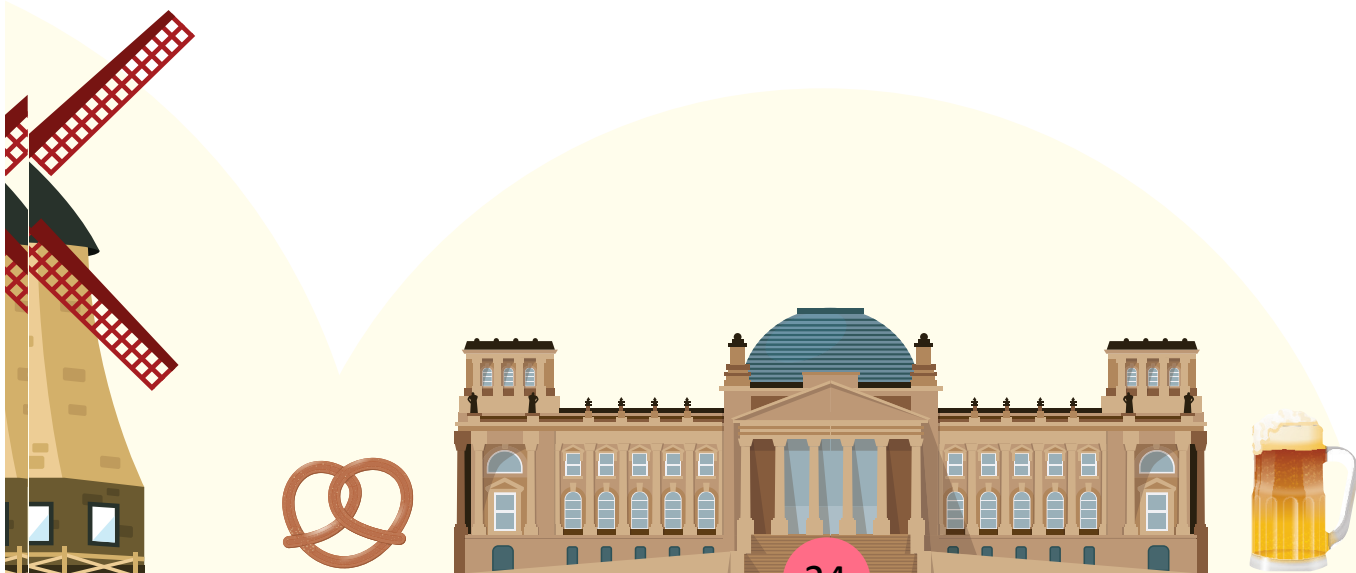


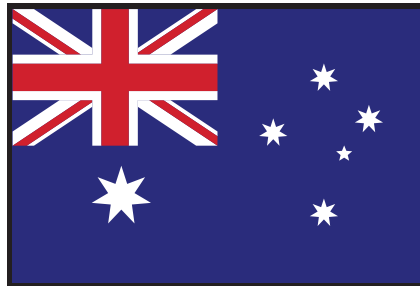


ประเทศเยอรมนี มีระบบประกันดูแลระยะยาวอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติประกันการดูแลระยะยาวภาคบังคับ (statutory long term insurance) เพื่อให้รัฐบาลกลางสามารถบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ จึงแยกออกจากระบบประกันสุขภาพของประเทศ ขณะที่รัฐบาลท้องถิ่นจะรับผิดชอบในการจัดสรรบริการภายในพื้นที่ โดยผู้รับสิทธิประโยชน์ต้องผ่านการประเมินทางด้านคลินิก และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อให้ได้รับบริการที่แตกต่างกันตามความต้องการ และข้อจำกัดของแต่ละบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามความต้องการความช่วยเหลือ ได้แก่

- (1) **ระดับน้อย** ต้องการการดูแลอย่างน้อยประมาณ 90 นาทีต่อสัปดาห์
- (2) **ระดับปานกลาง** ต้องการการดูแลอย่างน้อยประมาณ 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
- (3) **ระดับมาก** ต้องการการดูแลอย่างน้อยประมาณ 5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

สำหรับการจัดสรรสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสมต่อความต้องการ พิจารณาจากสถานะทางรายได้ อาชีพ และด้านการเงิน เช่น การปรับสภาพที่อยู่ให้เหมาะสม การจ้างผู้ดูแล การสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่ครอบครัว และด้านการให้บริการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ การดูแลจากครอบครัว การดูแลจากพยาบาลเฉพาะทาง และการดูแลจากสถานดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ด้วยความต้องการ และความจำเป็นของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีความสามารถดูแลตัวเองได้มากจะเลือกรูปแบบบริการที่บ้านมากกว่า ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตัวเองได้น้อยเลือกที่จะรับบริการจากสถานดูแลโดยเฉพาะ (วารวรรณชาญด้วยวิทย์ และยศ วัชรคุปต์, 2560)





ประเทศออสเตรเลีย มีการสนับสนุนให้การช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพ การปรับสภาพที่พักอาศัย อุปกรณ์สนับสนุน และสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคงความสัมพันธ์กับกลุ่มสังคมในชุมชน พึ่งพาตนเองได้ ดูแลสุขภาพ และความปลอดภัย ตลอดจนบรรลุความต้องการทางวัฒนธรรม และสังคม โดยประเภทของบริการผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ประกอบด้วย

(1) **การดูแลที่บ้าน** เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตัวเองได้ให้นานที่สุด

(2) **การดูแลในบ้านพักคนชราสำหรับผู้ที่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้** หรือมีความต้องการเร่งด่วนในการรับความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน และการดูแลสุขภาพ โดยผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลตลอดเวลา อาจเป็นการดูแลเพียงชั่วคราวหรือถาวร

(3) **การดูแลระยะสั้น** เป็นความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต หรือฟื้นฟูหลังจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเป็นการดูแลที่บ้าน บ้านพักคนชรา หรือในชุมชน





ประเทศฟินแลนด์ ประชากรทุกคนที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป จะได้รับสิทธิประโยชน์ใน 3 รูปแบบหลัก ประกอบด้วย

(1) **การดูแลที่บ้าน** คือ การให้ความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจากแพทย์

(2) **การดูแลแบบไม่เป็นทางการ** คือ การดูแลจากทั้งสมาชิกภายในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดที่ทำข้อตกลงกับเทศบาลท้องถิ่น

(3) **บริการที่พักอาศัย และการดูแลผู้ป่วยใน** สำหรับผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือ โดยจัดเตรียมที่พักรับรอง และให้บริการที่อยู่อาศัยมากกว่าการดูแลที่บ้านทั่วไป มีสิ่งอำนวยความสะดวกส่วนกลาง และมีเจ้าหน้าที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงแต่ผู้อยู่อาศัยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ยา เสื้อผ้า ค่าขนส่ง และค่าใช้จ่ายส่วนตัวอื่นๆ และเช่าเอง ขึ้นอยู่กับบริการ และความสามารถในการชำระเงินของผู้อยู่อาศัยยังมีสถานพยาบาลสำหรับดูแลระยะยาว และระยะสั้น ซึ่งต้องได้รับการประเมินก่อนเข้ารับการรักษาในสถาบัน (Norden, n.d.)

จุดเด่น

รัฐบาลฟินแลนด์พยายามที่จะเสนอบริการดูแลสุขภาพและบริการอื่น “ทางออนไลน์” เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยที่บ้าน เนื่องจากการจัดหาบ้านให้แก่ผู้สูงอายุที่มีบริการเต็มรูปแบบแบบดั้งเดิมเป็นภาระต่อเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก หน่วยงานท้องถิ่นจะรับผิดชอบในการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกที่เข้าถึงได้และส่วนลดที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ระบบขนส่งสาธารณะ ออกกำลังกายในสระว่ายน้ำ ยิม สวนสาธารณะ และเยี่ยมชมพิพิธภัณฑ์ หอสมุด และโรงละคร โดยศูนย์บริการที่ได้รับเงินอุดหนุนจากเทศบาล เปิดให้ผู้สูงอายุทุกคนในท้องถิ่นมีเครือข่ายสถานที่พบปะ และสิ่งอำนวยความสะดวกในหมู่บ้าน เมือง และชานเมืองของฟินแลนด์ รวมถึงอะพาร์ตเมนต์ของผู้สูงอายุแบบบริการเต็มรูปแบบทั่วไปหรือโครงการ co-housing ที่ผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของสามารถใช้สร้างสรรค์ในพื้นที่ส่วนกลางและใช้สิ่งอำนวยความสะดวกร่วมกับผู้อื่น โดยชาวเมืองจะมีการจัดกลุ่มเพื่อผลักดันทำความสะอาดพื้นที่ส่วนกลาง และร่วมกันทำอาหารรับประทานในทุกวันมากกว่านี้ยังมีกิจกรรมต่างๆ ที่มาจากสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องเล่นเกม ห้องสมุด ห้องออกกำลังกาย (This is Finland, 2016)



จากการจัดระบบสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับบริการทางสังคมของประเทศสวีเดน ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ ฟินแลนด์ เยอรมนี เบลเยียม ไต้หวัน สิงคโปร์ และญี่ปุ่น จนถึงประเทศไทย จะเห็นได้ว่า ความต้องการของผู้สูงอายุเป็นส่วนสำคัญที่รัฐบาลแต่ละประเทศควรให้ความสำคัญอย่างมากในการจัดหาบริการ รวมถึงพิจารณาการมีส่วนร่วม การจ่ายเงินสมทบ และมีระบบตรวจสอบความพยายามในการสร้างความเท่าเทียมในการให้บริการ การให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบางอย่างผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่กระนั้นรัฐพยายามให้อิสระในการตัดสินใจในการรับบริการเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ประเด็นในด้านของการจัดสรรงบประมาณ ถือเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึง หากประเทศไทยมีการปรับเปลี่ยนระบบประกันสุขภาพหรือการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีความครอบคลุมเหมือนในประเทศต่างๆ



2.4 สถานการณ์การเข้าถึงบริการทางสังคมของประเทศไทย

การเปลี่ยนผ่านประชากร การเปลี่ยนผ่านสุขภาพ การย้ายถิ่น และการสูงวัยของประชากรในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้เห็นว่าแต่ละช่วงเวลา แต่ละยุคสมัย บริการทางสังคมของประเทศไทยมีการพัฒนาและขอบเขตกระจายไปตามหน่วยงานและภาคส่วนทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และสู่ระดับท้องถิ่น โดยหน่วยงานของรัฐและผู้รับผิดชอบดำเนินงานในส่วนนั้นมีการกำหนดขึ้นทั้งช่วงระยะเวลาก่อนการเกิดขึ้นของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และช่วงเวลาที่ประเทศไทยนำแผนพัฒนาฯ ดังกล่าวมาใช้เป็นแนวนโยบายหลักในการพัฒนาและการบริหารของประเทศ

“การดำเนินงานของรัฐ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมในทางเศรษฐกิจของเอกชนให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น โดยฝ่ายรัฐบาลจะเร่งรัดพัฒนาโครงการขั้นพื้นฐาน อันได้แก่ การชลประทาน การคมนาคม การส่งเสริมการเกษตร การพัฒนาชุมชน การศึกษา การสาธารณสุข และบริการสังคมต่างๆ”

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ระยะสอง (พ.ศ.2507-2509) ภาครัฐในฐานะผู้รับบทบาทในการพัฒนา และเป็นผู้จัดบริการ เพื่อรองรับกับสถานการณ์ทางสังคมและสามารถตอบสนองกับความต้องการของประชาชน ต่างมอบหมายให้หน่วยงานในแต่ละภาคส่วนทั้งด้านการสงเคราะห์ การสาธารณสุข การพัฒนาสังคม และสาธารณสุขประการต่างๆ เพื่อเร่งรัดให้ประเทศมีการพัฒนาและคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศ

สืบเนื่องต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ถูกพัฒนาขึ้นตามสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงสถานะการทางสังคมและการอุบัติขึ้นของเหตุการณ์ หรือภัยพิบัติต่างๆ ทำให้การกำหนดทิศทางและแผนการดำเนินงานต้องพัฒนาให้สามารถก้าวนำหรือปรับลดสิ่งที่มีอยู่เดิมเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นขณะนั้น พัฒนาการของ “บริการทางสังคม” จึงมีการเคลื่อนไหวเพื่อหาจุดคานงัดให้กับสิ่งที่กำลังกลายเป็นปัญหา หรือการเตรียมความพร้อมก่อนล่วงหน้า

ในช่วงระยะเวลาปัจจุบัน (พ.ศ. 2564) ซึ่งตรงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 นวัตกรรมและเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นเข้ามาสนับสนุนการพัฒนาในสาขาต่างๆ ให้สามารถตอบสนองการดำเนินชีวิตของประชากรทุกกลุ่มวัย และในระดับประเทศนวัตกรรมเป็นแนวทางในการพัฒนาไปสู่ความเปลี่ยนแปลงในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม (สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ, 2562) เช่นเดียวกันกับด้านบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในบริการทางสังคม ภายหลังจากช่วงเวลาของการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้มุมมองเรื่องสุขภาพมีความเชื่อมโยงกันทั้งมิติของเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2558)

ใครทำอะไร อย่างไรบ้าง ในบริการทางสังคม...

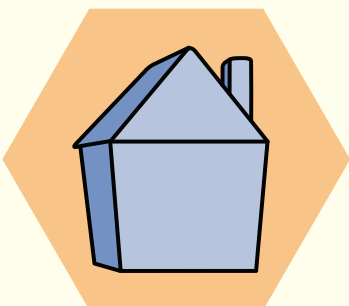
การบริหารส่วนราชการภายในประเทศ มีการปรับเปลี่ยนบทบาทและขยายกรอบภารกิจเพื่อให้ครอบคลุมต่อการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ประชากรได้รับบริการทางสังคมในรูปแบบสวัสดิการตามสิทธิขั้นพื้นฐาน การคุ้มครอง และการดูแล พร้อมทั้งส่งเสริม ป้องกัน และเยียวยา สำหรับบทบาทของบริการทางสังคมในประเทศไทย ได้มีการดำเนินกิจกรรมตามแนวนโยบายของรัฐภายใต้หน่วยงานที่รับผิดชอบเฉพาะด้าน อาทิ



ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข บริการดูแลเรื่องสุขภาพอนามัย สุขภาวะของประชากร รวมถึงการป้องกันต่อการเจ็บป่วยของประชากรในแต่ละช่วงวัย อีกทั้งยังมีหน่วยงานระดับกรมที่รับภารกิจเฉพาะด้าน เช่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข และแนวทางการพัฒนากลุ่มอาสาสมัครเข้ามามีบทบาทและสนับสนุนการดำเนินงานของสหวิชาชีพในการจัดบริการ รวมถึงกรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย



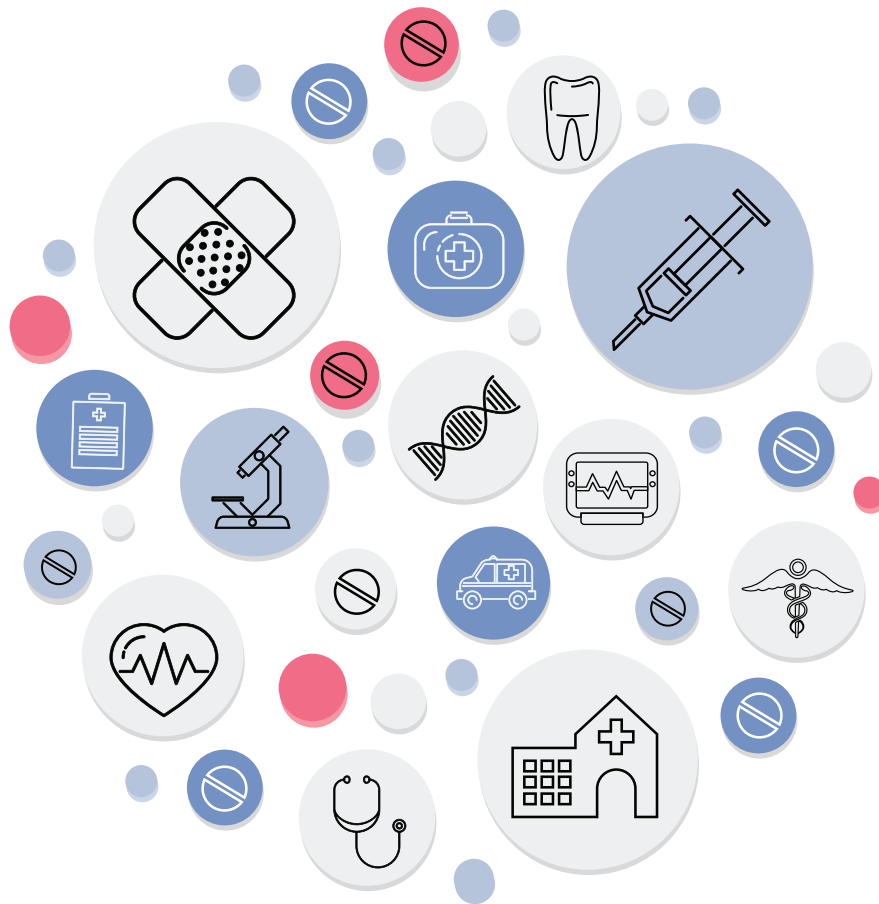
ด้านความมั่นคง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานในสังกัดอย่างกรมกิจการผู้สูงอายุซึ่งเป็นส่วนที่รับผิดชอบโดยตรง ทั้งการขับเคลื่อนนโยบาย การพัฒนาแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และแผนปฏิบัติการต่างๆ เป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลในแต่ละยุคสมัย ตลอดจนการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุของรัฐ การพัฒนาทักษะ ความรู้ที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องและยังคงมีบริการที่เรียกได้ว่าครอบคลุมทุกด้านที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนตามสิทธิขั้นพื้นฐานอีกด้วย



ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และการมีที่อยู่อาศัย บทบาทของหน่วยงานในระดับท้องถิ่นซึ่งถูกกระจายอำนาจจากรัฐบาลส่วนกลางทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลตำบล ไปจนถึงเทศบาลนครต่างมีพันธกิจพื้นฐานในการส่งเสริมและพัฒนาสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานเพื่อให้ทุกคนในพื้นที่เกิดความเป็นอยู่ที่ดี บทบาทของการสนับสนุน ส่งเสริม เยียวยา และดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมของความเป็นอยู่ทั้งหมดเป็นภาระของหน่วยงานที่กล่าวมาแล้ว เนื่องจากความใกล้ชิดและเข้าถึงชุมชนผู้สูงอายุได้เป็นพาหนะสำคัญที่หน่วยงานส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพมาเป็นลำดับในการเชื่อมโยงไปกับหน่วยสุขภาพคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในระดับตำบล โรงพยาบาลอำเภอ หรือการจัดตั้งในรูปแบบศูนย์ดูแลหรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

2.5

ปัญหา อุปสรรค ในการเข้าไม่ถึงบริการทางสังคม



ประเทศไทยได้มีการดำเนินการจัดบริการทางสังคมทั้ง 3 ด้าน โดยบทบาทของการดำเนินงานถูกถ่ายทอดจากมติและนโยบายของรัฐบาลและคณะรัฐมนตรี ซึ่งดูแลแต่ละกระทรวง ส่งมอบให้กับกรมรับภารกิจที่สอดคล้องกับหน้าที่และพันธกิจของหน่วยงาน ส่งต่อสู่หน่วยงานระดับท้องถิ่นที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติงานตามนโยบายต่างๆ ทั้งนี้ประเทศไทยมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการ พัฒนาเป็นระบบที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักคือ **“ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”** ทั้งการบูรณาการในด้านการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น การมีระบบอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน การมีทีมสหวิชาชีพในการร่วมกันพิจารณาและวางแผนการดูแล ตลอดจนระบบการดูแลระยะยาว การดูแลระยะท้าย แต่ในขณะที่มีการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการที่ต้องการบริการทางสังคมต่างๆ ที่มีอยู่สามารถเลือกรับได้ตามความต้องการแล้ว ยังคงมีบางส่วนที่เกิดอุปสรรคในการเข้าไม่ถึงบริการทางสังคม โดยปัญหาที่เกิดขึ้นมีดังนี้

■ ประชากรบางกลุ่มที่มีสวัสดิการ แต่ไม่ใช้สวัสดิการในการรักษาพยาบาล

ด้วยเหตุผลของความไม่พอใจในคุณภาพการบริการและการวินิจฉัยแนวทางการรักษา จึงทำให้มีบางส่วนหนึ่งที่เลือกจะไม่รับบริการที่มีอยู่

■ สิทธิไม่ครอบคลุม

ปัญหาเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ไม่ครอบคลุม เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้คนส่วนหนึ่งตัดสินใจไม่ไปรับการรักษา

■ ความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการ เนื่องจากสถานพยาบาลอยู่ไกล ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ และไม่มีค่าพาหนะ

ในพื้นที่ชนบทหรือแม้กระทั่งในเขตเมืองที่อยู่อาศัยกันอย่างแออัด หรือไม่สะดวกกับการที่จะออกไปรับบริการ เป็นด้านสำคัญต่อการตัดสินใจไปหรือไม่ไปสำหรับผู้สูงอายุบางราย ที่อาจจะต้องการไปรับบริการแต่ความไม่สะดวกเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเลือกไปรับบริการ

■ การเข้าไม่ถึง (ไม่เข้าถึง) การมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งเป็นบริการที่รัฐพยายามจัดให้

สาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมหรือชมรมนั้น มีเหตุผลหลักๆ คือการไม่สนใจจะเข้าร่วม ความรู้สึกว่ามีอายุมากแล้ว สุขภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยและไม่เอื้อที่จะออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านเหมือนกับคนวัยอื่น นอกจากนี้ครัวเรือนผู้สูงอายุยังมีภาวะเป็นคู่ดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน (ที่เจ็บป่วย หรือมีภาวะติดเตียง) หรือครัวเรือนข้ามรุ่นมีภาระต้องดูแลหลาน ทำให้ไม่สามารถออกไปรวมกลุ่มทำกิจกรรมได้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่ทราบว่ามีการจัดกิจกรรมดังกล่าวในชุมชน



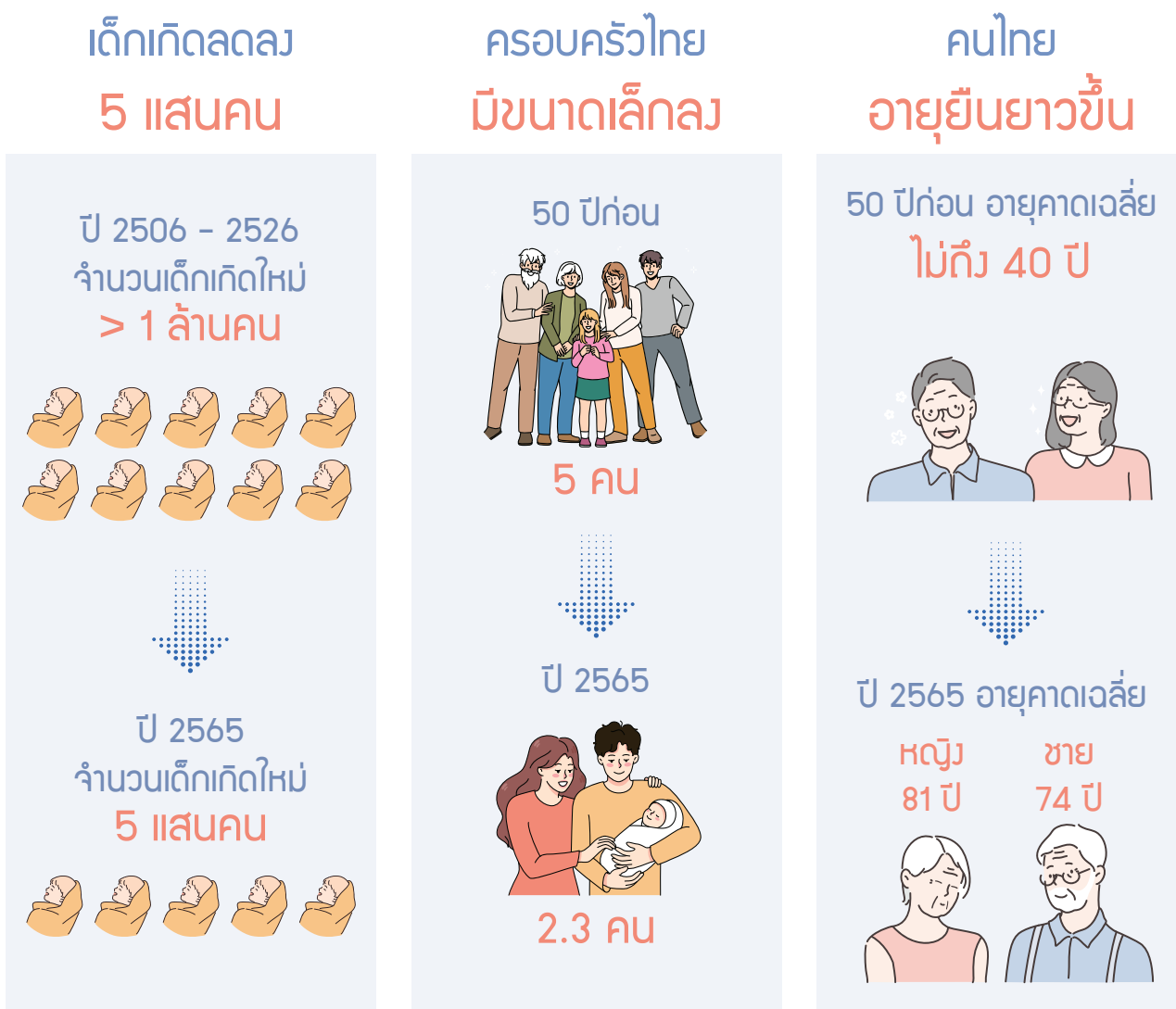
03

รูปแบบการอยู่อาศัย ของครัวเรือนไทย



3.1 โครงสร้างประชากรเปลี่ยน โครงสร้างครัวเรือนเปลี่ยน

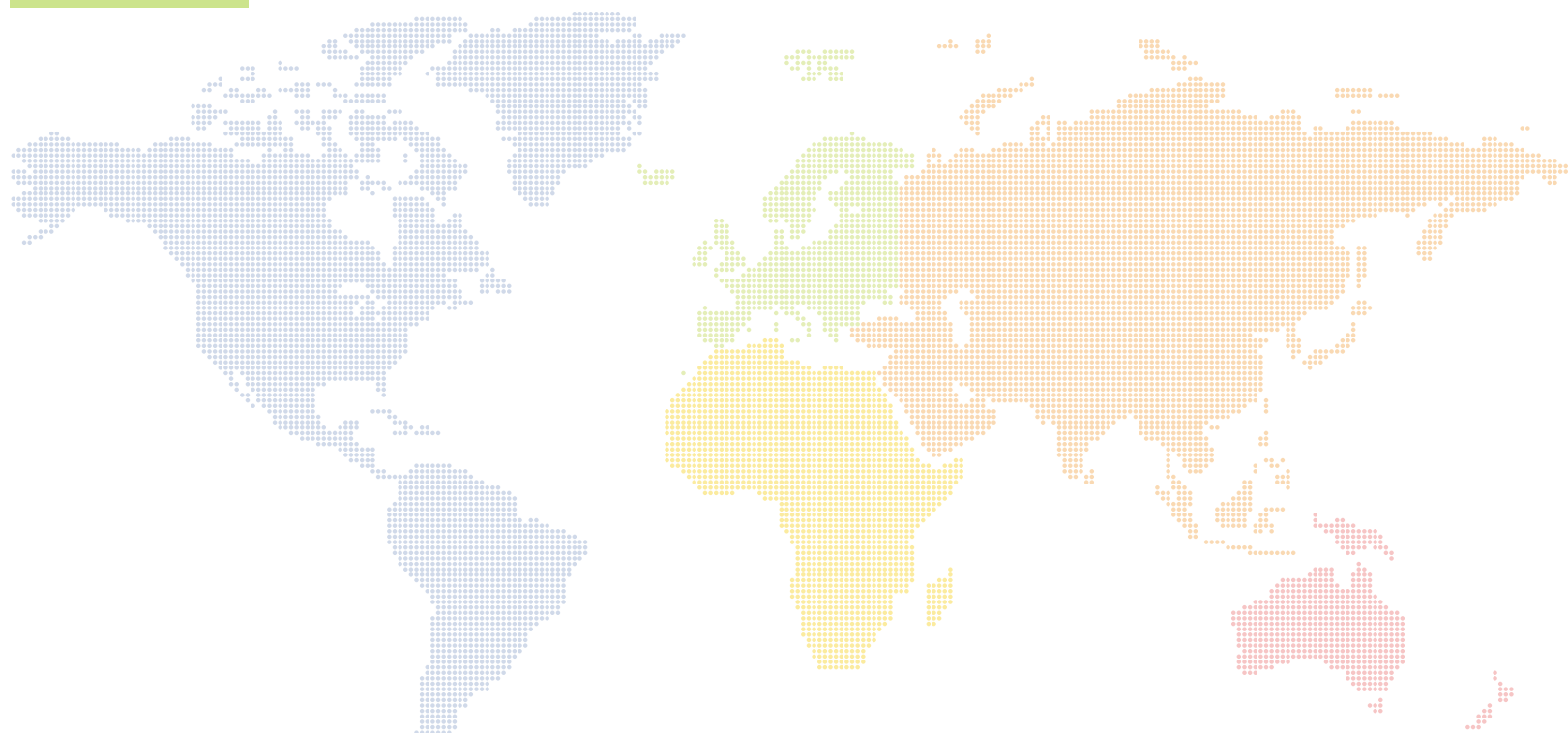
ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่ยุคเกิดน้อยอายุยืนแล้ว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรได้ส่งผลทำให้โครงสร้างครัวเรือนเปลี่ยนแปลงไปด้วย ขนาดครัวเรือนไทยมีแนวโน้มลดลงจากเมื่อ 30 ปีก่อน ที่มีขนาดประมาณ 5 คนต่อครัวเรือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, มปป.) ในปี 2565 ขนาดครัวเรือนไทยลดลงเหลือเพียง 2.4 คนเท่านั้น (สำนักบริหารการทะเบียน, 2565) นอกจากนี้การเกิดมีแนวโน้มลดลงซึ่งในปี 2565 การเกิดลดต่ำลงเหลือเพียง 5 แสนคนเท่านั้น (สำนักบริหารการทะเบียน, 2565) ในขณะเดียวกันคนมีอายุยืนยาวขึ้น จากในอดีตเมื่อ 50 ปีก่อน ที่เคยมีอายุคาดเฉลี่ยไม่ถึง 40 ปีปัจจุบันคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นถึง 83 ปี ประกอบกับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้ทำให้รูปแบบการอยู่อาศัยของคนไทยมีความหลากหลายมากขึ้น เมื่อคนหนุ่มสาววัยทำงานมีแนวโน้มอยู่เป็นโสดเพิ่มขึ้น และไม่มีที่พำนักที่จะสร้างครอบครัวหรือมีบุตร จึงทำให้การอยู่อาศัยเพียงลำพังคนเดียวเป็นรูปแบบการอยู่อาศัยที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดทั้งประชากรในวัยทำงาน และในวัยผู้สูงอายุ



ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน, 2566 ; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2566

3.2

รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในต่างประเทศ



ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุเลือกจะไม่อยู่อาศัยร่วมกับบุตรแต่อยู่ใกล้กับบุตร ทั้งนี้เพราะความใกล้ชิดช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถได้รับการสนับสนุนทางการเงิน การช่วยเหลือและความมั่นคงทางจิตใจ (Raymo, Pike, & Liang, 2019)

ประเทศฝั่งทวีปยุโรป ผู้สูงอายุหญิงมีอายุยืนยาวขึ้น จึงทำให้มีโอกาสอยู่คนเดียวมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้หญิงมีโอกาสเป็นเจ้าของบ้านน้อยกว่าผู้ชาย แต่ผู้สูงอายุในยุโรปสามารถอาศัยอยู่คนเดียวได้ โดยอาจเป็นผู้อาศัยหรือเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่มีภาระค่าเช่าบ้าน (Vignoli, Tanturri, & Acciai, 2016)

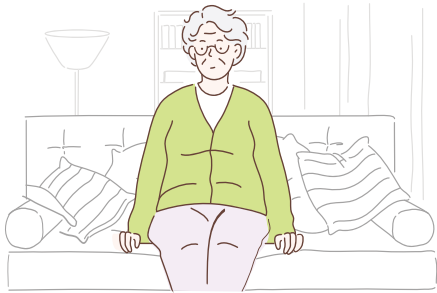
ประเทศฝั่งเอเชีย เช่น ในประเทศจีน ผู้สูงอายุในเมืองหลวงมีแนวโน้มเลือกอยู่อาศัยใกล้กับบุตร และจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตมีผลทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกอยู่อาศัยในสถานพยาบาลน้อยลง ผู้สูงอายุที่มีสถานะหม้าย หย่า แยก เลือกอยู่ร่วมกับบุตรมากกว่าเลือกอยู่คนเดียว (Meng, Xu, He, Zhang, & Lin, 2017)

ในประเทศอินเดีย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับบุตร ได้รับการดูแลจากสมาชิกในบ้าน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวอาจได้รับการดูแลจากบุคคลที่ไม่ใช่สมาชิกครอบครัว (Ugargol, Hutter, James, & Bailey, 2016) ในประเทศบังคลาเทศ ผู้ที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะย้ายเข้าไปอยู่อาศัยในเมือง เหลือทิ้งไว้เพียงผู้สูงอายุในชนบทที่เป็นเพศหญิง ด้วยอัตราเกิดที่น้อยลง ผู้คนวัยหนุ่มสาวย้ายเข้าไปในเมืองและมีแนวโน้มที่จะกลับมาอยู่ในชนบทเมื่อมีอายุที่สูงขึ้น ปรากฏการณ์ดังกล่าวจะกลายเป็นตัวเร่งให้ประเทศบังคลาเทศเข้าสู่สังคมสูงวัยในอนาคตอย่างรวดเร็ว (Hamiduzzaman, 2018)

3.3

การแบ่งประเภทของครัวเรือนไทย ตามรูปแบบการอยู่อาศัย

ครัวเรือนผู้สูงอายุ



ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว



ผู้สูงอายุอยู่กับผู้สูงอายุ

ครัวเรือนที่สมาชิกทุกคนมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกออกได้เป็น 6 ประเภท ได้แก่

- 1) ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว
- 2) ผู้สูงอายุอยู่กับสามี/ภรรยาเท่านั้น
- 3) ผู้สูงอายุอยู่ในรุ่นเดียวกัน เช่น ผู้สูงอายุอยู่กับพี่/น้องสูงอายุ
- 4) ผู้สูงอายุอยู่กับบุตรสูงอายุเท่านั้น
- 5) ผู้สูงอายุต่างรุ่นอยู่ด้วยกัน หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่กับบุตร และ พ่อและหรือแม่ และหรือหลานที่เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด และ
- 6) ผู้สูงอายุอยู่กับคนอื่นๆ ที่เป็นผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่กับญาติ และหรือเพื่อน และหรือคนรับใช้ และหรือคนที่ไม่ใช่ญาติ

ครัวเรือนที่ไม่ใช่ครัวเรือนผู้สูงอายุ

ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน หรือไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือน
จำแนกออกได้เป็น 2 ประเภทได้แก่



มีผู้สูงอายุอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน



ไม่มีผู้สูงอายุในครัวเรือน

3.4

พลิกโคมครัวเรือนผู้สูงอายุจากอดีตสู่ปัจจุบัน

ครัวเรือนผู้สูงอายุ
เพิ่มขึ้นเกือบ 5 เท่า
ในช่วง 3 ทศวรรษ

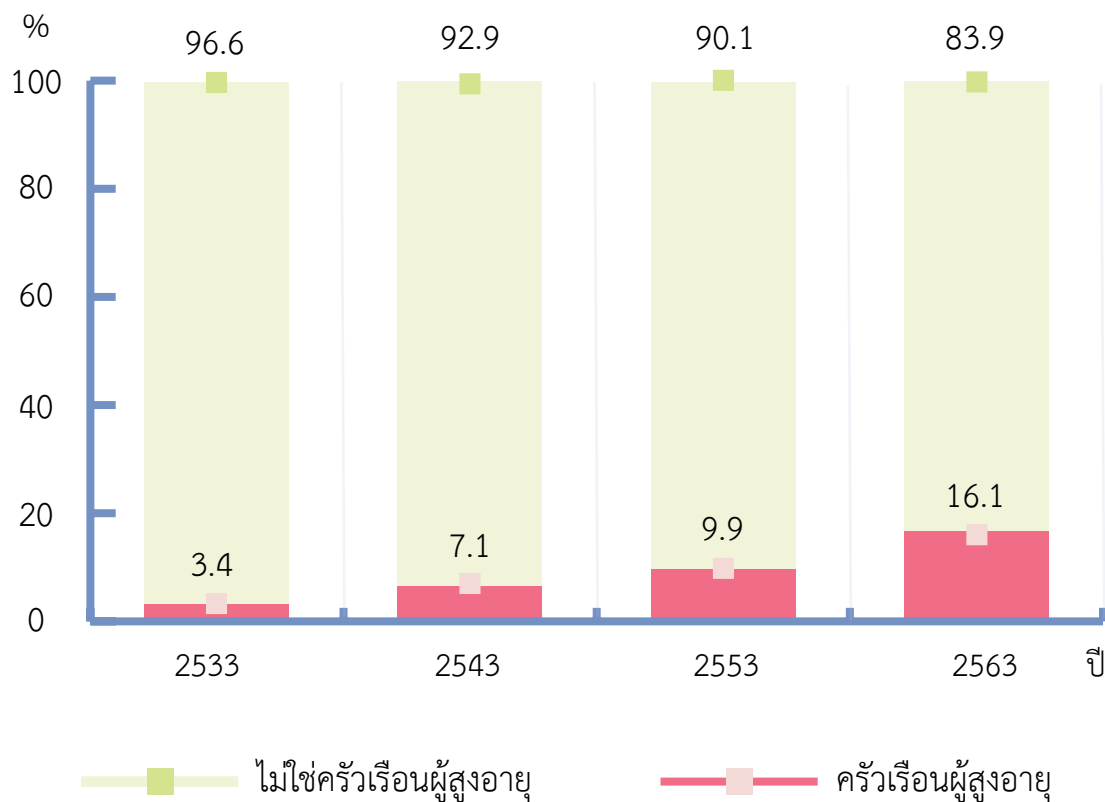


ครัวเรือนผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบการอยู่อาศัยที่เกิดขึ้นในสังคมไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ครัวเรือนผู้สูงอายุเป็นครัวเรือนซึ่งประกอบด้วยผู้อยู่อาศัยที่เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด

ในรอบ 3 ทศวรรษที่ผ่านมา สัดส่วนครัวเรือนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบ 5 เท่า โดยเพิ่มจากร้อยละ 3.4 ในปี 2533 เพิ่มเป็นร้อยละ 16.1 ในปี 2563

ในขณะที่ไม่ใช่ครัวเรือนผู้สูงอายุ แม้จะมีสัดส่วนสูงแต่มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 96.6 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 83.9 ในปี 2563

แนวโน้มที่เพิ่มของครัวเรือนเฉพาะผู้สูงอายุ ได้สะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างประชากรวัยเด็กที่มีแนวโน้มลดลง ซึ่งได้ส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันเมื่อค่านิยมในการมีบุตรเปลี่ยนแปลงไป คนมีแนวโน้มอยู่เป็นโสดมากขึ้น จึงทำให้มีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่กับลำพังสามีภรรยา หรืออยู่เพื่อดูแลพ่อแม่สูงอายุ

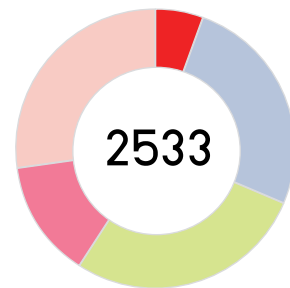


ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533 2543 2553 และ 2563

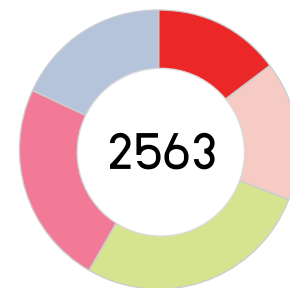
ครัวเรือนผู้สูงอายุกระจายอยู่ในแต่ละภูมิภาค

ในรอบ 3 ทศวรรษที่ผ่านมา (ปี 2533-2563) ครัวเรือนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกภาค โดยกรุงเทพฯ มีร้อยละการเปลี่ยนแปลงในการอาศัยอยู่ในครัวเรือนผู้สูงอายุสูงกว่าภาคอื่น คิดเป็นร้อยละ 3 ต่อปี ในขณะที่ภาคเหนือมีสัดส่วนของครัวเรือนผู้สูงอายุสูงกว่าภาคอื่นๆ

% ครัวเรือนผู้สูงอายุ



Region	Percentage (%)
กรุงเทพมหานคร	1.0
ภาคกลาง	4.5
ภาคเหนือ	4.8
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2.4
ภาคใต้	4.7



Region	Percentage (%)
กรุงเทพมหานคร	11.8
ภาคกลาง	13.0
ภาคเหนือ	21.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	18.8
ภาคใต้	14.4

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533 2543 2553 และ 2563

ครัวเรือนผู้สูงอายุทุกรูปแบบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 3 ทศวรรษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่กับสามีภรรยาเท่านั้น

ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น 5.5 เท่า ในช่วง 3 ทศวรรษ โดยในปี 2533 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีเพียงร้อยละ 1.3 และเพิ่มเป็นร้อยละ 7.2 ในปี 2563

ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ด้วยกันเฉพาะสามี/ภรรยาเท่านั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า เช่นกันโดยในปี 2533 มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.2 และเพิ่มเป็นร้อยละ 6.0 ในปี 2563

ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และอยู่กับสามีภรรยาเท่านั้น เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก

ร้อยละของรูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนผู้สูงอายุไทย
พ.ศ. 2533 2543 2553 และ 2563

รูปแบบการอยู่อาศัย	ปี 2533	ปี 2543	ปี 2553	ปี 2563
ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว	1.3	2.9	4.3	7.2
ผู้สูงอายุอยู่กับสามีภรรยาเท่านั้น	1.2	2.5	3.5	6.0
ผู้สูงอายุอยู่กับผู้สูงอายุรุ่นเดียวกัน	0.1	0.1	0.2	0.5
ผู้สูงอายุอยู่กับบุตรสูงอายุ	0.8	1.5	1.7	2.0
ผู้สูงอายุ 3 รุ่น อยู่ด้วยกัน	0.0	0.1	0.2	0.4
ผู้สูงอายุ อยู่กับญาติ และหรือเพื่อน และหรือคนรับใช้	0.0	0.0	0.0	0.0

หมายเหตุ : 0.0 หมายถึงมีจำนวนน้อยมาก

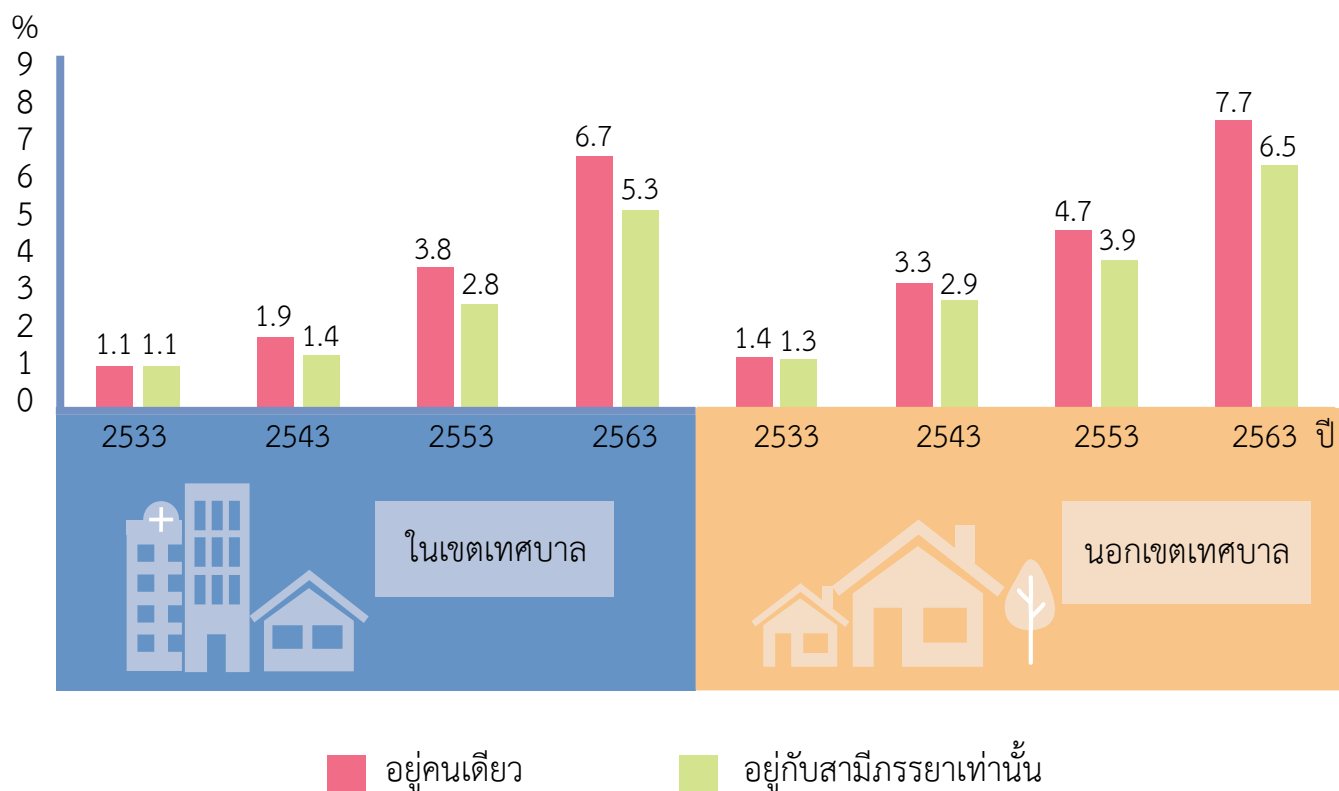
ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533 2543 2553 และ 2563

พื้นที่นอกเขตเทศบาลมีครัวเรือนผู้สูงอายุมากกว่าในเขตเทศบาลมาโดยตลอด

ในช่วง พ.ศ. 2533-2563 ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่กับสามี/ภรรยาเท่านั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งครัวเรือนผู้สูงอายุทั้งสองรูปแบบนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนมากกว่าในเขตเทศบาลมาโดยตลอด

ในเขตเทศบาล ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.1 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 6.7 ในปี 2563 ในขณะที่สัดส่วนครัวเรือนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยาเท่านั้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.1 เป็นร้อยละ 5.3 ในปี 2533 และ 2563 ตามลำดับ

นอกเขตเทศบาล ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.4 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2533 และ 2563 ตามลำดับ สำหรับสัดส่วนครัวเรือนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยาเท่านั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มจากร้อยละ 1.3 เป็นร้อยละ 6.5 ในปี 2533 และ 2563 ตามลำดับ



สัดส่วนครัวเรือนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว และอยู่กับสามี/ภรรยาเท่านั้น
จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2533 - 2563

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533 2543 2553 และ 2563

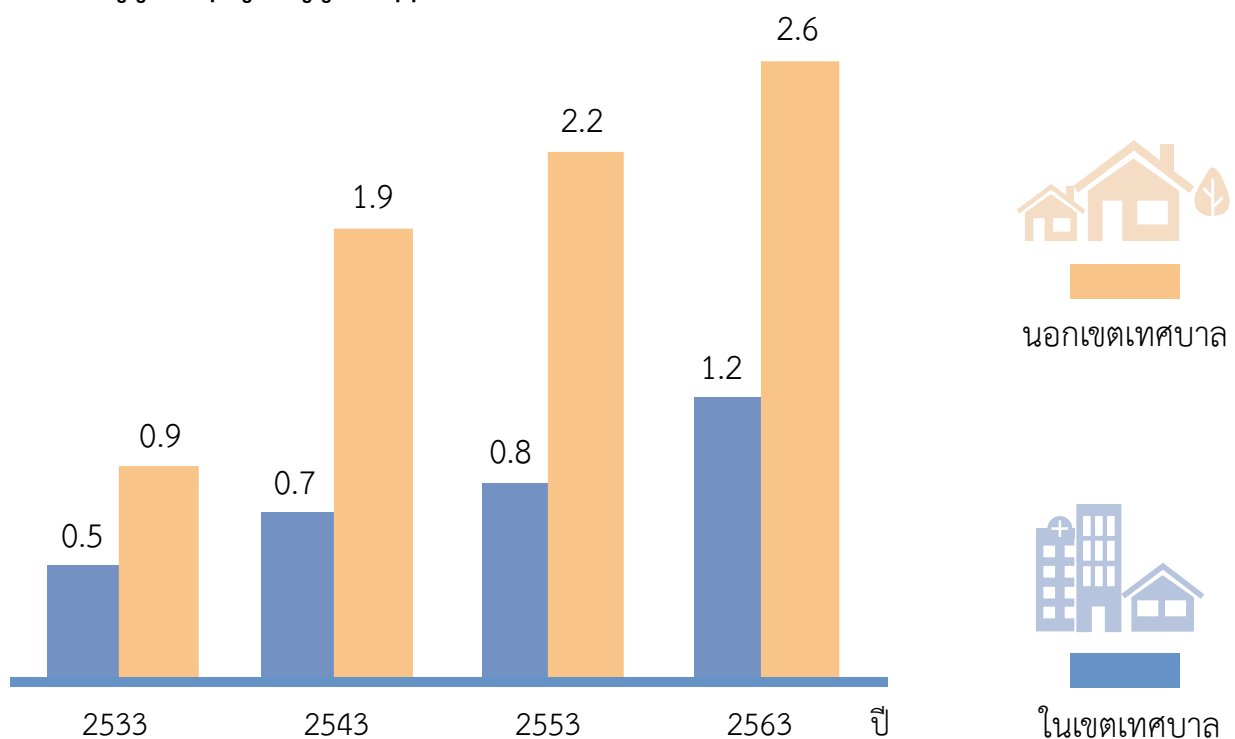
ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอยู่กับผู้สูงอายุรุ่นเดียวกัน พบมากในเขตเทศบาล



ผู้สูงอายุอยู่ในรุ่นเดียวกัน หมายถึง ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับพี่/น้องสูงอายุ ครัวเรือนรูปแบบนี้ ได้สะท้อนให้เห็นภาพของการดูแลและการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ของคนในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเอง แต่ก็อาจจะเกิดอุปสรรคในการดูแลเนื่องจาก ความเสื่อมถอยของร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้นของสมาชิกในครัวเรือน

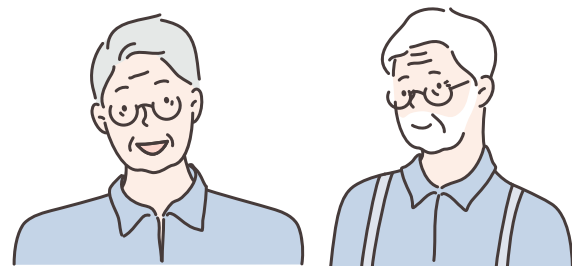
ครัวเรือนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุรุ่นเดียวกัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังมี สัดส่วนน้อย และยังพบมากในเขตเทศบาล โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.1 ในปี 2533 เป็น ร้อยละ 0.7 ในปี 2563

ครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่กับผู้สูงอายุรุ่นเดียวกัน



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533 2543 2553 และ 2563

ครัวเรือนผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรสูงอายุ พบมากขึ้นนอกเขตเทศบาล

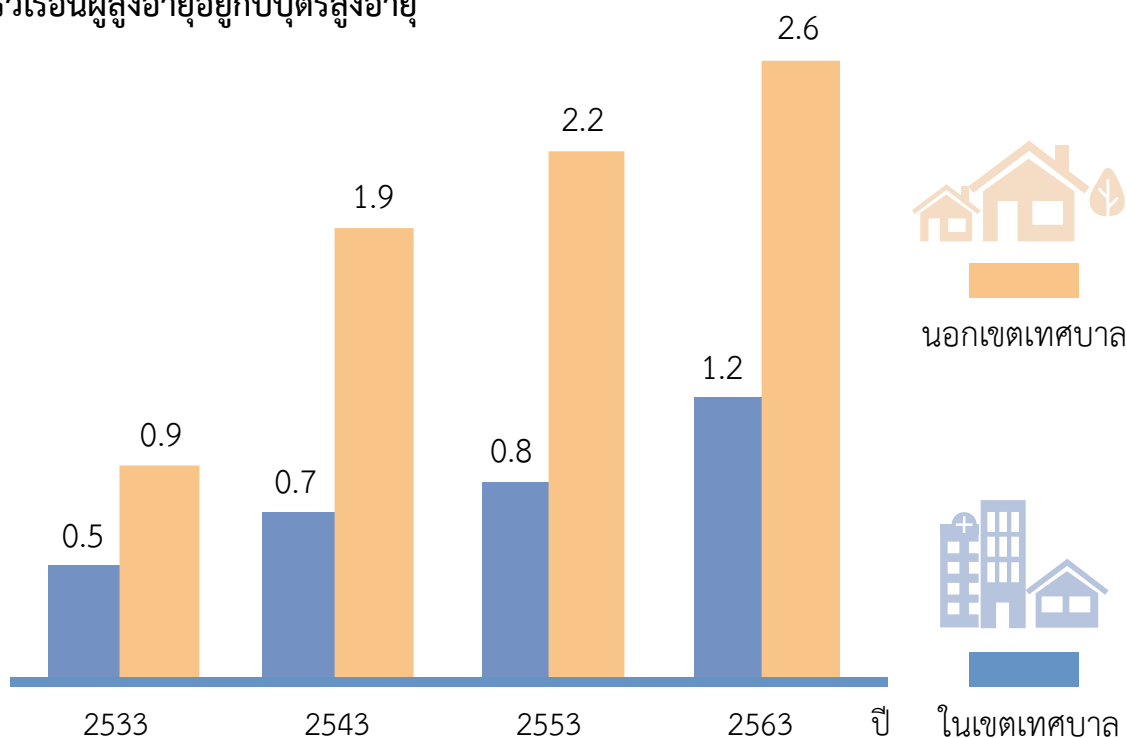


ผู้สูงอายุอาจอยู่ร่วมกับบุตรที่เป็นผู้สูงอายุแล้ว ด้วยเหตุปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยทางประชากรและสังคม (เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะทาง) และสถานะทางสุขภาพ นอกจากนี้ บริบททางวัฒนธรรมยังส่งผลต่อการอยู่อาศัยร่วมกับบุตรเช่นกัน ผู้สูงอายุบางส่วนอาจเลือกอยู่อาศัยกับบุตรภายหลังการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยอาจมีการดูแลจากผู้ดูแลควบคู่กัน

ในบริบทเอเชีย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกอยู่กับบุตรแม้ว่าบุตรจะสูงอายุแล้ว ทั้งนี้ด้วยวัฒนธรรมและค่านิยมในเรื่องความกตัญญูต่อบิดามารดา (filial piety) (Chen, 2017) จึงพบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตร

อย่างไรก็ตาม ในบริบทของพื้นที่นอกเขตเทศบาล พบว่า มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อ 30 ปีที่แล้ว ครัวเรือนประเภทนี้มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.9 เพิ่มเป็นร้อยละ 2.6 ในปี 2533 และ 2563 ตามลำดับ

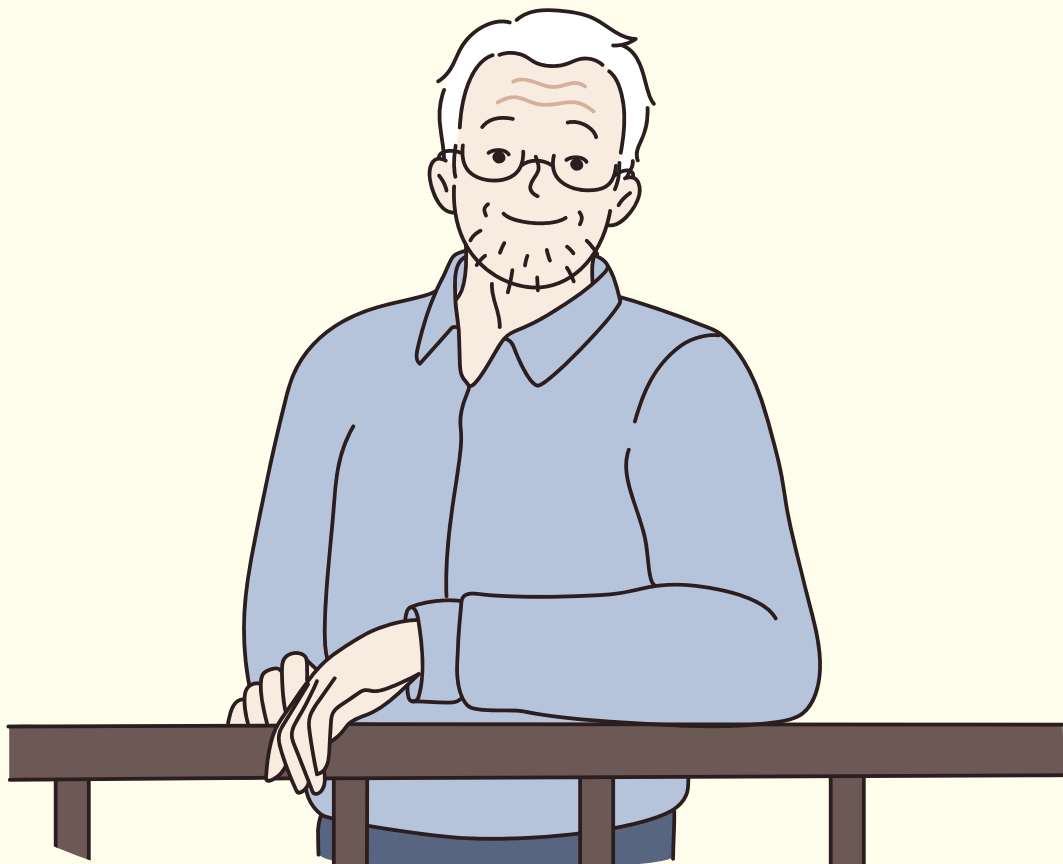
ครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่กับบุตรสูงอายุ

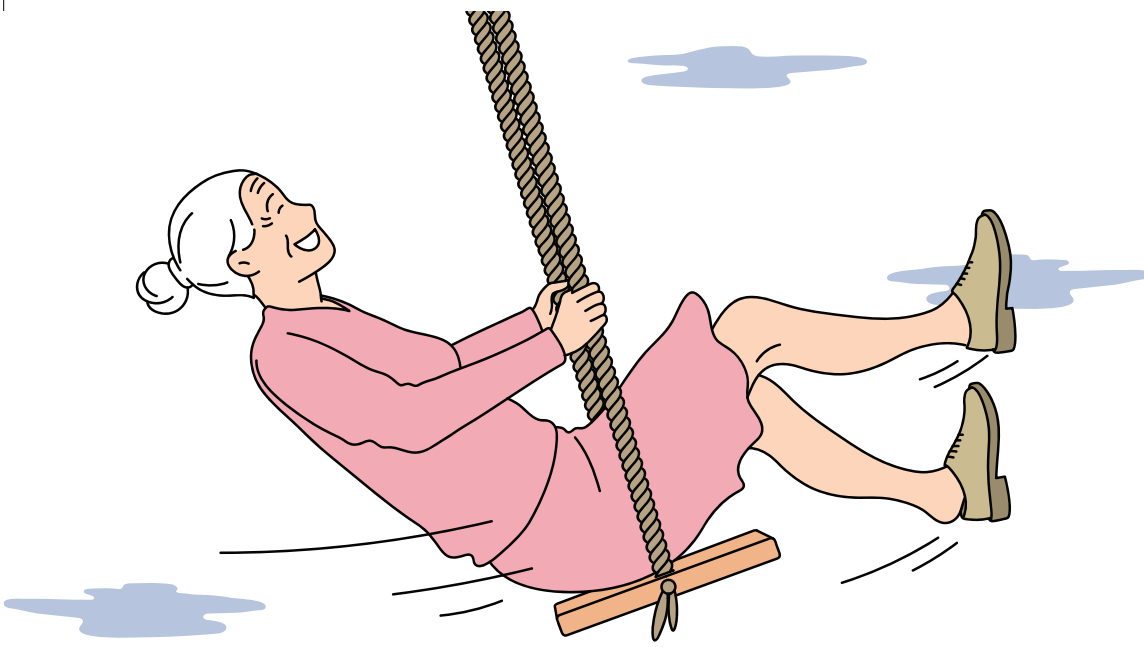


ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533 2543 2553 และ 2563

04

ຍິ່ງສຸງວັຍ
ຍິ່ງເດີຍວດາຍ





4.1 เมื่อสังคมเปลี่ยน คนอยู่คนเดียวมากขึ้น

สัดส่วนของการอยู่ลำพังคนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เมื่อคนส่วนใหญ่มีแนวโน้มไม่แต่งงาน จนกลายเป็นผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว ถูกนิยามว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความเปราะบาง เพราะเป็นวัยที่สุขภาพร่างกายย่อมเสื่อมถอยไปตามอายุที่สูงขึ้น ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแล ทั้งจากครอบครัว รัฐ และชุมชน (ศุทธิดา ชวนวัน และคณะ, 2563) สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท จากในอดีตเมื่อ 10 ปีก่อน สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีไม่ถึงร้อยละ 10 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ในปี 2564 สัดส่วนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565)

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนครัวเรือนคนเดียวของประชากรสูงอายุ ทำให้พอจะคาดประมาณได้ว่า ในอนาคตจะมีผู้คนในแต่ละวัยอาศัยอยู่คนเดียวกันมากขึ้น การอยู่อาศัยในลักษณะนี้เป็นอีกรูปแบบการอยู่อาศัยหนึ่งที่สะท้อนภาพสังคมไทยในปัจจุบัน สังคมไทยในทุกวันนี้เป็นสังคมไร้ลูกหลาน หรือเรียกว่าเป็นสังคมที่เป็นครอบครัวแบบ DINK (double income no kids) (กนกวรรณ พวงประยงค์, 2562) เมื่อจำนวนเด็กเกิดของไทยมีแนวโน้มลดลงเป็นอย่างมาก สาเหตุหลักของการอยู่อาศัยในครัวเรือนคนเดียวเนื่องมาจากการครองตัวเป็นโสด ไม่มีบุตร (childless) บุตรเสียชีวิต (the loss of children) บุตรอยู่คนละบ้าน (near residence) หรือบุตรอยู่ห่างไกล รวมถึงการเป็นหม้าย หรือหย่าที่สิ้นสุดสภาพสมรสแล้ว ซึ่งในปัจจุบันมีอัตราที่ค่อนข้างสูงทำให้ต้องอาศัยอยู่คนเดียว (Yamada & Teerawichitchainan, 2015)

การอยู่ตามลำพังคนเดียวมีทั้งผลดีและผลเสียที่กระทบต่อผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับการปรับตัว และแรงสนับสนุนทางสังคม และการบริการสุขภาพพื้นฐานของแต่ละประเทศจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามวิถีการดำเนินชีวิตปกติ และตามสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

4.2 ผลกระทบของการอยู่คนเดียว

ครีวเรือนคนเดียว พบปัญหาที่เห็นได้ชัด คือ การเสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยวตามลำพัง เนื่องจากการอยู่อาศัยคนเดียวโดยไม่มีคนดูแล ดังเช่นตัวอย่างของประเทศญี่ปุ่นที่คาดการณ์ว่าจะมีผู้เสียชีวิตตามลำพังไม่ต่ำกว่า 3 หมื่นคนในแต่ละปี ประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ในปี 2559 มีครีวเรือนผู้สูงอายุ (อายุ 65 ขึ้นไป) ที่อยู่คนเดียวมีจำนวน 1.2 ล้านครีวเรือน จากจำนวนครีวเรือนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 3.7 ล้านครีวเรือน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังจะมีอัตราตายสูงกว่าปกติ เนื่องจากการอยู่ตามลำพัง อาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การถูกทอดทิ้ง การขาดการติดต่อจากสังคม ตลอดจนความกดดันทางอารมณ์หรือแม้กระทั่งเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า (สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์, 2560)

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียว มักได้รับผลกระทบในเรื่องปัญหาทางสุขภาพกาย และใจมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น (Kooshiar, Yahaya, Hamid, Abu Samah, & Sedaghat Jou, 2012; Samanta, Chen, & Vanneman, 2015) เนื่องจากผู้ที่อยู่อาศัยคนเดียวที่ไม่ได้แต่งงาน หย่าร้าง หรือเป็นหม้าย ขาดโอกาสในการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับคนเดียว จึงเลือกที่จะไม่เข้ารับบริการ หรือหลีกเลี่ยงการรักษา (Ma et al., 2019; Brettschneider et al., 2019)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวยังประสบปัญหาความพึงพอใจในชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส (Kim, Hong, & Kim, 2015) และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวอาจเก็บตัวและกังวลเรื่องความปลอดภัยในชีวิต (Brenton, 1999) ซึ่งอาจทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคมได้ รวมถึงอาจเกิดอาการซึมเศร้าได้ (Yamada & Teerawichitchainan, 2015)

ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุอาจมองว่าการอยู่คนเดียวเป็นผลเชิงบวก โดยมองว่ามีความเป็นอิสระ และไม่ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการช่วยเหลือตนเอง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งได้วางแผนการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงระบบบริการสาธารณะที่พร้อมสำหรับกลุ่มผู้ที่อยู่คนเดียว และไม่มีผู้อื่นช่วยเหลือ (Weissman & Russell, 2018; Sereny & Gu, 2011; Rourke, Grey, Fuller, & McClean, 2004)

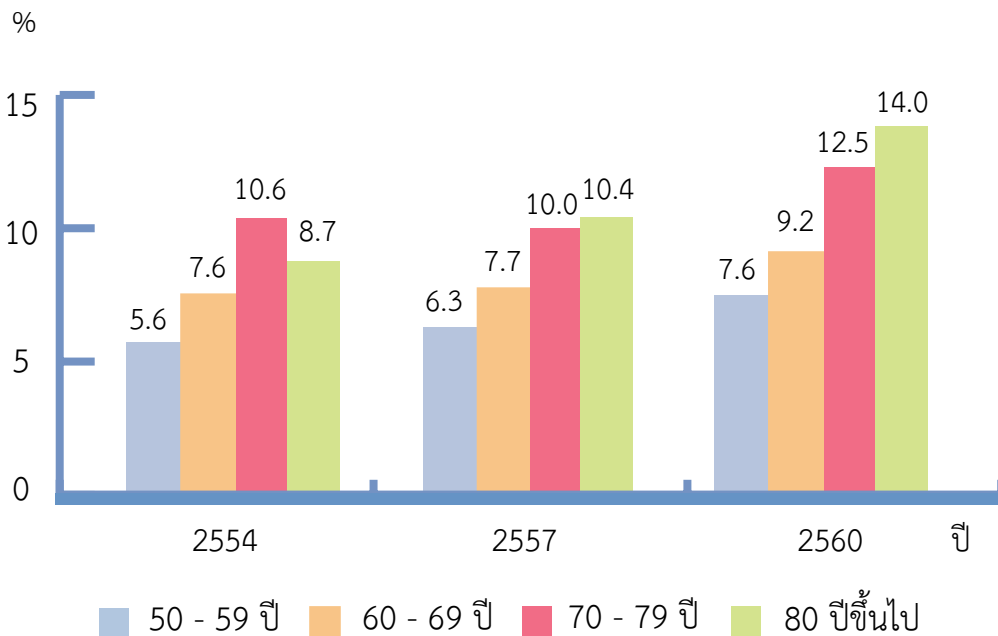
ดังนั้นสิ่งสำคัญของการเลือกอยู่อาศัยแบบคนเดียว ผู้สูงอายุควรมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และต้องมีระบบขนส่งสาธารณะรองรับสำหรับการเดินทาง รวมไปถึงระบบการช่วยเหลือที่พร้อมในเวลา que ผู้สูงอายุต้องการให้ช่วยเหลือฉุกเฉิน



4.3 ยิ่งมีอายุมากขึ้น ยิ่งมีแนวโน้มอาศัยอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้น ย่อมมีสุขภาพที่เสื่อมถอยลงตามเวลา ประกอบกับการอาศัยอยู่คนเดียว ยิ่งทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลที่เป็นบุคคลหรือระบบที่ทำหน้าที่ในการดูแลระยะยาว

ข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่า มีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวร้อยละ 10.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้นผู้สูงอายุยังมีสัดส่วนของการอยู่คนเดียวมากขึ้นเช่นกัน โดยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ที่อยู่คนเดียวคิดเป็นร้อยละ 9.2 ในขณะที่ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) ที่อยู่คนเดียวคิดเป็นร้อยละ 12.5 และผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ที่อยู่คนเดียวคิดเป็นร้อยละ 14.0



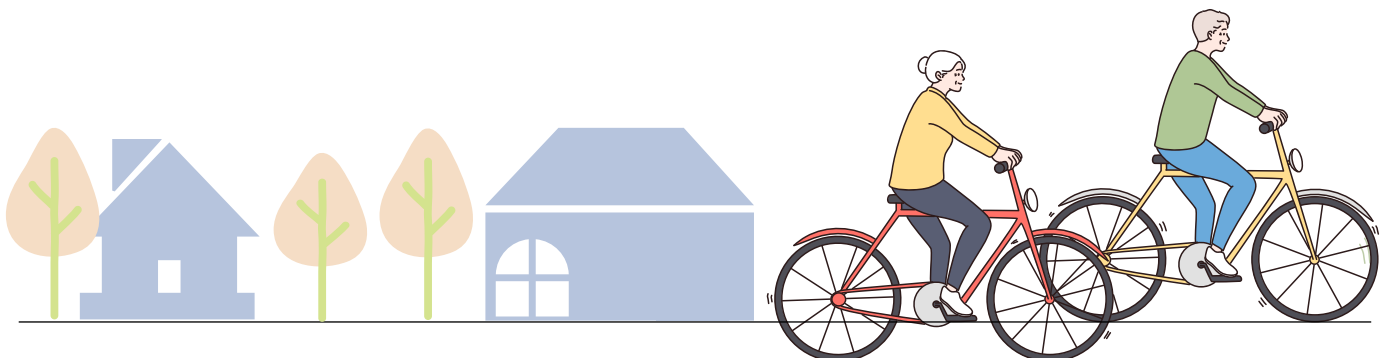
ประเภทการอยู่คนเดียว

อยู่คนเดียว แต่มีลูกหลานอยู่ใกล้ๆ

มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้ๆ กับละแวกบ้าน

อยู่คนเดียวแบบ ไร้ญาติขาดมิตร

ร้อยละของประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2554 2557 และ 2560

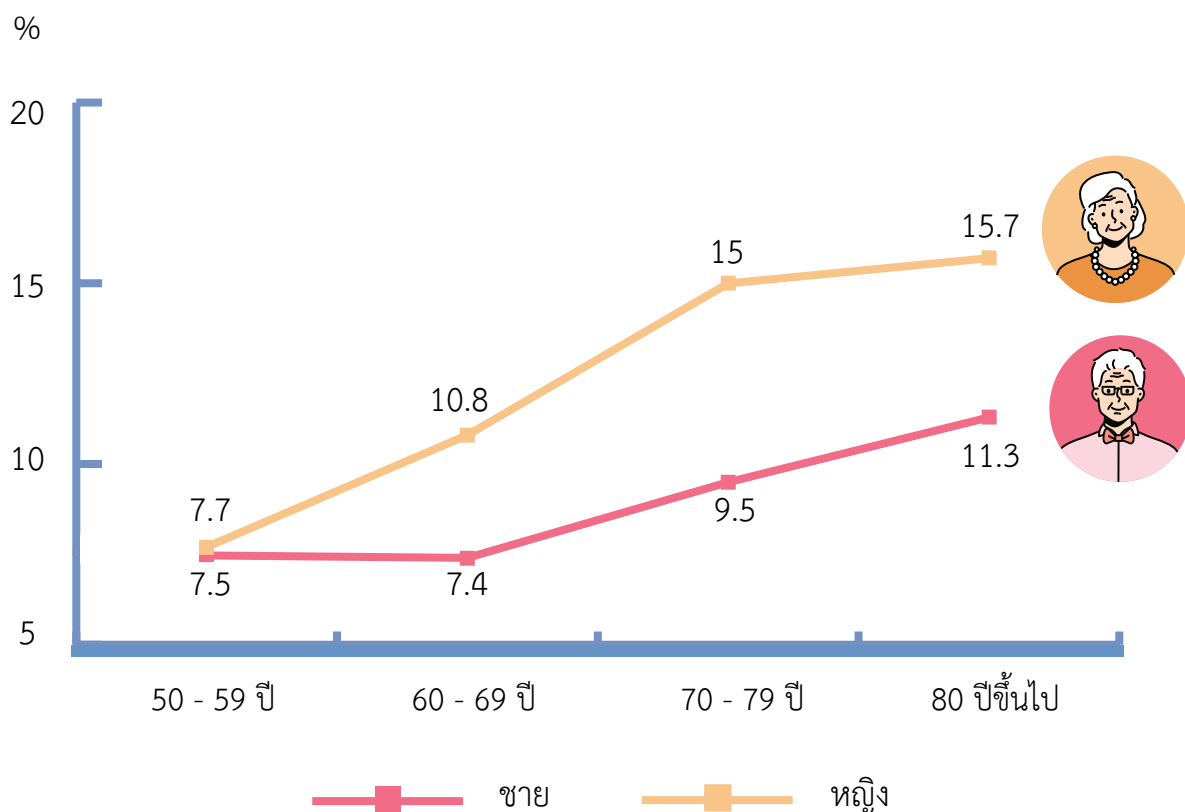


ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 2557 และ 2560

4.4 ผู้หญิงอายุยืนยาวกว่า..อยู่คนเดียวนานกว่า

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวได้ส่งสัญญาณว่า ยิ่งประชากรในวัยทำงานมีแนวโน้มไม่แต่งงานกันมากขึ้น หรือแต่งงานแล้วแต่แยกกันอยู่ (Living Apart Together-LAT) ก็จะทำให้ประชากรกลุ่มนี้เมื่อเป็นผู้สูงอายุมิแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียวเช่นเดิม เรียกได้ว่าเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ไม่มีบุตร หรือ SINK (Single Income, No Kids) (กนกวรรณ พวงประยงค์, 2562) การมีอายุยืนยาวของคนไทย ที่พบว่า ผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชายมาโดยตลอด ในปี 2565 ผู้หญิงมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ 81 ปี ผู้ชาย 74 ปี การมีอายุที่ยืนยาวกว่าของผู้หญิง ได้ทำให้ผู้สูงอายุหญิงที่เคยอาศัยอยู่กับสามี ต้องกลายเป็นผู้สูงอายุอยู่โดดเดี่ยวตามลำพังคนเดียวเมื่อคู่สมรสเสียชีวิตลง

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงในปี 2560 พบว่า สัดส่วนการอยู่อาศัยคนเดียวของประชากรก่อนวัยสูงอายุที่มีอายุ 50-59 ปี ทั้งชายและหญิงไม่แตกต่างกันมากนัก คือ ร้อยละ 7.5 และ 7.7 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนการอาศัยอยู่คนเดียวน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกลุ่มอายุ โดยในภาพรวมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชายอยู่คนเดียวร้อยละ 8.0 ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่คนเดียวอยู่ที่ร้อยละ 10.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด



สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวจำแนกตามเพศ พ.ศ. 2560

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560

05

ผู้สูงวัยกับความเหลื่อมล้ำ ด้านสุขภาพ



การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรไทย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น และเป็นตัวแปรสำคัญของการเปลี่ยนแปลงสังคมสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยีและนวัตกรรม สามารถส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนทุกเพศทุกวัย

ตัวชี้วัดสถานภาพทางสุขภาพที่นิยมใช้ประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่

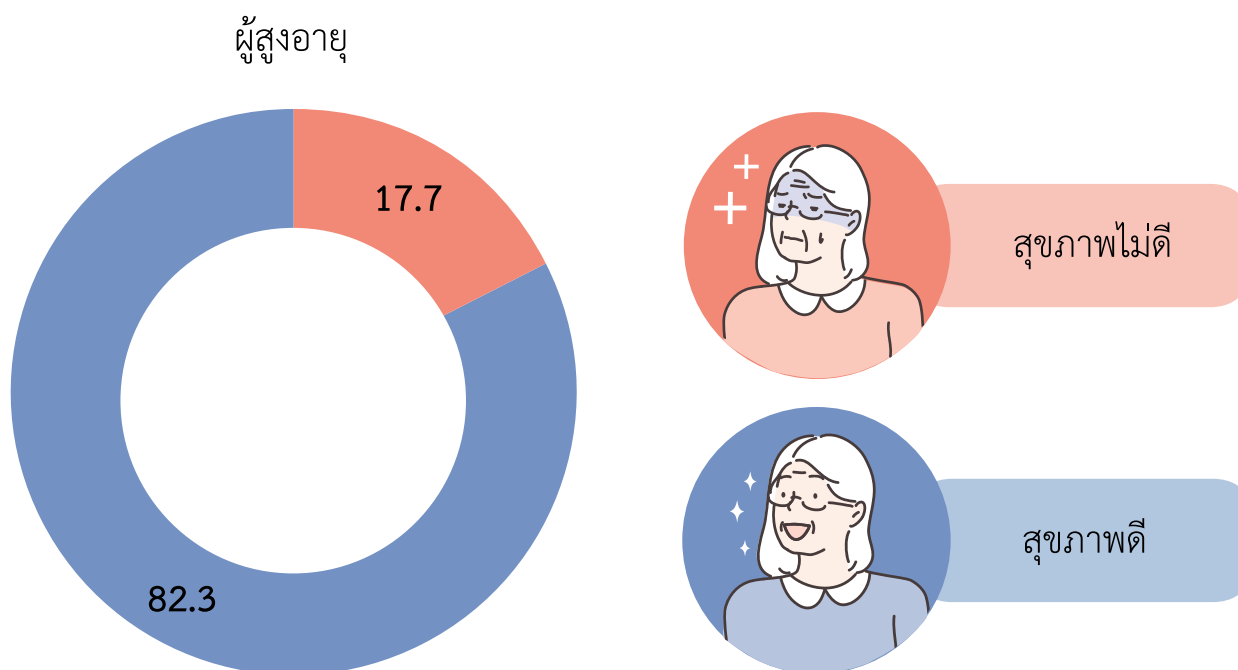
- การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง (self-rated health)
- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activity Daily Living-ADL)



5.1 ผู้สูงอายุประเมินสถานะทางสุขภาพด้วยตนเองว่าอย่างไร

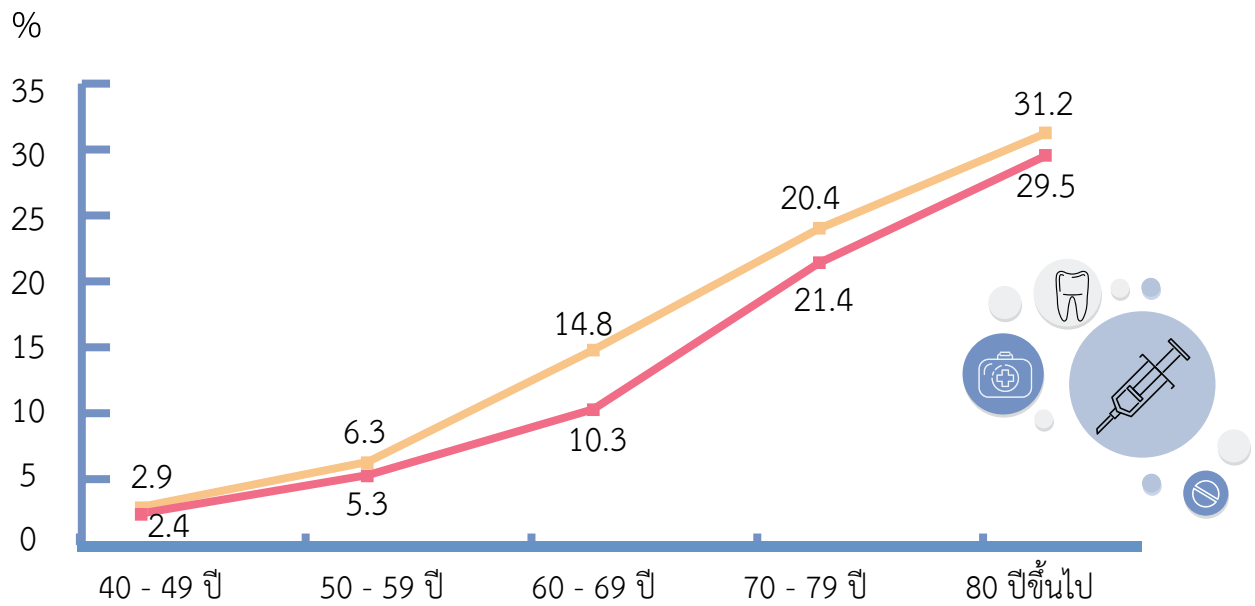
หนึ่งในมาตรการชี้วัดสถานภาพทางสุขภาพที่ส่วนใหญ่ใช้ในการสำรวจทางการแพทย์และสังคมศาสตร์ คือ การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง (self-rated health) หมายถึง การประเมินสถานะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวมและความเป็นอยู่ที่ดีทางร่างกายและจิตใจ (Simonsson and Molarius, 2020; Sereny and Gu, 2011; Straatmann et.al, 2020) โดยการตีความสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน บางคนคำนึงถึงปัญหาสุขภาพที่เจาะจงหรือหน้าที่ทางร่างกายและพฤติกรรมทางสุขภาพ การตีความสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองยังแตกต่างกันไปตามอายุและเพศของผู้สูงอายุ (Molarius and Janson, 2002) การประเมินสุขภาพตนเองไม่เพียงแต่ใช้เพื่อวัดสถานะสุขภาพของประชากรและความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพของประชากรเท่านั้น แต่ยังใช้เป็นตัวทำนายการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และการใช้บริการสุขภาพ (Idler and Benyamini, 1997) อีกทั้งการประเมินสุขภาพตนเองยังเป็นดัชนีที่ใช้วัดอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (health life expectancy)

ร้อยละ 82 ของผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการประเมินสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี



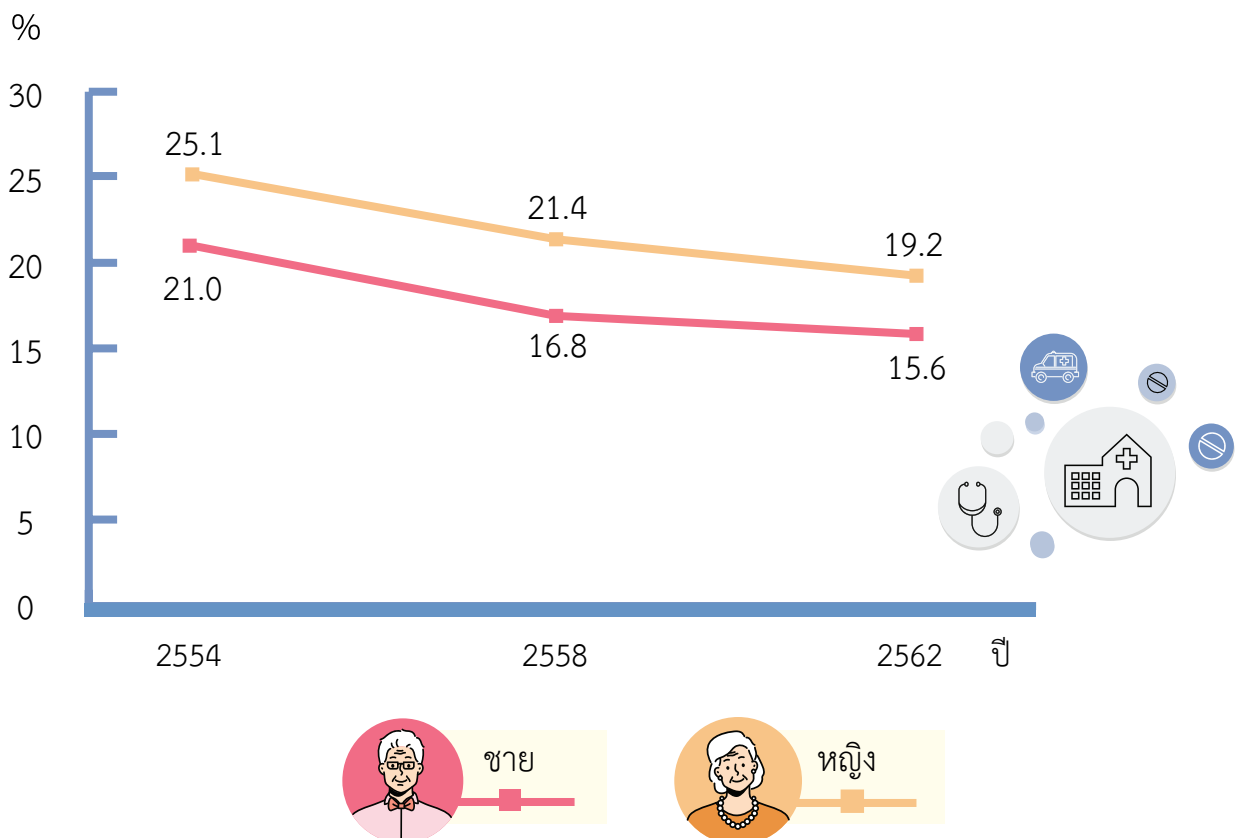
ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562

“ เมื่อมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุมีสัดส่วนการประเมินสุขภาพตนเองไม่ดีเพิ่มขึ้น
 ทั้งนี้ **ผู้หญิง** ประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่ดีมากกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ ”



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและเสถียรภาพชีวิต พ.ศ. 2562

“ ระหว่างปี 2554-2562 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มประเมินสุขภาพ
 ว่าไม่ดีลดลงอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น ”



ชาย



หญิง

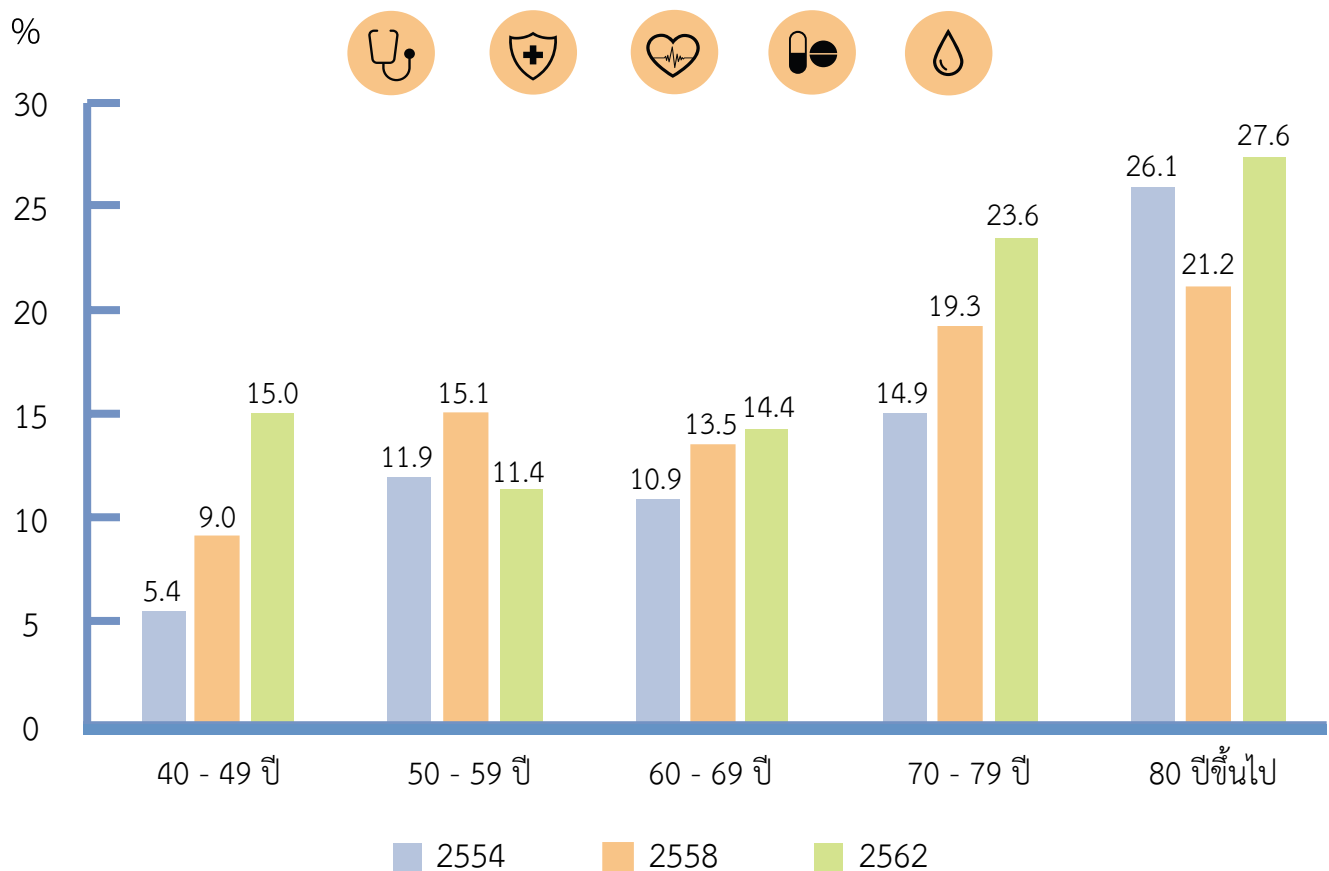
ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและเสถียรภาพชีวิต พ.ศ. 2554 2558 และ 2562

“ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี ”

ประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวมีแนวโน้มประเมินสุขภาพไม่ดีเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ในช่วงปี 2554-2562 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีการประเมินสุขภาพไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น โดยผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวในกลุ่มอายุ 40-49 ปี 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีการประเมินสุขภาพไม่ดีเพิ่มขึ้น ยกเว้นในกลุ่มอายุ 50-59 ปี และ 80 ปีขึ้นไป

ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวและมีสุขภาพไม่ดี จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลทางสุขภาพเป็นพิเศษ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านสุขภาพร่างกายและด้านจิตใจ เพราะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต



สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพไม่ดี พ.ศ.2554 2558 และ 2562

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและเสถียรภาพ พ.ศ. 2554 2558 และ 2562

5.2

ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเองมากน้อยเพียงใด

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ถือว่าเป็นตัวแปรหนึ่งที่ใช้วัดสถานะสุขภาพและนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีพลัง ซึ่งการมีสุขภาพที่ดียอมทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ได้อย่างอิสระและอยู่ได้ด้วยตนเองเป็นเวลายาวนาน ดังนั้นสถานการณ์เรื่องสุขภาพจะนำไปสู่การจัดบริการทางสังคมที่เหมาะสม

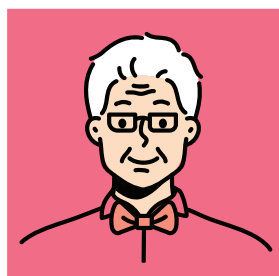
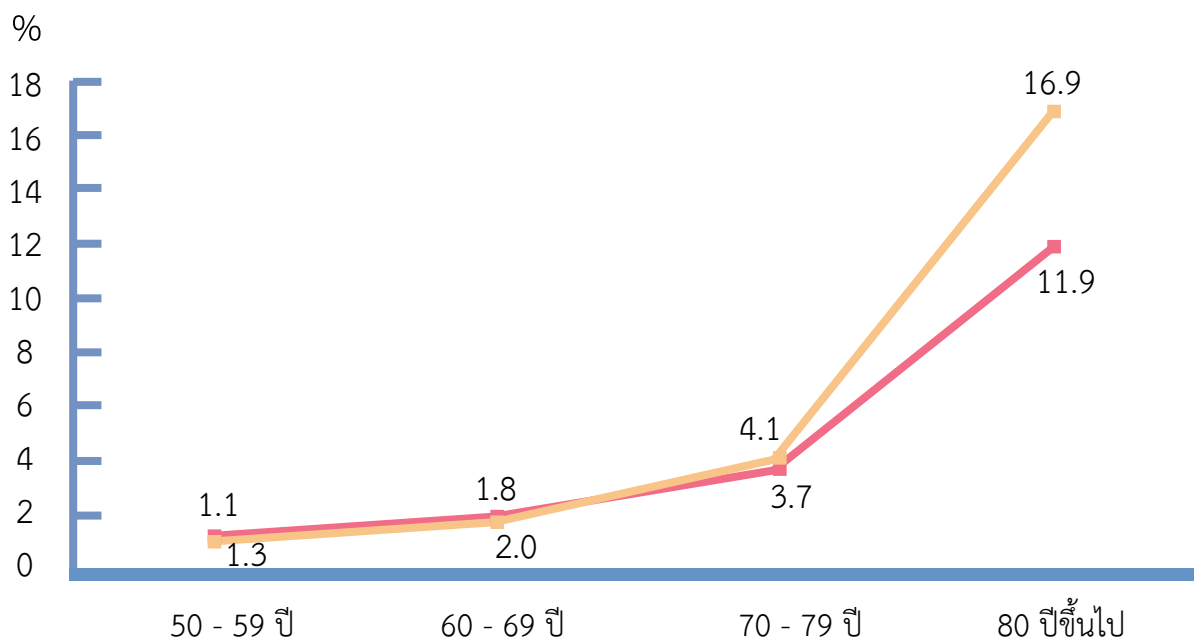
ในการศึกษานี้ใช้ตัวแปรความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานใน 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การกินอาหาร การใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ/ล้างหน้า (รวมการใช้ห้องน้ำ) ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานที่ทุกคนจำเป็นต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานที่ใกล้ตัว ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรพื้นฐานทั้ง 3 เรื่องได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีใครช่วยหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น
ยังไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน
ขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น



ความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 3 กิจกรรม

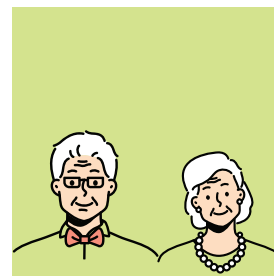
ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ทั้ง 3 กิจกรรม* มีอยู่ประมาณร้อยละ 4.3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด อีกทั้งผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนในการไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากกว่าผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ใน 3 กิจกรรมพื้นฐาน จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นด้วย



3.7 %
ชาย



4.7 %
หญิง



4.3 %
รวม

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560

* ความไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน หมายถึง ความไม่สามารถที่จะทำอย่างน้อย 1 ใน 3 กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ การกินอาหาร การใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ/ล้างหน้า (รวมการใช้ห้องน้ำ)

จะทำอย่างไร...

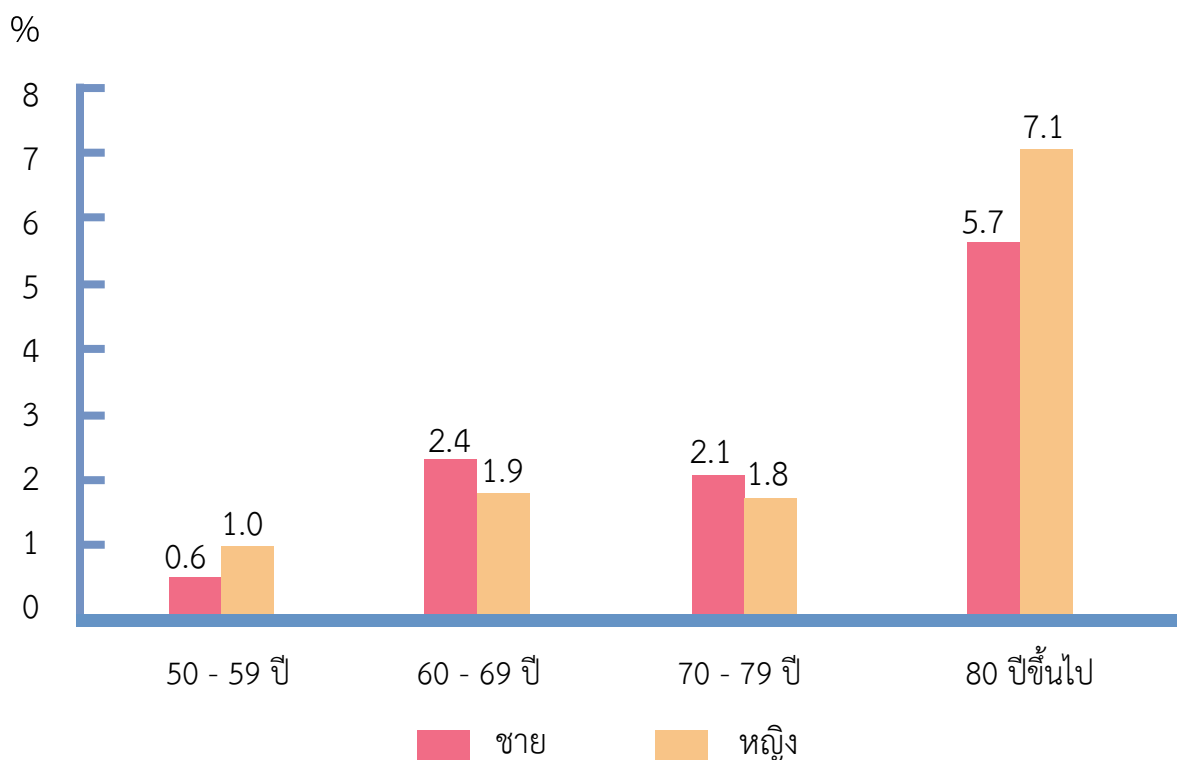
เมื่อผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพัง

ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเอง



ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเองทั้ง 3 กิจกรรม พบมากในผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และอายุ 70-79 ปี แต่ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานทั้ง 3 กิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุชายในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป

แม้สัดส่วนประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานทั้ง 3 กิจกรรมได้ด้วยตนเองจะมีสัดส่วนที่น้อย แต่เป็นสัดส่วนที่น่าตกใจว่าประชากรกลุ่มนี้อยู่ได้อย่างไร จะมีใครคอยดูแล ถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังและได้รับการดูแลเป็นอันดับแรกๆ



ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเอง พ.ศ. 2560

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560

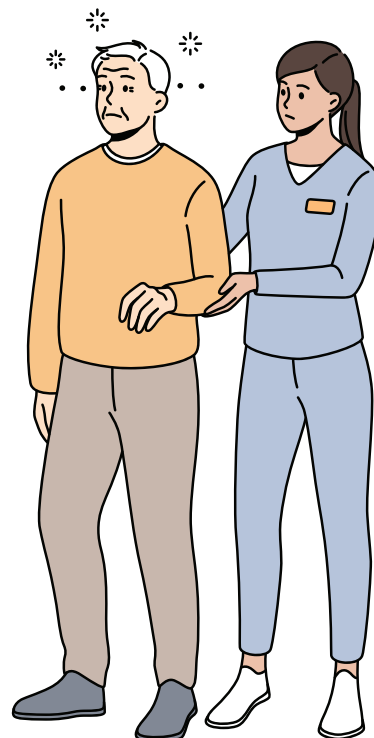
ผู้สูงอายุมีการประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดี รวมถึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเองอย่างน้อย 1 ใน 3 กิจกรรม มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และพบมากในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานทั้ง 3 กิจกรรมได้ด้วยตนเองมีสัดส่วนมากขึ้นเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและมีสัดส่วนสูงในอายุ 80 ปีขึ้นไป ขณะเดียวกันการประเมินสุขภาพตัวเองว่าสุขภาพไม่ดีของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

“

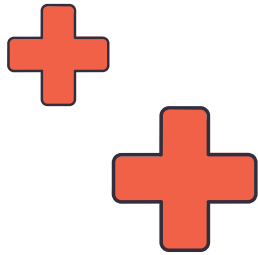
ดังนั้น การเข้าถึงบริการทางสุขภาพอนามัยที่เป็นส่วนหนึ่งของบริการทางสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว เพราะการอาศัยอยู่คนเดียวมีความเสี่ยงต่อความเปราะบางหลายประการไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกาย จิตใจ และมิติทางเศรษฐกิจ

”



5.3

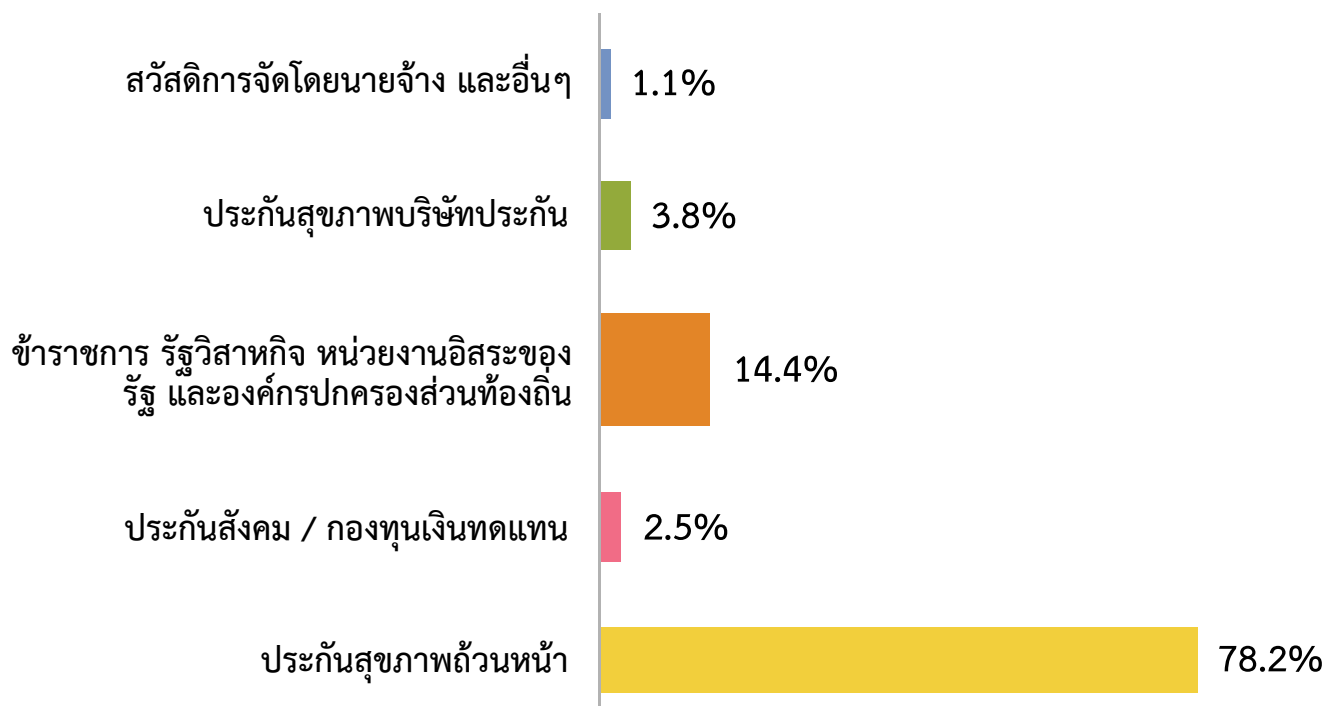
สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลและการรักษา เมื่อเจ็บป่วย... เครื่องสะท้อนคุณภาพชีวิต



สวัสดิการและบริการทางสังคมที่ดีและมีคุณภาพ เป็นเครื่องสะท้อนคุณภาพชีวิต ความอยู่ดีมีสุข รวมถึงความมั่นคงในชีวิตของประชากร ซึ่งภายใต้การดำเนินการของภาครัฐในการจัดบริการทางสังคมให้แก่ประชาชนคือ สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เป็นสวัสดิการและสิทธิทางสุขภาพของประชากรที่ต้องได้รับอย่างทั่วถึงตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่กำหนดให้ทุกคนมีสิทธิรับบริการสาธารณสุขของรัฐ และกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC)

ผู้สูงอายุมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลด้านสุขภาพมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอิสระของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) ประกันสุขภาพบริษัทประกัน

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุได้รับ



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562

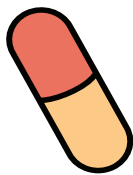
สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังควมมีส่วนที่มากกว่าสวัสดิการอื่นๆ

จากการศึกษาเชิงคุณภาพสามารถยืนยันข้อมูลดังกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพที่อยู่ในระบบประกันสังคม มักใช้สิทธิของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเรียกกันติดปากว่า “บัตรทอง” “บัตร 30 บาท” อีกทั้งเกี่ยวข้องกับเรื่องรายได้ ซึ่งพบว่าแม้ผู้สูงอายุยังประกอบอาชีพอยู่ ที่เป็นอาชีพอิสระ ค่าขายทั่วไป เกษตรกรรม แต่อาจมีรายได้ที่ไม่แน่นอนหรือบางครั้งก็ไม่เพียงพอบ้าง การไปรับการรักษาโดยใช้สิทธิบัตรทองนอกจากทำให้เข้าถึงการรักษาแล้ว ยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล และค่ายาที่ต้องกินเป็นประจำอีกด้วย

ในเรื่องการรักษาพยาบาลของการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่แล้ว พบว่า ในปี 2562 ผู้สูงอายุประมาณสองในสามของผู้สูงอายุทั้งหมด เลือกที่จะเข้ารับที่โรงพยาบาลของรัฐเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ การรักษาด้วยการซื้อยามากินเองและหมอพื้นบ้าน และโรงพยาบาลของเอกชน ตามลำดับ



ไม่ได้รับการรักษา 7.3%



ซื้อยามากินเอง และหมอพื้นบ้าน 13.2%



โรงพยาบาลของรัฐ 71.0%



โรงพยาบาลของเอกชน 8.5%

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562

5.4

ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของผู้สูงอายุไทย



ปัจจุบันระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ตามสิทธิพื้นฐานในฐานะประชากรไทย แต่ด้วยปัญหาต่างๆ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวและมีปัญหาทางสุขภาพที่ไม่สามารถเดินทางไปรับการรักษาเองได้ นอกจากนี้ แม้ว่าประชากรสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐอย่างกว้างขวาง แต่ก็ยังมีปัญหาด้านคุณภาพจากสิทธิประโยชน์ของแต่ละบุคคล ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจฐานะ รวมถึงปัจจัยทางสังคมและภูมิศาสตร์ของตำแหน่งที่อยู่อาศัยของประชากร ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและการเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพ

ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด
เข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพ
เนื่องจากเคยเจ็บป่วยและต้องการรับการตรวจรักษา
แต่ไม่ได้รับการรักษา (12 เดือนที่แล้ว)

เพราะเหตุใด?

ผู้สูงอายุจึงเข้าไม่ถึงบริการทางด้านสุขภาพ

สาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงบริการทางด้านสุขภาพ คือ ความไม่พึงพอใจในเรื่องการรอคิวยาว/ต้องรอนาน และไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจในสถานพยาบาล รวมถึงการเดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล และไม่มีผู้พาไปรับการรักษา สาเหตุในการไม่ได้ไปรับบริการทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยแสดงถึงการเข้าไม่ถึงบริการทางสาธารณสุขของผู้สูงอายุ

สาเหตุของการเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ



ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนปัญหาเรื่องการรอรับบริการเป็นเวลานานของผู้สูงอายุ ว่าส่วนหนึ่งมาจากคุณภาพและการบริการของบุคลากร แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็มีความเข้าใจว่าจำนวนผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลมีอยู่จำนวนมาก จึงต้องมีการรอตตามลำดับที่มีการนัดหมายเอาไว้ และจำนวนบุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย ทำให้บางครั้งส่งผลต่อการบริการได้

“ การไปโรงพยาบาลบางครั้งไม่ค่อยประทับใจ...การพูดจาครับ แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะเป็นทุกคน มีบางคนที่พูดจาไม่เพราะเวลาที่เราไปสอบถาม ”

ชาย อยู่กับคู่สมรสและหลาน อายุ 74 ปี ในเขตเทศบาล



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและเสถียรภาพ พ.ศ. 2562

ทำใ้บผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

สาเหตุหลักที่มากกว่าครึ่งของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพ คือ การที่ต้องรอคิวยาว/ต้องรอนาน และไม่เชื่อมั่นหรือไม่ประทับใจในสถานพยาบาล (27%) และที่สำคัญคือ ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา (26%)

“ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา”

เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ปัญหาที่พบของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว คือ “การไม่มีผู้พาไปรับการรักษา” ในที่นี้หมายถึง การพาไปพบแพทย์หรือการไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเลือกที่จะไม่ไปรับการรักษา หรือหาทางเลือกอื่นเพื่อเยียวยาอาการเจ็บป่วยที่กำลังเป็นอยู่

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวบางคน อาจยังคงมีญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ใกล้ๆ คอยให้การช่วยเหลือพาไป หรือใช้การจ้างวานผู้นำชุมชน/เพื่อนบ้าน/อาสาสมัครที่รับผิดชอบดูแลในพื้นที่ให้ช่วยพาไปโรงพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและไม่มีใครดูแลจริงๆ ไปไม่ไหวจริงๆ ถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่กำลังประสบกับภาวะความยากลำบากที่จะเข้าถึงระบบบริการต่างๆ ได้ด้วยตนเองในวัยที่อายุมากขึ้น

ปัญหาการไม่ไปรับการรักษา



- ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล
- ไม่มี ลูกหลานหรือญาติพาไป ต้องอาศัยการจ้างให้คนพาไป
- เดินไม่ได้ สุขภาพไม่ดี
- ไม่ยอมรับใคร ไม่อยากเป็นภาระ (จึงไปเอง ถ้าไปไหว)



“แล้วแต่จะจัดการให้ แต่ก็เกรงใจกลัวลำบาก อสม. ให้เดินทางไปปรับเองก็ได้ แต่ก็ต้องจ้างคนพาไป เมื่อก่อนที่ร่างกายแข็งแรงก็ใช้วิธีเดินเท้าไป แต่ทุกวันนี้แก่แล้ว เดินทางไปเองไม่ได้แล้ว”

หญิง อยู่กับคู่สมรสสูงอายุ อายุ 76 ปี นอกเขตเทศบาล

สถานพยาบาลอยู่ไกล ทำให้ผู้สูงอายุเดินทางไม่สะดวก เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ

หน่วยงานที่ทำงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ มีความพยายามในการกระจายการเข้าถึง การรักษาสำหรับประชากรทุกเพศวัยอย่างทั่วถึง เช่น การขยายศูนย์บริการหรือ จัดตั้งศูนย์บริการทางสาธารณสุขเพิ่มเติม เพื่อรองรับให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับบริการได้ แต่ก็อาจยังไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นและขนาดของพื้นที่ บางหน่วยงาน ได้ใช้ระบบเทคโนโลยีผ่านแอปพลิเคชัน รวมถึงด้านกำลังคนในรูปแบบของอาสาสมัคร สาธารณสุขเพื่อนำบริการความช่วยเหลือไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพ กระจายตามพื้นที่ในชุมชน เพื่อให้ประชากรสามารถเข้าถึงได้สะดวกขึ้นและลดความแออัด ในการไปโรงพยาบาลในช่วงโควิด-19 โดยจะมีแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนในปัจจุบันคือ การไปรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในบางพื้นที่ อาสาสมัครเป็นผู้ช่วยเหลือในการไปรับเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ไปรับวัคซีนตามหน่วยบริการ และการให้ความรู้เข้าไปถึงตัวผู้สูงอายุยังที่อยู่อาศัย

ทางเลือกในการจัดบริการสุขภาพในช่วงโควิด-19



ขยายศูนย์บริการสุขภาพ ให้กระจายตามพื้นที่ในชุมชน



ใช้ระบบเทคโนโลยี ผ่านแอปพลิเคชัน



จัดบริการอาสาสมัคร ประจำพื้นที่ในชุมชนเพื่อนำ บริการเข้าไปยังกลุ่มผู้สูงอายุ

การเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงโควิด-19

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง โรงพยาบาลมีระบบบริการส่งยาผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งอาจพบปัญหาผู้สูงอายุได้รับยาไม่ครบตามที่เคยได้รับอยู่ประจำจึงต้องเดินทางไปรับยาด้วยตนเองอีกครั้ง

ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร พบปัญหาเรื่องการเดินทาง และการไปรับการรักษาในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 แต่ไม่มีผลกระทบต่อ การไปรับการรักษาหรือค่อนข้างจะมีผลกระทบน้อยมาก

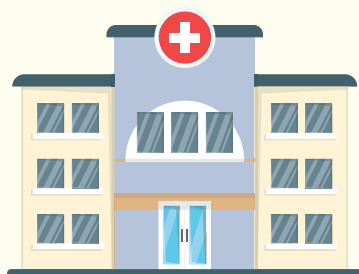
ระบบการให้บริการด้านสุขภาพในช่วงโควิด-19



ได้รับยามากินต่อเนื่อง
อย่างน้อย 3 เดือน



อสม. เป็นผู้ไปรับยาจาก
โรงพยาบาล มาส่งให้ที่บ้าน



ไปรับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพ
แทนการไปโรงพยาบาล

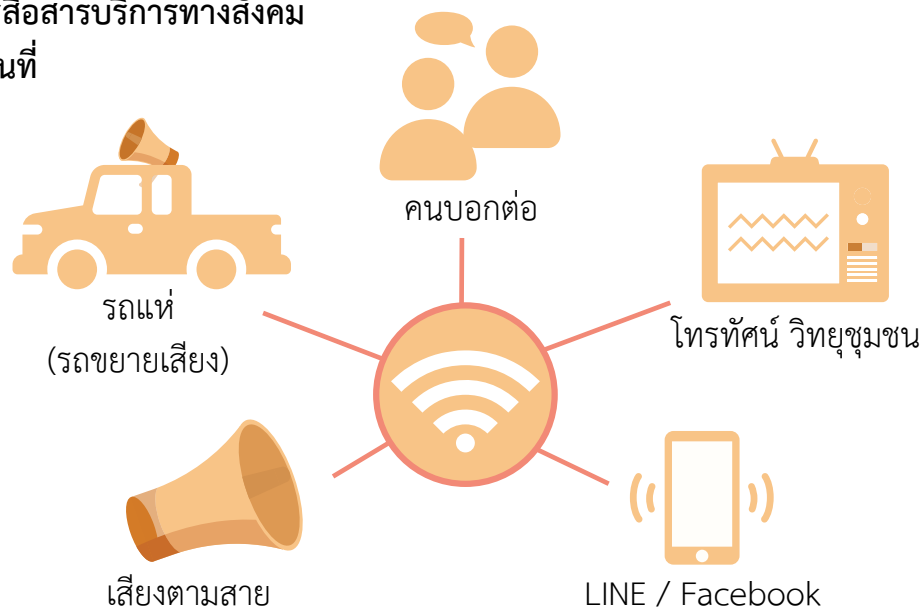
เมื่อเทคโนโลยีช่วยให้ผู้สูงอายุ เข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ง่ายและสะดวกขึ้น

การเข้าถึงบริการทางสุขภาพอนามัยในปัจจุบัน นับได้ว่าการพัฒนาและก้าวหน้าไปอย่างมากในบางพื้นที่นำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยและอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุในชุมชน เริ่มตั้งแต่การช่วยให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารของหน่วยงานในฐานะผู้จัดบริการทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยการสร้างกลุ่มและส่งต่อข้อมูลเป็นลำดับขั้น จากในระดับหน่วยงานส่งต่อไปยังประธานหรือผู้นำชุมชน จากนั้นส่งต่อถึงกลุ่มอาสาสมัคร และอาสาสมัครส่งต่อไปยังสมาชิกในชุมชน ผู้สูงอายุ และสมาชิกในชุมชนก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการส่งต่อข้อมูลให้กันทั้งในบ้านใกล้เรือนเคียง หรือในชุมชนผ่านการทำกิจกรรมหรือการได้พบกัน

ในชุมชน ทั้งนี้ อุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงที่สุดคือ โทรศัพท์มือถือ

อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีเพื่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในเรื่องอุปกรณ์ในการเข้าถึงระบบผ่านแอปพลิเคชัน ที่ต้องเป็นโทรศัพท์ประเภทสมาร์ตโฟนนอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ทางด้านเทคโนโลยีไม่มากนัก ดังนั้นหน่วยงานที่จัดบริการทางสังคมจึงมีหลากหลายช่องทางในการสื่อสารและประชาสัมพันธ์การบริการทางสังคมของหน่วยงานในพื้นที่

ช่องทางการสื่อสารบริการทางสังคม ของคนในพื้นที่



“เวลาแจ้งข้อมูลผ่านชุมชน เราจะใช้ทั้ง line และโทรศัพท์ คือเราจะมีกลุ่ม line ของผู้นำชุมชนแยกออกมา เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสารให้ความช่วยเหลือ รวมถึงการแจ้งข้อมูลการจัดทำกิจกรรมด้านอื่นๆ ของเทศบาลด้วยค่ะ แล้วให้ผู้นำชุมชนไปบอกต่อลูกบ้าน”

ผอ.กองสวัสดิการเทศบาล, ในเขตเทศบาล



“ ปัญหาการเข้าไม่ถึง บริการทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง (กรุงเทพมหานคร) ”



จุดเด่น

มีระบบบริการสาธารณสุขที่หลากหลาย

ปัญหา อุปสรรค

พื้นที่อยู่อาศัยแออัด มีความเป็นส่วนตัวสูง

ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมือง (กรุงเทพมหานคร) ได้สะท้อนเรื่องการเดินทางไปรับบริการทางสุขภาพในสองลักษณะคือ การที่พื้นที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเมืองซึ่งรายรอบด้วยระบบบริการสาธารณสุขที่หลากหลาย และเชื่อมต่อได้หลายช่องทาง เช่น รถเมล์ รถไฟฟ้า แท็กซี่ วินมอเตอร์ไซด์ ทำให้สามารถเดินทางไปรับบริการเองได้ แต่ในอีกด้านของพื้นที่เมืองที่มีที่อยู่อาศัยแบบชุมชนค่อนข้างแออัด ทำให้มีปัญหาด้านการเดินทางและระบบการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน และปัญหาที่รถพยาบาลไม่สามารถเข้าถึงจุดที่อยู่อาศัยได้

“การอยู่ตามลำพังคนเดียว” เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเข้าไม่ถึง บริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าไม่ถึงบริการทางด้านสุขภาพอนามัย โดยใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (binary logistic regression) โดยมีตัวแปรตาม คือ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (0) และการเข้าไม่ถึงบริการทางด้านสุขภาพ (1)

ผลการศึกษาส่งสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการเข้าไม่ถึงบริการทางด้านสุขภาพอนามัยของประชากรสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย “การอยู่ตามลำพังคนเดียว” เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้อื่น

การอยู่คนเดียวของผู้สูงอายุที่มีโอกาสในการเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพ จึงจัดเป็นกลุ่มเปราะบางในสังคมเข้าไปอยู่ในช่องว่างของระบบที่ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิทางด้านสุขภาพที่พึงมี (มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, 2560) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยร่วมกับบุตรหลานวัยแรงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายมีปัญหาหลักในการเข้าถึงบริการสุขภาพคือ การขาดผู้ดูแล หรือญาติไม่มีเวลาในการพาไปสถานพยาบาล รวมถึงการไม่มียานพาหนะอีกด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554)

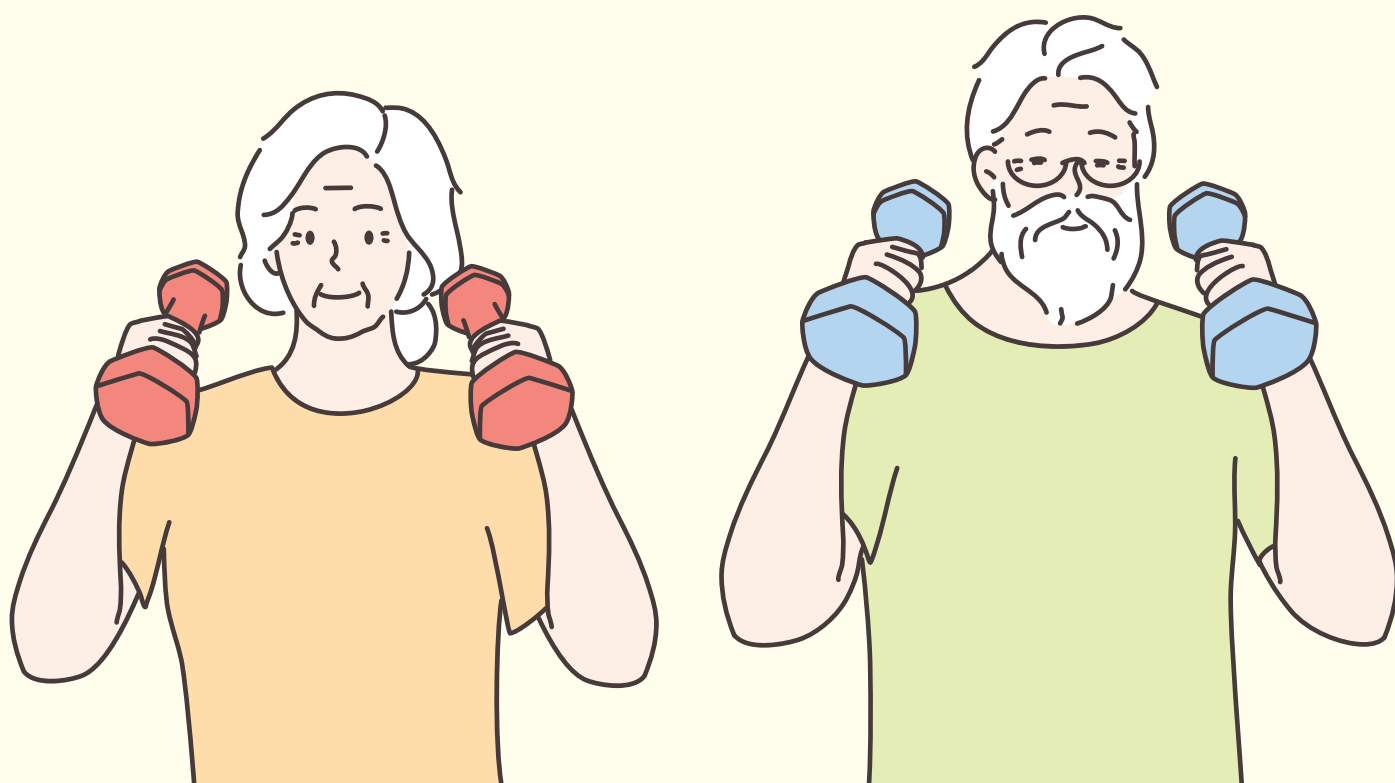


ภาครัฐควรมีการคำนึงถึงบริบทสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่
ของประชาชนให้กว้างมากขึ้น เพื่อพัฒนาและส่งเสริมการนำบริการทางสุขภาพอนามัย
ที่เป็นหนึ่งในการบริการทางสังคมที่สำคัญสู่ประชาชนให้ทั่วถึง เพื่อลดข้อจำกัดและอุปสรรค
ในการเข้าถึงบริการไม่ใช่ให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางสังคมด้วยตนเอง โดยที่ภาครัฐควร
ลดความเหลื่อมล้ำทางสิทธิการรักษา โอกาสในการเข้าถึง ส่งเสริมคุณภาพการบริการให้เท่าเทียม
ทั้งในด้านสิทธิการรักษาและพื้นที่ห่างไกล ซึ่งหากภาครัฐสามารถลดปัญหาการเข้าถึงบริการ
ทางสุขภาพอนามัยได้สำเร็จ จะสามารถลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชาชนได้
ในทุกพื้นที่ และจะทำให้ประชากรทุกกลุ่มวัยทุกรูปแบบการอยู่อาศัยมีสุขภาพที่แข็งแรง เพราะ
การสร้างเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดียังคงเป็นประเด็นที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมาย
การพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)



06

ความมั่นคงด้านการดำรงชีวิต กับการสู่วัยอย่างมีพลัง



“

การบริการเพื่อความมั่นคง
ในการดำรงชีวิต หมายถึง การมีบริการ
เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางด้านจิตใจ
การสนับสนุนการสร้างอาชีพ การ
มีรายได้ การให้บริการขนส่งสาธารณะ
และการจัดให้มีผู้ดูแลหรือการมีระบบ
การดูแลช่วยเหลือ

”



ความมั่นคงในชีวิต (Security) เป็นหนึ่งใน 3 เสาหลัก
ตามกรอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) ของ
องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)

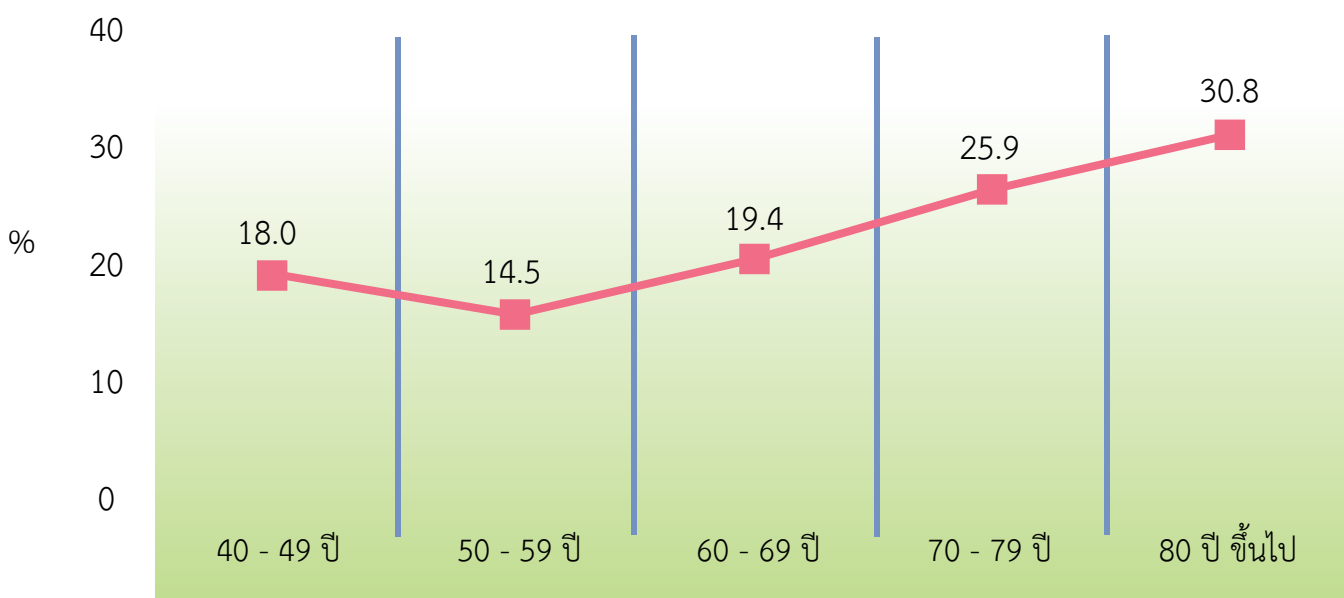
6.1 เมื่อความมั่นคงทางจิตด้านจิตใจ... เป็นพื้นฐานของความมั่นคงในชีวิต

ความมั่นคงทางจิตใจ เป็นความมั่นคงพื้นฐานอยู่ในชุดความมั่นคงของชีวิต ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกทางจิตใจของบุคคล ความมั่นคงทางจิตใจ มีส่วนสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ย่อมมีเรื่องภายนอกต่างๆ มากกระทบต่อจิตใจ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุจะสูงวัยอย่างมีพลังและยังประโยชน์จะต้องมีความมั่นคงทางจิตใจควบคู่ไปกับความมั่นคงทางร่างกาย

“ความกังวลและซึมเศร้า” เป็นภาวะทางจิตใจอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย โดยผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าวัยอื่น ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากพันธุกรรม ลักษณะนิสัย สภาพแวดล้อมในการใช้ชีวิต หรือการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในแต่ละช่วงวัย เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ หรือแม้แต่บทบาทในสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงอาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนในวัยอื่น (Thitiphon Yothaphan, 2564)

เมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกังวลหรือซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

ในปี 2562 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรู้สึกกังวลหรือซึมเศร้าร้อยละ 16.0 ของประชากรทั้งหมด โดยยิ่งมีอายุสูงขึ้น ยิ่งมีสัดส่วนของความรู้สึกกังวลหรือซึมเศร้าสูงขึ้นไปด้วย

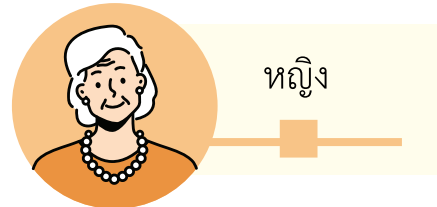
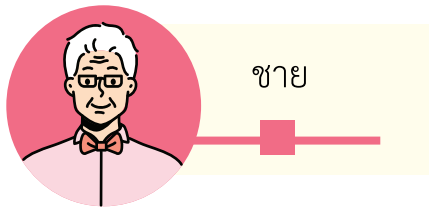
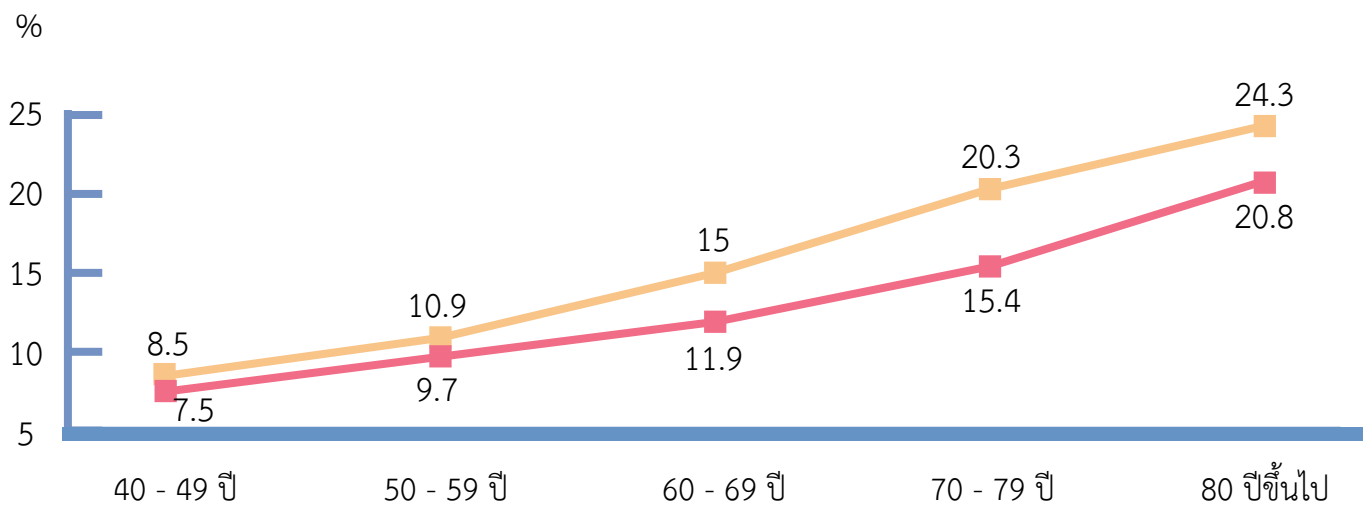


ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและเสถียรภาพ พ.ศ. 2562

ผู้สูงอายุหญิงมีความรู้สึกกังวลหรือซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุชาย

ผู้สูงอายุชายและหญิงมีแนวโน้มของความรู้สึกกังวลและซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงมีความรู้สึกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ

ร้อยละของการมีความรู้สึกกังวลและซึมเศร้า พ.ศ. 2562



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความรู้สึกกังวลหรือซึมเศร้า

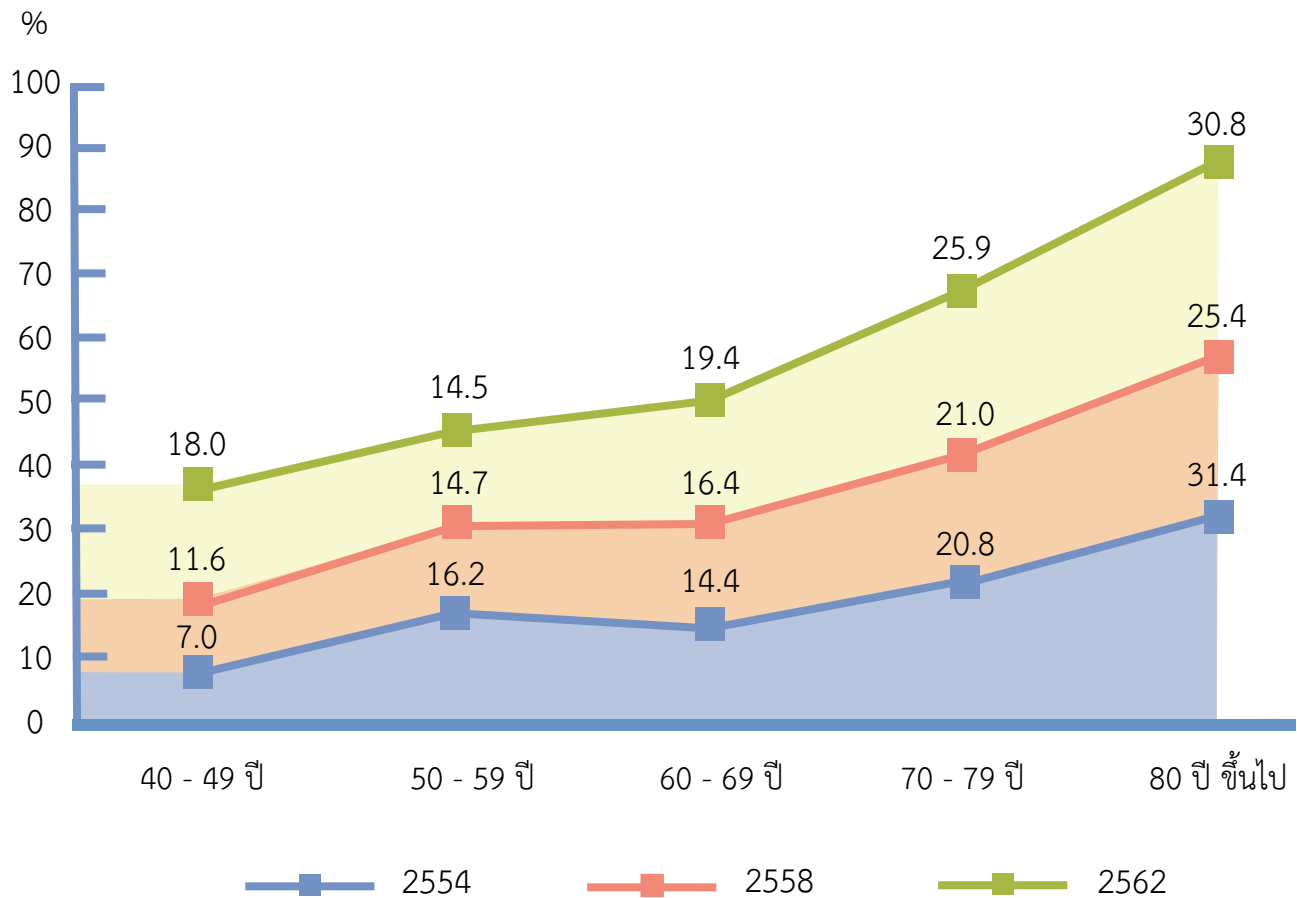
การอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวของผู้สูงอายุ มีผลต่อภาวะจิตใจในเรื่องความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว เมื่อไม่มีใครอาศัยอยู่ด้วย และเมื่ออายุสูงขึ้น ผู้สูงอายุมิแนวโน้มอยู่ตามลำพังคนเดียวอันเนื่องมาจาก 3 เหตุผลหลัก คือ 1) การมีสถานภาพสมรสโสด / หม้าย / หย่า / แยก ทำให้ต้องอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว 2) การไม่มีลูก หลาน ญาติพี่น้องคนอื่นเลย อันเนื่องมาจากการย้ายถิ่น หรือญาติพี่น้องเสียชีวิตกันหมดแล้ว จึงทำให้ต้องอยู่คนเดียวแบบไร้ญาติ และ 3) การย้ายถิ่นของบุตรไปทำงานที่อื่น / แยกตัวไปสร้างครอบครัวใหม่ (ศุทธิดา ชนวนวัน และคณะ, 2562)

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวในทุกกลุ่มอายุ มีแนวโน้มที่มีความรู้สึกกังวลและซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ในช่วงปี 2554-2562 โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวในกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีความรู้สึกกังวลและซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.4 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 19.4 ในปี 2562 และในกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีความรู้สึกกังวลและซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเช่นกันจากร้อยละ 20.8 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 25.9 ในปี 2562 อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสัดส่วนของความกังวลและซึมเศร้าในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป จะไม่เพิ่มขึ้น แต่ก็อยู่ในสัดส่วนที่สูงประมาณหนึ่งในสามของผู้สูงอายุทั้งหมดในทุกปีสำรวจ

“ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ยิ่งมีอายุมากขึ้น
ยิ่งมีความรู้สึกกังวล และซึมเศร้าเพิ่มขึ้น”



ร้อยละของประชากรสูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวที่มีความรู้สึกกังวลและซึมเศร้า
จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2554 2558 และ 2562



ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ซึ่งมีลักษณะการอยู่อาศัยแบบคนเมืองที่มีลักษณะแบบตัวใครตัวมันมีการเกื้อกูลช่วยเหลือซึ่งกันและกันค่อนข้างน้อยกว่าคนนอกเขตเทศบาล รวมทั้งลักษณะการตั้งบ้านเรือนที่อยู่อาศัยจะมีลักษณะหลากหลายทั้งเป็นในลักษณะของบ้านจัดสรร คอนโดมิเนียมหรือบ้านเดี่ยวที่อยู่ห่างกัน ดังนั้นบริบทเชิงพื้นที่ของที่อยู่อาศัยมีส่วนทำให้เกิดผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านจิตใจ



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554 2558 และ 2562

วิธีการจัดการกับความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ

ในการจัดการความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวของประชากรในแต่ละรูปแบบการอยู่อาศัย ย่อมมีวิธีที่แตกต่างกันไปตามคุณลักษณะส่วนบุคคล และบริบทของครอบครัว ผลการศึกษาในเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว มีการจัดการกับความรู้สึกเหงาด้วยการหาที่พึ่งทางจิตใจ เช่น การใช้พระพุทธรูปศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ โดยการเข้าวัด ทำบุญ ตักบาตรอยู่เป็นประจำ หรือการทำงาน การทำกิจกรรมเพื่อแก้เหงาเช่น ปลูกต้นไม้ การออกกำลังกาย การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง นอกจากนี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมในสังคม เช่น การรวมกลุ่มทำกิจกรรมกับเพื่อนบ้านหรือชุมชน เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยทำให้คนที่อยู่ตามลำพังคนเดียว ได้มีโอกาสในการพบปะเพื่อนฝูงหรือคนในชุมชน

“ ไม่เหงา ก็อยู่แบบนี้ไปเรื่อย ๆ นั่งอยู่ที่บ้านไปเรื่อย ๆ มีลูกหลานแวะเวียนมานั่งเล่นด้วย ”

หญิงอยู่คนเดียว อายุ 77 ปี นอกเขตเทศบาล



สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสามีภรรยาเท่านั้น ในเรื่องความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อาจจะมีบ้างแต่ไม่เท่ากับคนที่อยู่ลำพังคนเดียว เพราะอย่างน้อยก็ยังมีสามีหรือภรรยาอาศัยอยู่ด้วยกัน แต่การอยู่ด้วยกันสองคนก็อาจจะมีปัญหาในเรื่องการทะเลาะ หรือผิดใจกันบ้าง



“ เรื่องแบบนี้เป็นเรื่องของคุณ ถ้าหากก็ต้องหาวิธีให้ได้ครับ บางครั้งก็หน้าบูดใส่กัน อารมณ์เสียใส่กัน มีเรื่องพิດใจกัน บางครั้งยายก็ดำ พูดไม่เพราะ ขี้บเสียว แต่ตาก็เดินหนี ”

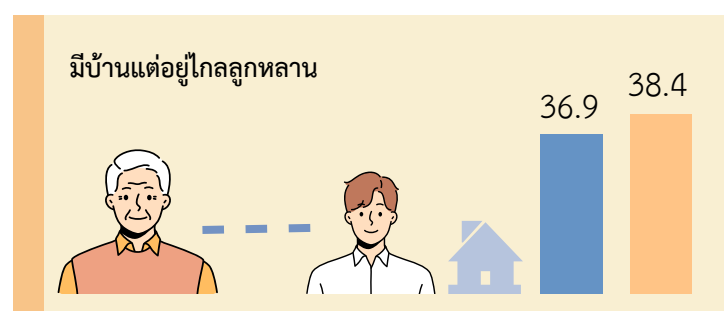
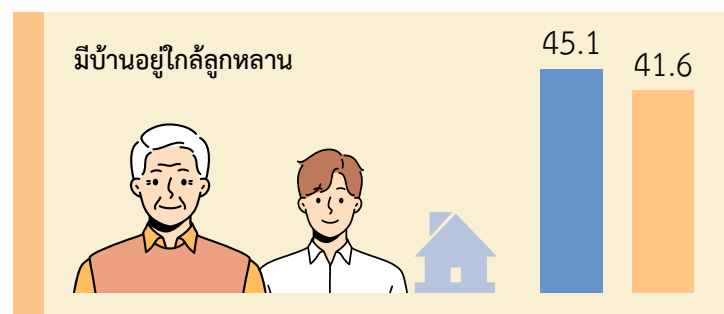
ชายอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น อายุ 74 ปี ในเขตเทศบาล

อาศัยอยู่ใกล้กับลูกหลาน ช่วยสร้างความมั่นคงทางจิตใจ... ลดความเสี่ยงความรู้สึกซึมเศร้า

แม้ว่าการอยู่คนเดียวจะถูกมองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความเปราะบางทางด้านความมั่นคงทางจิตใจอย่างไรก็ตาม การมีบุตรหลานหรือญาติพี่น้องอาศัยอยู่ใกล้ๆ ซึ่งเป็นบริบทในการเลือกที่อยู่ของครอบครัวไทยโดยเฉพาะในครอบครัวนอกเขตเทศบาล ได้ลดความเสี่ยงต่อความเปราะบางทางจิตใจของผู้สูงอายุไปได้บ้างเมื่อลูกหลานที่อยู่ใกล้ จะให้การดูแลด้วยการไปมาหาสู่แวะเวียนมาหาอยู่เสมอ โดยลูกหลานที่อาศัยอยู่ใกล้ๆ มักให้การดูแลด้วยการนำอาหารมาให้ และแวะมาทักทายพูดคุยบ้างบางโอกาส ในขณะที่ลูกหลานที่อยู่ห่างไกลออกไป นอกจากจะเป็นการให้เงินส่งกลับแล้ว จะซื้อข้าวของเครื่องใช้มาให้ ในประเด็นดังกล่าวนี้ จะเชื่อมโยงกับเรื่องช่องทางการสื่อสารอีกด้วย โดยลูกหลานที่อยู่ไกลมักใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารด้วยโทรศัพท์มือถือ หรือสื่อสังคมออนไลน์ เช่น โทรผ่านไลน์ โทรผ่านเฟซบุ๊ก

% ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว

■ พ.ศ. 2557
■ พ.ศ. 2560

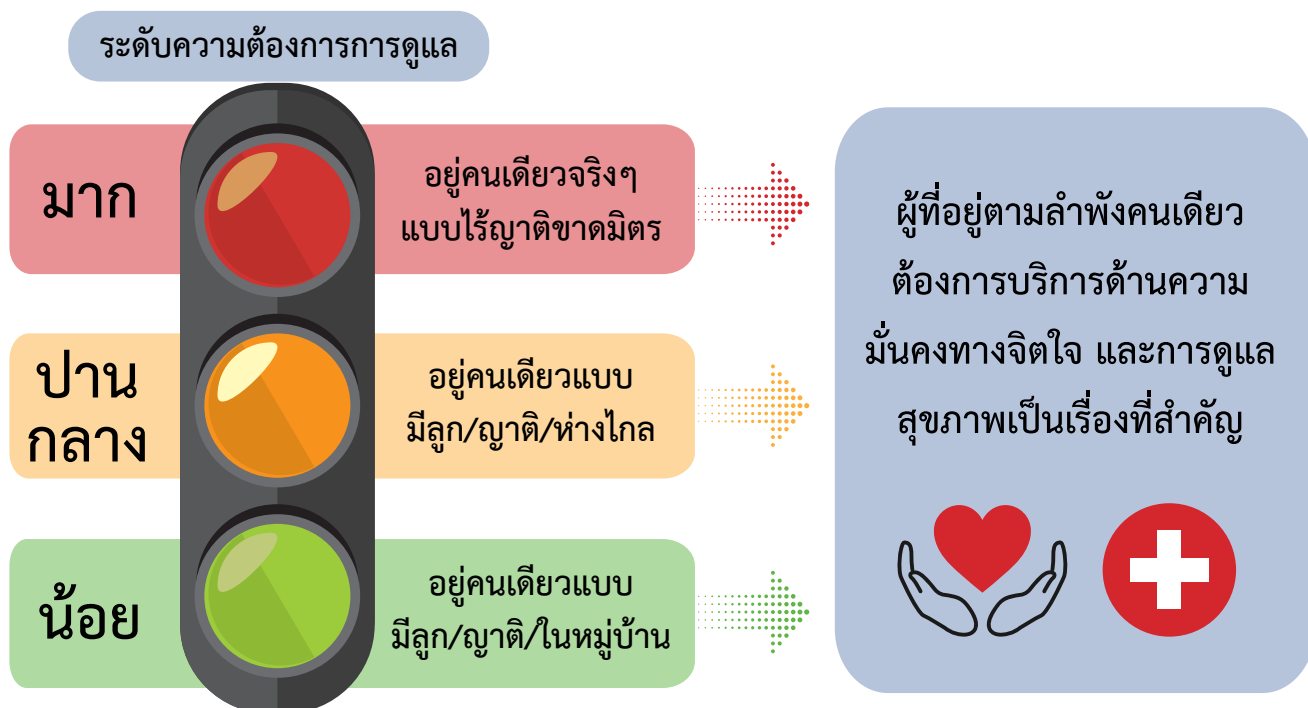


การอยู่คนเดียวแบบไร้ญาติขาดมิตร เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความเปราะบางด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวอย่างแท้จริงโดยไม่มีญาติพี่น้องหรือลูกหลานหรือเรียกได้ว่า ไร้ญาติขาดมิตร ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อความเปราะบางเป็นอย่างมากเพราะไม่มีผู้ดูแลโดยครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวกลุ่มนี้ควรให้ความสำคัญมาที่การดูแลโดยชุมชน เมื่อไม่มีครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่สังคมคาดหวังว่าจะมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวกลุ่มนี้เป็นพิเศษ

เรื่องความมั่นคงทางด้านจิตใจ มีเชื่อมโยงกับประเด็นเรื่องของการดูแลและการมีผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว ในวันที่มีอายุสูงขึ้นและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะมีความต้องการการดูแลในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ รวมถึงต้องการผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกทางจิตใจที่จะอยู่ต่อไปอย่างมีเป้าหมาย

ระดับความเร่งด่วนในการให้การดูแลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว

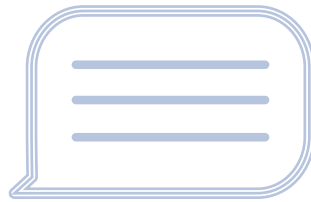


หมายเหตุ : พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย



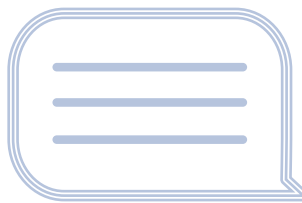
“ ลูกคนที่อยู่กรุงเทพฯ จะมาหาบ่อยๆ ครั้ง ก็จะเอาพวกข้าวของ
เครื่องใช้มาให้ แต่คนที่อยู่บ้านจัดสรรใกล้ๆ จะมาหาบ่อย
สองสามวันมาครั้ง เอาข้าวมาให้ แต่ยายไม่โทษ เพราะว่าลูก
เขามีครอบครัว ก็ต้องทำมาหากิน ”

หญิงอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น อายุ 86 ปี ในเขตเทศบาล



“ ช่วงโควิด ทั่วไปไม่ได้ไปขายของ ลูกซื้อมาให้ ซื่อๆ ใส่ตุ๋นไว้
อยากกินอะไรก็บอกลูก ”

หญิงอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น อายุ 74 ปี ในเขตเทศบาล



“ อยู่คนเดียวไม่เหงา ก็ออกไปแบบนี้เรื่อยๆ นั่งอยู่ที่บ้านไปเรื่อยๆ
มีลูกหลานแวะเวียนมานั่งเล่นด้วย ”

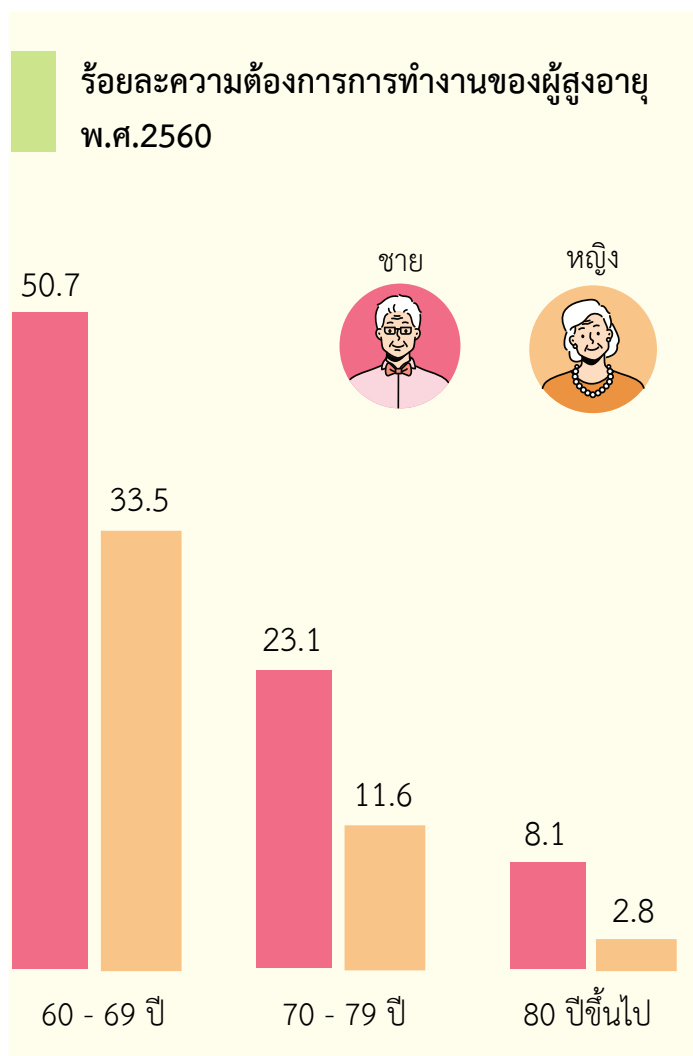
หญิงอยู่คนเดียว อายุ 77 ปี นอกเขตเทศบาล



6.2

เมื่อผู้สูงอายุยังคงต้องการการสนับสนุน การส่งเสริมอาชีพและการมีรายได้

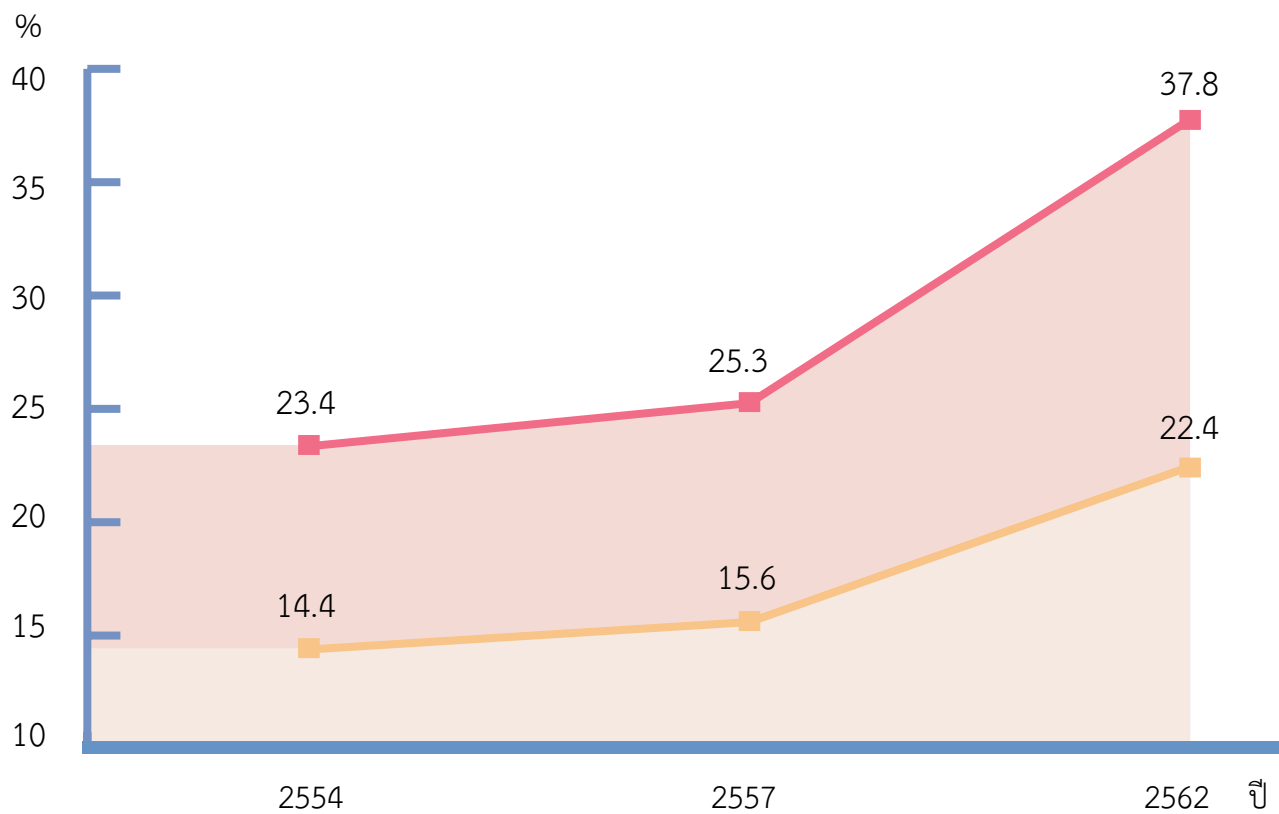
ภายใต้สถานการณ์สังคมสูงอายุของประเทศไทย การส่งเสริมและขยายโอกาสการทำงานสำหรับผู้สูงอายุเป็นนโยบายหนึ่งของรัฐบาลที่มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางรายได้และเพื่อทดแทนกำลังแรงงานที่จะลดน้อยลงในอนาคต ในปัจจุบันยังมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ยังคงต้องการทำงานแม้ว่าจะเข้าสู่วัยเกษียณแล้วก็ตามแต่สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวที่ยังคงมีความต้องการที่ทำงานอยู่ อาจเพราะผู้สูงอายุบางคนยังคงมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและประสิทธิภาพที่พร้อมต่อการทำงาน รวมถึงข้อจำกัดในเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวจึงทำให้ยังคงต้องทำงานอยู่



“
29.3%
ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป
มีความต้องการทำงาน
”

ที่มา: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

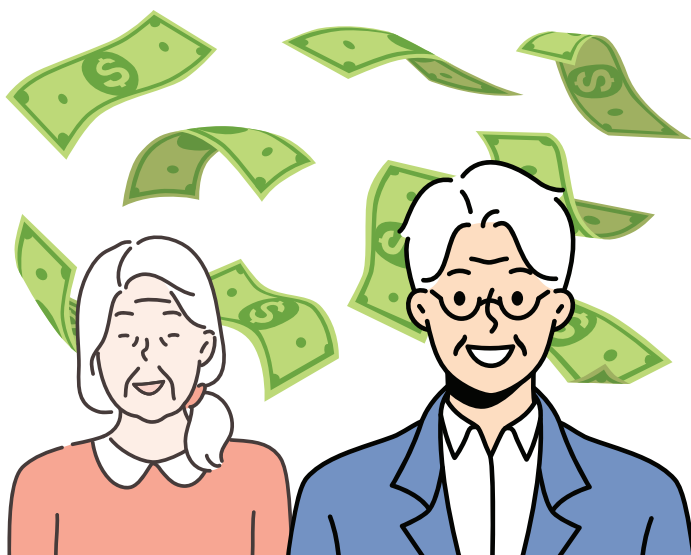
ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง มีแนวโน้มมีความต้องการ การทำงานเพิ่มขึ้นในช่วงระหว่างปี 2554-2560



ชาย



หญิง



“
ผู้สูงอายุชาย
มีความต้องการทำงาน
มากกว่า ผู้สูงอายุหญิง
ในทุกช่วงปีสำรวจ
 ”

ที่มา: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

“อายุ และสุขภาพ” เป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญ ทำให้เกิดความต้องการทำงานที่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย หรือยังคงเป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี และยังมีสุขภาพดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ ส่วนใหญ่จะยังคงมีความต้องการการทำงานอยู่ ผู้สูงอายุวัยต้นที่เกษียณอายุแล้ว และจำเป็นต้องออกจากการทำงานประจำ ทำให้มีรายได้ลดน้อยลง ในขณะที่เดียวกัน ประชากรสูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะแบ่งเป็นสองกลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 มีความต้องการทำงาน เพราะมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี แม้ว่าตนเองจะมีสุขภาพดีหรือไม่ดีก็ตาม

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่ไม่มีความต้องการทำงาน เพราะสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง และคิดว่ามีลูกหลานคอยดูแล

“อยากทำงานค่ะ อยากไปทำรับจ้าง เมื่อก่อนเรากำงานตลอด ไปทำไร่ที่จังหวัดประจวบกลับมาที่บ้าน ก็ไปทำไร่กับตา เมื่อก่อนที่ตายงอยู่ก็ทำงานได้ปกติ ทำได้หมดทุกอย่าง แต่ตอนนี้พักแล้ว ถ้าสายตาก็ควได้ทำปกติ แต่พอสายตาเสียก็ทำลำบาก คิดอยู่ว่ารัฐบาลจะมีอะไรมาช่วยได้ไหม ”

หญิงอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น อายุ 74 ปี ในเขตเทศบาล

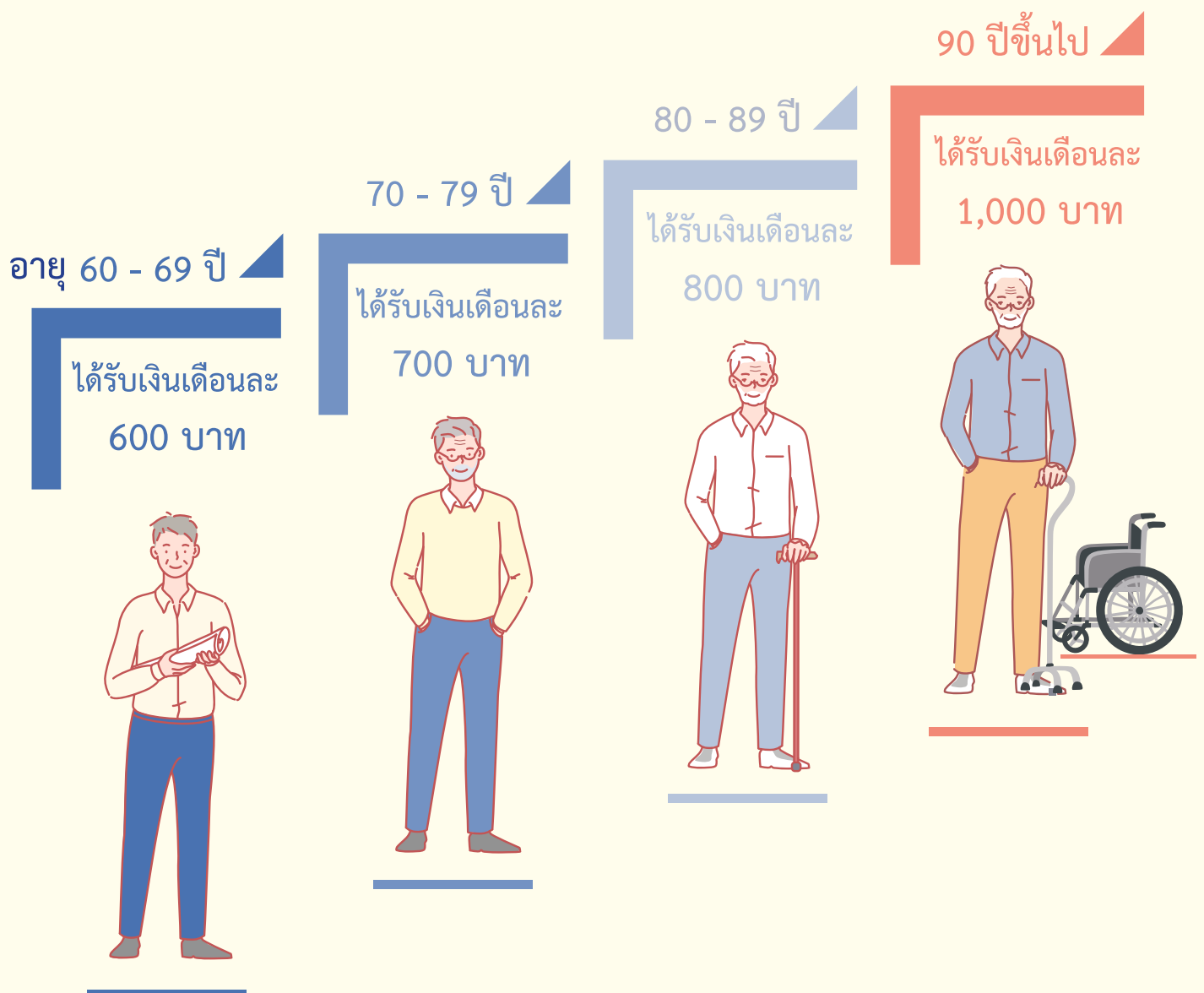


แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ

“ ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุทั้งหมด
มีรายได้หลักจากเบี้ยยังชีพของรัฐ ”

(สสช., 2561)

เบี้ยยังชีพที่เป็นสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ



แหล่งรายได้หลักสำคัญของสูงอายุ ส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุทั้งหมด มีรายได้หลักมาจากบุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) ที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้มาจากดอกเบี้ยเงินออม/ทรัพย์สิน

แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุ	% ผู้สูงอายุ
การทำงาน	37.0
บำเหน็จและบำนาญ	6.7
กองทุนประกันสังคม	1.2
เบี้ยยังชีพจากทางราชการ	85.3
ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน	41.4
คู่สมรส	26.0
บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม)	78.8
พ่อ/แม่ รวมถึงญาติ และคนอื่นๆ	11.4



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560



ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว ที่ยังคงมีงานทำโดยเฉพาะผู้สูงอายุ
ในวัยต้นอายุ 60-69 ปี แหล่งรายได้หลักจะมาจากการทำงาน



ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน แหล่งรายได้หลักจะมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ



ผู้สูงอายุที่มีบุตรและอยู่ตามลำพังคนเดียว แหล่งรายได้หลักก็จะมาจากบุตร
รวมทั้งมาจากการทำงานด้วย



“

ปัจจุบันถ้าเราหาเงินมาได้เราก็ใช้เงินที่หามา แต่วันไหนหาไม่ได้เราก็ใช้เงินเบี้ย
ผู้สูงอายุ แต่ถ้าอายุ 70 ปี ก็คงขาดเงินไม่ได้ว่าจะพอใช้ไหม เพราะตอนนั้นก็
ทำงานไม่ได้แล้ว รอเงินเบี้ยผู้สูงอายุก็ยังไม่พอแน่นอน 600 บาท ไม่เพียงพอแน่นอน
ต้องประมาณ 1,000-2,000 บาท ถึงจะพอ แต่ถ้าเรายังหาเงินได้ ให้น้อยกว่านี้
ก็พอเพียงพอ ขึ้นอยู่กับว่า ณ ตอนนั้น เรายังทำงานได้อยู่ไหม

”

ชายอยู่คนเดียว อายุ 60 ปี นอกเขตเทศบาล



“

ถ้าในเรื่องเงิน เขาก็ช่วยเหลือตามที่เขาช่วยได้ เพราะลูกเขาก็มีครอบครัวตัวเองที่ต้อง
ดูแล มีลูกน้อย ฝากก็ไม่อยากเป็นภาระให้ลูก ฝากอยู่กับยาย 2 คน ยังหวากินเองได้

”

ชายอยู่กับภรรยาเท่านั้น อายุ 60 ปี ในเขตเทศบาล



“

ถ้าถามว่าลำบากมั๊ย มันก็ปกติ อยู่คนเดียว บอกไม่ถูก แต่ก็สามารถอยู่ได้
อย่างสุขภาพไม่มีปัญหา เรื่องรายได้เราก็หาไปเรื่อยๆ มีก็ใช้ ไม่มีก็ไม่ใช้ ถ้าไม่มี
อาการเจ็บป่วย อายุ 100 ปีก็ยังคงหาเงินแบบนี้ต่อไป ไม่อยากเป็นภาระใคร

”

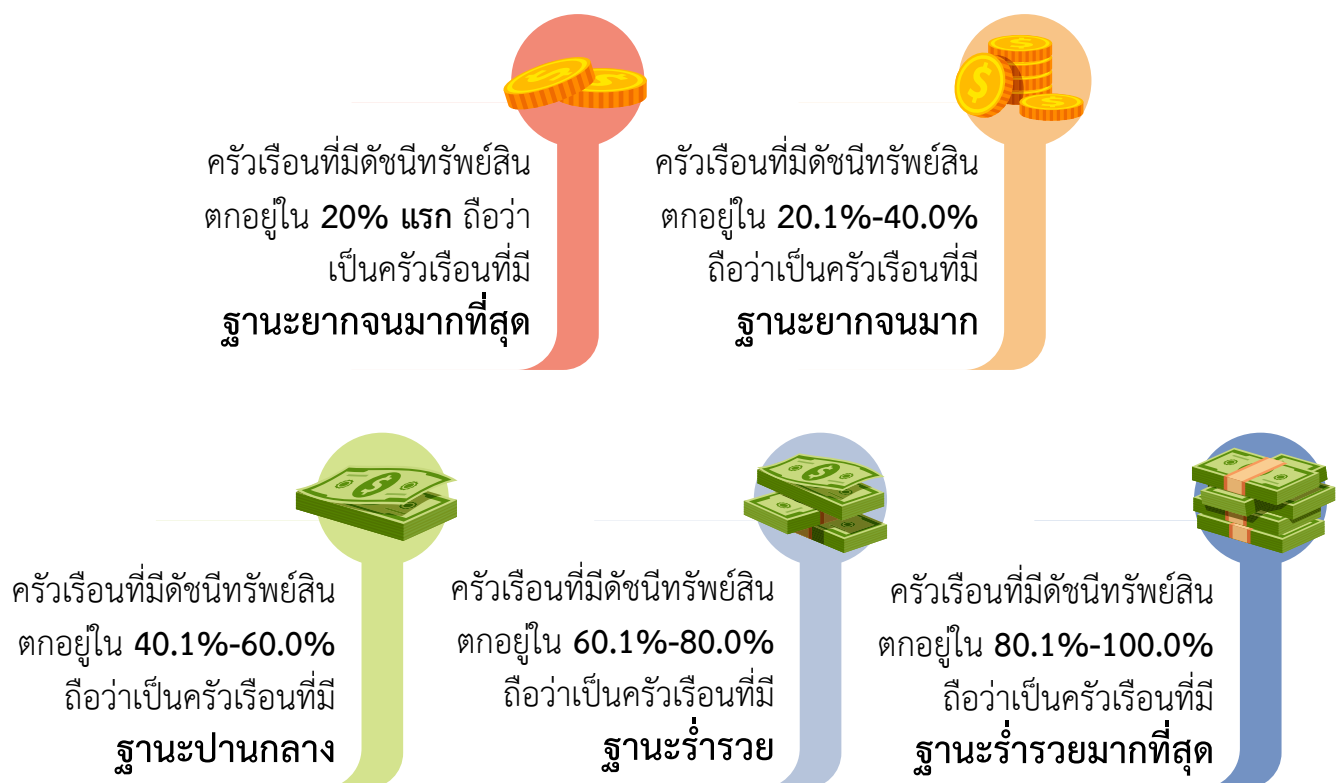
ชายอยู่คนเดียว อายุ 60 ปี นอกเขตเทศบาล

ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ของครัวเรือนผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

ดัชนีทรัพย์สินของครัวเรือน (Household Asset Index) เป็นดัชนีหนึ่งที่แสดงสถานะ ทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

ในการพิจารณาฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนผู้สูงอายุ ได้ใช้การสร้างดัชนีทรัพย์สินของครัวเรือน (household asset index) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle Component Analysis: PCA) จากข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของครัวเรือนในการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย การมีไฟฟ้าภายในที่อยู่อาศัย สถานภาพการครอบครองที่อยู่อาศัย การเป็นเจ้าของยานพาหนะ และการเป็นเจ้าของทรัพย์สินต่างๆ ของครัวเรือน

ดัชนีทรัพย์สินครัวเรือนแล้วจึงจำแนกครัวเรือนออกเป็น 5 กลุ่ม โดยเรียงลำดับค่าดัชนีทรัพย์สินของครัวเรือนแล้วแบ่งโดยใช้เกณฑ์การแบ่งแบบ quintile (กลุ่มละ 20 เปอร์เซ็นต์) ดังนี้



ครึ่งหนึ่งของครัวเรือนผู้สูงอายุทั้งหมด มีฐานะยากจนมาก และยากจนมากที่สุด

การทำงานและการมีรายได้ นับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าอีกด้วย อย่างไรก็ตามยังมีผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในฐานะยากจน เนื่องจากการไม่มีงานทำ หรือมีรายได้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งมีฐานะยากจนในระดับมากและมากที่สุด

ผู้สูงอายุประมาณหนึ่งในสามของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะรวย และรวยมากที่สุด



ร้อยละของผู้สูงอายุตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน พ.ศ. 2560

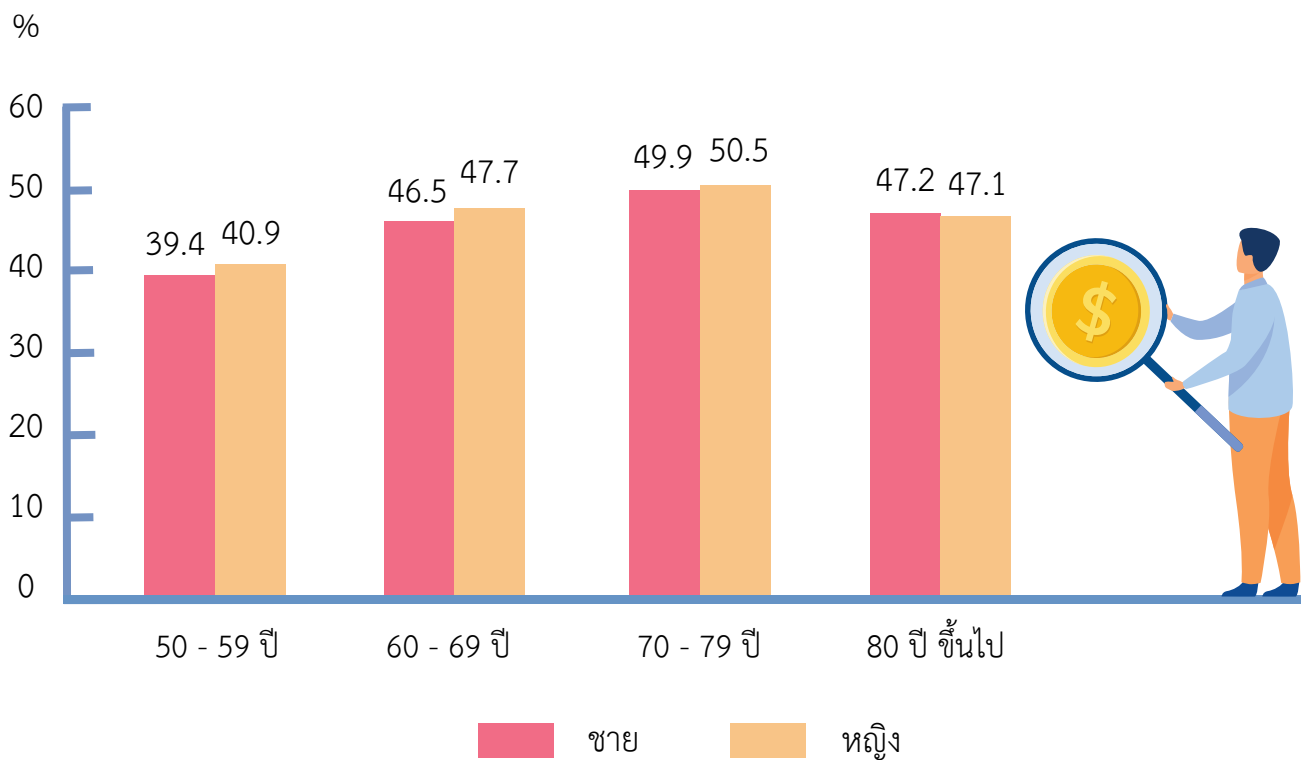
ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่เกือบครึ่งหนึ่ง ยังคงมีฐานะยากจน

ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.8 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 48.0 ในปี 2560 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมากกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย และครัวเรือนที่มีฐานะยากจนเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

“ ปี 2560 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 48
ของผู้สูงอายุทั้งหมด มีฐานะยากจน ”

ผู้สูงอายุชาย-หญิง ที่มีฐานะยากจน พ.ศ.2560

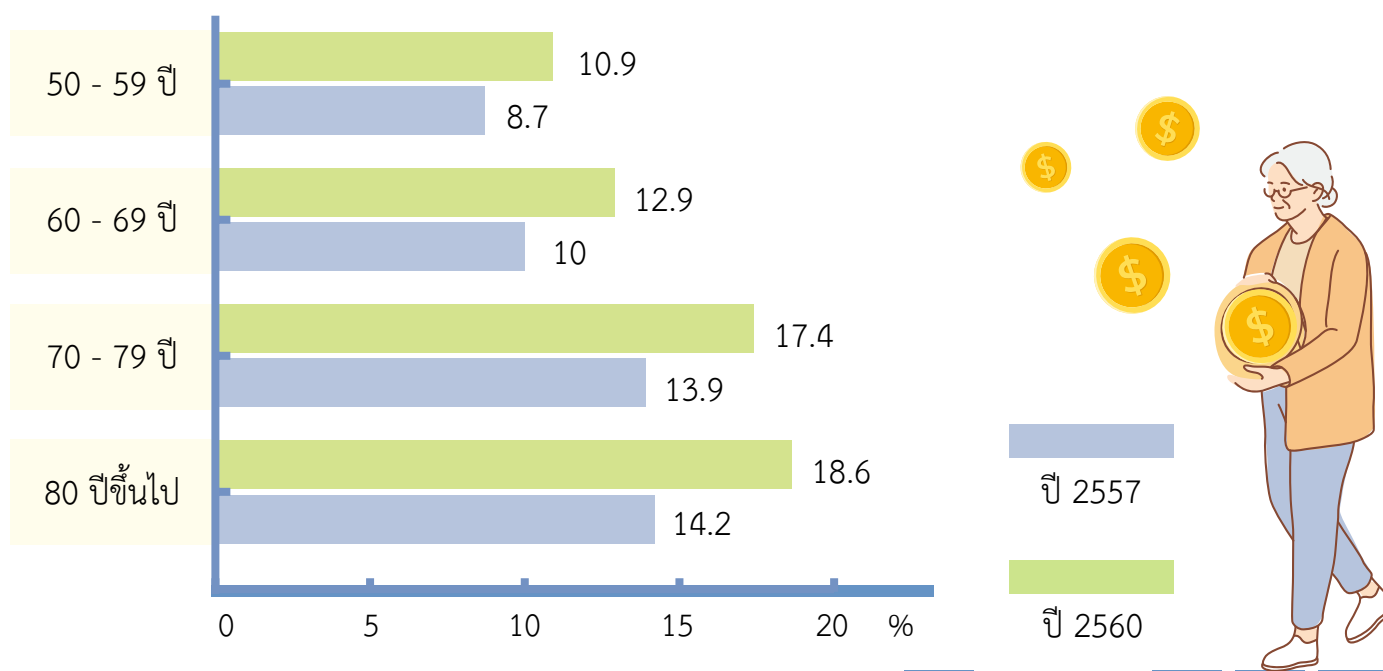


ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560

ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว มีแนวโน้มยากจนมากขึ้น

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวที่มีครัวเรือนฐานะยากจนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระหว่างปี 2554 - 2560 ครัวเรือนที่มีฐานะยากจนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เมื่อพิจารณาดัชนีทรัพย์สินของครัวเรือนของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว พบว่า ส่วนใหญ่มีสัดส่วนของครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมากที่สุด หากพิจารณาความต้องการทำงานและดัชนีทรัพย์สินของครัวเรือนฐานะยากจนของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวแล้วนั้น มีความเป็นไปได้หากมีการส่งเสริมการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการทำงานของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เดี่ยวก็นจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและอาจยกระดับฐานะครัวเรือนได้

ร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวที่มีดัชนีทรัพย์สินของครัวเรือนฐานะยากจน จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2557 และ 2560



ดัชนีทรัพย์สินของครัวเรือน	ครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมากที่สุด	ครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมาก	ครัวเรือนที่มีฐานะปานกลาง	ครัวเรือนที่มีฐานะรวย	ครัวเรือนที่มีฐานะรวยมากที่สุด
อยู่คนเดียว	8.9 %	8.5 %	6.4 %	3.5 %	1.1 %

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวและมีฐานะยากจน ส่วนใหญ่ยังคงมีความต้องการทำงานที่มีความเป็นไปได้หากมีการส่งเสริมการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการทำงานของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและอาจยกระดับฐานะครัวเรือนได้

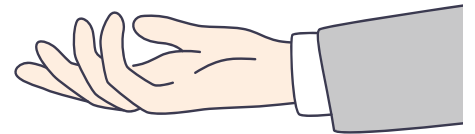
เมื่อผู้สูงอายุยังต้องการทำงาน...



ภาครัฐ/ภาคประชาสังคม



จะมีบริการการสนับสนุน
การสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ
อย่างไร ?

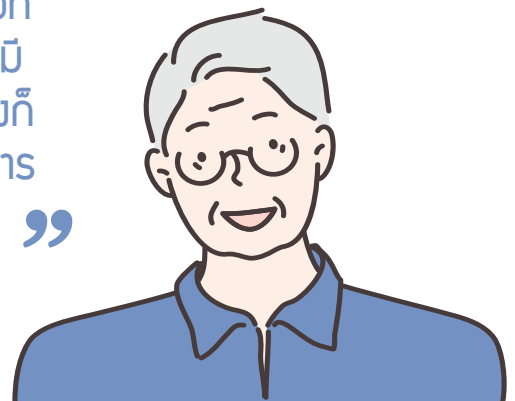


มีผู้สูงอายุบางกลุ่ม ที่ยังคงไม่แน่ใจว่า การที่ภาครัฐมีบริการเรื่องการส่งเสริมการทำงาน หรือ การหางานให้ทำนั้น จะตอบโจทย์ความต้องการให้กับทุกคนได้หรือไม่

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ปัญหาอย่างหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างสะท้อนออกมาคือ ลักษณะการทำงาน ที่ตรงตามความถนัด ความชอบของแต่ละคน เนื่องจากลักษณะงานหรืออาชีพที่ภาครัฐจัดหาให้ นั้น บางครั้งไม่ได้มาจากความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง แต่เป็นการจัดบริการที่มาจากความต้องการของภาครัฐที่คิดว่ามีความเหมาะสมกับประชากรในพื้นที่ ดังนั้นการอธิบายให้เห็นความสำคัญและความเข้าใจในการจัดบริการทางด้านอาชีพในเวทีประชาคมหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นสิ่งสำคัญเป็นอันดับต้นๆ ในการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนสามารถเลือกลักษณะงานหรืออาชีพให้กับเหมาะสมกับตนเอง ตามความชอบและความถนัด และทุนทางสังคมในแต่ละชุมชน

“ ทำให้คิดถึงแนวทางที่จะให้ภาครัฐมาช่วย ยังคิดไม่ออก ถ้าจะหางานให้ทำ เราก็ไม่ชอบ งานที่เราชอบ เขาก็ไม่มีช่วยเหลือ ก็เลยไม่ต้องการ พอมีโครงการมา บางครั้งก็เกิดการทะเลาะกันของคนในชุมชนเวลาทำงาน โครงการ ก็ถูกยกเลิก เสียงบประมาณไปโดยเปล่าประโยชน์ ”

ชายอยู่คนเดียว อายุ 60 ปี นอกเขตเทศบาล



สนับสนุนการสร้างรายได้แล้ว อย่าล้มตลาดให้ด้วย



นอกจากประเด็นเรื่องความต้องการการทำงาน และอาชีพที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุแล้ว ประชากรก่อนวัยสูงอายุที่มีอายุ 40-59 ปี ได้สะท้อนประเด็นเรื่องการวางแผนการทำงานในอนาคต โดยคาดหวังว่างานที่รัฐจัดหาให้นั้นควรเป็นงานที่เหมาะสมกับช่วงวัย และควรมีตลาดมารองรับสินค้าที่รัฐจัดให้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้เป็นของตนเอง แม้ว่าจะมีลูกหลานให้ความช่วยเหลือ แต่ผู้สูงอายุก็ไม่ควรคาดหวังและรอคอย หากเป็นไปได้ ก็จะต้องยังคงมีความต้องการทำงานอยู่ เพราะเบี้ยผู้สูงอายุอย่างเดียวยังคงไม่เพียงพอกับการดำรงชีพ



“ งานที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุทำแล้ว ต้องมีตลาดรองรับเพื่อให้มีรายได้เป็นของตนเอง แต่ตอนนี้คือมีการสอนอาชีพจักสาน แต่ไม่มีตลาดรองรับ ทำให้ถึงจะทำเป็นแต่ไม่มีที่ไปจัดจำหน่าย แล้วก็ต้องหยุดทำ แต่ถ้ามีตลาดรองรับ มีการส่งออกให้ ก็ยังจะพอทำให้คนแก่มีอาชีพ มีรายได้ของตัวเอง โดยไม่ต้องรอรายได้จากลูกหลานอย่างเดียว แล้วก็ไม่ต้องรอเบี้ยผู้สูงอายุด้วย ”

หญิงอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น อายุ 43 ปี นอกเขตเทศบาล

6.3

การมีผู้ดูแล เป็นลาภอันประเสริฐ

นิยามของผู้ดูแล

ผู้ดูแล อาจแบ่งนิยามออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลที่เป็นทางการ และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

การดูแลที่ไม่เป็นทางการ หมายถึง การดูแลโดยครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนและกลุ่มอาสาสมัคร (Peek, Coward, & Peek, 2000) การดูแลที่บ้านเป็นปัจจัยที่สำคัญตอบสนองความต้องการในการอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิมของผู้สูงอายุ

การดูแลแบบเป็นทางการ หมายถึง เป็นการจัดบริการ โดยองค์การภาครัฐองค์การเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมีนักวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัคร เป็นผู้ให้บริการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552)

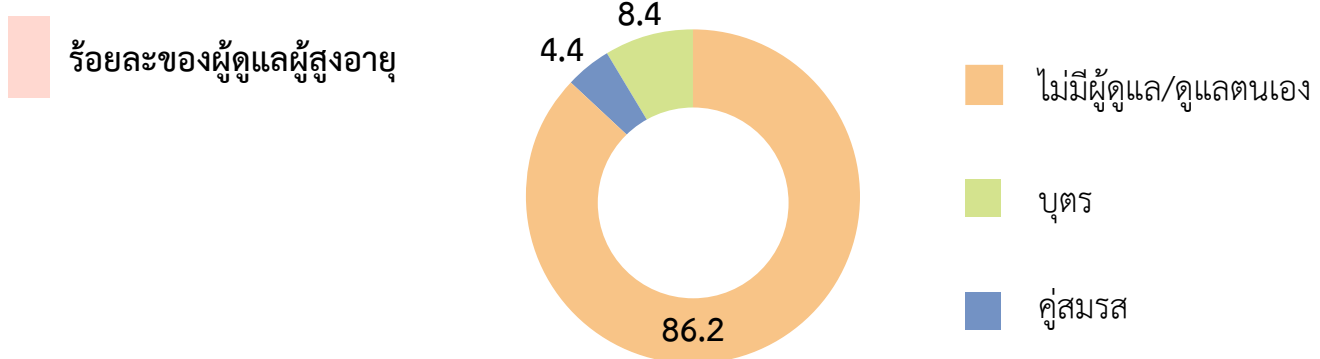
คำจำกัดความในเรื่องการมีผู้ดูแล ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สามารถศึกษาได้ในประเด็นเรื่อง การมีผู้ดูแลปรนนิบัติในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสองกลุ่ม คือ มีผู้ดูแล และไม่มีผู้ดูแล/ดูแลตนเอง



3 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ไม่มีผู้ดูแล หรือต้องดูแลตนเอง

การมีผู้ดูแล

การมีผู้ดูแลนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ แต่เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มประชากรสูงอายุที่มีผู้ดูแลปรนนิบัติการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ประชากรสูงอายุที่มีผู้ดูแลมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 17.3 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 13.8 ในปี 2560 ที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนการไม่มีผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในขณะที่มีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ที่มีผู้ดูแลเป็นบุตร



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560

ความต้องการผู้ดูแล

มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ที่มีความต้องการผู้ดูแลปรนนิบัติการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้การไม่มีผู้ดูแล อาจจะเป็นความตั้งใจของประชากรสูงอายุเอง ที่ไม่ต้องการพึ่งพิงลูกหลานหรือญาติพี่น้อง

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า เหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่ต้องการมีผู้ดูแลเพราะคิดว่าตนเองยังคงสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงมีความคิดที่จะดูแลตนเองให้ยาวนานที่สุด จนกว่าจะไม่สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองแล้ว

“ สำหรับคนที่อยู่ตัวคนเดียวนะ ถ้ายังไปทำงานได้ ก็ไม่มีอะไรให้ช่วย แต่ถ้าทำงานไม่ได้แล้ว ก็อยากให้มาแวะเวียนถามไถ่กันบ้าง มาถามว่าเราต้องการอะไรไหม อยากให้ช่วยดูแลอะไรไหม ไม่อยากให้ปล่อยให้เรารู้สึกโดดเดี่ยวมาก ”

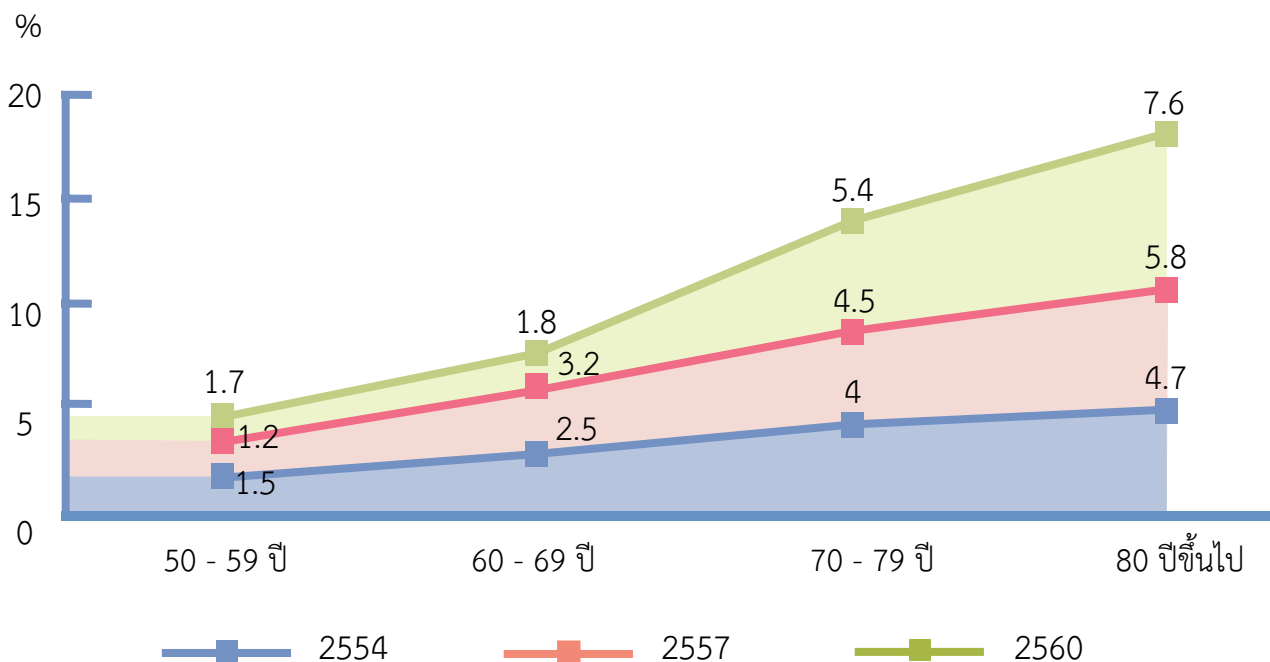
หญิงอยู่คนเดียว อายุ 77 ปี นอกเขตเทศบาล



เมื่อผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว มีอายุสูงขึ้น ย่อมมีผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

เมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวมีสัดส่วนการมีผู้ดูแลมากขึ้นเช่นเดียวกัน ซึ่งผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีผู้ดูแลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 7.6 ในปี 2560

การมีผู้ดูแลปรนนิบัติการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว



จากการศึกษาเชิงคุณภาพได้สนับสนุนประเด็นการมีผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวแม้ว่าจะอาศัยอยู่คนเดียวแต่ผู้ดูแลหลักยังเป็นลูกหลานญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงที่ได้เข้ามาแวะเวียนมาดูแลอยู่เป็นประจำ แสดงให้เห็นว่า บุตรหลานมีการตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้กับบ้านผู้สูงอายุ จึงทำให้มีการติดต่อสื่อสารผ่านการเยี่ยมเยียนเป็นประจำ และสำหรับผู้สูงอายุที่มีลูกหลานอยู่ไกล ดังเช่น จังหวัดอื่น ได้มาหามาเยี่ยมเยียนบ้างตามเทศกาล แต่ในช่วงโรคโควิดก็ทำให้ไม่ได้กลับมาหา แต่ใช้การติดต่อสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือหรือช่องทางอื่นแทน



“ช่วงโควิดไม่ได้มา แต่เมื่อก่อนก็มาตามปกติ ช่วงสงกรานต์ หรือปีใหม่ก็มา หรือตรุษจีนก็มากันเยอะเลย แต่อย่างว่าในปัจจุบัน เศรษฐกิจก็ไม่ดี เดินทางไปมาก็ลำบาก แต่ก็ไม่เป็นไร เรายังสามารถโทรหาติดต่อกันได้ แต่บางครั้งลูกหลานโทรมา เราอดພິດก็ไม่ได้รับ (หัวเราะ) แต่จะกดโทรหาใหม่ ก็ทำไม่เป็น ตอวเดินไปให้ลูกหลานแถวบ้านช่วยทำให้”

หญิงอยู่คนเดียว อายุ 77 ปี นอกเขตเทศบาล

การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน อาจเป็นคำตอบ ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวโดยไร้ญาติขาดมิตร

นอกจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุตรแล้ว ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวอย่างแท้จริงโดยเฉพาะผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลที่อาศัยอยู่ห่างไกลจากลูกหลาน หรือไม่มีลูกหลานดูแล รวมถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลในต่างจังหวัด จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่ของเทศบาล อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) หรือผู้นำชุมชน ที่เข้ามาพบปะเยี่ยมเยียนเป็นประจำ และเป็นผู้พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการดูแลจากเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้กัน ในการดูแลด้วยการแบ่งปันอาหาร พุดคุยทักทายอย่างสม่ำเสมอ



“ เวลาตาเจ็บป่วย ตาก็ได้คนที่เทศบาลนี้ละที่พาไป
เวลามีข่าวอะไรเขาก็มาบอกให้ ”

ชายอยู่คนเดียว อายุ 83 ปี ในเขตเทศบาล

“ แม่ก็ใช้ชีวิตปกติ พี่พาคคนอื่นแค่เวลาจะเข้าห้องน้ำ
เท่านั้น ให้แม่ผู้ใหญ่บ้านช่วย ตอนเย็นแม่ผู้ใหญ่บ้าน
ก็จะมาเอาเงินไปซื้ออาหารมาให้ ไปซื้อน้ำเต้าหู้มาให้ ”

หญิงอยู่คนเดียว อายุ 60 ปี ในเขตเทศบาล



จากผู้ได้รับการดูแล ต้องกลายเป็นผู้ดูแล เมื่อผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่กับหลานเท่านั้น

การอาศัยอยู่กับหลานเท่านั้น (หลานมีอายุต่ำกว่า 15 ปี) เป็นรูปแบบการอยู่อาศัยหนึ่งของผู้สูงอายุที่พบมากในพื้นที่นอกเขตเทศบาล เมื่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีหน้าที่เลี้ยงดูหลานเพราะพ่อแม่ของหลานไปทำงานต่างจังหวัดหรือในกรุงเทพฯ จึงได้ให้พ่อแม่ที่สูงอายุช่วยดูแล ผู้สูงอายุจึงต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลาน แทนที่จะเป็นผู้ได้รับการดูแล เนื่องจากหลานยังเล็กอยู่

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ภาระหน้าที่ในการดูแลหลานนั้นจะเป็นทั้งเรื่องในการใช้ชีวิตประจำวันการไปรับส่งโรงเรียน หรือการหารายได้เพิ่มเติมหากเงินส่งกลับจากลูกของตนไม่พอใช้ นอกจากนี้การอาศัยอยู่กับหลานได้ทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการทางสังคมต่างๆ ของผู้สูงอายุน้อยลง เพราะภาระหน้าที่ที่จะต้องดูแลหลานในทุกวัน แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับกลับมา ก็คือ ความมั่นคงทางจิตใจที่อยู่กับหลานแล้วทำให้ไม่เหงา ร่างกายได้เคลื่อนไหวได้ออกกำลังกายในทุกๆ วัน จึงทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่กับหลานนั้น ยังคงสามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง

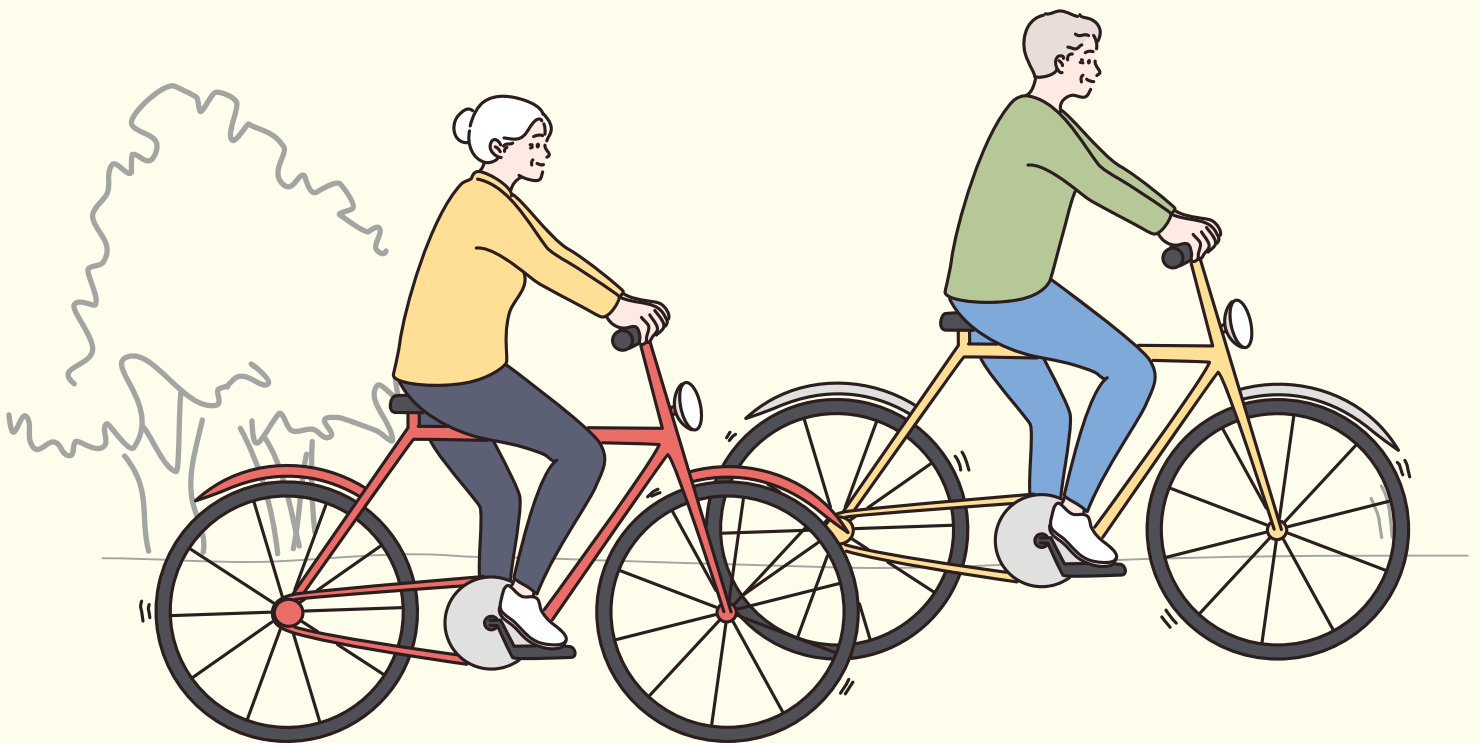


ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว ไม่ต้องการพึ่งพาใคร หากยังทำอะไรได้ด้วยตนเอง

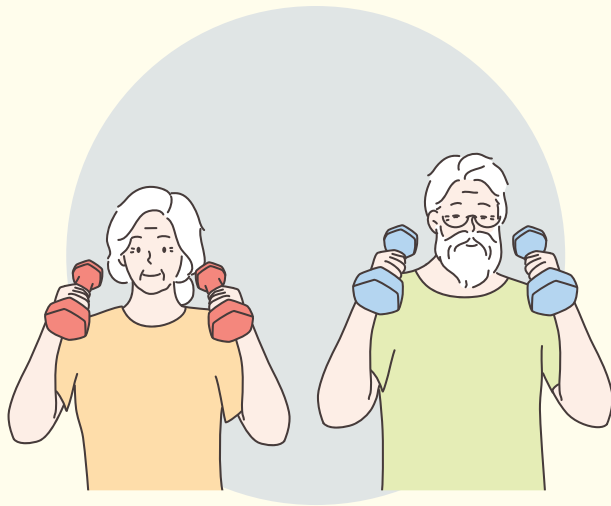
แม้ว่าการอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว จะทำให้เกิดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ในการศึกษาเชิงคุณภาพได้สอบถามถึงความยากลำบากในการอาศัยอยู่คนเดียว รวมถึงเรื่องความต้องการคนดูแลที่มาอาศัยอยู่ด้วย ซึ่งได้รับคำตอบว่า ผู้สูงอายุยังไม่มีความคิดที่ต้องการให้มีคนอื่นมาอาศัยอยู่ด้วย อยู่คนเดียวแบบนี้สบายใจกว่าขอแค่มิให้เจ็บป่วย เพราะไม่อยากเป็นภาระใคร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความคุ้นเคยหรือความเคยชินกับการอาศัยอยู่คนเดียว และปัจจุบันยังคงดูแลตัวเองได้ดี แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวหรือมีความจำเป็นจะต้องไปพบแพทย์เป็นประจำ แต่ก็ยังสามารถไปได้ด้วยตนเอง หรือไหว้วานให้ลูกหลาน/คนรอบข้างไปรับส่ง โดยเฉพาะประชากรก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุตอนต้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนการอยู่อาศัยในลักษณะที่มีคนมาอาศัยอยู่ด้วยนั้นจึงเป็นเรื่องของอนาคต ซึ่ง ณ วันนี้ยังไม่มีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ก็จะไม่ได้ออกไปวางแผนไว้ล่วงหน้าว่าจะปรับเปลี่ยนที่อยู่อาศัยอย่างไร

07

ผู้สูงอายุ กับการมีส่วนร่วมในสังคม



การมีส่วนร่วมในสังคม (participation) เป็นหนึ่งใน 3 เสาหลักตามกรอบแนวคิด การสูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) การให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการสังคม จะเป็นการพัฒนาศักยภาพของตนเองและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ได้อย่างศักดิ์ศรี และมีคุณภาพยาวนานที่สุด



สุขภาพ



ความมั่นคงในชีวิต

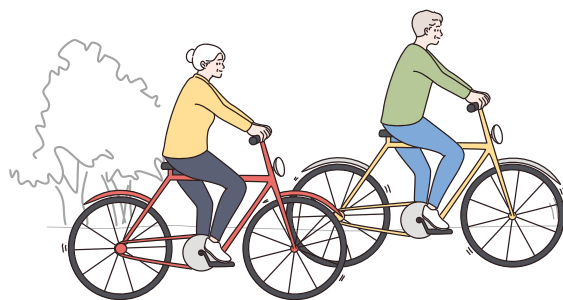
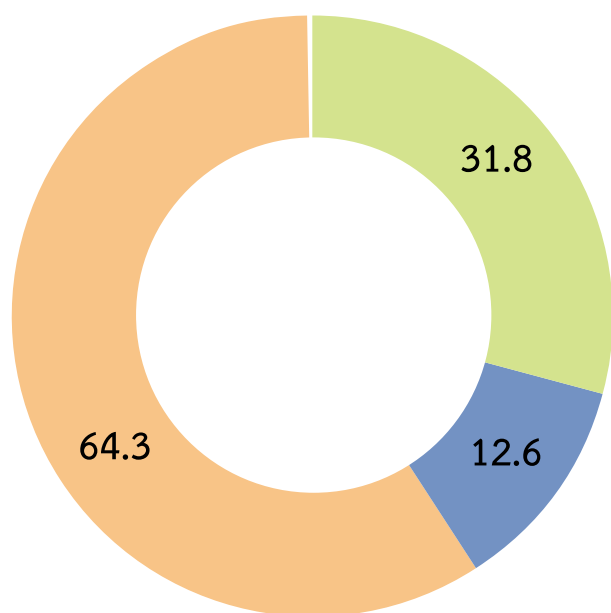


การมีส่วนร่วมในสังคม

7.1 ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมในเรื่องอะไรได้บ้าง

การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ หรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ร้องเพลง เล่นกีฬา เดินรำ การเข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญของหมู่บ้าน เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสูงวัยอย่างมีพลัง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมจะช่วยชะลอกระบวนการการสูงวัย โดยที่กิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และมีผลต่อสุขภาพจิตที่ดี

ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ
ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด



- เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ
- เข้าร่วมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ร้องเพลง เล่นกีฬา เดินรำ
- เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญของหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ งานบุญ ฯลฯ

ร้อยละการเข้าร่วมกิจกรรมของประชากรก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวที่ยังมีสุขภาพร่างกาย ที่แข็งแรงชอบเข้าร่วมกลุ่ม/กิจกรรมในชุมชน

จากข้อมูลการเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวที่เข้าร่วมกลุ่ม/กิจกรรมในชุมชนนั้นยังเป็นผู้สูงอายุในวัยต้นและวัยกลาง (อายุไม่เกิน 80 ปี) ที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง ที่ต้องการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ อยากพบเจอผู้คนเพื่อให้ไม่เหงา บางคนที่เคยทำงานได้พบเจอเพื่อนร่วมงานแต่เมื่อเกษียณก็ไม่ได้พบเจอใคร อยู่บ้านเฉยๆ อยู่คนเดียวก็เหงา การที่ไปร่วมกลุ่ม/กิจกรรมทำให้ไม่คิดมาก มีกิจกรรมให้ทำ และเป็นการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนๆ ในชุมชนด้วย

นอกจากนี้ยังมีการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการด้วยการนัดเพื่อนๆ ในชมรม (กลุ่มเล็กๆ 2-3 คน) ไปกินกาแฟกันที่ร้านกาแฟ (เหมือนสภากาแฟยามเช้า) ซึ่งทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนกลุ่มนี้สนิทกันมากขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นการสร้างความมั่นคงทางด้านจิตใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chai & Margolis (2020) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีส่วนร่วมทางสังคมผ่านการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว ได้เล็งเห็นว่า การเข้าร่วมกลุ่ม/กิจกรรมในชุมชนเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์กันไว้ และอาจทำให้สามารถเข้าถึงสิทธิสวัสดิการ หรือบริการของหน่วยงานภาครัฐได้เพิ่มมากขึ้นด้วย

มีเพื่อนที่เกษียณด้วยกันบอกว่า เราอย่าอยู่เปล่า ไปสมัครเรียนหนังสือ ป่าเลยถามว่าเรียนอะไร เขาบอกว่า วยไซ ก็คือวัยคนแก่ นั่นแหละนะ ป่าก็เลยไป ก็มีกิจกรรม คือเทศบาลเขาก็บริหารดินะ เขาก็ให้ความสำคัญผู้สูงวัยดินะ มีเรียนเกี่ยวกับภาษาอังกฤษ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม ภูมิประเทศ หรือว่าวัฒนธรรมแต่ละจังหวัด แล้วก็มีสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อยู่อย่างไรให้มีความสุขในแหวของผู้สูงวัย ก็มีกิจกรรมให้...รุ่นนี้ก็ยังไม่จบ มีโควิดเสียก่อน...ป่าว่าก็ดินะ ทำให้รู้ข้อมูลว่าเขาทำอะไรให้เราบ้าง เช่น ป่าก็รู้จากกลุ่มเหล่านี้ว่ามีเปิดให้มาลงทะเบียนฉีดวัคซีนที่เทศบาล ป่าก็รับมาลง (ทะเบียน) เลย ตอนนั้นก็ฉีดวัคซีนครบแล้ว



หญิงอยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 63 ปี ในเขตเทศบาล

7.2

ความเหลื่อมล้ำของผู้สูงอายุที่นำไปสู่ การไม่มีส่วนร่วมในสังคม

รูปแบบการอยู่อาศัย ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

กลุ่มผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมหรือชมรม คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว หรืออาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีแต่ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวให้เหตุผลที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมว่าเป็นเพราะปัญหาเรื่องสุขภาพและยังคงต้องทำงาน ทำให้มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้นให้เหตุผลที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากต้องดูแลคู่สมรสที่มีภาวะติดเตียง ทำให้เข้าร่วมในบางกิจกรรมที่จำเป็นเท่านั้น เช่น การประชุมหมู่บ้านการทำบุญประจำปีของหมู่บ้าน แต่หากเป็นงานเลี้ยง (เช่น งานบวช งานแต่ง หรืองานศพ) จะไม่ได้ร่วมงานด้วยแต่จะใส่ซองช่วยงานเท่านั้น เพราะไม่มีผู้ดูแลแทน

“ เวลาบวชหรืออะไรในหมู่บ้านก็ไป ก็ได้ไปเข้าร่วมประจำ เวลาหมู่บ้านทำบุญปีใหม่ทุกปี แต่ว่าถ้าเป็นงานข้างนอก งานบวช งานแต่งงานไม่ได้ไป ไม่มีคนอยู่เป็นเพื่อนกรรยา ”

ชายอยู่กับคู่สมรส อายุ 72 ปี ในเขตเทศบาล

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับหลานเท่านั้น ในลักษณะครัวเรือนข้ามรุ่น ส่วนใหญ่ยังคงทำงานเพื่อให้มีรายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวที่ต้องมีภาระในการเลี้ยงดูหลาน (พ่อแม่ของหลานแทบไม่ได้ส่งเสียเงินเลี้ยงดู) โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาไปร่วมกิจกรรม เนื่องจากต้องทำงานและต้องดูแลหลาน

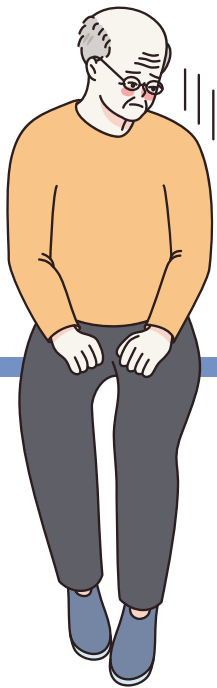
“ ไม่ได้เข้าร่วมอะไรสักอย่าง จะไปได้ยังไง ถ้าไป เด็กๆ จะอยู่ยังไง ใครจะดูแล ”

หญิงอยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 63 ปี ในเขตเทศบาล



ปัญหาสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้

ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวหรืออาศัยอยู่กับผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆ และมีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง เช่น สายตาไม่ดี เวียนหัว ปวดเมื่อยแขนขา มีภาวะป่วยติดเตียง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถไปร่วมกลุ่ม/กิจกรรมในชุมชน ที่หน่วยงานจัดให้ได้ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการมีปัญหาเรื่องสุขภาพ ทำให้มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันและการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น

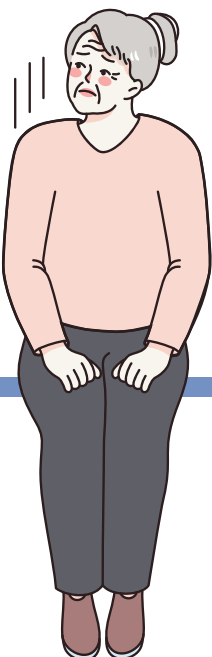


“ ไม่ได้ไปอะไร (ร่วมกิจกรรม) กับเขาหรอก เราสายตาไม่ดี ลำบาก เดี่ยวไปลำบากคนอื่นเขา ”

หญิงอยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 77 ปี นอกเขตเทศบาล

“ ตอนนียายก็ไม่ได้ไปร่วมทำกิจกรรมกับ อบต.แล้วละ เพราะปวดขาเดินทางลำบาก แต่เมื่อก่อนเคยไปร่วม มาตลอด พอสุขภาพไม่ดี ก็ไม่ยอมไป ไม่ยอมไปเป็นภาระคนอื่น ไปเองก็ลำบาก อยู่บ้านดีกว่า ”

หญิงอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น อายุ 76 ปี นอกเขตเทศบาล



“ ผมก็จะไปไหนเหมือนคนอื่นไม่ได้ ลำบาก...ก็ไม่ได้ไปร่วมอะไรกับเขาครับ อยู่แต่ที่บ้าน ”

ชายอยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 57 ปี นอกเขตเทศบาล (มีอาการอัมพฤกษ์)

เมื่อการเดินทางไม่สะดวก ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องการไปเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) และอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวพบปัญหาเรื่องการเดินทางออกไปทำธุระนอกบ้าน การเดินทางที่ไม่สะดวกหากต้องเดินทางด้วยรถสาธารณะ ค่าเดินทางที่มีราคาสูง (การนั่งรถวินมอเตอร์ไซด์ รถรับจ้าง) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่อยากออกไปร่วมกลุ่ม/กิจกรรมชุมชน

ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการรวมกลุ่ม เพราะเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร

การไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานในพื้นที่ที่มีการจัดกิจกรรมการรวมกลุ่ม เป็นเหตุผลหนึ่งที่ผู้สูงอายุบอกว่าไม่มีการจัดกิจกรรมการรวมกลุ่ม จากการสอบถามข้อมูลจากเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลในทุกพื้นที่ พบว่า เมื่อมีการจัดกิจกรรมจะมีการประชาสัมพันธ์ให้กับประชากรในพื้นที่ทราบเพื่อให้เข้าร่วมกิจกรรม โดยการแจ้งข่าวสารผ่านทางผู้นำชุมชน อสม. เสียงตามสาย รถกระจายเสียง วิทยุกระจายเสียงชุมชน (ในบางพื้นที่) ป้ายไว้นิล เป็นต้น ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้จะมีการประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรมการรวมกลุ่มในหลากหลายช่องทาง แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานในพื้นที่ ซึ่งหน่วยงานในพื้นที่ควรให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ด้วย

โควิด ทำให้กิจกรรมทางสังคมไม่มีความต่อเนื่อง หรือหายไป

เหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการรวมกลุ่ม เนื่องจากการงดการรวมกลุ่มกันในช่วงการระบาดของโควิด-19 จึงทำให้กิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกิจกรรมการรวมกลุ่มผู้สูงอายุได้หยุดชะงักลง กิจกรรมที่เคยจัดขึ้นในชุมชนให้กับผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเคยเข้าร่วมมีความจำเป็นต้องหยุดไว้ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วม

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในช่วงตั้งแต่การระบาดของโควิด-19 การออกไปร่วมกิจกรรมที่เทศบาลหรือ อบต. จัดขึ้น รวมทั้งออกไปทำกิจกรรมอื่นๆ นอกบ้านลดน้อยลง เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดของโควิด-19 เพราะต้องระวังตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีการระบาดรุนแรงไปทั่วโลก

เขา (เทศบาล) ก็ไม่ได้มี (กิจกรรม) อะไรนะ เพราะโควิดมันระบาด แล้วอีกอย่าง
เราก็เข้าสวน ทำไร่อะไรของเราด้วยไง ก็ไม่ได้ไปยุ่งอะไรกับเขา

ไม่ได้ร่วมอะไรกับเขา เขาไม่ได้จัดอะไร ก็อยู่กับแบบนี้ ถ้ามีอะไร อสม. ก็มาบอก
แต่งานบุญอย่างวิป แต่ก็ห่างๆ น้อย เพราะโควิด เขาก็ไม่ค่อยได้จัดกับ

ชายอยู่ในครัวเรือนข้ามรุ่น อายุ 70 ปี ในเขตเทศบาล

ความเหลื่อมล้ำในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ในพื้นที่ชุมชนเมืองของกรุงเทพมหานคร ได้สะท้อนว่า ในชุมชนไม่มีพื้นที่ส่วนกลางสำหรับการออกกำลังกายหรือเป็นจุดรวมตัวเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ต่างคนต่างอยู่ไม่มีการรวมกลุ่มกันของคนในชุมชน

“ ในชุมชนเราไม่มีพื้นที่ตรงกลางเอาไว้ให้เป็นจุดรวมตัวกัน ได้มาพบปะกัน เพราะบ้านก็คือพื้นที่ส่วนตัวที่อาจจะไม่พร้อมต้อนรับคนนอก หรือบางที่บ้านเราก็คงจะไม่ได้นำมามอง หากมีพื้นที่ตรงกลางก็จะช่วยทำให้คนในชุมชน ได้มาพบปะพูดคุยกันได้มากขึ้น ”

ชายอยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 55 ปี กรุงเทพฯ



08

ที่อยู่อาศัย ของผู้สูงอายุ



การสนับสนุนการมีที่อยู่อาศัยอย่างมีสุขภาวะ เป็นหนึ่งในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย ที่ได้รับอิทธิพลจากกรอบแนวคิดเรื่อง “เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” ที่นำมาสนับสนุนแนวคิดเรื่องการสูงวัยอย่างพลั่ง เพื่ออธิบายการบริการ สถานที่ และโครงสร้าง การสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนทุกเพศทุกวัย ที่จะช่วยทำให้สูงวัยอย่างมีพลัง(WHO, 2007) แนวคิดนี้เป็นปัจจัยแวดล้อมที่ช่วยให้สูงวัยอย่างมีพลัง ที่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับคนวัยอื่นได้อย่างกลมกลืน เท่าเทียม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

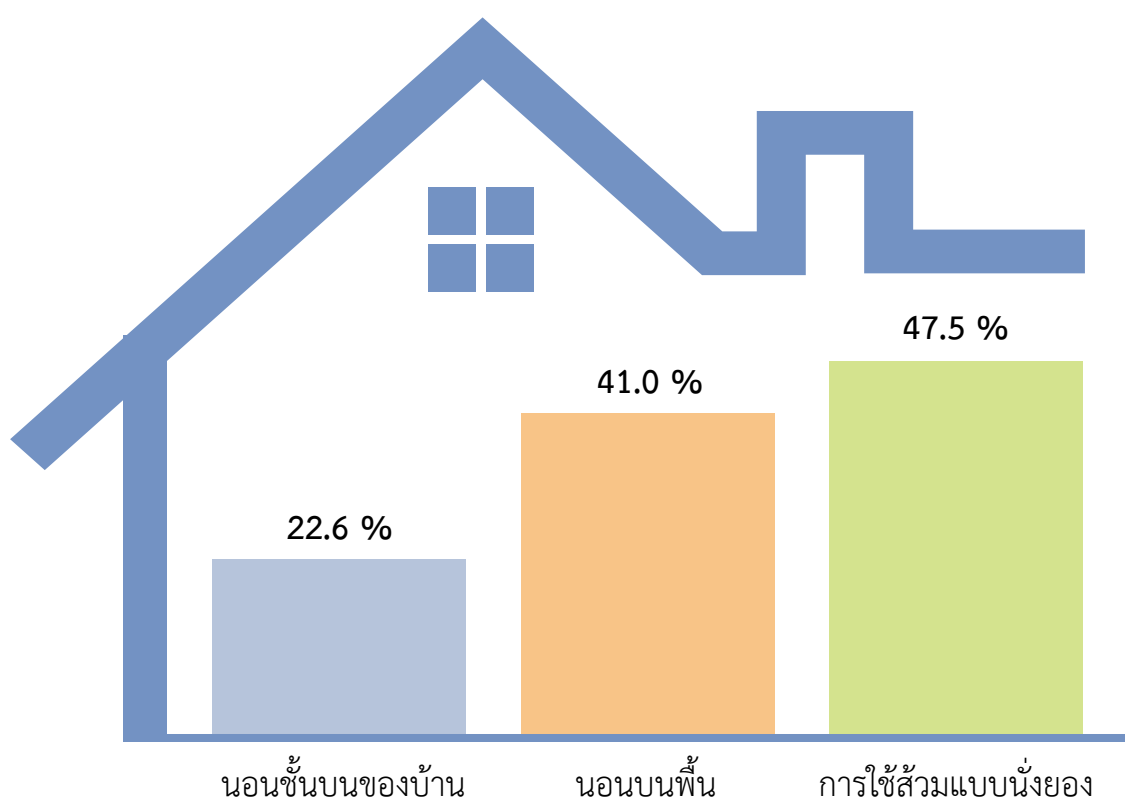
สิ่งสำคัญประการสำคัญอีกด้านหนึ่งคือ ระบบบริการทางสังคมที่จะส่งเสริมการม สุขภาพที่ดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ รวมไปถึงความต้องการได้รับการ สนับสนุนหรือช่วยเหลือที่จำเป็น สภาพแวดล้อมต่างๆ เหล่านี้มีความสำคัญ และมีความจำเป็นกับ ผู้สูงอายุทุกเพศ ทุกกลุ่มอายุ และทุกรูปแบบของการอยู่อาศัย



8.1 การมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรพิจารณาจากเรื่องอะไรได้บ้าง

ลักษณะการอยู่อาศัย เป็นปัจจัยหนึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลายชีวิต การมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมนั้นสามารถลดโอกาสของการเกิดอุบัติเหตุและการได้รับบาดเจ็บจากการเคลื่อนที่ไปยังพื้นที่ต่างๆ บริเวณที่อยู่อาศัย ซึ่งห้องนอน ที่นอน และห้องน้ำ เป็นสถานที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน

ลักษณะการอยู่อาศัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุ



กว่า 2 ใน 5 ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะบ้านเป็นบ้านชั้นเดียวจึงมีห้องนอนที่ชั้นล่าง แต่ในขณะเดียวกันยังมีผู้สูงอายुरาวร้อยละ 23 มีห้องนอนที่ชั้นบนของบ้านที่ต้องเดินขึ้นลงบันได โดยประชากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว

ลักษณะของที่นอนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่นอนบนเตียง แต่ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งประมาณร้อยละ 40 ที่นอนราบบนพื้น ในขณะที่ลักษณะของการใช้ส้วมของผู้สูงอายุใช้ส้วมแบบนั่งยองกว่าร้อยละ 48 ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้ส่งผลให้การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการลุกนั่งมากกว่าการนอนบนเตียงนอน หรือการใช้ส้วมแบบนั่งห้อยขา ด้วยความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย อาทิ ข้อเข่า หรือ ส้นหลัง

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560

8.2 ปัญหาความเหลื่อมล้ำในเรื่องที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวในกรุงเทพมหานคร ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเรื่องที่อยู่อาศัย

ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวส่วนหนึ่งไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ต้องเช่าห้องพัก/ห้องแถวเพื่อเป็นที่พักอาศัย ซึ่งลักษณะห้องเช่าโดยทั่วไปจะมีพื้นที่ใช้สอยไม่มากนัก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวมีค่าใช้จ่ายเรื่องที่อยู่อาศัยที่จะต้องแบกรับภาระทุกเดือนอีกด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่ต่างจังหวัดโดยเฉพาะในเขตชนบท โดยที่ค่าเช่าห้องแต่ละเดือนเป็นเงินมากกว่า เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ได้รับในแต่ละเดือน

“ห้องนี้เช่าเดือนละพันห้า น้ำไฟเสียต่างหาก เมื่อก่อนมีบ้านที่พ่อแม่ให้มา แต่น้องเอาไปขาย ไม่มีที่อยู่แล้ว เลยต้องมาเช่าเขาอยู่ตรงนี้ นี่แหละก็เล็กๆ เหมาะกับเรา ถัดไป 2 ก้าวก็ห้องน้ำ ช่างมือก็มีเครื่องครัว แคนจานชามช้อน แคนนี้ก็ทำอะไรไม่แล้ว ขยับตัวไม่ได้ ต้องจ้างพวกเด็กๆ ที่มาเล่นแถวนี้ ครึ่งละ 20-30 บาท เด็กก็ไม่อยากเอา เพราะเราตัวใหญ่ ก็ต้องใช้เด็ก 2 คน ช่วยกันพยุงตัวเพื่อไปอาบน้ำ ”

ชายอยู่ตามลำพังคนเดียวมีภาวะติดเตียง อายุ 61 ปี กรุงเทพฯ

ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ต้องประสบปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย

ผู้สูงอายุที่ย่ำแย่กับคู่ชีวิต เป็นโสด และมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว จะมีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย ซึ่งที่อยู่อาศัยเป็นเรื่องสำคัญของการใช้ชีวิตของคนทุกคน จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบปัญหาผู้สูงอายุที่ย่ำแย่กับคู่สมรส ครอบครัวไม่ให้การเลี้ยงดู มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว ต้องระเห็จเร่ร่อนออกจากบ้าน ซึ่งถือได้ว่าลำบากในการใช้ชีวิตในปัจจุบัน แต่ผู้สูงอายุกลับมองต่างกันว่าไม่ได้ลำบากอะไร แต่เมื่อถามว่าหากมีที่อยู่อาศัยที่ดีกว่านี้จะไปหรือไม่ คำตอบก็คือไม่ไป อยู่แบบนี้ก็สบายดีแล้ว

นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นเจ้าของบ้าน แต่เป็นบ้านของพ่อแม่ที่เสียชีวิตไปแล้ว เมื่อย้ายกลับมาอยู่บ้านหลังนี้ แต่กลับมีปัญหาเกี่ยวกับญาติ ทำให้ไม่มีที่อยู่อาศัย ญาติคนอื่นอยู่ใกล้กันช่วยได้เพียง พาไปหาหมอ พาไปธุระ ซื้ออาหารมาให้ แต่ไม่สามารถให้อยู่ด้วยได้ แม้จะมีความต้องการไปอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา แต่ก็ไปอยู่ไม่ได้ เนื่องจากกฎเกณฑ์ในเรื่องการฉีดวัคซีน ที่มีโรคประจำตัว พยาบาลจึงยังไม่ได้ฉีดให้คนชรา

“ ที่อยู่ก็เป็นบ้านเช่า เช่ามานานแล้ว เมื่อก่อนมีบ้านอยู่ที่นี่ แต่ว่าขายไป เพราะที่ต้องเอาเงินมาดูแลเมียที่ป่วย ก็เลยต้องได้หาเช่าบ้านอยู่... ก็ต้องหาเช่าบ้านไปเรื่อยๆ ไม่มีที่อยู่ที่ต้องรื้อร่อนไปเรื่อยๆ... ก็อยู่บ้านคนละหลังกับลูก ลูกชายอยู่บ้านหลังหนึ่ง พ่อก็อยู่อีกหลังหนึ่ง เช่าเขาเอา แต่อยู่ติดกัน ลูกก็คอยดูแลเราอยู่ ”

ชายอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น อายุ 79 ปี ในเขตเทศบาล

“ เมียบ่ให้อยู่ ก็เลยไปอยู่กับเขา (ลูก) ไปอยู่ได้ 3 วัน แล้วเขาก็ไม่ให้อยู่ด้วย ก็เลยออกมาอยู่ผู้เดียว บ้านนี้มันว่างอยู่ เจ้าของบ้านเขาเลยให้อยู่ฟรี บ่ได้เสียค่าเช่า ”

ชายอยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 82 ปี ในเขตเทศบาล

“ บ้านก็เป็นบ้านพ่อบ้านแม่ ไม่ได้โอนกัน แต่น้องเขยหวงบ้าน ไม่อยากให้ยายอยู่ พงษ์นี้พวกเขาจะกลับมา ยายก็ไม่ว่าจะต้องทำยังไง ไม่รู้จะได้อู่ที่ไหน...ไม่ได้วางแผน ไม่รู้จะวางแผนยังไง ก็อยากให้หน่วยงาน เจ้าหน้าที่จะเข้ามาช่วยเหลือหน่อย ...อยากให้ช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย แบบไหนก็ได้ ขอแค่มีที่อยู่ เพราะไม่อยากจะมาอาศัยคนอื่นอยู่อย่างนี้ ”

หญิงอยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 60 ปี ในเขตเทศบาล

เรื่องที่อยู่อาศัย นับว่าเป็นปัญหาที่ต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ชุมชน ภาคเอกชน รวมทั้งครอบครัวต้องให้ความสำคัญ เพราะการไม่มีที่อยู่อาศัยอาจจะส่งผลให้เกิดปัญหา คนเร่ร่อน คนไร้บ้าน รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยด้วย



ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว มีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุในบ้าน และสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการสังเกตและสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว ได้คำตอบว่าที่อยู่อาศัยสะดวกสบายดี ไม่มีปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน มีผู้สูงอายุบางรายที่มีความต้องการปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน เช่น เปลี่ยนหลังคา ซ่อมบันไดที่ผู้พักที่อยู่มานาน ติดตั้งราวเกาะในห้องน้ำ

จากการสังเกตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบปัญหาที่พักอาศัยมีแสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีราวเกาะเวลาขึ้นลงบันได ภายในห้องนอนอากาศไม่ถ่ายเทมีกลิ่นอับ สภาพแวดล้อมของบ้านไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น มีขยะเกลื่อนกลาดรอบบริเวณบ้าน มีการสะสมขยะ (ขวดพลาสติก ของเก่าต่างๆ) ใต้ถุนบ้านมีน้ำครำทำให้มีสัตว์ เช่น ยุง แมลงวัน ตัวเงินตัวทองอาศัยอยู่

“ ขานี้ก็หึก เพราะว่าตกบันไดบ้านตรนนี้แหละ รับจะไปหยิบของ ตกลมมากก็คว่าอะไรไม่ทัน ขาก็เลยหึกเลย ล้มนอนหายใจหลังกั้วตัวเลย ... สั่วมเป็นแบบนี้ยอว กั้ใช้ได้นะ ไม่ได้มีอะไร ชินแล้ว ”

หญิงอยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 61 ปี กรุงเทพฯ

ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ครอบครัว ชุมชน ควรให้ความสำคัญในการปรับปรุงสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยเพื่อลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้



8.3

การวางแผนการอยู่อาศัยในอนาคต เพื่อมุ่งไปสู่การสู่วัยอย่างมีพลัง

ในการวางแผนการอยู่อาศัยในอนาคตในแต่ละกลุ่มประชากร มีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยทางด้านสุขภาพ จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของแต่ละบุคคล

ประชากรก่อนวัยสูงอายุ (40-59 ปี)

ประชากรก่อนวัยสูงอายุที่ยังคงอยู่ในกำลังแรงงาน มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันไปในเรื่องการวางแผนการอยู่อาศัย ประชากรก่อนวัยสูงอายุกลุ่มหนึ่งอาจยังไม่ได้วางแผนการอยู่อาศัยในอนาคต โดยให้เหตุผลว่าตอนนี้ยังอยู่ในวัยกำลังแรงงาน ยังเหลือเวลาอีกนานกว่าจะเกษียณ เมื่อใกล้ถึงเวลาจึงจะคิดเรื่องนี้

“ เรื่องอนาคต พี่ก็ยังไม่ได้คิดไกลขนาดนั้น ก็ยังอยู่ตอนนี้แบบนี้ไปเรื่อยๆ ก่อนแหละ ใกล้เกษียณก็อีกเกือบ 15 ปี ค่อยคิดว่าจะเอาอย่างไร จะอยู่ตอนนี้ที่เดิม หรือว่าจะกลับบ้านเกิดที่ภาคใต้ ก็ค่อยว่ากันอีกที ยังมีเวลาอีกมาก ”

ชายอยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 49 ปี กรุงเทพฯ

“ พี่ก็ยังไม่ได้คิดนะว่าจะเอาอย่างไร เดี่ยวค่อยว่าอีกที หรืออาจจะย้ายกลับพร้อมแม่ พี่ก็ยังไม่รู้ไม่ได้คิดเลย พอดีแม่วางแผนเอาไว้ว่าจะย้ายกลับบ้านที่ต่างจังหวัด ในปีสองปีนี้แหละ ”

หญิงอยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 48 ปี กรุงเทพฯ

ประชากรก่อนวัยสูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้วางแผนการอยู่อาศัยในอนาคตแล้ว เลือกที่จะอยู่ที่เดิมไม่ย้ายไปอยู่ที่ไหน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ต่างจังหวัดทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยให้เหตุผลว่า เกิดและโตจากที่นี่ มีบ้านเป็นหลักแหล่ง มีญาติพี่น้องที่นี่จึงไม่คิดย้ายไปอยู่ที่อื่น

“ ก็อยู่ที่นี้ครับ เป็นคนที่นี้ ตรรกะก็พี่น้องช่วยกันได้ ไม่ไปไหนแล้ว ... บ้านหลังนี้เทศบาลเขาก็มาช่วยทำให้ อยู่สบายแล้วตอนนี้ เมื่อก่อนที่ไม่สบาย เพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา ลูกก็มาพาไปอยู่ด้วย เขาก็ดีนะ ดูแล แต่เราเองที่อยู่ไม่ได้ ไม่สบายใจกลัวว่าจะลำบากเขาต้องมาดูแลเรา เลยกลับมาบ้านเรามากกว่า ”

ชายอยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 57 ปี นอกเขตเทศบาล

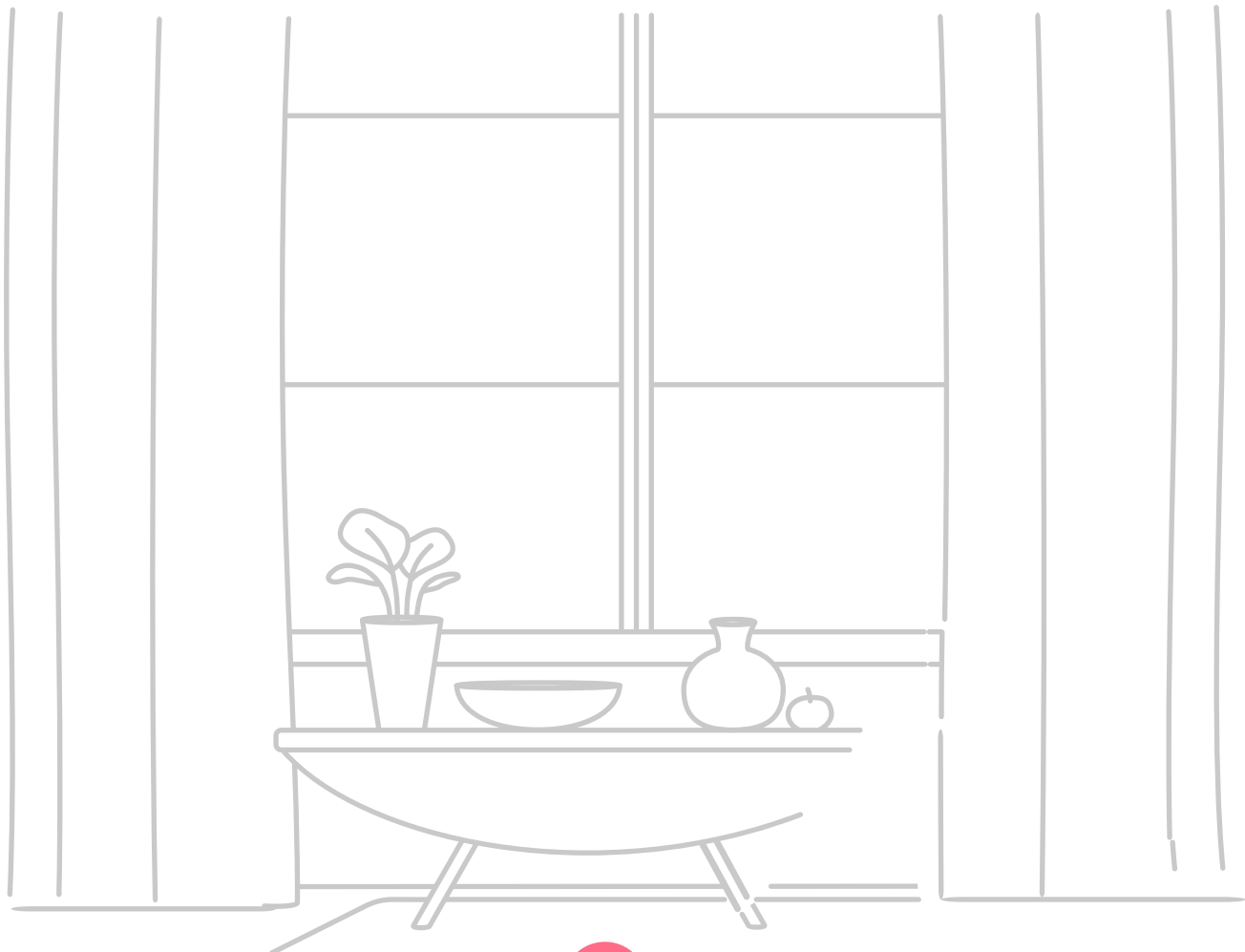
ประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวเกือบทั้งหมด มีความต้องการอยู่ในที่เดิม (อยู่อาศัยในบ้านและชุมชนเดิม) ไม่ย้ายไปไหน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ (ageing in place) โดยได้สะท้อนความคิดเห็นว่า อยู่มานาน คุ่นชิน ยังคงมีลูกและญาติพี่น้องที่คิดว่าพึ่งพาอาศัยกันได้ และคนในชุมชนสามารถพึ่งพาอาศัยและขอความช่วยเหลือกันได้

ในขณะที่เดียวกันพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวที่มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน ได้สะท้อนการอยู่อาศัยในอนาคต ที่มีความกังวลว่าจะไปอยู่ที่ไหน จะถูกไล่ที่หรือไม่ จะยังคงมีเงินจ่ายค่าเช่าห้องอยู่หรือไม่ คนที่มีความต้องการเข้าไปอยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์ของรัฐก็พบปัญหาการเข้าไม่ถึง เพราะจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการเข้าไปอยู่มีเป็นจำนวนมาก

“ อีก 2 ปี ก็ว่าจะย้ายกลับบ้านที่พัทลุง กลับไปทำสวนยาง
ตอนนี้ก็ปลูกทิวไว้รอแล้ว บ้านก็ปลูกไว้แล้วยังไม่เสร็จดี
อากาศก็ดีกว่าที่นี่ อากาศที่โน่นก็ดีกว่ากรุงเทพฯ ด้วยนะ ”

หญิงอยู่ลำพังกับคู่สมรสเท่านั้น อายุ 72 ปี กรุงเทพฯ



09

เมื่อเทคโนโลยีก้าวไกลไปกว่า ความรู้ทางสื่อดิจิทัล ของผู้สูงอายุ



9.1 ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสาร

เทคโนโลยีและการสื่อสารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างมากในการดำรงชีวิต เนื่องจากเป็นแหล่งศูนย์รวมข้อมูลต่างๆ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลตนเอง และการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวและคนอื่นๆ

ปัจจุบันประชากรใช้อินเทอร์เน็ตและสมาร์ทโฟน (smart phone) มากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ เนื่องจากเป็นแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและมีการกระจายข่าวสารอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันคนไทยนิยมใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ในการรับส่งข้อมูลและข่าวสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน รวมถึงหน่วยงานท้องถิ่น

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลต่างๆ เช่น ผู้นำชุมชน/อสม./ญาติ/เพื่อน รองลงมาคือ โทรทัศน์ (ร้อยละ 72) และหอกระจายข่าว (ร้อยละ 48)

ร้อยละของประชากรสูงอายุ ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุหรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์ พ.ศ. 2560

แหล่งข้อมูลข่าวสาร	ร้อยละ
บุคคลต่างๆ เช่น ผู้นำชุมชน/อสม./ญาติ/เพื่อน ฯลฯ	80.3
โทรทัศน์	71.6
หอกระจายข่าว	47.5
วิทยุ	31.5
หนังสือพิมพ์/นิตยสาร	12.2
แผ่นพับ/ใบปลิว/หนังสือคู่มือ	8.8
ป้ายประกาศ/โปสเตอร์	5.8
อินเทอร์เน็ต/คอมพิวเตอร์/สื่อสังคมออนไลน์	4.8

ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560

9.2

เมื่อการสื่อสารผ่านบุคคล และหอกระจายข่าว ยังคงมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ

หอกระจายข่าวและการสื่อสารผ่านบุคคล (เช่น ผู้นำชุมชน/อสม./ญาติ/เพื่อน) มีความสำคัญอย่างมากในการส่งต่อข้อมูล ข่าวสาร โดยหน่วยงานในแต่ละพื้นที่จะแจ้งข้อมูลต่างๆ ผ่านเสียงตามสาย และแจ้งผ่านผู้นำชุมชนให้บอกต่อประชากรในพื้นที่ของตน ซึ่งแจ้งผ่านการประชุมร่วมกัน หรือการแจ้งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของผู้นำ ส่วนใหญ่แล้วการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากหอกระจายข่าว และบุคคลต่างๆ เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ กิจกรรมอาสา กิจกรรมพัฒนาชุมชน และข้อมูลการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่

“ ข้อมูลข่าวสารทางด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนได้รับจาก อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มาบอกที่บ้าน และข่าวสารด้านอื่นๆ ได้ทราบจากเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงกันในชุมชน ”

หญิง คราวเรือนผู้สูงอายุ อายุ 76 ปี นอกเขตเทศบาล

“ ตารู้ข้อมูลข่าวสารสถานการณ์โควิด-19 จากการดูโทรทัศน์ และข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากอสม.รวมถึงข่าวสารอื่นๆ ก็จะได้ยินจากการประกาศเสียงตามสายและมี ส.ท. (สมาชิกสภาเทศบาลตำบล) มาคุยด้วย ”

ชาย คราวเรือนผู้สูงอายุ อายุ 84 ปี ในเขตเทศบาล



9.3 อินเทอร์เน็ต เริ่มเป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการสื่อสารและรับส่งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตมากขึ้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ สื่อสังคมออนไลน์ ได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในชีวิตประจำวัน

“ ร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุใช้อินเทอร์เน็ต/คอมพิวเตอร์/สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อรับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุ หรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ”

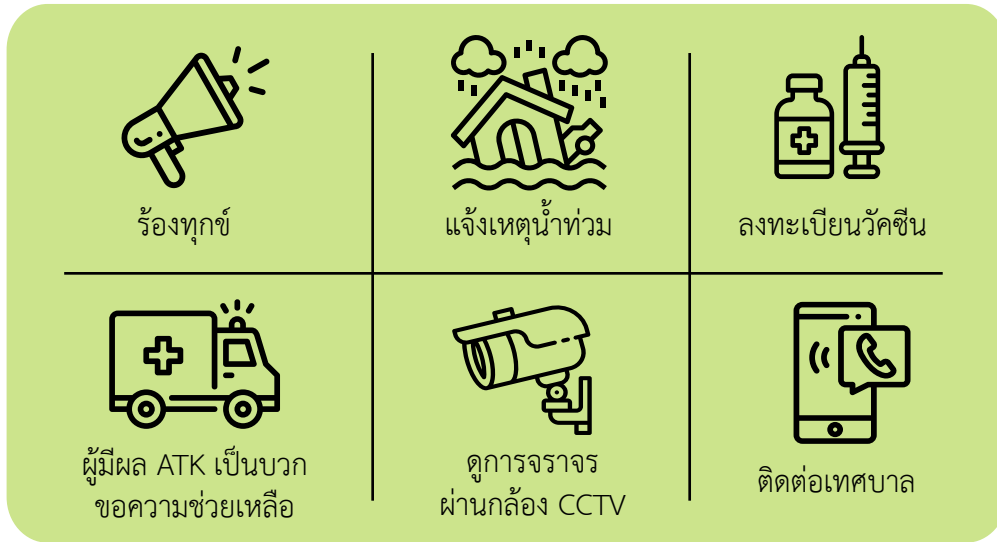
อย่างไรก็ตาม การใช้สื่อสังคมออนไลน์ทำให้มีทางเลือกในการรับรู้ข่าวสารที่หลากหลายมากขึ้น เป็นแหล่งให้ข้อมูลที่สามารถเข้าถึงและติดตามได้ตลอดเวลา

“ ข้อมูลข่าวสารของชุมชนและเทศบาล тарับรู้ผ่านทางไลน์ และการพูดคุยกับคนในชุมชน เมื่อตารู้ข้อมูลต่างๆ ก็จะนำไปบอกคนอื่นๆ ในชุมชนที่ไม่รู้ นอกจากนี้ก็ได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ จากเสียงตามสาย ”

ชาย ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว อายุ 73 ปี ในเขตเทศบาล

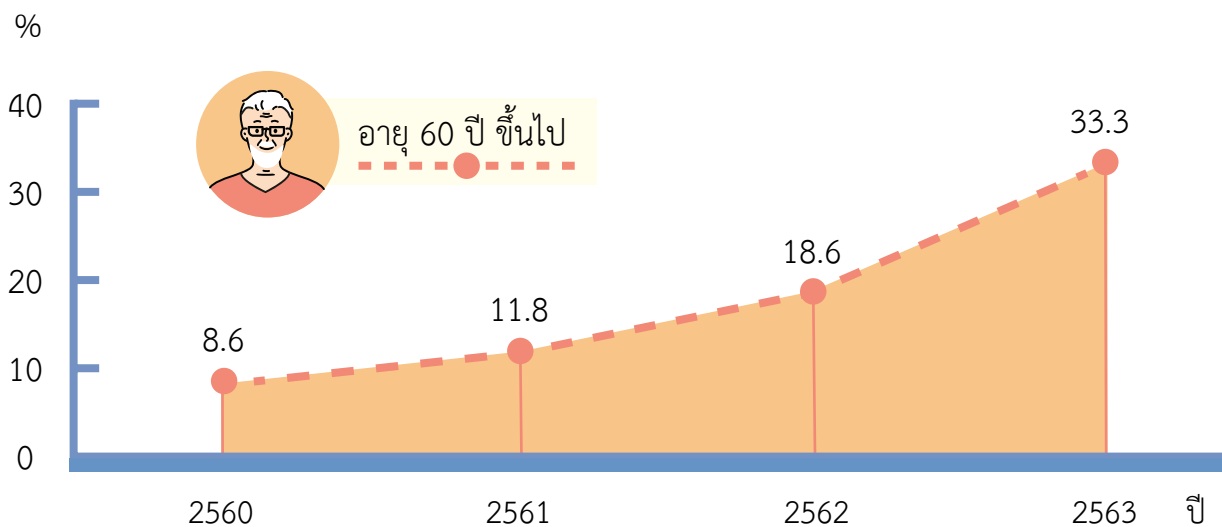


หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่เขตเทศบาลส่วนใหญ่มีการเปิดช่องทางการกระจายข่าวสารให้ประชาชนในพื้นที่ได้แจ้งเหตุและร้องทุกข์ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งทำให้ประชาชนในพื้นที่มีทางเลือกในการรับข่าวสารจากหน่วยงานภาครัฐเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามหน่วยงานในฐานะผู้จัดบริการก็ยังคงมีการกระจายข่าวสารในช่องทางอื่นประกอบกับการใช้ช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มประชากรได้อย่างทั่วถึง



ตัวอย่างการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในแต่ละประเภทของเทศบาล

เมื่อพิจารณาการใช้อินเทอร์เน็ตจากการสำรวจการมีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือนของประชากรสูงอายุ พบว่า ระหว่างปี 2560-2563 ประชากรสูงอายุมีสัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 8.6 ในปี 2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.3 ในปี 2563 นอกจากนี้ยังพบว่าในปี 2563 ประชากรสูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุทั้งหมดมีการใช้โทรศัพท์มือถือประเภทสมาร์ทโฟน ซึ่งเป็นประเภทมือถือที่รองรับโปรแกรมแอปพลิเคชัน และช่วยให้เข้าถึงบริการทางสังคมต่างๆ ได้ดีกว่า



ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีการใช้อินเทอร์เน็ต ปี 2560-2663

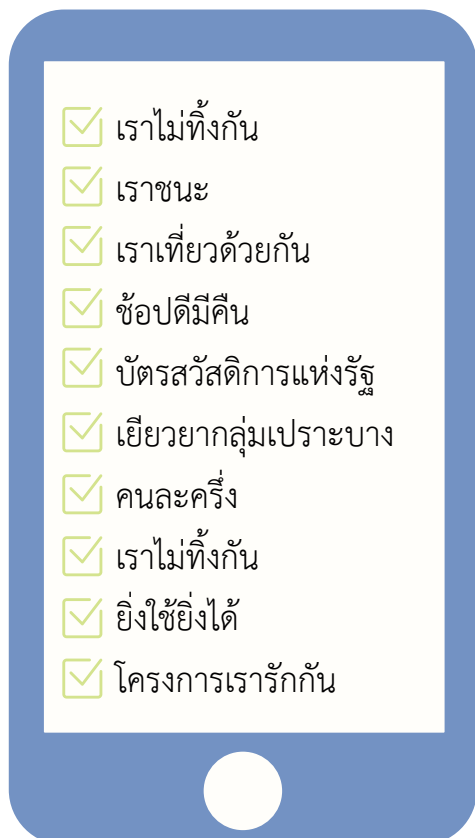
ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจการมีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2560-2563

การมีเทคโนโลยีเพื่อความมั่นคงในการดำรงชีวิตด้านรายได้

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับการสื่อสารและรับส่งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตมากขึ้น หรือถือได้ว่าอินเทอร์เน็ต/คอมพิวเตอร์/social media เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต นอกจากนี้ ในปัจจุบันการให้สวัสดิการทางสังคมของภาครัฐและการให้บริการทางด้านสุขภาพได้มีการปรับเปลี่ยนให้บริการผ่านทางอินเทอร์เน็ตและสมาร์ทโฟน (smart phone) มากขึ้น

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โควิด-19 การลงทะเบียนเพื่อรับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ทางภาครัฐ มีการใช้ช่องทางการลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันพร้อม รวมถึงการนัดหมายรับคำปรึกษา ตรวจรักษา ผ่าน telehealth tele-medicine ซึ่งเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่มีความพร้อม และสามารถใช้อุปกรณ์สมาร์ทโฟนในการเข้าถึงเพื่อลงทะเบียนนัดหมาย นอกจากนี้ยังมีสวัสดิการที่ส่งเสริมการดำรงชีวิตด้านรายได้ ผ่านโครงการต่างๆ เช่น เราไม่ทิ้งกัน คนละครึ่ง เราชนะ ปัญหาที่พบคือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีสมาร์ทโฟนหรือมีแต่ไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ยังคงต้องใช้บริการผ่านการลงทะเบียนด้วยการส่งชื่อผ่านผู้นำชุมชน อสม. และผ่านเพื่อนบ้าน เพื่อให้สามารถมีสิทธิและได้รับการฉีดวัคซีนได้ตามนัดหมาย

สวัสดิการที่ส่งเสริมการดำรงชีวิตด้านรายได้ เช่น



สาเหตุที่เข้าไม่ถึง

- ไม่มีสมาร์ทโฟนในการเข้าถึง application
- ความยุ่งยากในการเปิดบัญชีธนาคาร การยืนยันตัวตนและลงทะเบียนผ่าน application
- ไม่มีทักษะในการใช้งานสมาร์ทโฟน และแอปพลิเคชันเพื่อเข้าถึงรัฐสวัสดิการ
- ไม่รู้ว่าตัวเองมีสิทธิได้

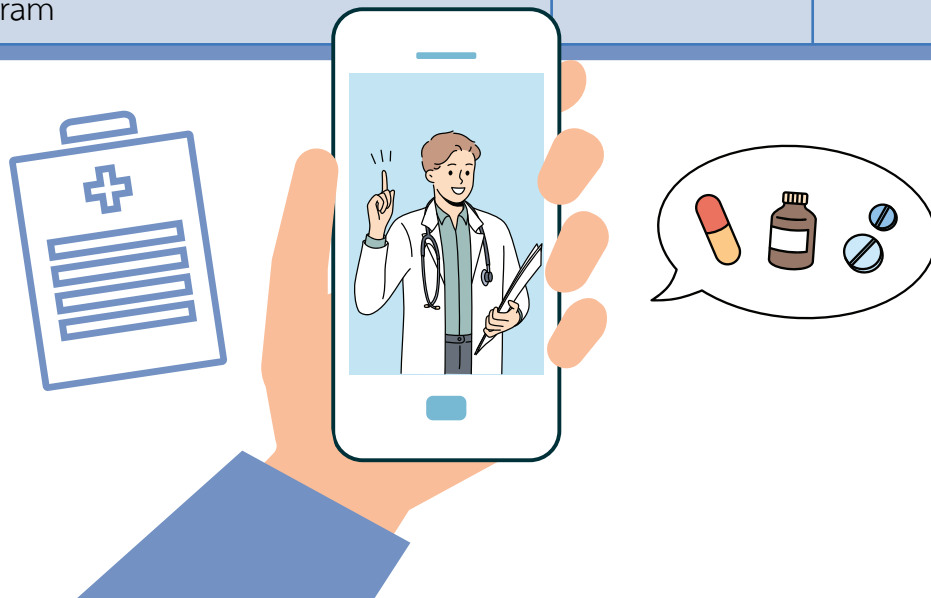
ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเข้าถึง (technology accessibility) เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการทั้งในด้านสุขภาพและสังคมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่ควรมีการอบรมการใช้อุปกรณ์และแอปพลิเคชันเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางสังคม

วัตถุประสงค์ในการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ

ประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ มีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อกิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การบาดเจ็บ โรค และโภชนาการ ในขณะที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการนัดหมายทางด้านสุขภาพผ่านเว็บไซต์ เช่น นัดพบแพทย์ ประมาณร้อยละ 3 เท่านั้น

ร้อยละของประชากรสูงอายุ จำแนกตามวัตถุประสงค์ในการใช้อินเทอร์เน็ต เพื่อเข้าถึงบริการทางสังคม ปี 2563

วัตถุประสงค์ในการใช้อินเทอร์เน็ต	ประชากรก่อนวัยสูงอายุ (40-59 ปี)	ประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)
ด้านสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> ค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การบาดเจ็บ โรค และโภชนาการ นัดหมายทางด้านสุขภาพผ่านเว็บไซต์ เช่น นัดพบแพทย์ 	<p>22.4</p> <p>3.7</p>	<p>19.8</p> <p>3.2</p>
ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การติดต่อสื่อสาร และการรวมกลุ่ม <ul style="list-style-type: none"> ค้นหา-รับข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐ โทรศัพท์ผ่าน Internet เช่น โทรผ่าน LINE, Facebook, Facetime ใช้โซเชียลเน็ตเวิร์ก เช่น Facebook, Twitter, LINE, Instagram 	<p>19.6</p> <p>93.2</p> <p>94.6</p>	<p>11.9</p> <p>88.3</p> <p>86.8</p>



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจการมีใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2563

เทคโนโลยีช่วยเข้าถึงข้อมูลความสุขภาพ

ผู้สูงอายุใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพผ่านยูทูป (YouTube) เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ในบางครั้งไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ตามปกติและไปตามนัดหมายของแพทย์ได้ จึงมีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และแนวทางการดูแลตนเองเบื้องต้น

การใช้เทคโนโลยีสามารถช่วยเหลือให้ประชากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามที่ตนเองต้องการ แต่การเข้าถึงนี้จำกัดอยู่เฉพาะประชากรกลุ่มที่มีและสามารถใช้สมาร์ตโฟนได้เท่านั้น ฉะนั้นบุคคลที่มีความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีจะเป็นการเพิ่มโอกาสในการได้รับความรู้ มีความเข้าใจในการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่ดี

“ ข้อมูลในการไปฉีดวัคซีน ปรธานอสม. รับข้อมูลมาจากโรงพยาบาล แล้วก็มาแจ้งทางไลน์อสม. ทางโทรศัพท์ด้วย ผมใช้แค่ไลน์ของอสม.อย่างเดียวครับ ไลน์ใหญ่ใช้ไม่ได้ เพราะว่าไม่มีเว็บชื่อโทรศัพท์ใหม่ เขาบอกว่าเครื่องนี้เก่าแล้ว ก็เลยเข้าไลน์กลุ่มไม่ได้ ก็ยังดีที่ยังสามารถส่งข้อมูล ส่งงานทางโรงพยาบาลได้ครับ ผมก็เอาไปบอกคนในหมู่บ้านต่อ ”

ชาย อยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 51 ปี ในเขตเทศบาล

“ ประมาณ 4-5 เดือนที่ผ่านมา หมอก็บอกว่าไตเริ่มเสื่อมแล้ว แม่ก็ได้คุยกับหมอทางกรงเทพ ดูผ่าน YouTube หมอก็บอกว่าให้ระบุข้อมูล แจ้งไปทางคุณหมอ แต่ว่าแม่ไม่ได้ส่งข้อมูลไป แม่ก็รักษาตามข้อมูลใน YouTube ว่าต้องทำยิมไวเกินประมาณนี้ เพราะอยากรู้ว่าโรคไต สามารถกินอะไรได้บ้าง แม่อยากรู้ก็เลยค้นหาดู และใน YouTube เขาบอกทุกอย่างเลย ”

หญิง ตามลำพังคนเดียว อายุ 56 ปี ในเขตเทศบาล



เทคโนโลยีช่วยให้การสื่อสารง่ายขึ้น

การโทรศัพท์ผ่านอินเทอร์เน็ตและการใช้โซเชียลเน็ตเวิร์กของผู้สูงอายุมีสัดส่วนสูงมากกว่าร้อยละ 85 ที่มีการใช้อุปกรณ์สมาร์ทโฟน (smart phone) เพื่อการติดต่อสื่อสารและการรวมกลุ่มพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวและคนอื่น ๆ

เทคโนโลยีสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ตส่งผลดีในการสื่อสารกับบุตรได้อย่างสะดวกและช่วยให้เห็นหน้ากันและกัน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงความรู้สึกและความห่วงใยจากลูกหลานที่อยู่ห่างไกลได้อย่างชัดเจนมากกว่าแต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนที่สามารถใช้พูดคุยผ่านเสียงและเห็นหน้า แต่ยังคงมีผู้สูงอายุที่ใช้การโทรศัพท์แบบเสียง (feature phone) เท่านั้น โดยให้เหตุผลว่าโทรผ่านทางแอปพลิเคชันไม่เป็น (ไลน์ แมสเซนเจอร์) แม้ว่าลูกหลานจะสอนวิธีการใช้แล้วก็ตาม

“ ตายอยู่กับภรรยาสองคน ลูกๆ ไปทำงานต่างจังหวัดคนนี้
ต่างประเทศอีกสองคน ตาใช้โทรศัพท์ที่มีอินเทอร์เน็ต
ใช้ไลน์ในการติดต่อสื่อสารกับลูก ซึ่งดีตรงที่สามารถเห็นหน้ากัน
ได้พูดคุยกัน ได้เห็นหน้าลูกหน้าหลาน ”

ชาย อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น อายุ 73 ปี, ในเขตเทศบาล

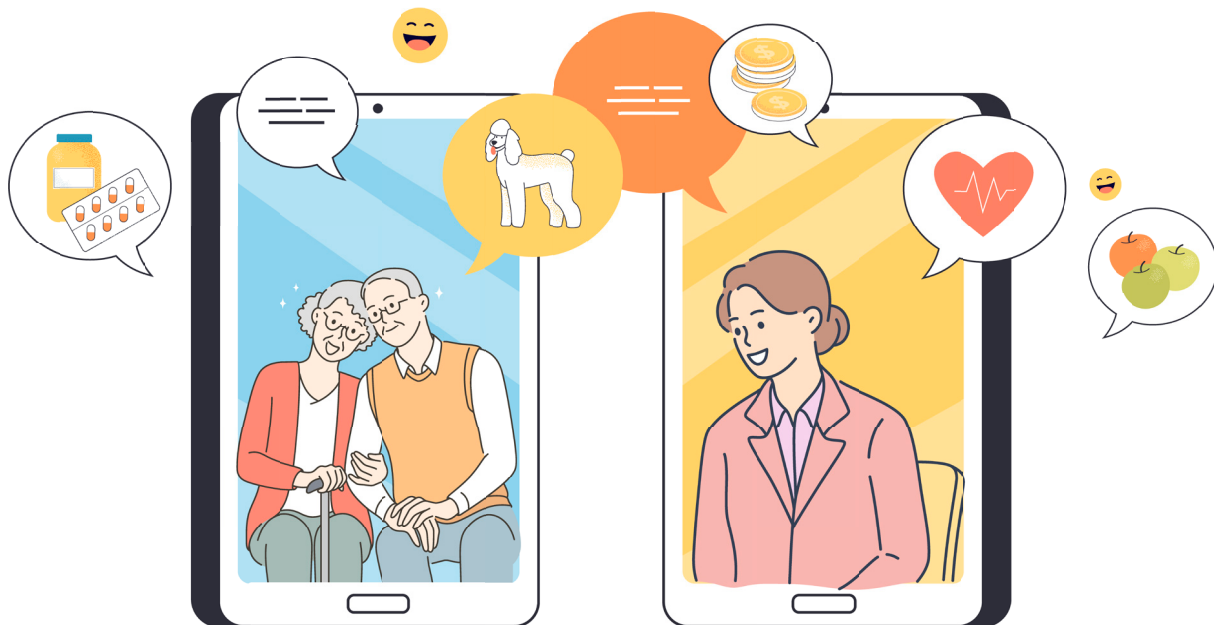
“ ในช่วงเวลาว่างส่วนใหญ่ก็จะหากิจกรรมทำเพื่อไม่ให้รู้สึกเหงา
ไม่ว่าจะเป็นการดูทีวี อ่านหนังสือ และเล่นโทรศัพท์ ซึ่งปกติใช้ไลน์ เฟสบุ๊ค ไลน์
เอาไว้คุย รับข่าวสาร และติดตามเพื่อนๆ โดยสื่อสังคมออนไลน์นี้ช่วยให้แก้เบื่อได้ ”

หญิง อยู่ตามลำพังคนเดียว อายุ 62 ปี ในเขตเทศบาล

การมีเทคโนโลยีช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและทางเลือกในการรับข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานภาครัฐและข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจและสังคม อีกทั้งเทคโนโลยียังช่วยกระชับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้มากขึ้นอีกด้วย ผ่านการโทรผ่านภาพและเสียง (VDO Call) ที่สามารถเห็นหน้าของทั้งสองฝ่ายในการพูดคุย แม้ว่าเทคโนโลยีและการสื่อสารจะส่งผลดีต่อการเข้าถึงบริการทางสังคมของผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ เนื่องจากยังมีการให้บริการผ่านช่องทางอื่นอีกด้วย

การศึกษานี้ได้สะท้อนภาพการเข้าถึงบริการทางสังคมของผู้สูงอายุในภาพรวมบริบทของประเทศสังคม ที่ประกอบด้วย ด้านสุขภาพอนามัย ด้านความมั่นคงในการดำรงชีวิต และด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งเป็นแนวคิดของการสูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย และศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนข้อมูลให้ชัดเจนมากขึ้น นำไปสู่ภาพสะท้อนการเข้าถึงบริการทางสังคมและความต้องการบริการที่เหมาะสมกับรูปแบบการอยู่อาศัยในครัวเรือนที่มีความเป็นพลวัตอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการทางสังคมที่เหมาะสมที่เท่าทันการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเทคโนโลยีดิจิทัลภายใต้แนวคิดวิถีชีวิตใหม่ (new normal)

การศึกษานี้ คาดหวังให้คนในสังคมไทย โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่มีการเตรียมความพร้อมรับ “การสูงวัยอย่างมีพลังและยังประโยชน์” (active and productive ageing) คนรุ่นใหม่ควรตระหนักว่า จะต้องใช้ชีวิตอยู่ต่อไปอีกนาน ดังนั้นจึงต้องเตรียมตัวให้พร้อมที่จะเป็นผู้สูงอายุ ทั้งเตรียมพร้อมทางด้านสุขภาพ การเงิน ความมั่นคงในชีวิต และที่อยู่อาศัย เพื่อไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นให้ยาวนานที่สุด และมีเงินออมไว้ใช้จ่ายยามชรา นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐ ควรลดช่องว่างของการได้รับบริการที่ไม่เท่าเทียม รวมถึงการกำหนดแนวทางของมาตรการทั้งในเชิงนโยบายเพื่อให้สอดคล้องตามความเหมาะสมด้วย



10

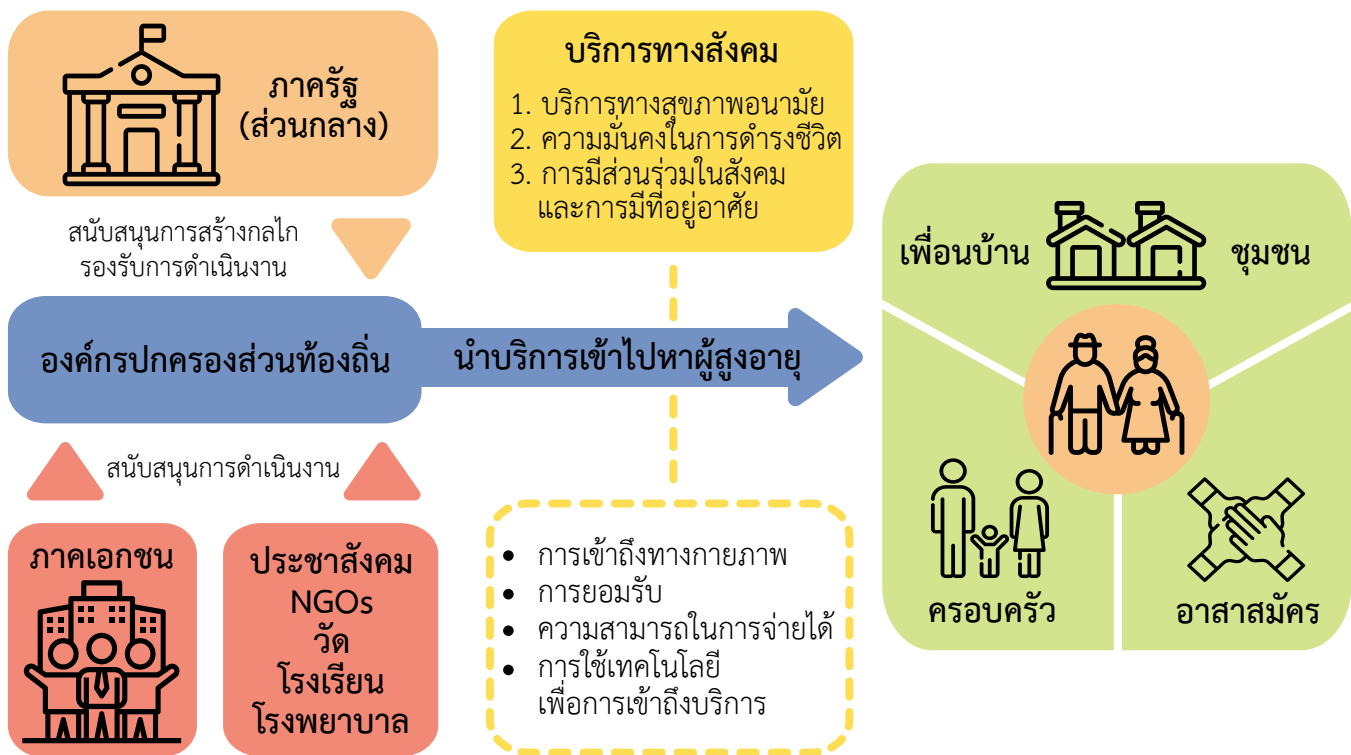
ข้อเสนอแนะ เชิงนโยบาย



10.1 กิจทางการจัดบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ในการเข้าถึงบริการทางสังคม

การสนับสนุนให้มีบริการทางสังคมสำหรับประชากรในทุกมิติ ควรพิจารณารูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ร่วมกับสถานะทางสุขภาพและการมีผู้ดูแล เนื่องจากทั้งสามปัจจัยมีความสัมพันธ์กับความต้องการรับบริการ โดยชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการออกแบบการจัดบริการทางสังคมหรือการดูแลโดยชุมชน เพื่อให้เกิดเป็น “บริการของชุมชน” (community services) ที่เป็นการตอบสนองความต้องการของประชากรทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ทุกคนสามารถอยู่อาศัยในพื้นที่เดิมของตนเองได้อย่างมีความสุขที่ดีที่สุด

การจัดบริการทางสังคม ซึ่งเป็นการให้บริการโดยหน่วยงานของรัฐทั้งในด้านสาธารณสุข ด้านความมั่นคง และการสนับสนุนการมีที่อยู่อาศัยตามสิทธิและตามกฎหมาย ทั้งนี้ควรให้เป็นภารกิจหลักของหน่วยงานในระดับพื้นที่ นั่นคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ร่วมกับภาคเอกชน ภาคประชาสังคม NGOs วัด โรงเรียน โรงพยาบาล ซึ่งรูปแบบของบริการทางสังคมที่เกิดขึ้นควรมีความหลากหลายไปตามบริบทของพื้นที่ โดยเชื่อมโยงกับทรัพยากรบุคคลากร งบประมาณ และการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ ในขณะที่เดียวกันการจัดบริการทางสังคมต้องสามารถเคลื่อนเข้าไปหาผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัย หรือผู้ที่ไม่สามารถออกมาใช้บริการได้ด้วยตนเอง



หมายเหตุ: พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย

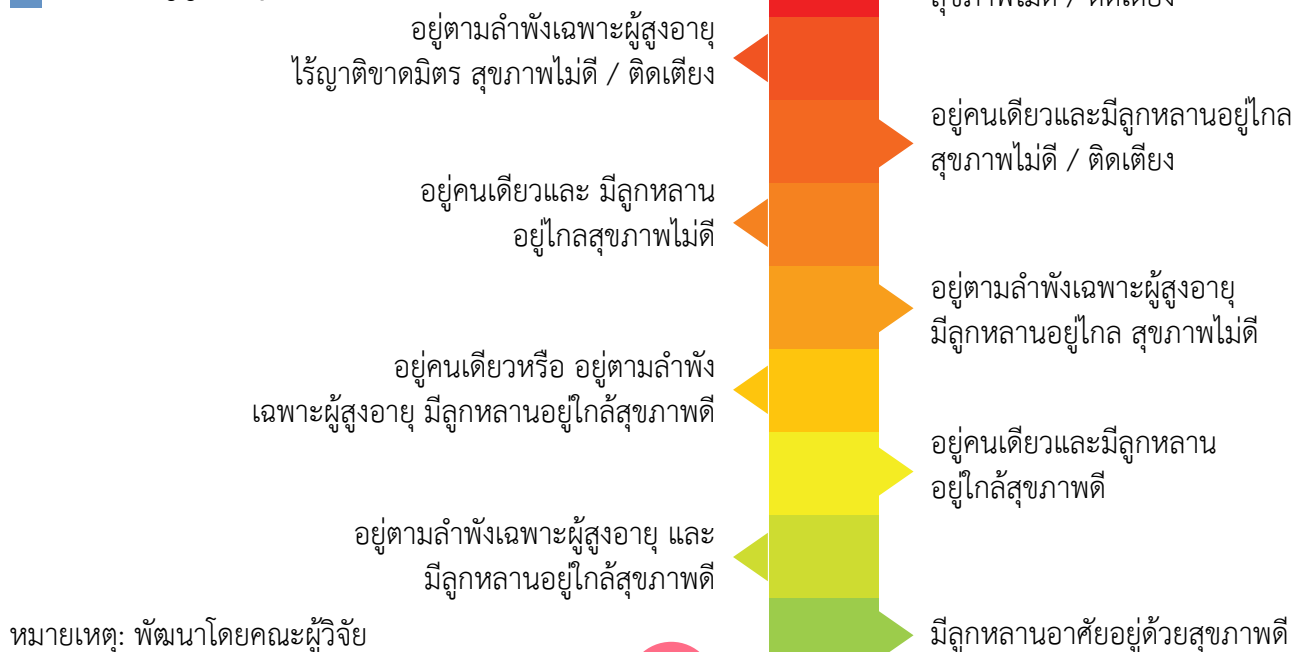
10.2

“ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไร้ญาติขาดมิตร สุขภาพไม่ดี / ติดเตียง” เป็นประชากร ลำดับแรกที่ภาครัฐควรจัดบริการทางสังคม

การจัดบริการทางสังคมจะต้องย้อนกลับมาเริ่มที่ครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งจะต้องทำความร่วมมือกับชุมชน และหน่วยงานในท้องถิ่นหรือพื้นที่อย่างไร้รอยต่อ ทั้งในด้านการดูแล การมีทรัพยากรสาธารณสุขที่สามารถอำนวยความสะดวกและทั่วถึงทุกครัวเรือน สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว เป็นโสด และมีแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียวในอนาคตอย่างชัดเจน หรือกลุ่มที่อยู่กันตามลำพังกับคู่สมรส โดยเฉพาะการอยู่ลำพังคนเดียว ไร้ญาติพี่น้อง ไม่มีลูกหลาน และมีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย ส่งผลให้มีความยากลำบากและมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสังคมมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ระดับความเร่งด่วนในการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกเป็น 9 ระดับตามโซนสี จากสีแดงที่มีความเร่งด่วนมากที่สุดไล่ระดับลงมาจนถึงน้อยที่สุดคือสีเขียว โดยพิจารณาจากปัจจัยในเรื่อง รูปแบบการอยู่อาศัย สุขภาพ และการมีลูกหลาน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกๆ ได้แก่ **“ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไร้ญาติขาดมิตร สุขภาพไม่ดี / ติดเตียง”** เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่มีครอบครัว และคนอื่นที่จะให้การดูแลช่วยเหลือ อีกทั้งสุขภาพไม่ดี และติดเตียง ซึ่งคนกลุ่มนี้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน สะท้อนถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีอันจะส่งผลต่อสุขภาพกายและใจของผู้สูงอายุ ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน และยังมีสุขภาพดี เป็นกลุ่มที่ยังมีลูกหลานคอยช่วยเหลือดูแล ซึ่งถือได้ว่ายังไม่น่าเป็นห่วงมากนักเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ

ระดับความเร่งด่วนในการจัดบริการทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุ



10.3 10 บริการด้านสุขภาพ ความมั่นคงในชีวิต การมีส่วนร่วม และการใช้เทคโนโลยี เพื่อเข้าถึงบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

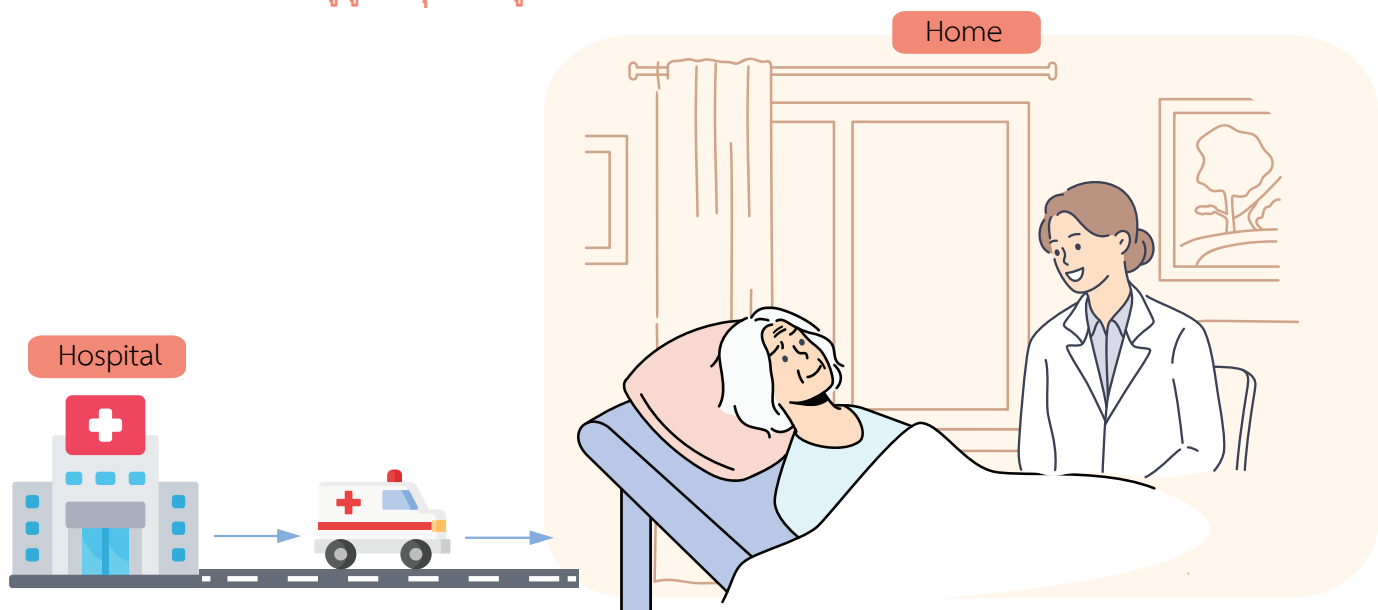
กลุ่มผู้สูงอายุที่ไปรับบริการได้ แต่ “ ต้องการความช่วยเหลือ ”

เน้นระบบบริการที่เริ่มต้นตั้งแต่ที่บ้าน จนกระทั่งกลับบ้าน โดยมีอาสาสมัคร บริการ/รับจ้างรับส่ง



กลุ่มผู้สูงอายุที่ “ ไม่สามารถเดินทางไปรับบริการได้ ”

เน้นบริการที่เข้าไปหาผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัย





10 บริการด้านสุขภาพ ความมั่นคงในชีวิต และการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงบริการ ทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุ



กลุ่มผู้สูงอายุที่ไปรับบริการได้ แต่ต้องการความช่วยเหลือ

เน้นระบบบริการที่เริ่มต้นตั้งแต่ที่บ้าน จนกระทั่งกลับบ้าน
โดยมีอาสาสมัครบริการ/รับจ้างรับส่ง



กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถ เดินทางไปรับบริการได้

เน้นบริการที่เข้าไปหาผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัย



วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้โครงการ การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ
และผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนบริการที่เหมาะสม



1. บริการอาสาสมัครในชุมชน ในฐานะผู้ช่วยเหลือ (helper)



เพื่อช่วย **อำนวยความสะดวก** ในการพาไปรับ
บริการทางสุขภาพหรือพาไปทำธุระ

วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้โครงการ การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ
และผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม



2. รถบริการประจำชุมชน



สนับสนุนรถบริการจากเพื่อนบ้านหรือ
รถบริการของชุมชน เพื่อบริการรับส่ง
ผู้สูงอายุ / คนในชุมชน ไปทำธุระ

วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้โครงการ การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ
และผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม



3. บริการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ (Health literacy)



เพื่อพัฒนาทักษะและความสามารถในการเข้าใจ
ข้อมูลด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่จำเป็น
เพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (healthy ageing)

วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้โครงการ การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ
และผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม



4. ระบบการดูแลโดยชุมชน (community based services)



ส่งเสริมการดูแล **ผู้สูงอายุในชุมชน** โดยให้เป็นภารกิจหลัก
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ร่วมกับ
ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม NGOs วัด โรงเรียน
โรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้โครงการ การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ
และผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม



5. ระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ



วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้โครงการ การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ และผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม



6. ระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเพื่อนบ้าน



จัดให้มีผู้นำประจำซอย และการดูแลผู้สูงอายุ โดย เพื่อนบ้าน เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุแบบใกล้ชิด

วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้โครงการ การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ และผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม



7. จัดฝึกอบรมให้มีอาชีพ และบริการตลาดรองรับสินค้า



สนับสนุน **อาชีพและการทำงาน** ที่เหมาะสมกับช่วงวัยให้กับประชากร
ก่อนวัยสูงอายุและ **ผู้สูงอายุ** ที่ยังต้องการทำงาน
รวมถึง **จัดหาตลาดรองรับสินค้า** ที่รัฐจัดให้

วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้โครงการ การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ
และผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม



8. สนับสนุนธุรกิจเพื่อสังคมสูงวัย (social enterprise)



สนับสนุนให้มีบริการรับส่ง **ผู้สูงอายุ** เช่น พาไปธนาคาร ตลาด
ในรูปธุรกิจเพื่อสังคมสูงวัย โดยเป็น
การดำเนินงานของคนในชุมชน

วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้โครงการ การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ
และผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม



9. การบริการให้ความรู้เท่าทัน เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT literacy)



ส่งเสริมให้ **ผู้สูงอายุ** มีทักษะ ความเข้าใจ และวิเคราะห์เนื้อหา
ของสื่อได้อย่างถูกต้อง รวมถึงมีความสามารถ
ใช้เทคโนโลยีสื่อสารด้วยตนเองได้

วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้โครงการ การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ
และผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม



10. ติดตั้งอินเทอร์เน็ตฟรี ในทุกชุมชน



เพื่อให้ **ผู้สูงอายุ** และคนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการ
ทางสังคมและเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อสุขภาพ
การทำงาน และความเป็นอยู่ที่ดี

วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้โครงการ การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุ
และผู้สูงอายุ ที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม



1



การจัดบริการทางสังคมจะต้องย้อนกลับมาเริ่มที่ครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งจะต้องทำความร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานในท้องถิ่นหรือพื้นที่อย่างไว้รอยต่อ ทั้งในด้านการดูแล การมีทรัพยากรสาธารณะที่สามารถอำนวยความสะดวกทุกครัวเรือน

2



การสนับสนุนให้มีบริการทางสังคมสำหรับประชากรในทุกมิติควรพิจารณา รูปแบบการอยู่อาศัย ร่วมกับสถานะทางสุขภาพและการมีผู้ดูแล โดยชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการออกแบบการจัดบริการทางสังคมหรือการดูแลโดยชุมชน เพื่อให้เกิดเป็น “บริการของชุมชน” (community services)



3

จัดให้มีบริการทางสังคมทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆที่เข้าไปหาประชากรในที่อยู่อาศัยได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว หรืออยู่กันเฉพาะผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมให้มีอาสาสมัครในชุมชนในฐานะผู้ช่วยเหลือ (helper) ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการพาไปรับบริการ



4

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



5

สนับสนุนให้มีวิสาหกิจชุมชนในรูปแบบธุรกิจเพื่อสังคมสูงวัย (social enterprise) เพื่อให้บริการรับ-ส่ง การช่วยเหลือดูแลสำหรับผู้ที่มีความต้องการบริการทางสังคม



6

การให้ข้อมูลข่าวสารของหน่วยงานจัดบริการควรมีช่องทางที่หลากหลาย พร้อมทั้งสนับสนุนการมีสัญญาณ wifi ประจำชุมชนหรืออินเทอร์เน็ตรายเดือนเพื่อเป็นทางเลือกในการเข้าถึงบริการทางสังคมและการรับรู้ข้อมูล

បរិច្ឆេទ

ภาษาไทย

- กนกวรรณ พวงประยงค์ และसानิตย์ หนูนิล. (2561). สังคมชนบทไทยสมัยใหม่กับปัจจัยกำหนดวิถีการดำเนินชีวิต. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 44 (2), 34-64.
- กนกวรรณ พวงประยงค์. (2562). แนวคิดและทฤษฎีที่สำคัญในการศึกษาด้านภาวะเจริญพันธุ์และความต้องการมีบุตรในยุคเกิดน้อย: สาร์ตอะและบทสังเคราะห์. ว. สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 45(1): 77-118 (2562)
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วิบูลย์ วัฒนนามกุล, ฉันทนา ผดุงทศ, สุธีร์ รัตนะมงคลกุล, มธุรส ศิริสถิตย์กุล และคณะ. (2558). ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปประชาธิปไตย :นโยบายสาธารณะ การมีส่วนร่วมกับประชาธิปไตยแบบร่วมไต่ร่อง (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.
- จุมพล ศรีจงศิริกุล และคณะ. (2555). โครงการศึกษามาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศในการจัดสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ (รายงานฉบับสมบูรณ์). แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : พัฒนาพื้นที่ต้นแบบและปัจจัยสำคัญ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และยศ วิชระคุปต์. (2560). ระบบประกันการดูแลระยะยาว : ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2017/12/OldAge_Insure_system_optimise.pdf.
- ศุทธิดา ขวนวัน และคณะ. (2563). ผู้สูงอายุอยู่โดดเดี่ยว (แต่) ไม่เดียวดาย. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2566). สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, ปีที่ 32 มกราคม 2566. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สรารุช ไพฑูรย์พงษ์. (2560). ผู้สูงอายุที่ตายตามลำพังในประเทศไทย. เข้าถึงเมื่อ 11 เมษายน 2564. เข้าถึงจาก <https://tdri.or.th/2017/12/ageing-pass-away>.
- สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ. (2562). Toward Innovation Nation. บริษัท พิมพ์ดี จำกัด: สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2561). การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561 (ไตรมาส 4). กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2562). การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ:สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- _____. (2564). การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ:สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2534). การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2544). การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2554). การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- _____. (2564). การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์ จำกัด.
- _____. (2555). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554. สมุทรปราการ: แอดวานซ์ พรินต์ติ้ง เซอร์วิส จำกัด.
- _____. (2557). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- _____. (2561). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2565). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย. (2565). สถิติจำนวนการเกิด. เข้าถึงจาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/TableTemplate/Area/statbirth>
- สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย. (2565). สถิติจำนวนประชากรและบ้าน. เข้าถึงได้ที่ <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/TableTemplate/Area/statpop>

ภาษาอังกฤษ

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Brenton, M. (1999). Co-operative living arrangements among older women. *Local Environment*, 4(1), 79-87. doi:10.1080/13549839908725584
- Brettschneider, C., Hajek, A., Röhr, S., Fuchs, A., Weeg, D., Mamone, S., ... & König, H. H. (2019). Determinants of health-care costs in the oldest-old in Germany. *The Journal of the Economics of Ageing*, 14, 100200.
- Chai, X., & Margolis, R. (2020). Does Living Alone Mean Spending Time Differently? Time Use and Living Arrangements Among Older Canadians. *Canadian Studies in Population*. doi:10.1007/s42650-020-00017-9
- Chan, C. W. T., Gogovor, A., Valois, M.-F., & Ahmed, S. (2018). Age, gender, and current living status were associated with perceived access to treatment among Canadians using a cross sectional survey. *BMC Health Services Research*, 18(1). doi:10.1186/s12913-018-3215-6.
- Chen, W.-W., & WU, C.-W. (2017). Transmission of ideas about love: Filial piety, love attitudes, and romantic satisfaction. *Personal Relationships*, 24(2), 440-452. doi:<https://doi.org/10.1111/pere.12191>
- Eurocarers. (2021). Towards carer-friendly societies. Eurocarers country profiles: Belgium. <https://eurocarers.org/country-profiles/belgium/>
- Hamiduzzaman, M., De Bellis, A., Abigail, W., & Kalaitzidis, E. (2018). Elderly women in rural Bangladesh: Healthcare access and ageing trends. *South Asia Research*, 38(2), 113-129.
- Hjelm L., Mathiassen A., Miller D., Wadhwa A. (2017). VAM Guidance paper: Creation of a Wealth Idler, E. L. and Y. Benyamini. (1997). Self-rated Health and Mortality: A Review of Twenty-seven Community Studies. *Journal of Health & Social Behavior*. 38(1): 21-37.
- Kavlak, Y. (2018). Elderly care services in the Netherlands and projection for the future in Turkey. *Clinical Case Reports and Reviews*, 4(4), 1-6.
- Kim, H. J., Hong, S., & Kim, M. (2015). Living Arrangement, Social Connectedness, and Life Satisfaction among Korean Older Adults with Physical Disabilities: The Results from the National Survey on Persons with Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 27 (3), 307-321. doi:10.1007/s10882-014-9418-9

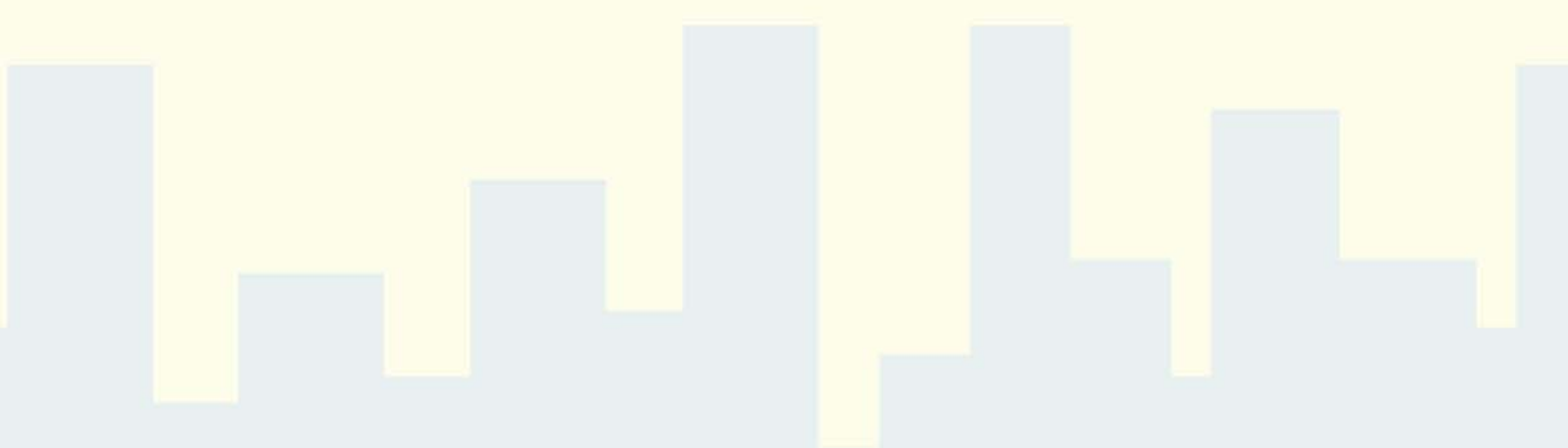
- Kooshlar, H., Yahaya, N., Hamid, T. A., Abu Samah, A., & Sedaghat Jou, V. (2012). Living arrangement and life satisfaction in older Malaysians: The mediating role of social support function. *PLoS ONE*, 7 (8). doi:10.1371/journal.pone.0043125
- Koskinen, S., Joutsenniemi, K., Martelin, T., & Martikainen, P. (2007). Mortality differences according to living arrangements. *International journal of epidemiology*, 36 (6), 1255-1264.
- Ma, C., Jiang, Y., Li, Y., Zhang, Y., Wang, X., Ma, S., & Wang, Y. (2019). Healthcare underutilization in middle-aged and elderly adults in China. *Public health*, 166, 65-68.
- Meng, D., Xu, G., He, L., Zhang, M., & Lin, D. (2017). What determines the preference for future living arrangements of middle-aged and older people in urban China? *PLoS ONE*, 12 (7). doi:10.1371/journal.pone.0180764
- Molarius, A., & Janson, S. (2002, April). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of clinical epidemiology*, 55 (4): 364-370.
- Norden. (n.d.). Elderly persons in Finland. <https://www.norden.org/en/info-norden/elderly-persons-finland>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 127-140.
- Raymo, J. M., Pike, I., & Liang, J. (2019). A New Look at the Living Arrangements of Older Americans Using Multistate Life Tables. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 74 (7), e84-e96. doi:10.1093/geronb/gby099
- Rourke, A. O., Grey, I. M., Fuller, R., & McClean, B. (2004). Satisfaction with Living Arrangements of Older Adults with Intellectual Disability: Service Users' and Carers' Views. *Journal of Learning Disabilities*, 8 (1), 12-29. <https://doi.org/10.1177/1469004704039306>
- Samanta, T., Chen, F., & Vanneman, R. (2015). Living Arrangements and Health of Older Adults in India. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 70 (6), 937-947. doi:10.1093/geronb/gbu164
- Sereny, M. D., & Gu, D. (2011). Living Arrangement Concordance and its Association with Self-Rated Health Among Institutionalized and Community-Residing Older Adults in China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 26(3): 239-259.

- Simonsson, B., & Molarius, A. (2020). Self-rated health and associated factors among the oldest-old: results from a cross-sectional study in Sweden. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 78(6).
- Straatmann, V. S., Vetrano, D. L., Fratiglioni, L., & Calderón-Larrañaga, A. (2020). Disease or function? What matters most for self-rated health in older people depends on age. *Aging clinical and experimental research*, 32(8): 1591–1594.
- This is Finland. (2016). Enabling Active Ageing in Finland. <https://finland.fi/life-society/enabling-active-ageing-in-finland/>
- Ugargol, A. P., Hutter, I., James, K. S., & Bailey, A. (2016). Care Needs and Caregivers: Associations and Effects of Living Arrangements on Caregiving to Older Adults in India. *Ageing International*, 41 (2), 193-213. doi:10.1007/s12126-016-9243-9
- Voisine, J. M., Walke, L. M., & Jeffery, S. M. (2009). Home is where the heart is: Living arrangements for older adults. *Consultant Pharmacist*, 24 (2), 134-145. doi:10.4140/TCP.n.2009.134
- Weissman, J. D., & Russell, D. (2018). Relationships between living arrangements and health status among older adults in the United States, 2009-2014: findings from the National Health Interview Survey. *Journal of Applied Gerontology*, 37 (1), 7-25.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing A Policy Framework*. Spain: Madrid.
- Yamada, K., & Teerawichitchainan, B. (2015). Living Arrangements and Psychological Well-Being of the Older Adults After the Economic Transition in Vietnam. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 70 (6), 957-968. doi:10.1093/geronb/gbv059

ดัชนีคำค้น

Accessibility	10, 12, 115
active aging	13, 16, 68, 95
Home care	18, 21
การเข้าถึงบริการทางสังคม	10, 12, 121
การเข้าไม่ถึง	30, 31, 100, 109, 115
การจัดบริการ	87, 89, 121, 122
การดูแล...	21, 25, 26, 34, 40, 41, 68, 74, 75, 89, 92, 93, 97, 111, 112, 117, 121, 122
การมีส่วนร่วมทางสังคม (และการมีที่อยู่อาศัย)	12, 13, 29, 31, 95, 96, 123
กิจกรรม... /กิจกรรมในชุมชน/กิจกรรมทางสังคม	73, 96, 97, 98, 99, 100, 112, 116
ข้อมูลด้านสุขภาพ, ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	111, 116, 117, 119
ข่าวสาร	100, 111, 112, 113, 118
ครัวเรือนผู้สูงอายุ	35, 36, 37, 38, 39, 41, 83, 84
ความมั่นคง, ความมั่นคงในการดำรงชีวิต	13, 29, 68, 69, 74, 75, 115, 123
ความเหลื่อมล้ำ	98, 101, 105, 121
ฐานะยากจน	83, 84, 85, 86
โดดเดี่ยว	44, 71, 73, 90

ท้องถิ่น	89, 111, 121, 122
ที่อยู่อาศัย	104, 105, 106, 107, 123
เทคโนโลยี	114, 115, 117, 119, 121, 123
บริการทางสังคม	12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 27, 28, 29, 30, 122, 123
บริการสุขภาพ	10, 11, 28, 29, 123
ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว	38, 71, 92, 122
เพื่อนบ้าน	73, 89, 92, 112, 115, 121
รูปแบบการอยู่อาศัย	34, 35, 38, 98
ไร่ญาติ, ไร่ญาติชาตมิตร	71, 75, 92, 122
สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์	6, 14
สุขภาพอนามัย	13, 29, 121
สูงวัยอย่างมีพลัง	68, 108
อยู่ลำพังคนเดียว, อยู่คนเดียว	35, 38, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 82, 86, 87, 91, 92, 93, 97, 105, 107, 113, 117, 118, 122
อาสาสมัคร	29, 30, 112, 123
อินเทอร์เน็ต	113, 114, 115, 116, 117, 118



สนับสนุนโดย
แผนงานวิจัยท้าทายไทย: สังคมสูงวัยที่ยั่งยืนภายใต้วิถีชีวิตใหม่
สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

