



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาอุปสงค์และอุปทานเรื่องที่อยู่อาศัย
และบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
และมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

The Study of Demand and Supply for Housing
and Supportive Services for Poor
and in Need of Government Assistance Elderly

สัญญาเลขที่ SPH63006



โดย

ดร.สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล
นายแพทย์ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย
ดร.นันทน์ บัวทอง
ดร.มนทกานต์ จิมมาบี
นางสาวณัฐชัชฌิชา ตั้งวีรัตน์กร
สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้รับทุนสนับสนุนโดย

แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคมของหน่วยบริหารจัดการ
และส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU) แผนงานศักยภาพและโอกาสของผู้สูงอายุ ปีที่ 1
สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

30 กันยายน 2564

คำนำ

สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี 2565 สัดส่วนของประชากรสูงอายุจะคิดเป็นหนึ่งในห้าของประชากรทั้งหมด ในสถานการณ์เช่นนี้ โจทย์สำคัญของสังคมไทยคือจะสร้างความมั่นใจว่าผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างไร โดยเฉพาะในเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน โครงการวิจัยนี้ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ โจทย์วิจัยหลักของการศึกษาคือนโยบายที่เหมาะสมในเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐควรเป็นอย่างไร การตอบคำถามวิจัยข้างต้นใช้หลายวิธีประกอบกัน เริ่มต้นจากการศึกษาบทเรียนจากต่างประเทศที่มีประสบการณ์มารวมไปถึงผู้จัดบริการที่มีอยู่ในสังคมไทย เพื่อกำหนดข้อเสนอแนะมาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ พร้อมไปกับการศึกษาอุปทาน (บริการที่มีอยู่ในตลาด) และการศึกษาสถานการณ์และความจำเป็นของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในปัจจุบัน ก่อนจะนำเสนอให้เห็นช่องว่างของการบริการที่เป็นอยู่ และจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

โครงการวิจัยนี้จะเสร็จสิ้นไปไม่ได้ หากไม่ได้รับโอกาสจาก สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ภายใต้สัญญารับทุนวิจัย เลขที่ SPH63006 (15 สิงหาคม 2563) คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ เหนือไปกว่านั้น คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้เวลากับคณะทำงานในการสำรวจ สัมภาษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความคิดเห็นในแต่ละขั้นตอน รวมไปถึงผู้ช่วยวิจัย และคณะทำงานในพื้นที่ทั้ง 9 จังหวัดที่ร่วมมือกันอย่างเข้มแข็งในการเก็บข้อมูลทุกขั้นตอน

หากข้อเสนอจากรายงานฉบับนี้ เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในสังคมไทย ย่อมถือเป็นคุณูปการที่มาจากทุกภาคส่วนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย แต่ถ้ามีข้อบกพร่องประการใดย่อมเป็นความรับผิดชอบของคณะผู้วิจัยเท่านั้น

คณะผู้วิจัย

สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย

ธนานนท์ บัวทอง

มนทกานต์ นิยมามี

ณัฐนิชา ตั้งวีรัตน์กร

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีโจทย์วิจัยหลักคือ นโยบายที่เหมาะสมในเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐควรเป็นอย่างไร โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเชื่อมโยงกัน 4 ข้อคือ (1) ศึกษาและกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน สำหรับผู้สูงอายุในบริบทที่เหมาะสมกับกับสังคมไทย (2) ศึกษาสถานะและการดำเนินการในอุปทาน (supply) ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ รวมไปถึงต้นทุนสำหรับบริการประเภทต่างๆ (3) สำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ และ (4) พัฒนานโยบายเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ กรอบความคิดใช้ในการศึกษาพัฒนาจากแนวคิดที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะ เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ การสูงวัยในที่เดิม และการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุแบบบูรณาการ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมหลายขั้นตอน (Sequential mixed method) ทั้งการศึกษาเอกสารทั้งจากหลักการ แนวปฏิบัติที่ดีจากต่างประเทศ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า มาตรฐานขั้นต่ำการจัดบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญกับสุขภาวะใน 4 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางกายภาพ ความมั่นคงทางสังคม ความมั่นคงทางจิตใจ และการจัดการความเสี่ยง ประกอบด้วยข้อแนะนำมาตรฐานที่อยู่และการจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายুরวม 21 ประเภทบริการครอบคลุมทั้งบริการที่อยู่อาศัย บริการสุขภาพและบริการทางสังคม หลักสำคัญในการจัดบริการเพื่อผู้สูงอายุได้แก่ หลักการว่าด้วยความเป็นอิสระ (autonomy) การพึ่งพาตนเองได้ (independent) ความเชื่อมโยงเครือข่ายผู้สูงอายุกับเพื่อน เพื่อนบ้านและชุมชน (connection) รวมถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ (human dignity) ด้วย

สำหรับการศึกษาอุปทานด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ในปัจจุบัน การให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสำหรับผู้สูงอายุภาคเอกชนส่วนใหญ่ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีฐานะเป็นหลัก ในขณะที่การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ยังมีอยู่น้อยมาก และขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจากรัฐ โดยผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการที่อยู่อาศัย เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับวัยพี่เลี้ยงด้วยกัน

ในส่วนของการศึกษาอุปสงค์ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน อาศัยตัวแปร 3 ตัวแปรเพื่อกำหนดความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจ สถานะทางสุขภาพและรูปแบบการอยู่อาศัย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจนและเข้าไม่ถึงโครงการสวัสดิการแห่งรัฐ ผู้สูงอายุมีสถานะติดเตียง ติดบ้าน โดยไม่มีบุตรหลานอยู่บริเวณใกล้เคียง ถือเป็นกลุ่มที่เปราะบางที่สุด จำเป็นต้องจัดบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ต้องการอาศัยอยู่ในที่เดิม ดังนั้น จึงต้องมีการจัดบริการปรับปรุงบ้าน/สภาพแวดล้อม และจัดบริการสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตในชุมชน

ดังนั้น นโยบายเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ จึงยังคงหลักการ “สูงวัยในที่เดิม” โดยเพิ่มการบริการสนับสนุนในระดับชุมชนตามมาตรฐานขั้นต่ำ และกำหนดนโยบายการจัดหาที่อยู่อาศัยสำหรับกลุ่มเปราะบางในชุมชน หรือบริเวณใกล้เคียงกับชุมชน โดยกระจายอำนาจหรือถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองท้องถิ่นหรือองค์กรภาคประชาสังคมมากขึ้น และเพื่อความยั่งยืนในการจัดบริการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในระยะยาว ควรมีการจัดระบบการเงินการคลัง และการกำกับดูแลการดูแลผู้สูงอายุด้วย

Abstract

The main research question in this study is: what should be the appropriate policy on housing and supportive services for low-income and in-need elderly? There were four interrelated objectives, namely: (1) to study and determine the minimum standards on housing and supportive services suitable for the Thai elderly, (2) to explore the status and operation of supply in housing and supportive services, (3) to survey the demand for housing and supportive services in low-income older persons and (4) to develop the policy on housing and supportive services for low-income and in-need elderly. The conceptual framework was constructed from interrelated concepts: Healthy Housing, WHO's Age-friendly City, Ageing in Place, Affordable-accessible Housing, and Integrated Care and Support Services for Older People (ICOPE). The research methodology was a sequential mixed method, composed of document research and quantitative and qualitative studies.

Based on the research objectives, there were four groups of research findings:

The minimum standard for housing and supportive services for the Thai Elderly focuses on four security dimensions: physical, social, mental and spiritual security and risk management. There are 21 services in detail, covering housing and health and social services. The core principle in providing these services is autonomy, independence, community, friend and family connection, and respect for the human dignity of the older person.

Regarding the supply side of the housing and supportive services, most of the current services in the private sector target the wealthy elderly. There are very few services for low-income elderly with insufficient and discontinuous support from the government. The study found that the elderly who need the housing services were the older person who's living alone and living with dependent age.

On-demand side, three variables were used to determine the needs of the elderly, namely, economic, health status and living arrangement. In this sense, the most vulnerable people are the elder with low-poverty line income, without the state welfare card, and were bedridden and stuck at home without children nearby. These groups need housing and supportive service for their better quality of life. In any case, most elderly prefer to stay at home; therefore, it should provide home/environmental improvement and supportive services at a community level.

Finally, the research recommends, the **'Ageing in Place' policy with community support services** to minimum standard is the housing and supportive services policy for low-income and in-need elderly. The most vulnerable needs the housing service policy in or near their community. It required more decentralizing responsibility for elderly support to the local administrative and civil society organizations. Finally, for the sustainability of elderly services, in the long term, it needs to focus on the financial system and the governance (regulation) for the elderly as well.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทนำและระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “โครงการศึกษาอุปสงค์และอุปทานเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ” มีโจทย์วิจัยหลักคือ นโยบายที่เหมาะสมในเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐควรเป็นอย่างไร ทั้งนี้ เพื่อตอบโจทย์วิจัยดังกล่าว ได้กำหนดวัตถุประสงค์ในการศึกษาดังนี้

1. เพื่อศึกษาและกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุในบริบทที่เหมาะสมกับกับสังคมไทย
2. เพื่อศึกษาสถานะและการดำเนินการในอุปทาน (supply) ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ รวมไปถึงต้นทุนสำหรับบริการประเภทต่างๆ
3. เพื่อสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ
4. เพื่อพัฒนานโยบายเรื่องที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมหลายขั้นตอน (Sequential mixed method) แบ่งเป็น 4 ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่ 1: ศึกษาและกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุในบริบทที่เหมาะสมกับสังคมไทย โดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทั้งภาครัฐ เอกชน วิชาการ และภาคประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวข้องกับด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2: ศึกษาอุปทานด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Elderly Housing Supply) ที่มีการให้บริการในประเทศไทย โดยเฉพาะที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ และการสำรวจผู้รับบริการของการจัดบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท

ส่วนที่ 3: สำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ โดยแบ่งการเก็บข้อมูลภาคสนามเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) การเก็บข้อมูลแบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบทของตัวแทนจังหวัดในกลุ่มเมืองหลักและจังหวัดในกลุ่มเมืองรองใน 4ภูมิภาค (ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้) ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดลำปาง จังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดสงขลา และจังหวัดปัตตานี ในระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2564 ได้จำนวนตัวอย่างที่เก็บข้อมูลรวมทั้งสิ้น 2,106 คน จากที่กำหนดไว้ 2,500 คน เนื่องจากปัญหาการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ในประเทศไทย ส่งผลกระทบให้การดำเนินการเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่ทำได้ด้วยความยากลำบาก และ 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุ่มตัวอย่างถึง กลุ่มที่ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ได้แก่ ผู้สูงอายุไร้บ้าน และผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัด ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก (hard-to-reach population) จำนวน 45 คน

ส่วนที่ 4: พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

สำหรับการนำเสนอผลการศึกษแบ่งได้เป็น 5 ส่วนสำคัญ ได้แก่ 1. การพัฒนาร่างมาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุสำหรับบริบทประเทศไทย 2. อุปทานด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน 3. อุปสงค์ด้านที่อยู่อาศัยอาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ 4. การวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐานขั้นต่ำ อุปสงค์ และอุปทานด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และ 5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

1. การพัฒนาร่างมาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุสำหรับบริบทประเทศไทย

กรอบแนวคิดในการพัฒนาร่างมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับวิเคราะห์เปรียบเทียบช่องว่างระหว่างสถานะของอุปสงค์และอุปทานด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่มีอยู่ในปัจจุบัน อยู่บนฐานของการพิจารณาสถานะการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดย “ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ” (housing for the elderly) ให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางกายภาพ โดยเฉพาะที่พักอาศัย ซึ่งหากเป็นกรณี Ageing in place ก็ จะหมายถึงบ้านพักที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ หรืออาจเป็นสถานที่พักเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น บ้านพักเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ หรือสถานบริบาล เป็นต้น สำหรับ “บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ” (supportive services) หมายถึง การจัดรูปแบบบริการที่สนับสนุนการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะที่ดีที่สุด และใช้ชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ บริการด้านความมั่นคงทางกายภาพ (physical security) บริการด้านความมั่นคงทางสังคม (social security) บริการด้านความมั่นคงทางจิตใจ (mental security) และบริการด้านการจัดการความเสี่ยง (risk management) บริการเหล่านี้จะทำให้ทั้งผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มที่ใช้ชีวิตที่บ้านและในสถานที่พักเฉพาะมีความเป็นอยู่ที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยแนวคิดการจัดบริการสนับสนุนในการศึกษารั้งนี้ ให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงกับความต้องการตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละขั้นตอนด้วย

การกำหนดข้อแนะนำ (guideline) มาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในบริบทไทย มาจากการศึกษาเปรียบเทียบมาตรฐานสากล มาตรฐานและรูปแบบบริการของการจัดบริการจากประสบการณ์ต่างประเทศ ร่วมกับการลงพื้นที่เพื่อศึกษาสภาพที่เป็นจริงของการจัดบริการผู้สูงอายุ สามารถกำหนดมาตรฐานการจัดบริการสนับสนุนผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางกายภาพ ความมั่นคงทางสังคม ด้านความมั่นคงทางจิตใจ และการจัดการความเสี่ยง โดยในเชิงหลักการ การจัดบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุเหล่านี้จะต้องคำนึงถึงหลักการว่าด้วยความเป็นอิสระ (autonomy) การพึ่งพาตนเองได้ (independent) ให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงเครือข่ายผู้สูงอายุกับเพื่อน เพื่อนบ้านและชุมชน (connection) รวมถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ (human dignity) ด้วย

ข้อเสนอแนะมาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนผู้สูงอายุ



จากข้อเสนอแนะ (guideline) มาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในบริบทไทย ประกอบกับผลจากการสำรวจภาคสนามเพื่อประเมินความต้องการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ นำไปสู่การจัดประเภทของ รูปแบบบริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุได้เป็น 4 ด้าน 21 ประเภทบริการข้างต้น

2. อุปทานด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน

จากการสำรวจสถานะการดำเนินงานให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้บริการ (service providers) จำนวน 10 แห่ง ทั้งสถานบริการในสังกัดของภาครัฐและดำเนินการโดยเอกชน สามารถแบ่งตามประเภทลักษณะการให้บริการได้เป็น 4 รูปแบบ ได้แก่






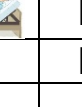
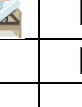
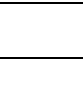
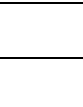
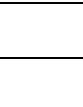
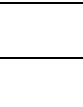







1. บริการบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุทั้งบ้านพักเดี่ยวและที่พักรวม
2. บริการ senior co-housing หรือแบบชุมชนที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีขนาดเล็ก
3. บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยสถานพยาบาล (Nursing home)
4. บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยโรงพยาบาล long term care Hospital

สำหรับกรณีการจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในบ้านเดิมที่พักอาศัย จากการสำรวจไม่พบพื้นที่ที่มีการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในบ้านเดิมที่พักอาศัยในปัจจุบันแต่อย่างใด กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่เลือกพักอาศัยในบ้านเดิมในปัจจุบันต้องดูแลตนเอง โดยยังไม่ได้รับบริการเสริมใดๆ จากหน่วยงานภาครัฐ ทั้งนี้อาจมีการช่วยเหลือจากชุมชน คนรู้จัก หรือญาติพี่น้อง

ผลจากการศึกษารูปแบบบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท พบว่าบริการที่อยู่อาศัยดังกล่าวจะมีบริการสนับสนุน (Supportive Service) หลากหลายรูปแบบ ทั้งรูปแบบรายการสนับสนุนที่จัดไว้ให้อย่างเป็นทางการ

ทางการ บริการสนับสนุนที่จะทำเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหาในการให้บริการ รวมถึงบริการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม สามารถสรุปได้ตามตารางต่อไปนี้

ประเภทบริการสนับสนุนของบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละโครงการ

บริการ	สถาน สงเคราะห์	มูลนิธิ มิตรภาพ	บ้านรวมใจ แม่คเตน	บ้านดอกแก้ว แม่คเตน	สว่างคมิเวศ	จิตต์ ใจ อึ้ง เคนตี	สุขใจบ่อตีต	Wellness we care	ภัตต์ เวตี เนอรัซังโฮม	บ้าน ลุงสนิท
1. บริการด้านความมั่นคงทางกายภาพ (Physical Security)										
- บริการปรับสภาพแวดล้อม และอุปกรณ์ภายในบ้าน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการดูแลรักษาบ้าน (Home maintenance services)	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	+	+	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการจัดหาอาหาร	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		+	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการส่งอาหารถึงที่พัก (Meal Delivery Services)			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		+			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการจัดหาเครื่องนุ่งห่ม และ ของใช้ในชีวิตประจำวัน สำหรับ ผู้สูงอายุ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการทำความสะอาดเสื้อผ้า	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	+	+	+		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- สิทธิในการรักษาพยาบาล	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	+			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- มีสถานพยาบาลที่รับดูแล ผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้า ใช้บริการได้ทันที	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	+				<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการรับส่งสำหรับนำผู้สูงอายุ ไปยังสถานพยาบาลในภาวะ ฉุกเฉิน	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	+			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการรับส่งสำหรับนำผู้สูงอายุ ไปยังสถานพยาบาลในกรณี แพทย์นัด	<input checked="" type="checkbox"/>	+	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	+				<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการผู้ช่วยเหลือพาผู้สูงอายุ ไปสถานพยาบาล	<input checked="" type="checkbox"/>	+	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	+				<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการจัดยาให้ผู้สูงอายุ									<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย		+			+	+			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการการเข้าถึงอุปกรณ์ที่ จำเป็นในการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ					<input checked="" type="checkbox"/>	+				<input checked="" type="checkbox"/>
2. บริการด้านความมั่นคงทางสังคม (Social Security)										

บริการ	สถาน สงเคราะห์	มูลนิธิ มิตรภาพ	บ้านร่วมใจ แม่เตน	บ้านดอกแก้ว แม่เตน	สว่างคนเเวด	จิตน์ เเวบ์ อิง เคานต์	ศุขใจบ่อตีต	Wellness we care	ภัทร์ลวดี เนอร์สซิ่งโฮม	บ้านลุงสนิท
- บริการเป็ยเลี้ยงผู้สูงอายุ		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการอาชีพเสริม	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
- บริการจัดการสินทรัพย์และ พินัยกรรม	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการช่วยผู้สูงอายุในการทำ ธุรกรรม	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการข้อมูลข่าวสาร	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
- บริการด้านการศึกษา										
3. บริการด้านความมั่นคงทางจิตใจและจิตวิญญาณ (Mental and Spiritual Security)										
- บริการจัดกิจกรรมทางสังคม	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
- บริการจัดกิจกรรมพาผู้สูงอายุ ออกไปนอกสถานที่		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	+					
- บริการดูแลค่าใช้จ่ายรายวัน ของผู้สูงอายุ		<input checked="" type="checkbox"/>								
- การจัดบริการฌาปนกิจ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>
4. บริการด้านการจัดการความเสี่ยง (Risk management services)										
- บริการ Daily check-in	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		+			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการ Emergency call				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
- บริการรักษาความปลอดภัย		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
- บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	+				

หมายเหตุ : มีการให้บริการ มีการให้บริการแบบไม่เป็นทางการ + ให้บริการแต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม



ให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียง

ช่องว่าง = ไม่มีบริการ

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการที่เข้ารับบริการเพื่อค้นหา “Potential customers” ของแต่ละประเภทที่อยู่อาศัย น่าจะสามารถสรุปได้ชัดเจนว่า “ลูกค้าที่แท้จริง” ของบริการที่อยู่อาศัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง รวมถึงผู้สูงอายุที่ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับวัยพี่พี่ ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าข่ายดังกล่าว ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีสถานะโสด หรือมีสถานะสมรสแต่ไม่มีบุตรในปัจจุบันนั่นเอง ทั้งนี้ เมื่อเจาะลึกลงไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและมีสินทรัพย์น้อย ก็จะพบข้อเท็จจริงว่า บริการที่อยู่อาศัยมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและมีรายได้น้อยหรือสินทรัพย์น้อยเป็นอย่างยิ่ง การพัฒนาบริการที่อยู่อาศัยในอนาคต จึงควรมีตัวเลือกสำหรับบริการที่อยู่อาศัยทั้งสำหรับผู้ที่มีสินทรัพย์เพียงพอที่จะเลือกใช้บริการ และขณะเดียวกันจะต้องมีบริการที่อยู่อาศัยสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยร่วมด้วยเสมอ

3. อุปสงค์ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

การสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ โดยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุยากจน หมายถึง ผู้ที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือมีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี ทั้งนี้สามารถแบ่งข้อค้นพบสำคัญออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

สถานะทางเศรษฐกิจ สถานะทางสุขภาพ และรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

- **สถานะทางเศรษฐกิจ** ผลจากการวิเคราะห์ด้วยตัวแปรด้านระดับรายได้ สถานภาพการทำงาน และการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก ทำให้เห็นภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐอย่างเร่งด่วนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุยากจนกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ (1) กลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจเกือบ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 29.4) ที่ต้องเร่งให้ความช่วยเหลือกลุ่มคนที่หลุดจากระบบสวัสดิการพื้นฐานสำหรับคนยากจนของรัฐนี้ (2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานแล้วและมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนมีมากถึงร้อยละ 75.7 ถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่สุดอีกกลุ่มหนึ่ง โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีบุตรหลานหรือครอบครัวสนับสนุนอยู่ และ (3) กลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน และยังคงรับภาระค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 43.5

- **สถานะทางสุขภาพ** โดยจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับสถานะสุขภาพจากการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมที่สนับสนุนชีวิตประจำวันทั้งภายในบ้านและชุมชน (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) เพื่อตอบเรื่องความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างอิสระ การไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมถึงเป็นตัวชี้วัดสุขภาพสำคัญที่สามารถทำนายความบกพร่องทางสติปัญญา ภาวะสมองเสื่อม และอัตราการตายในผู้สูงอายุได้อีกด้วย ผลการสำรวจสามารถแบ่งสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 69.09 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 28.06 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 2.85

- **รูปแบบการอยู่อาศัย** เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุ ผลจากการสำรวจได้มีการจัดกลุ่มรายการใหม่ของตัวแปรรูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากองค์ประกอบของสมาชิกในครัวเรือน และโอกาสของการมีบุตรทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในอนาคต แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มรายการ คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง และไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง (รวมกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวไว้ด้วย ซึ่งมีประมาณร้อยละ 12 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ร้อยละ 22.22 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง แต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง ร้อยละ 11.5 และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีบุตร หรือวัยแรงงานด้วย ร้อยละ 66.52

ความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

■ ภาพรวมความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยต้องการใช้ชีวิตสูงวัยที่ที่เดิมหรือ Ageing in place แม้บ้านที่อาศัยอยู่จะไม่มี ความมั่นคงทั้งเชิงกายภาพและความมั่นคงในสิทธิที่อยู่อาศัย แต่ด้วยข้อจำกัดด้านการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยไม่มีทางเลือก สำหรับความต้องการด้านที่อยู่อาศัยในอนาคต ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 ตัดสินใจว่าจะยังคงอาศัยอยู่ที่เดิม ในขณะที่เมื่อวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงด้านที่อยู่อาศัยคือ สถานะทางเศรษฐกิจ สถานะทางสุขภาพ และรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ก็สามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะเฉพาะคือ เป็นกลุ่ม “ติดที่” ยังคงเลือกที่จะใช้ชีวิตในที่อยู่อาศัยเดิม โดยภายในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ มีประมาณครึ่งหนึ่งที่เห็นว่าต้องปรับปรุงสภาพบ้านให้มั่นคงแข็งแรง และเหมาะสมกับการอยู่อาศัยมากขึ้น มีผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ตัดสินใจจะย้ายไปอยู่ที่อื่น

■ ความต้องการบริการที่พักอาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย แบ่งออกได้เป็นความต้องการ 2 ประเภท คือ (1) บริการการจัดหาที่พัก โดยกลุ่มที่ต้องการบริการการจัดหาที่พักอาศัยคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ “ขาดความมั่นคงในสิทธิที่อยู่อาศัย” ไม่ว่าจะเป็นสิทธิในบ้านหรือที่ดิน ประกอบกับมีรูปแบบการอยู่อาศัยแบบอยู่คนเดียว รวมไปถึงสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน/ติดเตียงและไม่มีคนดูแล และ (2) บริการการปรับปรุงที่พักอาศัยให้เหมาะสมและปลอดภัย ผลจากการวิเคราะห์สามารถสรุปกรณีที่ต้องได้รับการปรับปรุงที่อยู่อาศัย ได้แก่ กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างสะดวกสบาย ใน 4 กรณีได้แก่ (1) ที่นอนอยู่ชั้นล่าง ผู้สูงอายุอยู่ชั้นบน (2) ที่นอนอยู่ชั้นบน ห้องน้ำอยู่ชั้นล่าง หรือใต้ถุนบ้าน (3) ผู้สูงอายุนอนใต้ถุนบ้าน (โดยไม่มีผนังกัน) และ (4) กรณีที่ผู้สูงอายุระบุว่าที่อยู่อาศัยไม่สะดวกสบาย และกรณีสุดท้ายที่จำเป็นต้องเตรียมที่พัก (shelter) ให้ผู้สูงอายุ เพราะที่อยู่อาศัยปัจจุบันไม่เหมาะสม บ้านมีขนาดเล็กมาก ไม่มั่นคงแข็งแรง

■ ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างในเรื่องความมั่นคงและความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย โดยใช้ Binomial Logistic regression พบว่ารูปแบบการอยู่อาศัย และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้แต่ละกลุ่มมีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยและความต้องการด้านที่อยู่อาศัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในครัวเรือนที่มีเพียงผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับวัยพี่พี่ด้วยกัน มีความไม่มั่นคงด้านที่อยู่อาศัยมากกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน หรือมีวัยแรงงานในครัวเรือน ในขณะเดียวกัน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ เป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียง จะมีความต้องการปรับปรุงบ้าน หรือต้องการให้จัดหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมให้มากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม และเมื่อพิจารณาความแตกต่างในระดับพื้นที่ ก็พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในเขตเมือง โดยเฉพาะกลุ่มคนจนเมืองที่อาศัยในกรุงเทพฯ จะไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยมากกว่าในภาคกลางถึง 6 เท่าด้วยกัน

■ ผลการวิเคราะห์เพื่อกำหนดขนาดของความต้องการเรื่องการจัดบริการที่พักอาศัย โดยใช้ตัวแปรเรื่อง “สิทธิที่ไม่มั่นคงในที่อยู่อาศัย” เป็นเกณฑ์หลัก (ร้อยละ 30.29 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) เมื่อนำมาประกอบกับเกณฑ์รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและสถานะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และคาดประมาณโดยใช้ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ทำให้เห็นความต้องการที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือดังตารางนี้

ตารางคาดประมาณความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของประชากรสูงอายุที่มีรายได้น้อยและต้องการความช่วยเหลือจากรัฐ

ประเภทของผู้สูงอายุ	ร้อยละ	จำนวน
ประชากรอายุ 55 ปีขึ้นไป	100.00	16.358 ล้านคน
ประชากรอายุ 55 ปีขึ้นไป + ยากจน *	44.38	7.235 ล้านคน
ประชากรที่อาศัยอยู่คนเดียว	4.97	8.108 แสนคน
ประชากรที่อาศัยอยู่กับคู่ครองเท่านั้น	8.53	1.390 ล้านคน
ประชากรที่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ในครัวเรือน หรืออาศัยอยู่ใกล้เคียง	16.40	2.673 ล้านคน
ประชากรที่ไม่มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน	3.83	6.249 แสนคน
ประชากรที่อาศัยอยู่คนเดียว + ไม่มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน	0.95	1.547 แสนคน
ประชากรที่อาศัยอยู่กับคู่ครองเท่านั้น + ไม่มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน	0.66	1.076 แสนคน
ประชากรที่มีสถานะสุขภาพดีดีสังคม	39.19	6.388 ล้านคน
ประชากรที่มีสถานะสุขภาพดีดีบ้าน **	4.62	7.528 แสนคน
ประชากรที่มีสถานะสุขภาพดีดีเพียง	0.58	9.464 หมื่นคน
ประชากรที่ไม่มีคามมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย (บ้านไม่ใช่ของตนเองหรือคู่สมรส / พ่อแม่ / บุตร)	3.47	5.658 แสนคน
ประชากรที่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ในครัวเรือน หรืออาศัยอยู่ใกล้เคียง + ไม่มีคามมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย	2.15	3.502 แสนคน
ประชากรที่อยู่คนเดียว + ไม่มีคามมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย	0.32	5.153 หมื่นคน
ประชากรที่อยู่กับคู่ครองเท่านั้น + ไม่มีคามมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย	0.26	4.210 หมื่นคน

หมายเหตุ: * มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี

** รวมกลุ่มที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ปกติ แต่ไม่สามารถเดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือด้วยตนเองได้เลย (ประมาณ 3.41%)

ความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง

ผลจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง เพื่อค้นหาความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่มีลักษณะเฉพาะและเพิ่มเติมไปจากกลุ่มผู้สูงอายุยากจนทั่วไป รวมถึงเงื่อนไขปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการอาศัยอยู่ในที่เดิม (Ageing in place: AIP) แบบมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถจัดกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่งนี้ตามรูปแบบการอยู่อาศัย สถานะทางสุขภาพ และพื้นที่อยู่อาศัย ได้เป็น 5 กลุ่มหลัก ดังนี้

รูปแบบที่ 1: ผู้สูงอายุยากจนที่อยู่คนเดียว หรือผู้สูงอายุยากจนที่มีบุตรหลานอยู่นอกครัวเรือน มีปัญหาสุขภาพและมีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย

รูปแบบที่ 2: ผู้สูงอายุที่อยู่กับวัยพี่งพี่งด้วยกัน (โดยเฉพาะอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน) มีปัญหาสุขภาพ และมีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย

รูปแบบที่ 3: ผู้สูงอายุไร้บ้าน/อยู่ในพื้นที่เช่าและบ้านเช่า/สร้างในพื้นที่สาธารณะ และมีปัญหาสุขภาพ

รูปแบบที่ 4: ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ยังคงต้องทำงานหาเลี้ยงตัวเอง และครอบครัว และมีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย และมีปัญหาด้านที่

รูปแบบที่ 5: ผู้สูงอายุยากจนในเมือง (กรุงเทพฯ) ที่ไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย

สำหรับประเด็นสำคัญที่ทำให้กลุ่มสูงอายุเหล่านี้ติดอยู่ในวงจรปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและด้านที่อยู่อาศัย ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการและบริการจากภาครัฐ และจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในลำดับต้นๆ ได้แก่ (1) การอาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่ได้รับการดูแลจากคนที่อยู่ด้วย และ/หรือมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับสมาชิกในครอบครัว/เครือญาติ (2) การติดอยู่ในวงจรความยากจน เป็นหนี้ และไม่มีเงินเก็บ (3) ปัญหาเรื่องการครอบครองสิทธิในที่ดินและบ้านที่อยู่อาศัย (4) ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ แต่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีทางเลือกในการประกอบอาชีพที่จำกัด (5) การมีปัญหาด้านสุขภาพเรื้อรัง หรือมีความพิการ และ (6) ปัญหาเรื่อง Literacy ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าไม่ถึงข้อมูลและความรู้ใดๆ

ในด้านความต้องการของผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง มีความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุยากจนโดยทั่วไป เพียงแต่หากมีการจัดลำดับความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือภาครัฐจำเป็นต้องพิจารณาถึงกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตสูงวัยในพื้นที่เดิมของตัวเองมากที่สุด

4. การวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐานขั้นต่ำ อุปสงค์และอุปทานในบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

การวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐานขั้นต่ำ อุปสงค์ และอุปทานในบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ได้ใช้ข้อแนะนำว่าด้วยมาตรฐานขั้นต่ำเป็นตัวตั้ง เพื่อแสดงให้เห็นบริการและผู้ให้บริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงให้ความสำคัญกับการเข้าถึงสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

บริการที่อยู่อาศัย (Ageing in Shelter)

- บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ดำเนินการอยู่ของไทย มี 2 ลักษณะคือ สถานสงเคราะห์ที่ดำเนินการโดยรัฐและองค์กรไม่แสวงกำไร ซึ่งมีบทบาทเป็นทั้งบ้านพักคนชรา สถานดูแลระยะยาว รวมไปถึงสถานดูแลระยะสุดท้ายด้วย นอกจากนี้จะมีอยู่อย่างจำกัดและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐแล้ว ยังมีปัญหาเฉพาะของสถานบริการแต่ละประเภท โดยสถานสงเคราะห์ที่ดำเนินการโดยภาครัฐ คือ ปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการว่าด้วยความเป็นอิสระ (autonomy) และการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ในขณะที่ปัญหาสำคัญของสถานดูแลผู้สูงอายุโดยองค์กรไม่แสวงกำไร มีปัญหาสำคัญในเรื่องการจัดหางบประมาณในการดำเนินงาน ซึ่งต้องพึ่งพาเงินบริจาคเป็นหลัก เมื่องบประมาณที่ดำเนินงานไม่เพียงพอหรือขาดความต่อเนื่องย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักอาศัย

■ แม้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมากกว่าร้อยละ 80 ยืนยันจะอาศัยในที่อยู่เดิม มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 5-6 ที่คิดว่าจะต้องย้ายที่อยู่อาศัย และกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าร้อยละ 1 ที่นึกถึงการย้ายไปอยู่สถานสงเคราะห์ของรัฐและเอกชน แต่ข้อมูลจากการสำรวจก็ยืนยันให้เห็นว่า สถานสงเคราะห์ยังมีความจำเป็น สำหรับผู้ที่มีความเดือดร้อนที่เรื่องที่อยู่อาศัยและไร้ที่พึ่ง ดังนั้น โจทย์สำคัญคือ

- 1) จะพัฒนาศักยภาพที่อยู่อาศัยที่มีอยู่ (สถานสงเคราะห์) ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่านี้ได้อย่างไร โดยเฉพาะในมิติของการดูแลเสมือนอยู่บ้าน (home-liked) โดยปรับฐานคิดเรื่องการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นฐานคิดเรื่องสิทธิ การได้รับความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แทนฐานคิดเรื่องการสงเคราะห์
- 2) หากรัฐไม่มีกำลังมากพอที่จะดำเนินงาน จะพัฒนาบทบาทขององค์กรไม่แสวงกำไรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยให้มีความต่อเนื่อง ยั่งยืนได้อย่างไร (จะมีการอุดหนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้กับองค์กรไม่แสวงกำไรได้หรือไม่)
- 3) เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ต้องการย้ายจากที่เดิม และผู้สูงอายุบางส่วนก็มีภาระผูกพัน เช่น ยังต้องทำงานอยู่ หรือต้องดูแลผู้ที่อยู่ในวัยพึ่งพิง (เช่น หลาน หรือบุพการีที่อ่อนแอ) จึงไม่สามารถย้ายไปอยู่ในบ้านพักที่อยู่นอกพื้นที่ได้ ดังนั้น จำเป็นต้องออกแบบระบบบริการที่พักอาศัยที่อยู่ในชุมชน หรืออยู่ใกล้ชุมชน (community shelter) เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- 4) การพัฒนาบริการ day care หรือบริการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน รวมไปถึงบริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว (respite care) ในระดับชุมชน ในกรณีที่บุตรหลานไม่อยู่บ้าน เพื่อลดช่องว่างการบริการที่มีอยู่
- 5) ความเป็นไปได้ในการพัฒนาบทบาทของภาคเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เมื่อธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุในภาคเอกชนมีการขยายตัวมากขึ้นเรื่อยๆ โจทย์สำคัญคือจะผลักดันให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยได้หรือไม่ โดยผ่านการออกแบบระบบการเงินที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น สิทธิประโยชน์ทางภาษี หรือเงินอุดหนุน เป็นต้น

บริการปรับปรุงบ้าน

ข้อมูลจากการสำรวจแสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 11.04 (หรือราว 7.987 แสนราย) มีความจำเป็นต้องได้รับบริการปรับปรุงที่อยู่อาศัย บริการปรับปรุงบ้านที่มีอยู่ของกรมกิจการพัฒนาที่อยู่อาศัยย่อมไม่เพียงพอ ประเด็นที่ต้องพิจารณาดำเนินงานคือ การถ่ายโอนภารกิจในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งมีความใกล้ชิดกับพื้นที่มากกว่า ภารกิจดังกล่าวได้แก่

- 1) การทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่รายได้น้อยและมีความจำเป็นในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและบูรณาการฐานข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2) การปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุในพื้นที่

ภายใต้ข้อเสนอนี้ ในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับการกิจการเชื่อมโยง ประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการเป็นที่ปรึกษาวิชาการให้หน่วยปฏิบัติมากขึ้น โดยเฉพาะ

- 1) การส่งเสริมเผยแพร่องค์ความรู้เรื่องมาตรฐานที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุให้กับหน่วยงานรับผิดชอบ เรื่องการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย รวมไปถึงหน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับ การสร้างที่อยู่อาศัย
- 2) เชื่อมโยงการดำเนินงานการปรับปรุงที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุกับหน่วยงานอื่นๆ โดยเฉพาะสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) การเคหะแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการบูรณาการเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

บริการสนับสนุนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาช่องว่างระหว่างอุปทานและความต้องการบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย สามารถแบ่งสถานะการจัดบริการได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

- 1) *บริการที่ให้บริการแบบถาวรแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องปรับปรุงคุณภาพหรือประสิทธิภาพในการให้บริการ* ได้แก่ บริการเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ทั้งในสิทธิในการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลและการรับส่งผู้สูงอายุในสถานการณฉุกเฉิน การเข้าถึงกายอุปกรณ์ที่จำเป็น บริการความมั่นคงทางเศรษฐกิจผ่านการจ่ายเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุ เช่น การเพิ่มจำนวนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามฐานะ (ไม่ใช่ตามลำดับอายุ) การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทุกคนได้ตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น
- 2) *บริการที่มีให้บริการ แต่ยังไม่ครอบคลุม จำเป็นต้องขยายทั้งในเชิงปริมาณ (ความครอบคลุม) และคุณภาพในการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยให้มากขึ้น* ได้แก่ บริการปรับปรุงบ้าน ซึ่งในปัจจุบันทำได้เฉพาะในกรณีที่เป็นที่ดินของตนเอง และที่ดินที่เจ้าของยินยอมให้ใช้เท่านั้น โดยอาจจำเป็นต้องพิจารณาหาที่ดินเพื่อสร้างบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดินด้วย (เช่น อาศัยในที่สาธารณะ หรือที่บุกรุก) บริการส่งเสริมการมีงานทำและอาชีพเสริม บริการกิจกรรมทางสังคม บริการด้านการศึกษา รวมไปถึงบริการฌาปนกิจด้วย
- 3) *บริการที่ขาดแคลน หรือยังไม่มีบริการ แต่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ แต่ยังไม่มีการให้บริการ* เป็นต้องจัดให้มีบริการแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือบริการในราคาถูก โดยเฉพาะการดูแลระดับบุคคล-ครัวเรือน ได้แก่ บริการด้านอาหาร บริการดูแลรักษาบ้าน บริการเครื่องนุ่งห่มและของใช้ในชีวิตรประจำวัน บริการดูแลอนามัยส่วนบุคคล บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (จัดยา ดูแลสุขภาพ) บริการพาไปทำธุรกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้การจัดให้มีบริการสนับสนุนที่สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการจัดทำแผนการดูแลระดับบุคคล ในระดับชุมชน จำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบชั่วคราว ทั้งที่เป็นการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน (daycare) และ respite care การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นบริการ daily check-in บริการ emergency call บริการรักษาความปลอดภัย ในระดับมหภาค จำเป็นต้องพัฒนาบริการการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น เช่น พัฒนารูปแบบโทรศัพท์มือถือให้สอดคล้องกับพัฒนาการของผู้สูงอายุ ไวไฟฟรีสำหรับผู้สูงอายุ รายการโทรทัศน์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

4) บริการทางเลือกในการช่วยทำธุรกรรมและการจัดการทรัพย์สินสำหรับผู้สูงอายุ เช่น บริการจัดการสินทรัพย์ วางแผนการเงินและการออม การทำพินัยกรรม เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบัน ยังไม่มีบริการเหล่านี้สำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจน ในขณะที่ แม้จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย แต่ก็มีปัญหาเรื่องการจัดการทรัพย์สิน และถูกหลอกลวงด้วยความไม่รู้ทางการเงินและกรรมสิทธิ์ต่างๆ หากจัดบริการทางเลือกเหล่านี้ให้กับผู้สูงอายุจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางการเงิน และเตรียมความพร้อมหากมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องทรัพย์สิน โดยจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในที่สุด

นอกจากนี้ ระบบบริหารจัดการ (governance) เพื่อจัดบริการสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยก็มีความสำคัญ ซึ่งหากพิจารณาบทบาทของตัวแสดงที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า รัฐยังคงเป็นตัวแสดงที่มีบทบาทหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย แต่มีข้อจำกัดสำคัญคือ ไม่สามารถบริการได้ทั่วถึง และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น จำเป็นต้องพิจารณาส่งเสริมบทบาทของภาคส่วนอื่น ๆ ได้แก่ ภาคชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม รวมไปถึงภาคธุรกิจ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไปพร้อมๆ กัน

5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและบททดลองเสนอตัวแบบนโยบายการพัฒนาที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

ผลจากการศึกษาอุปสงค์ อุปทาน และการพัฒนาร่างมาตรฐานขั้นต่ำของบริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ นำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และบททดลองเสนอตัวแบบนโยบายการพัฒนาที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

1. นโยบายที่เหมาะสมเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545-2565) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ.2563 กำหนดแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในปัจจุบันไว้ว่า “ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้อยู่กับครอบครัววนานที่สุด” (ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มาตราที่ 3) (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) กล่าวอีกนัยหนึ่ง การสูงวัยในที่เดิม (Ageing in Place) ยังถือเป็นแนวนโยบายหลักซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติ “ติดที่” ของผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษารั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สูงวัยในที่เดิมโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องพิจารณาแนวทางการจัดบริการสนับสนุนในระดับชุมชน (community supportive services) โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย มีสถานะสุขภาพไม่ดี และไม่มีบุตรหลานอยู่ในบริเวณใกล้เคียง ในทัศนะนี้ นโยบายที่เหมาะสมเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ จึงเป็นนโยบายสูงวัยในที่เดิมแบบมีบริการสนับสนุนจากชุมชน (Ageing in Place with Community Supportive Services) ดังนั้น ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน

ต้องให้ความสำคัญทั้งกับบริการทางสุขภาพและบริการสนับสนุนทางสังคมด้วย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องกระจายอำนาจหรือถ่ายโอนภารกิจ รวมไปถึงงบประมาณในการจัดระบบการดูแลและจัดบริการสนับสนุนทางสังคมในระดับชุมชนให้องค์กรปกครองท้องถิ่น รวมไปถึงองค์กรภาคประชาสังคมที่มีศักยภาพในการจัดบริการดังกล่าวในระดับชุมชนด้วย

สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน ติดบ้าน/ติดเตียง และอยู่ลำพัง อาจขยายความการสูงวัยในที่เดิม ให้เป็นการสูงวัยในถิ่นเดิม (Ageing in community) ด้วยการจัดที่พักอาศัยในพื้นที่ใกล้เคียงกับที่อยู่อาศัยเดิมในลักษณะของ Community shelter หรือการจัดที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันให้มีสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกับบ้าน หรือถิ่นเดิมมากขึ้น (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในข้อ 3)

2. การพิจารณาผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จำเป็นต้องพิจารณา 3 มิติประกอบกับ ได้แก่ *สถานะทางเศรษฐกิจ* เป็นกลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่ไม่มีบัตรสวัสดิการของรัฐ (ร้อยละ 29.4) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยต่ำกว่าเส้นความยากจน (ร้อยละ 27.7) และยังคงรับภาระค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานและมีรายได้น้อยต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีบุตรหลานหรือครอบครัวสนับสนุน *สถานะทางสุขภาพ* ต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีสถานะติดบ้านและติดเตียง โดยพิจารณาร่วมกับรูปแบบการอยู่อาศัยโดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง หรืออยู่กันเฉพาะวัยเพียงในครัวเรือน ทั้งนี้ จำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือเพื่อให้ความสำคัญกับการจัดบริการให้สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้สูงอายุคือ การจัดทำแผนการดูแลระดับบุคคล (Personalized Integrated Care Plan) ที่ครอบคลุมทั้งด้านความมั่นคงทางกายภาพ ความมั่นคงทางสังคม จิตวิญญาณและการบริหารความเสี่ยง โดยจำเป็นต้องมีกลไกในการกำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผนดังกล่าว

3. การให้บริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

3.1 **กรณี Ageing in Shelter** ซึ่งบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบดั้งเดิม เป็นการให้บริการร่วมกันทั้งที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน จากข้อมูลที่ค้นพบ ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในปัจจุบันไม่เพียงพอทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยเกือบทั้งหมดก็ต้องการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ แต่ต้องการอยู่ในที่เดิม ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสูงวัยในที่เดิม (Ageing in Place) จำเป็นต้องปรับสภาพที่อยู่อาศัยในลักษณะนี้ให้มีลักษณะเหมือนบ้าน (home-liked) และพัฒนาคุณภาพการให้บริการในฐานคิดของสิทธิมากกว่าการสงเคราะห์ เพื่อเป็นที่รองรับสำหรับผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่ง และนอกจากการให้บริการของภาครัฐ จำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพขององค์กรไม่แสวงกำไรในการให้การดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในรูปของการให้เงินอุดหนุนเพื่อเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่

3.2 **กรณี Ageing in Place** หากต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถสูงวัยอยู่ในที่เดิมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ มีความจำเป็นต้องพัฒนาทั้ง 2 ส่วนประกอบกัน คือ ส่วนที่เป็นที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้สูงอายุ ในราคาที่ผู้สูงอายุเข้าถึงได้

- (1) ที่อยู่อาศัย จำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพและความทั่วถึงในการให้บริการปรับปรุงและซ่อมบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในเขตกรุงเทพฯ และเขตเมือง หากมีความจำเป็นต้องพัฒนาบริการ Community Shelter หรือบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ดีกว่าการย้ายไปอยู่สถานที่ใหม่ที่ไมคุ้นเคย

- (2) บริการสนับสนุน จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการจัดบริการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ที่มีสถานะติดบ้าน/ติดเตียง และอาศัยที่อยู่ลำพัง หรืออยู่กับวัยพึ่งพิงอย่างมาก บริการที่มีความทั่วถึงอยู่แล้ว จำเป็นต้องปรับปรุงคุณภาพบริการ และพัฒนาบริการที่สอดคล้องกับความเป็นกับผู้สูงอายุในแต่ละสถานะสุขภาพ โดยที่รัฐไม่จำเป็นต้องดำเนินการเอง แต่สนับสนุนให้ภาคีการพัฒนาอื่นๆ ในพื้นที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ผ่านการอุดหนุนงบประมาณทางตรงหรือทางอ้อม

ตัวแบบนโยบายการพัฒนาที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ: บททดลองเสนอ

คณะผู้วิจัยเสนอตัวแบบนโยบายการพัฒนาที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พ.ศ.2545-2565 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563 (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) ดังนี้

เป้าหมายเชิงนโยบาย

1. เพื่อพัฒนาที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ
2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะการให้บริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่จำเป็นที่เป็นอยู่ให้มีประสิทธิภาพทั่วถึงและเป็นธรรมมากขึ้น
3. เพื่อสนับสนุนให้ภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ได้แก่ ชุมชน องค์กรไม่แสวงกำไร องค์กรปกครองท้องถิ่น รวมไปถึงภาคส่วนธุรกิจ จัดหาบริการสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุสามารถซื้อบริการได้ในราคา โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการที่เป็นธรรม และมีแนวทางให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

ในการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงนโยบายข้างต้น คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

มาตรการระยะสั้น

(1) เร่งยกระดับคุณภาพชีวิต ทั้งในมิติที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยต่ำกว่าเส้นความยากจน และไม่มีบัตรสวัสดิการของรัฐ โดยขยายความครอบคลุมบัตรสวัสดิการแห่งรัฐให้ถึงผู้สูงอายุเหล่านี้ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจเป็นลำดับแรก ในการดำเนินการดังกล่าว จำเป็นต้องจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยถือเป็นเรื่องสำคัญ โดยให้ความสำคัญทั้งกับสถานะทางเศรษฐกิจ สุขภาพและรูปแบบการอยู่อาศัย

ในฐานะหน่วยงานที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุควรจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย โดยใช้ข้อมูลการลงทะเบียนเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุร่วมกับฐานข้อมูลบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ในขณะเดียวกัน การจ่ายเบี้ยยังชีพปัจจุบันเป็นการจ่ายแบบขั้นบันได ซึ่งพิจารณาตามอายุของ

ผู้สูงอายุ อาจจำเป็นต้องปรับปรุงเกณฑ์ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยพิจารณาสถานะสุขภาพและรูปแบบการอยู่อาศัยประกอบด้วย

(2) เสริมสมรรถนะและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานในสถานดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยทั้งของรัฐและเอกชน โดยให้ความสำคัญกับการพักอาศัยอย่างเป็นอิสระและได้รับความเคารพในศักดิ์ศรี ในส่วนที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนหรือองค์กรที่ไม่แสวงกำไร รัฐจำเป็นต้องอุดหนุนงบประมาณเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย (เป็นรายหัว) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

(3) เร่งให้บริการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน จำเป็นต้องพิจารณามาตรการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การจัดหาที่ดิน หรือการสร้างที่พักร่วมกันในชุมชน (community shelter)

(4) ส่งเสริมบทบาทชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผลักดันให้มีการจัดตั้งศูนย์บูรณาการคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตามมาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน 4 มิติ เพื่อให้เป็นหน่วยบูรณาการการให้บริการในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) กับระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ ผ่านกลไกศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน (สปสช.) กับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) การเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยบริการทั้งสองแบบจะทำให้สามารถจัดบริการสนับสนุนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและอยู่ในภาวะพึ่งพิง (ทั้งในมิติสุขภาพและสังคม) ได้ โดยอุดหนุนงบประมาณที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานเพื่อจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ ใช้การทำแผนการดูแลรายบุคคล (personalized integrated care plan) ที่รวบรวมไว้ทั้งบริการสุขภาพและบริการทางสังคมที่จำเป็น ในขณะที่เดียวกันก็ต้องสร้างกลไกการกำกับดูแลแผนการดูแลรายบุคคลด้วย โดยพัฒนาศักยภาพของกลไกที่มีอยู่ในพื้นที่ ได้แก่ Care Manager/Caregiver (สปสช.) อาสาสมัครพัฒนาสังคม (อพม.) เขียวชาญด้านผู้สูงอายุ อาสาสมัครบริหารชุมชน (งบโควิด) ให้มีบทบาทที่เป็นจริงในการจัดบริการสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและอยู่ในภาวะพึ่งพิง

(5) ผลักดันโครงการนำร่องเพื่อให้บริการที่อยู่อาศัย ที่พักชั่วคราว และ daycare รวมถึงบริการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในระดับชุมชน (Community Shelter with Supportive Service) โดยรัฐอุดหนุนงบประมาณที่จำเป็นและส่งเสริมให้มีกลไกการดำเนินงานระดับพื้นที่ (ตามข้อ 4) กำหนดมาตรการประเมินและติดตามผล ก่อนจะถอดบทเรียนและขยายผลในเกิดในทุกพื้นที่ต่อไป

(6) ส่งเสริมให้มีการจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในราคาถูก หรือไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ บริการจัดส่งอาหาร บริการจัดซื้อของ บริการขนส่ง บริการให้คำปรึกษาทางการเงิน บริการข้อมูลข่าวสาร บริการให้การศึกษา รวมไปถึงบริการดูแลช่วงกลางวัน (daycare) ซึ่งสามารถดำเนินการโดยภาคชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือผู้ประกอบการอื่นๆ โดยรัฐอาจให้การสนับสนุนโดยตรงในรูปของเงินอุดหนุนสำหรับผู้ประกอบการที่สามารถดำเนินการได้มีคุณภาพ หรือสนับสนุนทางอ้อมผ่านมาตรการภาษี

มาตรการระยะยาว

สังคมไทยกำลังก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี 2565 และข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2560 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.38) มีรายได้น้อย

และอยู่ในภาวะพึ่งพิง การดำเนินการเพื่อยกระดับที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก และต้องดำเนินการในระยะเวลาต่อเนื่อง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบอภีบาลผู้สูงอายุ ซึ่งรวมไปถึงระบบการเงินการคลังเพื่ออภีบาลผู้สูงอายุไปพร้อมๆ กัน

(1) การพัฒนาระบบอภีบาลผู้สูงอายุในภาพรวม เพื่อกำหนดกฎเกณฑ์และกำกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน ในขณะเดียวกัน ก็ต้องกำหนดเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการให้บริการ พร้อมไปกับการพัฒนาเกณฑ์เพื่อประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ซึ่งคณะผู้วิจัยเสนอให้ใช้เกณฑ์สถานะทางเศรษฐกิจ สุขภาพและที่อยู่อาศัยประกอบกัน เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่ควรได้รับความช่วยเหลือ

(2) การพัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่อการอภีบาลสังคมสูงอายุ ยิ่งสังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุมากขึ้นเท่าใด การดูแลผู้สูงอายุย่อมต้องใช้ภาระงบประมาณที่มากขึ้นเป็นเงาตามตัว ในอนาคต จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่ออภีบาลสังคมสูงอายุ โดยอาจจัดแบ่งเป็นระบบบริการถ้วนหน้า (ที่ไม่ต้องจ่ายเงิน) ระบบการประกันตนหรือระบบร่วมจ่าย (co-payment) สำหรับผู้มีกำลังซื้อ และระบบฟรีสำหรับผู้สูงอายุยากจนและทุพพลภาพ เป็นต้น ในขณะเดียวกันก็ต้องพัฒนาสมรรถนะของระบบสวัสดิการชุมชนให้สามารถเป็นที่พึ่งพาสำหรับผู้สูงอายุยากจนและมีรายได้น้อยในพื้นที่ด้วย

(3) การกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจการดูแลผู้สูงอายุไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคประชาสังคม และองค์กรชุมชน เพื่อให้สามารถจัดบริการสนับสนุนผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง

สารบัญ

บทคัดย่อ	I
Abstract	II
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	III
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาของโครงการ	1
1.2 วัตถุประสงค์	4
1.3 ขอบเขตการศึกษา	4
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
1.5 กรอบการดำเนินงานและแผนการดำเนินงาน	6
1.6 นิยามศัพท์.....	9
1.7 ข้อจำกัดในการวิจัย	10
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	11
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่จำเป็นต้อง ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ.....	12
2.1.1 แนวคิดที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะ (Healthy Housing).....	12
2.1.2 เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly City) ขององค์การอนามัยโลก (WHO).....	14
2.1.3 แนวคิด Ageing in Place.....	16
2.1.4 แนวคิดความสามารถในการเข้าถึงและหาที่อยู่อาศัยได้ (Affordable-Accessible Housing)	17
2.1.5 แนวคิด Integrated Care and Support Services for Older People (ICOPE)	18
2.2 กรอบแนวคิดในการศึกษา	23
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา.....	25
3.1 แนวทางการดำเนินโครงการ/วิธีการดำเนินการ.....	25
3.2 กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา	35
บทที่ 4 มาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและชุดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ.....	38
4.1 มาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ	39
4.1.1 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People-ICOPE).....	40
4.1.2 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนในต่างประเทศ.....	41

4.1.3	สรุปบทเรียนและประเด็นสำคัญจากการทบทวนมาตรฐานและรูปแบบการจัดบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนจากต่างประเทศ.....	76
4.2	รูปแบบการให้บริการด้านที่อยู่อาศัย การจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย.....	81
4.2.1	การจัดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุของภาครัฐในระดับท้องถิ่น	84
4.2.2	การจัดบริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุของภาคเอกชน.....	86
4.2.3	ความพยายามในการกำหนดมาตรฐานที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย	89
4.3	การกำหนดร่างมาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุสำหรับบริบทประเทศไทย	92
บทที่ 5 ว่าด้วยอุปทาน สถานะ รูปแบบการดำเนินการด้านที่อยู่อาศัย และบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน		102
5.1	บทนำ.....	102
5.2	สถานะและรูปแบบการดำเนินงานที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุและชุดบริการสนับสนุน จำแนกตามลักษณะที่พัก.....	102
5.2.1	บริการบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุทั้งบ้านพักเดี่ยวและที่พักรวม.....	103
5.2	บริการ senior cohousing หรือแบบชุมชนที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีขนาดเล็ก.....	124
5.2.3	บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยสถานพยาบาล Nursing home.....	125
5.2.4	บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยโรงพยาบาล long term care Hospital.....	128
5.3	บทวิเคราะห์รูปแบบบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน	128
5.4	ข้อมูลผู้รับบริการของบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท	130
บทที่ 6 ว่าด้วยอุปสงค์ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ.....		136
6.1	ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	136
6.2	สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ.....	140
6.2.1	สถานะทางเศรษฐกิจของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย	140
6.2.2	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย	144
6.2.3	รูปแบบการอยู่อาศัย.....	152
6.2.4	บทสรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ.....	154
6.3	ความต้องการบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ	159

6.3.1 ความต้องการบริการที่อยู่อาศัย.....	160
6.3.2 ความต้องการบริการสนับสนุน.....	166
6.3.3 ความต้องการบริการด้านสุขภาพ.....	174
6.4 ความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง และผู้สูงอายุยากจนใน ภาวะวิกฤติโควิด-19	178
6.4.1 กลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง: ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ	178
6.4.2 ผู้สูงอายุยากจนในภาวะวิกฤติโควิด-19	210
6.5 บทสรุปและข้อเสนอจากข้อค้นพบด้านอุปสงค์.....	213
6.5.1 สรุปความต้องการในปัจจุบันและอนาคตตามการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขด้านสุขภาพและรูปแบบการ อยู่อาศัย (future scenario).....	214
6.5.2 ข้อพิจารณาเกณฑ์ในการจัดลำดับความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย	216
6.5.3 ข้อเสนอแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ.....	217
บทที่ 7 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	219
7.1 บทนำ.....	219
7.2 การวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐานขั้นต่ำ อุปสงค์และอุปทาน.....	219
7.2.1 บริการที่อยู่อาศัย (Ageing in Shelter).....	228
7.2.2 บริการปรับปรุงบ้าน	230
7.2.3 บริการสนับสนุนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	231
7.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย	233
7.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	233
7.3.2 ตัวแบบนโยบายการพัฒนาที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ: บททดลองเสนอ	234
รายการอ้างอิง.....	238
ภาคผนวก 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	246
1. แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้บริการที่อยู่อาศัย	246
2. แบบสอบถามความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับ ความช่วยเหลือจากภาครัฐ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม.....	253
3. แบบสอบถามความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับ ความช่วยเหลือจากภาครัฐ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง	272

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุจากจนแบบสุดโต่ง.....	292
5. เอกสารรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	305
6. หนังสือยินยอมโดยสมัครใจของอาสาสมัคร	306
ภาคผนวก 2 รายชื่อทีมวิจัยพื้นที่และเครือข่าย	307

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1	มิติที่สำคัญในการวิเคราะห์อุปสงค์และอุปทานด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ	22
ตารางที่ 3. 1	ขนาดตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ย่อย.....	28
ตารางที่ 3. 2	โควตาในกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่	31
ตารางที่ 4.1	มาตรฐานขั้นต่ำระดับชาติสำหรับที่พักผู้สูงอายุประเทศสหราชอาณาจักร	45
ตารางที่ 4.2	บริการการสนับสนุนที่บ้านจำแนกตามโครงการย่อย ประเทศออสเตรเลีย	48
ตารางที่ 4.3	การกระจายตัวของผู้จัดบริการสนับสนุนผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น จำแนกตามลักษณะผู้ให้บริการและประเภทการให้บริการ (ร้อยละ).....	58
ตารางที่ 4.4	บริการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์	60
ตารางที่ 4.6	ประเภทการให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Ageing in shelter).....	82
ตารางที่ 4.7	ประเภทการให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านและชุมชน (Ageing in place).....	83
ตารางที่ 4.8	นิติบุคคลที่ดำเนินธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2563).....	88
ตารางที่ 4. 9	บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง	93
ตารางที่ 5. 1	แสดงประเภทบริการสนับสนุนของบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละโครงการ.....	129
ตารางที่ 5. 2	แสดงจำนวนและร้อยละผู้เข้ารับบริการในบริการที่อยู่อาศัยแต่ละโครงการ จำแนกเพศและอายุ.131	
ตารางที่ 5. 3	จำนวนและร้อยละผู้เข้ารับบริการในบริการที่อยู่อาศัยแต่ละประเภท จำแนกตามสถานภาพสมรส การมีบุตร การพักอาศัยก่อนหน้า และเหตุผลหลักที่มาอยู่ที่นี่	131
ตารางที่ 5. 4	จำนวนและร้อยละผู้เข้ารับบริการในบริการที่อยู่อาศัยแต่ละประเภท จำแนกภูมิลำเนาก่อนหน้าที่มาอยู่ที่นี่.....	133
ตารางที่ 5. 5	จำนวนและร้อยละผู้เข้ารับบริการในบริการที่อยู่อาศัยแต่ละประเภท จำแนกระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ และสินทรัพย์.....	133
ตารางที่ 6.1. 1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริงเปรียบเทียบกับเป้าหมาย	137
ตารางที่ 6.1. 2	การกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเปรียบเทียบกับการสำรวจ SOP	139
ตารางที่ 6.2. 1	การกระจายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ140	
ตารางที่ 6.2. 2	การกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความยากจนที่แบ่งตามเกณฑ์จากแหล่งต่างๆ	141
ตารางที่ 6.2. 3	สัดส่วนของผู้สูงอายุ จำแนกตามเส้นแบ่งความยากจนของสำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2561	142
ตารางที่ 6.2. 4	สัดส่วนของผู้สูงอายุยากจน จำแนกตามสถานะการทำงานและการพึ่งพาตนเองด้านรายได้.....	143
ตารางที่ 6.2. 5	จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามสถานะที่พบเห็นโดยผู้สัมภาษณ์เปรียบเทียบกับค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จากแบบสอบถาม	145

ตารางที่ 6.2. 6 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามสถานะที่พบเห็นโดยผู้สัมภาษณ์เปรียบเทียบกับเมื่อจำแนกตามค่าดัชนี Barthel ADL index ร่วมกับความสามารถในการเดินทางด้วยตนเอง.....	145
ตารางที่ 6.2. 7 ร้อยละของผู้สูงอายุถึงความรู้สึกต่อสุขภาพร่างกายของตนเองโดยภาพรวมเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย	146
ตารางที่ 6.2. 8 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจำแนกรายปัญหา ในระหว่าง 1 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย.....	147
ตารางที่ 6.2. 9 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพแต่ละประเด็นเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย	147
ตารางที่ 6.2. 10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจำแนกตามจำนวนโรคประจำตัวที่เป็น เปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ	148
ตารางที่ 6.2. 11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจำแนกตามรายชื่อโรคประจำตัวที่เป็นเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	148
ตารางที่ 6.2. 12 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ	149
ตารางที่ 6.2. 13 ร้อยละของผู้สูงอายุตามระดับดัชนีมวลกายเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ	150
ตารางที่ 6.2. 14 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	150
ตารางที่ 6.2. 15 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เคยได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ	150
ตารางที่ 6.2. 16 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเห็นว่าภาครัฐควรจัดบริการสนับสนุนด้านสุขภาพแต่ละบริการเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ	151
ตารางที่ 6.2. 17 การกระจายตัวของผู้สูงอายุยากจน จำแนกตามรูปแบบการอยู่อาศัย	152
ตารางที่ 6.2. 18 รูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนผู้สูงอายุ.....	154
ตารางที่ 6.2. 19 ร้อยละของสูงอายุจำแนกตามสถานะทางเศรษฐกิจ สถานะทางสุขภาพ และรูปแบบการอยู่อาศัย	154
ตารางที่ 6.2. 20 ข้อมูลการตัดสินใจในการเลือกที่อยู่อาศัย ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆในอนาคต.....	158
ตารางที่ 6.3. 1 ผลการสำรวจความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยและความต้องการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกพื้นที่.....	160
ตารางที่ 6.3. 2 ความต้องการบริการปรับปรุงบ้านของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ	161
ตารางที่ 6.3. 3 การเข้าถึงโครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของภาครัฐและความต้องการบริการปรับปรุงที่อยู่อาศัย	162
ตารางที่ 6.3. 4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการบริการด้านที่อยู่อาศัย.....	163
ตารางที่ 6.3. 5 ค่า Odds ratio ของความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ.....	164

ตารางที่ 6.3. 6 คาดประมาณความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของประชากรสูงอายุที่มีรายได้น้อยและต้องการความช่วยเหลือจากรัฐ	165
ตารางที่ 6.3. 7 ผลสำรวจความต้องการบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย มีสถานะสุขภาพติดบ้านและติดเตียง	170
ตารางที่ 6.3. 8 ร้อยละของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ความต้องการบริการสนับสนุนด้านอาหาร จำแนกตามการอยู่อาศัย และสถานะทางการเงิน	172
ตารางที่ 6.3. 9 ค่า Odds ratio ของความต้องการบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	173
ตารางที่ 6.3. 10 ความต้องการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จำแนกตามที่อยู่อาศัย	176
ตารางที่ 6.3. 11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการบริการด้านสุขภาพ	177
ตารางที่ 6.3. 12 ค่า Odds ratio ของความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	177
ตารางที่ 6.4. 1 คุณลักษณะสำคัญของกลุ่มเป้าหมายสัมภาษณ์เชิงลึก	180
ตารางที่ 6.4. 2 สรุปความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนหรือจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐแบบสุดโต่ง	207
ตารางที่ 6.5. 1 การจัดลำดับการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุจำแนกตามองค์ประกอบ 3 ด้าน	218
ตารางที่ 7. 1 ช่องว่างระหว่างคำแนะนำมาตรฐานขั้นต่ำ อุปทานและอุปสงค์ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ	220

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1. 1 ความเชื่อมโยงของกระบวนการศึกษาในแต่ละขั้นตอน.....	6
ภาพที่ 2.1 การทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบเพื่อศึกษาการจัดการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย.....	12
ภาพที่ 2.2 แนวคิด Healthy Housing กับการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดี	14
ภาพที่ 2.3 องค์ประกอบของแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ.....	16
ภาพที่ 2.4 The “Continuum of Care” for Older Adults.....	18
ภาพที่ 2.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	24
ภาพที่ 3. 1 โครงสร้างการเก็บข้อมูลภาคสนาม.....	34
ภาพที่ 3. 2 จำนวนประชากรไทย ปี 2563 จำแนกตามกลุ่มอายุ	36
ภาพที่ 3. 3 จำนวนประชากรไทย ปี 2563 จำแนกตามกลุ่มอายุ และระดับการศึกษา.....	37
ภาพที่ 4.1 การจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุตามสถานะสุขภาพและสถานะที่อยู่อาศัย	39
ภาพที่ 4.2 ตัวอย่างแสดงแถบวัดระดับมาตรฐานที่พักอาศัยผู้สูงอายุ.....	53
ภาพที่ 4.3 ระบบการดูแลแบบบูรณาการระดับชุมชนในประเทศญี่ปุ่น.....	56
ภาพที่ 4.4 The Spectrum of Care in Canada	72
ภาพที่ 4.5 สรุปกรอบคิดเรื่องการพัฒนาที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ	77
ภาพที่ 4.6 การจัดสวัสดิการสังคม/ให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุของภาครัฐและ เอกชนในประเทศไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	81
ภาพที่ 4.7 จำนวนธุรกิจดูแลผู้สูงอายุที่จัดใหม่ในแต่ละปี (พ.ศ. 2560-2563).....	88
ภาพที่ 4. 8 ข้อเสนอแนะมาตรฐานบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ	92
ภาพที่ 6.2. 1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามเกณฑ์การแบ่งความยากจนแบบ ต่างๆ.....	142
ภาพที่ 6.2. 2 การจัดกลุ่มความต้องการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จำแนกตามสถานะเศรษฐกิจ สุขภาพ และรูปแบบการอยู่อาศัย	156
ภาพที่ 6.3. 1 ความต้องการบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จำแนกตามลักษณะพื้นที่	168
ภาพที่ 6.3. 2 ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จำแนกตามพื้นที่ที่อยู่อาศัย.....	174
ภาพที่ 7. 1 ความหลากหลายของที่พักอาศัยผู้สูงอายุตามสถานะสุขภาพ	228

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาของโครงการ

ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ หรือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมจำนวน 11,136,059 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.73 ของจำนวนประชากร ในจำนวนดังกล่าว เป็นผู้สูงอายุเพศชาย 4,920,297 คน คิดเป็นร้อยละ 44.18 เพศหญิง 6,215,762 คน หรือร้อยละ 55.82 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ม.ป.ป.) จากรายงานผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559 พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่จัดอยู่ในภาวะเปราะบาง อ้างอิงจากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุหนึ่งในสามมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวหรือตามลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงประมาณ 4 แสนคน และมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมอีก 6 แสนคน โดยมีการประเมินว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.3 ล้านคน และผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ โดยในปี 2560 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐมากถึงร้อยละ 37.6 ของผู้ลงทะเบียนทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 21.1 ไม่มีที่ดิน/ที่อยู่อาศัย ร้อยละ 59.0 มีที่ดินเพื่ออยู่อาศัยเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 41.0 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560) ประกอบกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงครัวเรือนของผู้สูงอายุที่พบว่า ขนาดครัวเรือนไทยลดลงเหลือเพียง 3 คน และมีครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างน้อย 1 คน มากถึงร้อยละ 41 และมีครัวเรือนที่มีเฉพาะผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.2 สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการพึ่งพิงบุตรหลานด้านที่อยู่อาศัยจำนวนมาก ในขณะเดียวกัน ด้วยแนวโน้มขนาดของครอบครัวที่เล็กลง ทำให้ครอบครัวไทยมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุต่ำลง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

สำหรับการดำเนินงานของประเทศไทย การสร้างความมั่นใจว่าผู้สูงอายุจะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสมกับการใช้ชีวิต ถือเป็นหนึ่งในสามเป้าหมายหลักตามแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing – MIPAA) ถือเป็นพันธกรณีที่ประเทศไทยในฐานะภาคีสมาชิกสหประชาชาติจะต้องยึดถือเป็นเป้าหมายร่วมกันในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ที่ผ่านมา ในด้านที่อยู่อาศัย ภาครัฐได้มีการสนับสนุนบ้านพักคนชราจำนวนหนึ่ง แต่ยังพบช่องว่างการจัดบริการทางการแพทย์ในบ้านพัก อีกทั้งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบและอนุมัติมาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ 4 มาตรการ ซึ่งมาตรการการสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (senior complex) (มติ ครม. 8 พฤศจิกายน 2559) นอกจากนี้ ยังมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ซ่อมแซมบ้านให้กับผู้สูงอายุ การปรับปรุงสถานที่ราชการ โรงพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุภายใต้แนวคิด Universal Design รวมถึงการให้สิทธิประโยชน์กับผู้สูงอายุในการบริการขนส่งสาธารณะ แต่บริการดังกล่าวอาจมีช่องว่างเรื่องความทั่วถึงและการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามจากการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ระยะที่ 3 (พ.ศ.2555-2559) เฉพาะในส่วนที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยเพียงร้อยละ 3.4 อาศัยอยู่ในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมเหมาะสมและปลอดภัย ผู้สูงอายุ

ติดบ้านเพียงสองในสาม ไม่ได้รับการดูแลจากผู้ที่มีความรู้เบื้องต้นด้านการดูแล เกือบร้อยละ 70 ของตำบลมีการพัฒนาบริการทางสุขภาพและสังคม และระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน แต่ก็ยังไม่มีมาตรการกีดกันคนในเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560)

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559 ได้รวบรวมข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในเรื่องการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่อยู่อาศัยที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี มี 4 ประการดังมีรายละเอียดดังนี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

- (1) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิม ในครอบครัว ชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย โดยปรับปรุงสถานที่และสิ่งก่อสร้างทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้านให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุสนับสนุนคนในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
- (2) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างกลไกเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุ เช่น มีระบบอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน
- (3) ส่งเสริมให้ อปท.และชุมชน ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และจัดบริการสาธารณะ โดยเฉพาะการขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตนอกบ้านของผู้สูงอายุ
- (4) ยกระดับมาตรฐานของที่อยู่อาศัย ไม่ว่าจะดำเนินการโดยรัฐหรือเอกชน สำหรับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องไปอยู่ในที่อยู่อาศัยใหม่

จะเห็นได้ว่า ข้อเสนอข้างต้น ให้ภาพที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน สำหรับผู้สูงอายุ 3 แบบที่ผสมผสานกัน คือ การให้ผู้สูงอายุอาศัยในที่เดิม (Ageing in Place - AIP) การให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน (Ageing in Community - AIC) และการให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านพักหรือสถานบริการ (Ageing in Shelter- AIS) โดยให้ความสำคัญกับแบบแรกเป็นหลัก แนวคิด AIP เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยในบ้านของตนเองอย่างต่อเนื่อง จะเป็นผลดีแต่การดูแลรักษาสุขภาพ และคุณภาพชีวิต แนวคิดนี้สนับสนุนว่า ที่พักอาศัยที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุควรอยู่ในที่เดิมหรือชุมชนตนเอง โดยจัดให้มีความสะดวกสบาย มีบริการสุขภาพและสามารถอยู่ในชุมชนของตนเองได้นานที่สุด (Leith, 2006) อ้างถึงใน (สิรินทรยา พูลเกิด และคณะ, 2563) อย่างไรก็ตาม แนวคิดการให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในที่เดิมนี้อาจมีข้อจำกัด มีข้อวิจารณ์ว่าการอาศัยอยู่ในที่เดิมเสมือนกับการติดกับอยู่กับที่ (stuck-in place) (Ahn, 2017) แม้ว่าผู้สูงอายุจะสามารถอยู่ที่บ้านของตนเองได้ แต่ก็ประสบความว่างเปล่าและความยากลำบากในการใช้ชีวิต การเน้นที่การอาศัยอยู่ในสถานในที่เดิม โดยไม่ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่แท้จริงที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างเพียงพอ อาจส่งผลให้เกิดภาวะความโดดเดี่ยว การช่วยเหลือตนเองไม่ได้และความเปราะบางและมีส่วนทำลายผู้สูงอายุที่เล็กลงน้อย ไม่รวมถึงต้นทุนในการดูแลที่สูงขึ้นไปอีก เนื่องจากต้องการบริการสนับสนุนแบบมืออาชีพที่บริการถึงบ้าน ดังนั้นจึงขยับแนวคิดมาเป็น การให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน ในฐานะทางเลือกที่ 3 ที่เน้นความสำคัญของการบริการที่ชุมชนเป็นฐาน และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น โดยเน้นการสร้างชุมชนที่มีชีวิตชีวาที่เชื่อมโยงประชาชนในทุกระดับอายุ และมีความสามารถในการแบ่งปัน และพยายามร่วมกันในการสร้างสิ่งที่ดีร่วมกัน โดยเชื่อว่าแนวคิดนี้จะเป็นยุทธศาสตร์ให้ประชาชนสามารถสร้างสรรค์และใช้ทุนทางสังคมไปพร้อมๆ กับทุนทางเศรษฐกิจหรือตัวเงิน ทำให้น่าจะมีต้นทุนโดยเปรียบเทียบต่ำกว่าแนวคิดการให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในที่เดิม (Thomas & Blanchard, 2009) ทั้งนี้การให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน สามารถทำได้ทั้งในชุมชนที่มีอยู่แล้ว

และชุมชนที่สร้างขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ (intentional community) และประเภทสุดท้าย คือการให้ **ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านพักหรือสถานบริบาล** ซึ่งมีทั้งแบบชั่วคราว คือ daycare สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้มาอยู่เฉพาะกลางวัน ให้การดูแลพื้นฐานร่วมกับฟื้นฟูความสัมพันธ์ทางสังคม กับแบบระยะยาวที่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษโดยบุคลากรมีอาชีพ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะเหมาะกับที่อยู่อาศัยประเภทใด ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหลัก

รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษารูปแบบการให้บริการและการจัดการที่พักสำหรับผู้สูงอายุ ได้จัดแบ่งรูปแบบประเภทที่พักอาศัยของผู้สูงอายุจากการพึ่งพาไว้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ **ผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการการพึ่งพิง** ที่สามารถพักในบ้านเดิมที่พักอาศัยอยู่ หรือโครงการบ้าน/ห้องชุดจัดสรรที่มีสภาพแวดล้อมเหมาะสม รวมไปถึงชุมชนผู้สูงอายุ **ผู้สูงอายุกึ่งพึ่งพิง** ต้องเริ่มมีการจัดบริการ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันเป็นครั้งคราว กรณีนี้แม้จะอยู่ในบ้านเดิม ก็ต้องเริ่มจัดอุปกรณ์หรือผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ในกรณีนี้บริการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (day care) อาจจะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ **ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา** เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล พยาบาลหรือแพทย์เพื่อคอยดูแลการใช้ชีวิตและอาการให้สามารถฟื้นตัวได้ หากอยู่ในบ้านเดิมก็ต้องมีผู้ดูแล หรือถ้าออกไปอยู่ที่สถานบริบาล (nursing home) ก็ต้องมีการดูแลอย่างเต็มรูปแบบ กล่าวคือมีทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัดและผู้ให้การดูแล (caregiver) และ**ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย** ที่ต้องการสถานที่หรือบุคคลช่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งนอกจากจะมีการดูแลสุขภาพกายแล้ว ยังต้องดูแลจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560)

จากรูปแบบที่หลากหลายของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ประกอบกับสถานะการพึ่งพาของผู้สูงอายุ อาจกล่าวได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุไทยไม่อาจมีแบบใดแบบหนึ่งเพียงแบบเดียว ผู้สูงอายุแต่ละประเภทเหมาะกับการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน กรณีผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจยังสามารถอาศัยอยู่ในบ้านเดิมและชุมชนเดิมของตนเองได้ แต่เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก็จำเป็นต้องปรับตัวเข้าสู่การดูแลแบบอื่นต่อไป ประเด็นสำคัญคือ **ที่อยู่อาศัย** เป็นเพียงปัจจัยพื้นฐาน ลำพังที่อยู่อาศัยอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้นได้ หากแต่**บริการสนับสนุน** ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับการอยู่อาศัยแต่ละแบบ จะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

แม้ในวงการวิชาการไทย จะเริ่มต้นมีการศึกษาเรื่องที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุอยู่บ้าง โดยไตรรัตน์ จารุทัศน์และคณะ ได้บุกเบิกการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ โดยการสำรวจความต้องการควบคู่กับการวัดขนาดร่างกาย และกำหนดเป็นมาตรฐานการออกแบบองค์ประกอบภายนอกอาคารและพื้นที่ภายในอาคารสำหรับผู้สูงอายุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548) การบุกเบิกการศึกษาของไตรรัตน์ มีจุดเด่นที่เน้นที่ตอบสนองความต้องการ (demand-sided) ของผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่งานก็ยังจำกัดอยู่ที่โครงสร้างพื้นฐานที่ตัวอาคาร ยังไม่ได้เชื่อมโยงไปถึงความต้องการบริการสนับสนุน (supportive service) ที่เชื่อมโยงกับที่อยู่อาศัยแต่ละแบบ สำหรับงานชิ้นต่อมา โครงการศึกษารูปแบบการให้บริการ การบริหารและการจัดการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560) แม้จะเป็นงานศึกษาที่ดำเนินการในระยะสั้น แต่คณะผู้วิจัยก็สามารถรวบรวมประเภทบริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุไว้ได้หลายแบบ ตรงกันข้ามกับงานชิ้นแรก การศึกษานี้เน้นที่อุปทาน (service-sided) ของบริการที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุแต่ละแบบ โดยที่มิได้ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้สูงอายุมากนัก และจากการที่สำรวจบริการที่

อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีบริการในปัจจุบันซึ่งมีเป้าหมายที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ปานกลางถึงสูง คณะผู้วิจัยได้เสนอว่า รัฐควรจะเน้นให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายที่มีรายได้ต่ำเป็นหลัก และจำเป็นต้องมีการออกกฎหมายเรื่องมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุด้วย แม้จะกล่าวถึงบริการสนับสนุน (supportive services) อยู่บ้าง แต่งานวิจัยฉบับหลังนี้ก็มิได้เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบว่า การให้บริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละแบบ จะต้องเชื่อมโยงกับบริการสนับสนุนที่จำเป็นอย่างไรบ้าง

ดังนั้น งานวิจัยชิ้นนี้จะช่วยลดช่องว่างของการศึกษาที่ผ่านมา โดยมีการเปรียบเทียบทั้งอุปสงค์-อุปทานมาตรฐานขั้นต่ำ รวมไปถึงบริการสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุแต่ละแบบตามกลุ่มความต้องการ/ความจำเป็น (shade of spectrum) โดยงานวิจัยชิ้นนี้ให้ความสนใจว่า ในปัจจุบันความต้องการหรืออุปสงค์ (demand) ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐเป็นอย่างไรบ้าง สามารถจัดประเภทได้อย่างไร (shade of spectrum) ในขณะเดียวกัน อุปทาน (supply) ที่มีอยู่แต่ละแบบในปัจจุบันมีการให้บริการ ต้นทุน ช่องว่างและปัญหาอุปสรรคในการบริการอย่างไร การศึกษาทั้งอุปสงค์และอุปทานจะทำให้เห็นช่องว่างการให้บริการ โดยเฉพาะบริการที่มีเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เมื่อสังเคราะห์ผลการศึกษาด้านอุปสงค์และอุปทานกับมาตรฐานขั้นต่ำที่ผู้สูงอายุควรจะได้ จะทำให้สามารถเสนอชุดนโยบายว่าด้วยเรื่องที่อยู่อาศัยร่วมกับบริการสนับสนุน สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นในการได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่อยู่อาศัยที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์

โจทย์วิจัยหลักของการศึกษาคั้งนี้คือ นโยบายที่เหมาะสมในเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐควรเป็นอย่างไร เพื่อตอบโจทย์วิจัยดังกล่าวสามารถกำหนดวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

- (1) เพื่อศึกษาและกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุในบริบทที่เหมาะสมกับกับสังคมไทย
- (2) เพื่อศึกษาสถานะและการดำเนินการในอุปทาน (supply) ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ รวมไปถึงต้นทุนสำหรับบริการประเภทต่างๆ
- (3) เพื่อสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ
- (4) เพื่อพัฒนานโยบายเรื่องที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

1.3 ขอบเขตการศึกษา

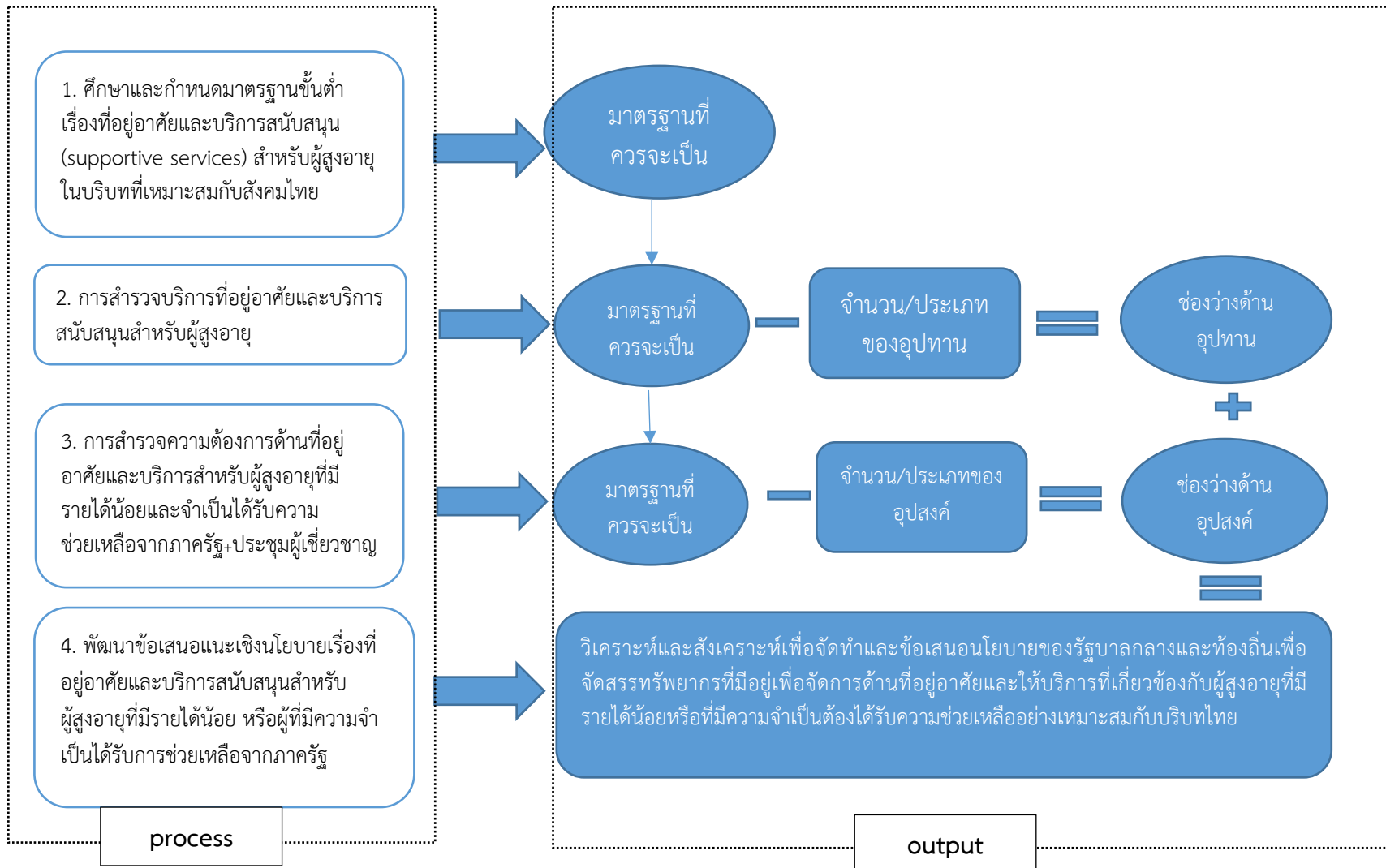
- (1) ศึกษาเพื่อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ โดยศึกษาทั้งงานในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมไปถึงการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้วย
- (2) ศึกษาสถานะ รูปแบบการดำเนินการด้านที่อยู่อาศัย พร้อมทั้งบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในภาคเอกชนที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมไปถึงการบริหารงาน ต้นทุนการดำเนินงาน ผู้รับบริการ รวมถึงผู้รับบริการในอนาคต (potential customer) ด้วยข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลกับผู้ให้บริการภาคเอกชน ดังนั้น ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ในที่นี้จึงจำกัดเท่าที่ผู้ให้บริการยินดีให้ข้อมูลเท่านั้น

- (3) ศึกษาความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ โดยรวบรวมทั้งสถานะสุขภาพ การอยู่อาศัย บริการสนับสนุนในปัจจุบัน และความต้องการการสนับสนุนในอนาคต โดยศึกษาทั้งในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ในพื้นที่ประเภทต่างๆ
- (4) วิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน กับอุปสงค์ และอุปทานที่มีอยู่ในปัจจุบัน
- (5) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ที่สามารถนำไปพัฒนาเพื่อประเมินต้นทุนในอนาคตได้

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย
2. เห็นภาพรวมและช่องว่างที่เป็นอยู่ของอุปทานด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐในสังคมไทย โดยเห็นต้นทุนการดำเนินงานแต่ละแบบ ซึ่งจะเป็พื้นฐานข้อมูลที่ใช้ในการพัฒนานโยบายการเงินการคลังในอนาคต
3. เห็นภาพรวมของอุปสงค์ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ สามารถจัดประเภทและประมาณการอุปสงค์โดยรวมได้
4. สามารถพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายและมาตรการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐได้

1.5 กรอบการดำเนินงานและแผนการดำเนินงาน



ภาพที่ 1. 1 ความเชื่อมโยงของกระบวนการศึกษาในแต่ละขั้นตอน

การศึกษาแบ่งเป็นสามส่วนตามวัตถุประสงค์หลัก ผลผลิตแต่ละส่วนมีความเชื่อมโยงกันดังภาพที่ 1. 1 เมื่อได้ผลการศึกษาแต่ละส่วนจะนำมาสังเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอนโยบายเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือจำเป็นได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐใน ส่วนที่ 4

ระยะเวลาการดำเนินงานรวมทั้งสิ้น 12 เดือน มีรายละเอียดแผนการดำเนินงานดังนี้

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	ผลผลิต	
1. เพื่อศึกษาและกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสังคมไทย	ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งงานในภาษาไทยและต่างประเทศในเรื่องมาตรฐานที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ	เดือนที่ 1-2	ร่างมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและชุดบริการเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ	
	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน วิชาการและภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ	เดือนที่ 3	มาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐที่เหมาะสมบริบทสังคมไทยและเป็นที่ยอมรับ และสามารถใช้เป็นฐานสำหรับการหาช่องว่างด้านอุปสงค์อุปทานและต้นทุนสำหรับการจัดบริการด้านที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนที่จำเป็น	
2. เพื่อศึกษาสถานะและการดำเนินการในอุปทาน (supply) ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ รวมไปถึงต้นทุนสำหรับบริการประเภทต่างๆ	ศึกษาข้อมูลการจัดบริการด้านที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุจากเอกสารงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ	เดือนที่ 1-2	ความเข้าใจคุณลักษณะและโครงสร้างพื้นฐาน การบริหารจัดการและการกระจายตัวของบริการที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุแต่ละประเภท ผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นฐานในการคัดเลือกกรณีศึกษาที่จะใช้เป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูล	
	ศึกษาข้อมูลทฤษฎีภูมิเพื่อทำความเข้าใจรูปแบบและปริมาณการให้บริการที่อยู่อาศัยและชุดบริการสำหรับผู้สูงอายุจากข้อมูลทฤษฎีภูมิ เอกสารงานวิจัยในประเทศไทย			
	ลงพื้นที่เก็บข้อมูลบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่ง โดยเก็บข้อมูล <ul style="list-style-type: none"> - คุณลักษณะ - โครงสร้างพื้นฐานการบริการ - การบริหารจัดการ กำลังคน ระบบข้อมูล - งบประมาณ/ค่าใช้จ่าย - ผู้รับบริการและ potential customer 	เดือนที่ 2-8	ข้อมูลคุณลักษณะ โครงสร้างพื้นฐาน การบริหารจัดการของบริการที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุน (ถ้ามี) สำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงคุณลักษณะของผู้มารับบริการจากบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุจำนวน 12 แห่ง ผลการสำรวจข้อมูลผู้รับบริการจำนวน 360 ชุด	
	ถอดบทเรียน วิเคราะห์และสังเคราะห์บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ควร	เดือนที่ 9	ข้อเสนอแนวทางการจัดการที่อยู่อาศัยเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและ	

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	ผลผลิต
	เป็นอย่างไร โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ควรได้รับการมาตรฐานอย่างไร		จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ
	ประมาณการต้นทุนสำหรับบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นกรณีที่ดินดำเนินการโดยภาคเอกชน และภาครัฐ	เดือนที่ 10	ต้นทุนที่แท้จริงในการให้บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน
	จัดประชุมรับฟังความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ	เดือนที่ 11	ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ
3. เพื่อสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ	การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อค้นหาลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่	เดือนที่ 1	ความเข้าใจและสามารถกำหนดพื้นที่เป้าหมายในการศึกษา 9 จังหวัด โดยจำแนกเป็นเขตเมือง-ชนบท และเมืองหลัก-เมืองรอง
	การพัฒนาเครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ/คุณภาพ รวมถึงการขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม	เดือนที่ 2-3	เครื่องมือการเก็บข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ได้โดยตรง และไม่ละเมิดสิทธิของผู้ให้ข้อมูล
	การสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ	เดือนที่ 4-9	การสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 2,500 ชุดจากตัวอย่างใน 9 จังหวัด
	การศึกษาสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐสำหรับผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง	เดือนที่ 4-9	การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจาก 9 จังหวัด จังหวัดละ 10-15 คน
	การวิเคราะห์ผลการสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุน (ลงรหัส บรรณาธิการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ)	เดือนที่ 10	ผลการวิเคราะห์เรื่องความต้องการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ ที่สามารถจำแนกรูปแบบความต้องการที่อยู่อาศัยและสถานะสุขภาพที่แตกต่างกันและนำมาใช้ในการคาดประมาณความต้องการโดยรวมได้
	การจัดสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ร่วมวิเคราะห์ผลการศึกษาด้านความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุน รวมถึงมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนาระบบการจัดการที่อยู่อาศัยและ	เดือนที่ 11	ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐในฐานะผู้ใช้บริการมีเข้าใจถึงสภาพปัญหาในปัจจุบันและมีส่วนร่วมในกระบวนการ

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา	ผลผลิต
	ชุดบริการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ		ออกแบบและพัฒนาระบบการจัดการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับความต้องการตามแนวทาง Human Center Service Design
	การจัดประชุมกลุ่มย่อยกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะต่อระบบการจัดการที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ	เดือนที่ 11	ข้อเสนอแนะต่อระบบการจัดการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ทั้งในมิติของสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นอยู่ และการคาดการณ์ถึงระบบรองรับในอนาคต
4. พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเรื่องที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรือผู้ที่มีความจำเป็นได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย	สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างอุปสงค์-อุปทาน รวมไปถึงมาตรฐานขั้นต่ำของบริการด้านที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ	เดือนที่ 12	ช่องว่างของการให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐที่มีอยู่ในปัจจุบัน
	จัดทำร่างข้อเสนอแนะนโยบายเรื่องการจัดบริการที่อยู่อาศัยเรื่องที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ	เดือนที่ 12	รายงานฉบับสมบูรณ์ที่ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน อุปสงค์/อุปทาน ช่องว่างและข้อเสนอแนะนโยบายเรื่องการจัดบริการที่อยู่อาศัยเรื่องที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ
	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะและปรับปรุงร่างข้อเสนอแนะนโยบาย	เดือนที่ 12	
	ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์	เดือนที่ 12	

1.6 นิยามศัพท์

มาตรฐานขั้นต่ำหรือข้อเสนอแนะมาตรฐานขั้นต่ำ หมายถึง รายการการจัดบริการที่จำเป็น (necessary services) และเหมาะสม ในด้านบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่ควรจัดให้ผู้สูงอายุไทย โดยพิจารณาจากความจำเป็นอันเนื่องจากสถานะสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางกายภาพ โดยเฉพาะที่พักอาศัย ซึ่งหากเป็นกรณี Ageing in place ก็จะหมายถึงบ้านพักที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ หรืออาจเป็นสถานที่พักเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น บ้านพักเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ หรือสถานบริบาล เป็นต้น

บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดรูปแบบบริการที่สนับสนุนการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะที่ดี และใช้ชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ บริการด้านความมั่นคงทางกายภาพ (physical security) บริการด้านความมั่นคงทางสังคม (social security) บริการด้านความมั่นคงทางจิตใจ (mental security) และบริการด้านการจัดการความเสี่ยง (risk management service) บริการเหล่านี้จะทำให้ทั้งผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มที่ใช้ชีวิตที่บ้านและในสถานที่พักเฉพาะมีความเป็นอยู่ที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยแนวคิดการจัดบริการสนับสนุนในการศึกษารั้วนี้ ให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงกับความต้องการตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละขั้นตอนด้วย

1.7 ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ ออกแบบก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (หรือโควิด-19) ต่อมาเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รุนแรงมากขึ้น มีมาตรการป้องกันแพร่ระบาดของโรคอย่างเข้มงวด จากการศึกษาวิจัยวางแผนการดำเนินงานเพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงและเปราะบางต่อการติดเชื้อ ทำให้โครงการจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงาน ทั้งในแง่ของจำนวนตัวอย่าง และกรณีศึกษาที่เป็นสถานดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น การแสดงผลการศึกษาจึงอยู่ในบริบทของการศึกษาในสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งอาจมีแนวโน้มแตกต่างไปจากสถานการณ์ปกติบ้าง

2. การศึกษาด้านอุปทานบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ โครงการมุ่งวิเคราะห์ผู้ให้บริการในฝั่งภาคเอกชน ดังนั้น การให้ข้อมูลต้นทุนจึงกลายเป็นข้อจำกัดที่สำคัญสำหรับผู้ให้บริการภาคเอกชน ในขณะที่ฝั่งองค์กรไม่แสวงกำไร สามารถให้ข้อมูลต้นทุนได้บ้าง แต่ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานส่วนหนึ่งเป็นของบริจาค ทำให้ไม่สามารถประเมินต้นทุนที่แท้จริงของการจัดบริการได้ ดังนั้น การนำเสนอข้อมูลต้นทุนในที่รายงานฉบับนี้ จึงมาจากกรณีวิเคราะห์ข้อมูลเท่าที่มีอยู่ ประกอบกับค่าบริการที่ผู้ใช้บริการต้องจ่าย (ถ้ามี) เป็นสำคัญ

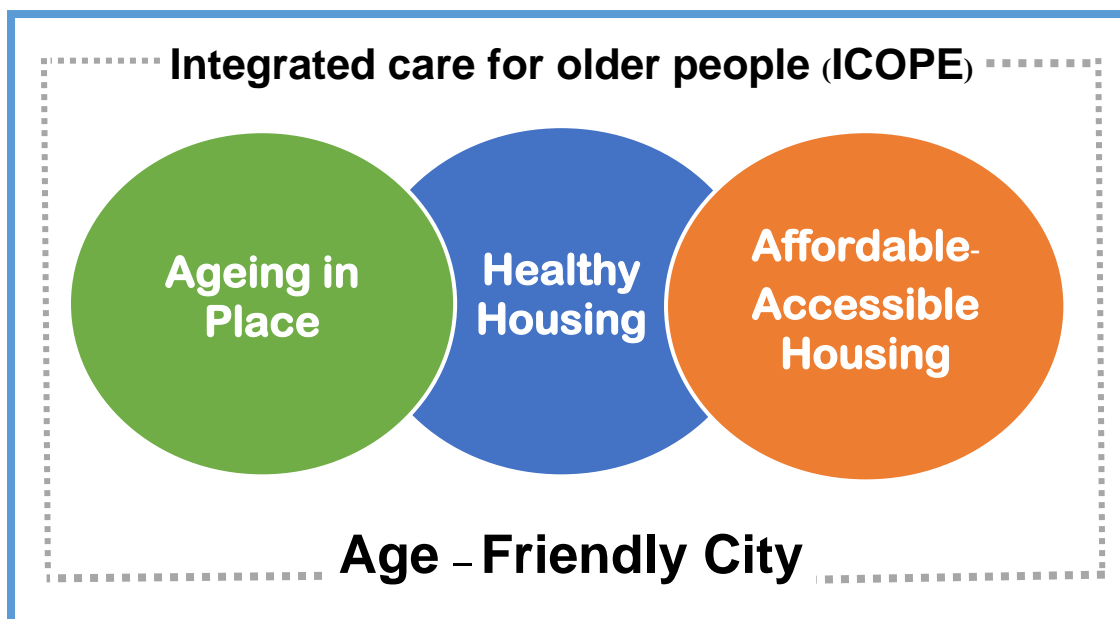
บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ความนำ

การศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในบทนี้ มีวัตถุประสงค์สำคัญในการกำหนดโครงสร้างเรื่องมาตรฐานที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำมาปรับใช้เพื่อกำหนดมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ และนำไปศึกษาเพื่อวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างอุปสงค์และอุปทานที่มีอยู่ในปัจจุบัน

การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเรื่องการจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีลักษณะเฉพาะไปกว่ากลุ่มอื่นๆ เนื่องด้วยมีเงื่อนไขที่ทับซ้อนกันหลายชั้น ประการแรกคือ ความเป็นผู้สูงอายุ ที่มีความต้องการแตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่นๆ ด้วยเงื่อนไขทางด้านสุขภาพเป็นสำคัญ ประการที่สองคือ สถานะผู้ที่มีรายได้น้อยหรือมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ส่งผลให้ความสามารถในการเข้าถึงและความสามารถในการหาที่อยู่อาศัยของกลุ่มนี้มีจำกัดมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ดังนั้น การทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบเพื่อศึกษาการจัดการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจึงได้เลือกแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโดยพื้นฐาน คือ แนวคิดที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะ (Healthy Housing) และเมืองน่าอยู่ของผู้สูงอายุ (Age-Friendly City) ประกอบกับแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อาศัยที่ที่อยู่เดิมและชุมชนเดิมตามที่ต้องการ (Ageing in Place) เพื่อลดการพึ่งพิงสถานบริการและโรงพยาบาล รวมถึงลดปัญหาอันเกิดจากการย้ายที่อยู่อาศัยไปมา และลดความกังวลและความกลัวที่จะต้องย้ายไปอยู่ที่ใหม่ที่ตนเองไม่คุ้นเคยในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งแนวคิดนี้จำเป็นต้องพิจารณาควบคู่ไปกับแนวคิดเรื่องการบูรณาการระบบบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated care for older people) เพื่อนำไปสู่การออกแบบระบบรองรับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือหากจะถูกส่งต่อไปที่พักอาศัยในรูปแบบอื่นๆ ตามการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ก็มีระบบการดูแลและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (ดูภาพที่ 2.1 ประกอบ)



ภาพที่ 2.1 การทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบเพื่อศึกษาการจัดการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

ที่มา: คณะผู้วิจัย

สำหรับแนวคิดที่สำคัญ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- (1) แนวคิดที่ว่าด้วยการจัดการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ประกอบด้วย แนวคิดที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาพ (Healthy housing) เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly city) ขององค์การอนามัยโลก แนวคิด Ageing in place และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเข้าถึงและหาที่อยู่อาศัยได้
- (2) แนวคิดเกี่ยวกับชุดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ เป็นการจัดชุดบริการที่สอดคล้องกับสถานะความเสื่อมถอยของร่างกาย พัฒนามาจากแนวคิด The geriatric 'continuum of care' services

แต่ละแนวคิดมีสาระสำคัญดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ

2.1.1 แนวคิดที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาพ (Healthy Housing)

ตามแนวทางการทำงานขององค์การอนามัยโลกที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยคือ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่สร้างเสริมสุขภาพ (Healthy living environment) และลดสิ่งคุกคามสุขภาพที่อยู่

ภายในบ้าน (Indoor health hazards) เนื่องจากเห็นความสำคัญของความเชื่อมโยงระหว่างคุณภาพของที่อยู่อาศัยกับการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น การปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถช่วยชีวิต ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำ “Housing and Health Guidelines” (WHO, 2018; WHO, 2017) ขึ้นเพื่อให้ข้อแนะนำใน “การจัดการที่อยู่อาศัยที่เสริมสร้างสุขภาพ”¹ หรือ “Healthy Housing”² ซึ่งหมายถึง การจัดการที่อยู่อาศัยที่เสริมสร้างสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมที่สมบูรณ์ให้แก่ผู้อยู่อาศัย โดยจัดการที่พิกให้ผู้อยู่อาศัยรู้สึกถึง “ความเป็นบ้าน” รวมถึงรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ ความมั่นคงปลอดภัย และความเป็นส่วนตัว

โดยสรุป ข้อแนะนำหลักในการจัดการที่อยู่อาศัยเพื่อเสริมสร้างสุขภาพประกอบไปด้วย 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่

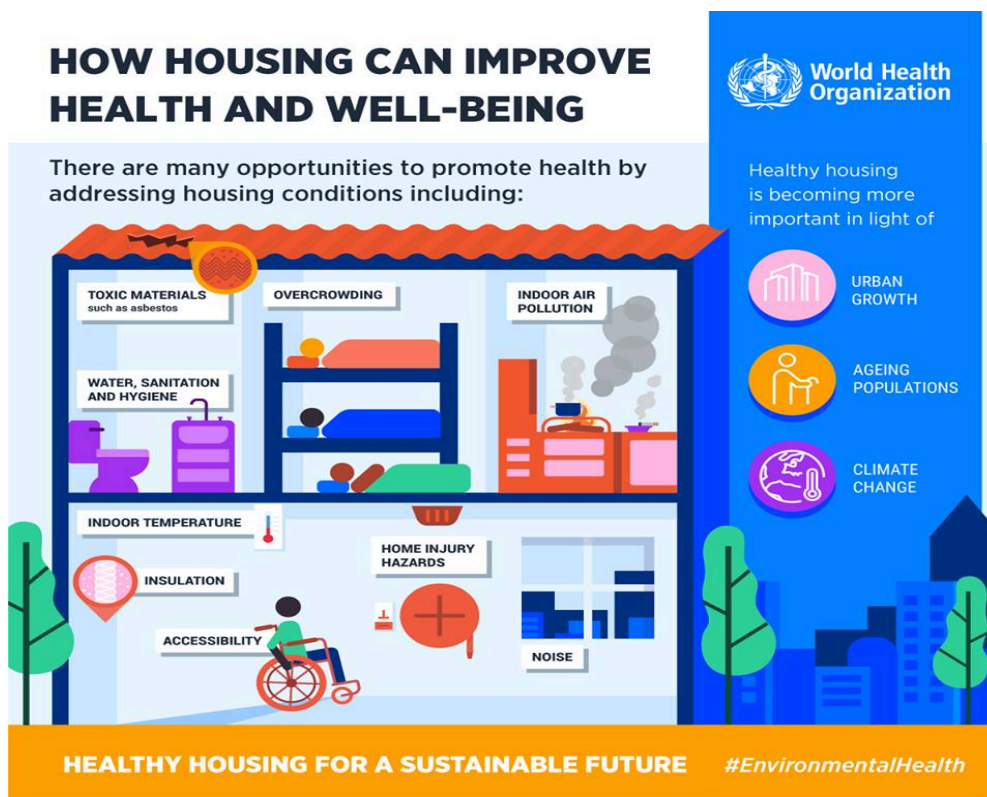
ส่วนที่หนึ่ง คือ การจัดการโครงสร้างทางกายภาพของที่อยู่อาศัย (physical structure of dwelling) ที่จะส่งผลต่อสุขภาพกายของคนในบ้าน (ดูภาพที่ 2) โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่ต้องคำนึงถึง เช่น วัสดุที่ใช้ในการก่อสร้างที่ปลอดภัย อุณหภูมิภายในเหมาะสม (ไม่มีความชื้นมากเกินไป มีฉนวนกันความร้อน) มีสุขอนามัยที่ดี (การจัดการน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด การกำจัดสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม) มีพื้นที่ภายในที่พักอาศัยที่เพียงพอ (ไม่แออัดจนเกินไป) การจัดสภาพแวดล้อมภายในที่พักอาศัย (มีแสงที่เหมาะสม ไม่มีเสียงรบกวนจนเกินไป) รวมถึงมีวัสดุอุปกรณ์เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ รวมถึงป้องกันเชื้อรา และแมลงต่างๆ ภายในที่พักอาศัย นอกจากนี้ จำเป็นต้องคำนึงการออกแบบที่อยู่อาศัยเพื่อให้ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีความต้องการพิเศษสามารถใช้ชีวิตในภายในที่พักอาศัยได้อย่างสะดวกและปลอดภัย เช่น ขนาดของประตูที่สามารถนำรถเข็นเข้าไปได้ เป็นต้น

ส่วนที่สอง คือ การมีชุมชนท้องถิ่น (local community) ที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interactions) มีสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรจะสร้างโอกาสให้ผู้คนได้ออกมาพบปะ และทำกิจกรรมร่วมกัน อันส่งผลต่อสุขภาพ และความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกภายในชุมชน

ส่วนที่สาม คือ การจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกที่อยู่อาศัย (immediate housing environment) พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้อยู่อาศัยสามารถเข้าถึงระบบบริการต่างๆ ได้ เช่น พื้นที่สีเขียวภายในชุมชน ระบบขนส่งสาธารณะ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังต้องมีการจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ การขจัดมลพิษ และการป้องกันผลกระทบจากภัยพิบัติต่างๆ ทั้งภัยพิบัติทางธรรมชาติหรือภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์

¹ คำแปลของ “Healthy Housing” โดย สิรินทร์ยา พูลเกิด และคณะ, 2563. รายงานความก้าวหน้า การทบทวนและวิเคราะห์นโยบายรัฐด้านการจัดการที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย. ภายใต้แผนงานบริหารจัดการโครงการวิจัยท้าทายไทย กลุ่มเรื่อง Active and Productive Ageing สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

² ในสหรัฐอเมริกา เริ่มมีแนวคิดนี้มาตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 1990 โดย National Center for Healthy Housing จากความพยายามศึกษาวิจัยการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันภาวะตะกั่วเป็นพิษในเด็ก (เกิดจากสีทาบ้านที่ผสมสารตะกั่ว) และการบาดเจ็บภายในบ้านของเด็ก จากนั้นในปี 2014 ที่มีการศึกษาเรื่อง “The Green Rehabilitation of Elder Apartment Treatments (GREAT)” เป็นการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่ผ่านกระบวนการฟื้นฟูโดยใช้วิธีการ green healthy housing methods ส่งผลให้เริ่มเปลี่ยนจุดเน้นการทำงานไปเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่กำลังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น



ภาพที่ 2.2 แนวคิด Healthy Housing กับการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดี

ที่มา: (World Health Organization, 2019)

การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและเสริมสร้างสุขภาวะนั้น ทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบันที่ สัดส่วนประชากรที่อาศัยในเขตเมืองเพิ่มขึ้น (urban growth) การเข้าสู่สังคมสูงวัย (ageing population) และการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ (climate change) โดยเฉพาะมีผลกระทบต่อกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มที่ใช้เวลาอยู่กับ บ้านมากที่สุด รวมถึงผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด ซึ่งอยู่ในที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ดังนั้น การจัดการที่อยู่อาศัยเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในท้ายที่สุด จำเป็นต้องคำนึงถึงเงื่อนไขและข้อจำกัดสำคัญที่ เพิ่มขึ้นมา เช่น การมีพื้นที่จำกัด วิธีการดำเนินชีวิตและเงื่อนไขด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ความเสี่ยงจากภัยพิบัติ ต่างๆ เป็นต้น

2.1.2 เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly City) ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

เมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly City) ถูกนำเสนอภายใต้กรอบแนวคิดเรื่อง Active Ageing ขององค์การอนามัยโลก (WHO's active ageing framework (10)) (WHO, 2007) ซึ่งเน้นกระบวนการสร้าง โอกาสให้ผู้สูงอายุยังคงความกระปรี้กระเปร่าทั้งทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และมีความมั่นคงในชีวิต องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทางในการสร้างเมืองหรือสภาพแวดล้อมของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ โดยให้มีการปรับโครงสร้างและระบบบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงและไม่ถูกกีดกัน ทั้งนี้ ในการกำหนด นโยบาย วางระบบบริการ จัดสภาพแวดล้อมและโครงสร้างต่างๆ เพื่อสร้างเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึง เงื่อนไขดังต่อไปนี้ (WHO, 2007)

- 1) ตระหนักถึงสมรรถนะที่หลากหลายและทรัพยากรที่มีอยู่ของผู้สูงอายุ

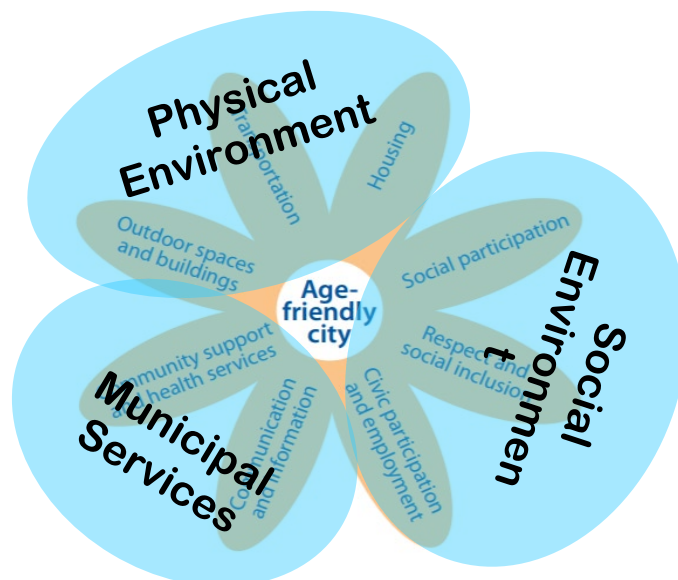
- 2) ประเมินความต้องการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ รวมถึงมีการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเหมาะสม
- 3) เคารพการตัดสินใจและทางเลือกในดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ
- 4) ค้ำครองกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางที่สุด
- 5) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกมิติของชุมชนที่อาศัยอยู่

นอกจากนี้ การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุยังคงพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะด้านต่างๆ (functional ability) ถือเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ (lifelong process) ดังนั้น เมืองที่เป็นมิตรนี้มิได้จำกัดเฉพาะต่อกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น หากแต่ต้องเป็นเมืองที่มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้คนทุกช่วงวัยสามารถเข้าถึงโอกาสในการอาศัยอยู่อย่างมีคุณภาพที่ดีที่สุด โดยในช่วงวัยตอนต้นนั้น เน้นสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนา วัยผู้ใหญ่ เน้นการดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะสูงสุด และวัยสูงอายุ เน้นการคงสภาพการดำรงชีวิตอย่างอิสระและป้องกันการทุพพลภาพ หรือหากเกิดปัญหาทางสุขภาพและความพิการ ก็สามารถฟื้นฟูและกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (WHO, 2007; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

องค์ประกอบสำคัญของการสร้างเมืองที่มิตรต่อผู้สูงอายุ มี 8 องค์ประกอบหลัก (domain) ซึ่งสามารถจัดกลุ่มองค์ประกอบเหล่านั้นได้เป็น 3 กลุ่ม³ (cluster) คือ (ดูภาพที่ 2.3)

- 1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) ได้แก่ ที่อยู่อาศัย (Housing) สภาพพื้นที่ภายนอกและตัวอาคาร (Outdoors spaces and buildings) และ ระบบขนส่งมวลชน (Transportation)
- 2) สภาพแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองของท้องถิ่นและการทำงาน (Civic participation and employment) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social participation) และ การได้รับความเคารพและยอมรับในสังคม (Respect and social inclusion)
- 3) การจัดการบริการของท้องถิ่น (Municipal Services) ได้แก่ การสนับสนุนของชุมชนและบริการด้านสุขภาพ (Community support and health services) และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร (Communication and information)

³ การจัดเป็น 3 กลุ่มขององค์ประกอบหลัก ปรับมาจาก (Jackisch, Zamaro, Green, & Huber, 2015).



ภาพที่ 2.3 องค์ประกอบของแนวคิดเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

ที่มา: ปรับจาก (World Health Organization, 2007) และ (Jackisch, Zamaro, Green, & Huber, Is a healthy city also an age-friendly city?, 2015)

การสร้างสภาพแวดล้อมของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุตามแนวทางของ 8 องค์ประกอบหลักนี้ จำเป็นต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันในหลายระดับ และหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม ตัวผู้สูงอายุเองและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ครอบครัวและเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดระบบที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน เช่น การจัดการที่อยู่อาศัยที่สอดคล้องกับระบบบริการด้านสุขภาพและระบบขนส่งมวลชน เป็นต้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผู้คนในทุกช่วงวัยที่อาศัยในเมืองนี้

2.1.3 แนวคิด Ageing in Place

Ageing in Place เป็นแนวคิดที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระในที่พักอาศัยของตัวเอง หรือภายในชุมชนให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตอยู่ในบ้านและสภาพแวดล้อมเดิมไปตลอดชีวิตของพวกเขา อีกทั้ง การเคลื่อนย้ายไปสู่อยู่ที่ใหม่ของผู้สูงอายุมีต้นทุนที่สูงกว่าคนในช่วงวัยอื่นๆ โดยเฉพาะต้นทุนทางด้านจิตใจที่มีความรู้สึกผูกพันกับถิ่นที่อยู่ (place attachment) แนวคิดนี้เริ่มปรากฏขึ้นในแผนปฏิบัติการนานาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Madrid International Plan of Action on Ageing - MIPAA) ซึ่งกำหนดประเด็นหลักในการพัฒนาสำหรับผู้สูงอายุไว้ 3 ประเด็น คือ 1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา 2) สูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ และ 3) สร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม โดยในประเด็นสุดท้ายเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับบ้านพักและสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัย ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ภายในชุมชนของตนตามใจชอบ (Ageing in place) และมีบ้านพักอาศัยราคาถูกเป็นทางเลือกให้ผู้สูงอายุ ประกอบกับมีมาตรการต่างๆ ช่วยสนับสนุนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน การจัดสรรที่อยู่อาศัยอย่างเป็นธรรม จัดให้มีที่พักอาศัยที่ไปมาสะดวก และเป็นมิตรกับวัย ตลอดจนปรับปรุงการออกแบบที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการอยู่อย่างพึ่งตนเองโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ และปรับปรุงการคมนาคมขนส่งให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้และราคาถูก เป็นต้น

ดังนั้น การกำหนดแนวทางการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิมได้ ต้องมีการจัดเตรียมทั้งในด้านการจัดการที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม รวมถึงการจัดบริการรองรับความต้องการของผู้สูงอายุ การปรับปรุงบ้านสำหรับผู้สูงอายุไม่ได้มีประโยชน์เพียงให้สามารถอยู่อาศัยได้ หากแต่บ้านต้องกลายเป็นพื้นที่สำหรับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุด้วย (ทั้งที่เป็นบริการทางการแพทย์และไม่ใช่นิคมทางการแพทย์) ต้องมีการวางแผนปรับเปลี่ยน (retrofit) และออกแบบสภาพแวดล้อมในชุมชนใหม่เพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ เช่น การปรับเปลี่ยนพื้นที่ว่างหรือพื้นที่ที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ให้กลายเป็นศูนย์การแพทย์แบบ one-stop-service ภายในชุมชน (medical mall) เป็นต้น (Office of Policy Development and Research, 2013)

นอกจากนี้ แนวคิด Ageing in Place ยังให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิตในที่อยู่อาศัยและชุมชนเดิมได้อย่างมีความสุข (Age well in place and community) เพราะบ้านที่อยู่อาศัยไม่ได้มีแค่มิติเชิงกายภาพ แต่หมายถึงความรู้สึกความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และในชุมชน (เพื่อนบ้าน) ดังนั้น การอยู่ดีมีสุขในสถานที่พักอาศัยในบั้นปลายชีวิตของผู้สูงอายุ (residential wellbeing) ต้องประกอบไปด้วยสภาพแวดล้อมที่มีลักษณะสำคัญดังนี้ 1) ปลอดภัย และสะดวกสบาย (Safety and comfort) ผู้สูงอายุต้องรู้สึกว่าได้รับการปกป้องจากอันตรายหรือความเสี่ยงต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ 2) สามารถเข้าถึงบริการ สิ่งอำนวยความสะดวก และกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ของชุมชน 3) ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการเชื่อมต่อกับสังคมผ่านกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่รู้สึกถูกกีดกัน และเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่อาศัยอยู่ และ 4) ผู้สูงอายุสามารถแสดงออกซึ่งความต้องการของตัวเอง มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมที่เติมเต็มและมีความหมายต่อชีวิตของผู้สูงอายุ (Finlay JM, Gaugler JE and Kane RL, 2020)

อย่างไรก็ตาม ยังมีครัวเรือนผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่มีความมั่นคงทางการเงิน โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย หรือแม้กระทั่งกลุ่มที่มีรายได้ปานกลาง กำลังเผชิญกับความท้าทายกับภาระค่าใช้จ่ายด้านที่อยู่อาศัยในยามสูงวัย แม้ภาครัฐจะมีนโยบายช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจน แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงความต้องการบริการสนับสนุนต่างๆ ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ดังนั้น ชุมชนท้องถิ่นจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดให้ทางเลือกสำหรับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ (Affordable housing options) เพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถใช้ชีวิตในที่อยู่อาศัยเดิมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.1.4 แนวคิดความสามารถในการเข้าถึงและหาที่อยู่อาศัยได้ (Affordable-Accessible Housing)

ประเทศไทยจะได้รับผลกระทบโดยตรง จากแนวโน้มหรือทิศทางการเปลี่ยนแปลงของประชากร โดยเฉพาะในเรื่องความต้องการที่อยู่อาศัย หรือ Housing Need ในอนาคต ด้วยผลของการเติบโตประชากรที่ค่อนข้างคงตัวและมีทิศทางที่จะลดลงด้วยแล้ว ผนวกกับรูปแบบการกระจายตัวของโครงสร้างอายุของผู้อาศัย ที่มีเด็กในจำนวนที่ลดลง แต่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่การเพิ่มขึ้นของแรงงานค่าจ้างต่ำ ล้วนส่งผลกระทบต่อความต้องการด้านที่อยู่อาศัยอย่างชัดเจน ในประเด็นเรื่องความต้องการที่อยู่อาศัยนี้ ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุจัดเป็นกลุ่มที่มีความต้องการเป็นพิเศษ (Household with Special Needs) ที่พักอาศัย หรือบ้านของผู้สูงอายุ ทั้งในรูปแบบของการเป็นเจ้าของหรือเป็นผู้เช่า ย่อมต้องการรูปแบบที่เฉพาะ เช่น ใกล้เส้นทางขนส่ง ไม่ไกลจากสถานพยาบาล บริการภาครัฐต่างๆ รวมถึงบริการสังคมหรือชุมชนใกล้เคียงเพื่อการสังสรรค์ หรือสังคมนาสุขภาพ เป็นต้น ขณะเดียวกัน กลุ่มคนกลุ่มนี้ก็มีแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการเป็น Cost Burden หรือหมายถึง การใช้จ่ายสำหรับเรื่องที่พักอาศัย รวมถึงการชำระเงินกู้ซื้อบ้าน (Mortgage Cost) หรือค่าเช่า (Gross Rent) มากกว่าร้อยละ 30 ของ

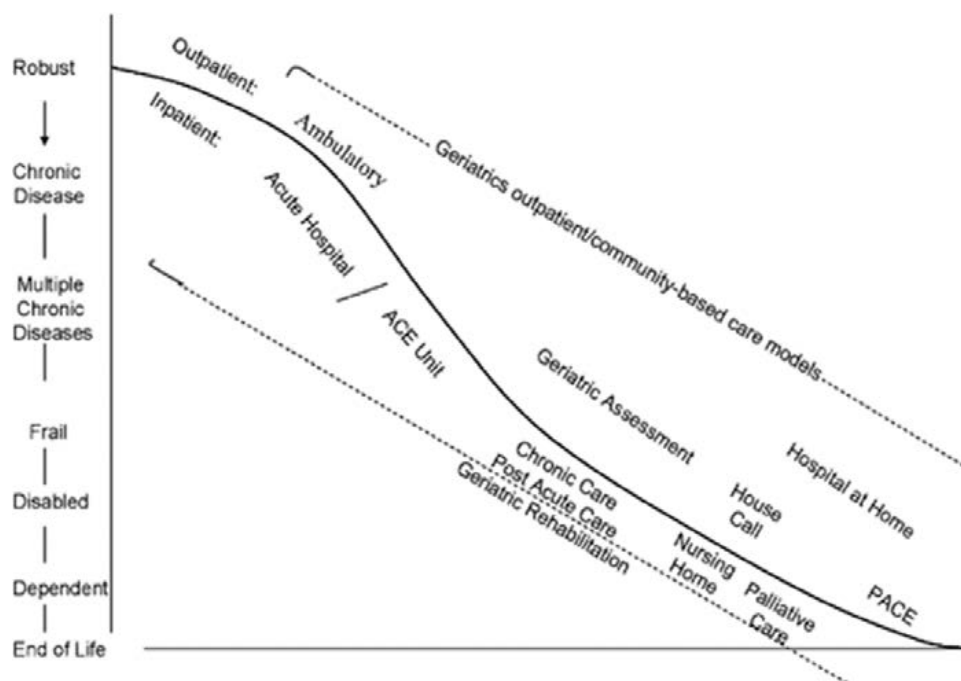
รายได้ครัวเรือนที่หามาได้ หรือถ้ามากกว่าร้อยละ 50 ก็เรียกได้ว่า เป็น Severely Cost Burden (สำนักงาน ศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2560)

ดังนั้น แนวคิดเรื่อง Affordable-accessible housing หรือการจัดที่อยู่อาศัยในลักษณะที่ส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงและหาที่อยู่อาศัยได้ จึงเป็นกรอบสำคัญที่จะนำมาใช้ร่วมพิจารณาในการศึกษาอุปสงค์และอุปทานของที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุด้วย

2.1.5 แนวคิด Integrated Care and Support Services for Older People (ICOPE)

ในวัยสูงอายุ เป็นช่วงที่เริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้นด้วยสมรรถนะของร่างกายที่เสื่อมถอย ประกอบกับเงื่อนไขของการดำเนินชีวิตและอยู่อาศัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้น การออกแบบระบบการดูแลและบริการสนับสนุนที่เชื่อมโยงกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละชั้นเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษานี้ ได้นำแนวคิดเรื่อง The Geriatric ‘‘Continuum of Care’’ Services (McNabney, Willging, และ Durso, 2009) ที่เป็นการนำเสนอระบบบริการด้านสุขภาพอันเชื่อมโยงกับระดับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกชั้น มาใช้เป็นกรอบในการสำรวจสถานะของการให้บริการสนับสนุนที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบัน รวมถึงบริการที่ควรจะมีในอนาคตเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ



ภาพที่ 2.4 The ‘‘Continuum of Care’’ for Older Adults

ที่มา: (McNabney, Willging, & Durso, 2009)

การศึกษาเพื่อการวางแผนเรื่องการจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุและระบบบริการสนับสนุน ต้องสอดคล้องไปกับการจัดบริการสนับสนุนภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว หรือ Long-Term Care System for the Elderly ในประเทศไทย ซึ่งหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลระยะยาว คือ ความต่อเนื่อง

เชื่อมโยงของบริการ ทั้งนี้มาตรการสร้างความเชื่อมโยงต่อเนื่องของบริการประกอบด้วย การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการที่เกี่ยวข้อง การเชื่อมโยงข้อมูล การจัดบริการระยะกลางเพื่อเชื่อมต่อบริการทางการแพทย์ระยะเฉียบพลันและบริการดูแลระยะยาว การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานการจัดการภาวะแวดล้อมในบ้านและชุมชน และการจัดบริการฟื้นฟูเชิงรุกในชุมชน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2002) ได้กำหนดแนวคิดภาวะพลัดพลัง (Active Aging) ขึ้นในช่วงปลายทศวรรษที่ 90 โดยให้ความหมายไว้ว่าเป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลก โดยคาดว่าภาวะพลัดพลังจะเป็นหนทางเดียวที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุทั่วโลก แนวคิดนี้ได้รับการนำเสนอแก่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาประชากรผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี มีความตระหนักในคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิต มีความสามารถในทางสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนมีศักยภาพที่จะพึ่งพิงตนเองเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้ และใช้ความสามารถที่มีอยู่ในการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว บุคคลอื่น และสังคม โดยภาวะพลัดพลังประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) สุขภาพที่ดี (health) 2) การมีส่วนร่วม (participation) 3) ความมั่นคงหรือการมีหลักประกัน (security) (ระวี สัจจโสภณ, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (มาสริน ศุกลปักษ์; กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, 2560) พบว่า เมื่อพิจารณาทั้ง 3 องค์ประกอบจะเห็นได้ว่า องค์ประกอบด้านการมีสุขภาพที่ดีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะการมีสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ภาระการพึ่งพิงในสังคมของผู้สูงอายุลดลง รวมถึงลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลดังนั้นเรื่องของสุขภาพจึงมีความสำคัญเป็นอันดับแรกเมื่อเปรียบเทียบกับอีกสององค์ประกอบภายใต้บริบทของผู้สูงอายุสังคมไทย เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบที่จะส่งผลให้มีสุขภาพดีตามแนวคิดภาวะพลัดพลัง (Active Aging) จะต้องประกอบไปด้วย

1. การประเมินสุขภาพของตนเอง (Self-rated health status) เป็นการประเมินสถานะสุขภาพของตนเองว่าดีหรือไม่ดี หรืออยู่ในระดับใด รวมถึงการประเมินสุขภาพของตนเองจากประวัติการตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น ความดันโลหิต การประเมินภาวะโภชนาการ เป็นต้น

2. สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) เป็นการประเมินคุณค่าในตนเอง ประเมินสุขภาพจิตรวมถึงการประเมินคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจอันเป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุเกิดความเป็นตัวของตัวเอง การยอมรับตนเอง การมีความงอกงามในตนจากการมีสัมพันธภาพที่ดี

3. ความพิการ (Disability) เป็นการประเมินความพิการด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ว่ามีความพิการหรือไม่ จำนวนความพิการ เช่น ตาบอด หูหนวก อัมพฤกษ์

4. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of daily living) เป็นการประเมินการพึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

5. ข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง (Functional Limitation) ทำให้ผู้สูงอายุมีอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง เช่น ไม่สามารถนั่งยองได้ ยกของหนักไม่ได้ หรือการเดินขึ้นบันไดได้เพียง 2-3 ชั้น

6. การมีกิจกรรมทางกาย/ การออกกำลังกาย (Physical Activity/Exercise behavior) เป็นการกระทำของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายทุกรูปแบบ เช่น การเดินทาง การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา เป็นต้น

7. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental activity of daily living) เป็นความสามารถในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การใช้ไม้เท้า รถเข็น เครื่องครัว

8. การมองเห็น เป็นการประเมินเกี่ยวกับสายตาโดยผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามองเห็นชัดเจนหรือไม่ชัดเจน การมองเห็นที่ไม่ดีอาจทำให้ผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม จนอาจส่งผลให้เกิดความพิการได้

9. การได้ยิน เป็นการประเมินการฟังโดยผู้สูงอายุประเมินตนเองถึงระดับการได้ยินว่าปกติหรือไม่ปกติ

สำหรับกรอบแนวคิดอื่นๆ ในการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย เช่น การศึกษาของชนิษฐา นันทบุตร และคณะ (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2559) ได้ทำการถอดบทเรียนองค์ความรู้ที่เกิดจากการดำเนินงานกับเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น สรุปได้เป็น 6 แนวทางกิจกรรม ประกอบด้วย

1. การพัฒนาศักยภาพ เริ่มตั้งแต่การฝึกอบรมให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองตามภาวะสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การฝึกสมอง ร่างกายเพื่อป้องกันและฟื้นฟูการเสื่อมตามวัย การฝึกการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้ม ถัดมาคือการฝึกอบรมสมาชิกในครอบครัวให้ดูแลผู้สูงอายุได้ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจภาวะเสื่อมตามวัย และสามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม การฝึกอบรมอาสาสมัครอื่นๆ ในชุมชน เพื่อให้ช่วยดูแลในกรณีที่เกินความสามารถของครอบครัวหรือผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ลำพัง การส่งเสริมให้บุคลากรทางสาธารณสุขในชุมชนเรียนต่อเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถจัดการปัญหาต่างๆ ที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุได้ ตลอดจนการจัดหาผู้ดูแลให้กับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือมาก

2. การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ตั้งแต่การจัด ปรับบ้านและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมภายในบ้านให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิต ตลอดจนการปรับสภาพแวดล้อมของสถานที่สาธารณะต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง เช่น ศาสนสถาน ตลาด สวนสาธารณะ สถานที่ราชการ เป็นต้น การสร้างศูนย์บริการให้ยืมอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุ เช่น เติงลม รถเข็น แก้ว ไม้เท้า เป็นต้น การสนับสนุนให้มีกลุ่มช่วยเหลือผู้สูงอายุ การจัดการอาหาร การจัดการยา อาสาพาออกนอกบ้าน บริการแม่บ้านในการทำงานบ้านต่างๆ

3. การพัฒนาระบบบริการ เช่น บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน บริการรับ-ส่ง 24 ชั่วโมงเพื่อการรักษาช่วยเหลือหรือกรณีฉุกเฉิน บริการศูนย์ผู้สูงอายุ (day care center) บริการรับ-ส่งผู้สูงอายุเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ บริการให้คำปรึกษาทางไกล และการเปิดช่องทางพิเศษเพื่อให้บริการผู้สูงอายุ

4. การจัดตั้งกองทุนหรือจัดให้มีสวัสดิการช่วยเหลือกัน การกำหนดให้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งในสวัสดิการของกองทุนชุมชน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกอย่างน้อย 1 กองทุน การมีธนาคารความดีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

5. การพัฒนาระบบข้อมูลและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริม แก้ไข/จัดการปัญหาผู้สูงอายุ โดยคนในชุมชนและการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

6. การพัฒนา กฎ กติกา ระเบียบ แนวปฏิบัติ เพื่อหนุนเสริมการดำเนินกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น โดยกฎกติกาต่างๆ นั้นจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

จากแนวคิดข้างต้น มีข้อสังเกตว่า บริการสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะถูกพูดถึงการดูแลด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่การดูแลด้านสังคมและอื่นๆ มักถูกกล่าวถึงน้อย การออกแบบระบบการดูแลและบริการสนับสนุนที่เชื่อมโยงกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละชั้น จึงเป็นโจทย์คำถามที่ต้องพัฒนาจากแนวคิดข้างต้นต่อไป

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาทบทวนประเภทและรูปแบบของการจัดบริการที่บ้านให้กับผู้สูงอายุ (Home Care Service for Elderly) ของ วราลักษณ์ สงวนแก้ว⁴ ที่แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. กลุ่มบริการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีและสามารถพึ่งพาตนเองได้ ประกอบไปด้วย บริการด้านอาหาร (Meals and other food services) การให้บริการส่วนตัว (Personal care services) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) บริการที่มบุคลการสหสาขาวิชา (Allied health /therapy services) บริการที่มแพทย์เฉพาะทาง (Specialized support services)

2. กลุ่มบริการที่มุ่งหมายให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่พักอาศัยอย่างปลอดภัย ประกอบไปด้วย บริการช่วยเหลือภายในบ้าน (Domestic assistance) บริการดูแลรักษาบ้าน (Home maintenance services) บริการซ่อมแซมบ้าน (Home modification services) บริการช่วยเหลือด้วยอุปกรณ์และเทคโนโลยี (Goods, equipment and assistive technology)

3. กลุ่มบริการที่มุ่งหมายให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอก ประกอบไปด้วย บริการขนส่ง (Transport services) บริการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social support services)

โดยสรุป งานวิจัยนี้ต้องการประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวข้างต้นเพื่อเป็นกรอบในการค้นหาคำตอบสำหรับการจัดการที่อยู่อาศัยที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน ตลอดจนเปิดโอกาสให้สามารถเข้าถึงได้ทั้งที่อยู่อาศัยเชิงกายภาพที่เหมาะสม และบริการสนับสนุนที่ครอบคลุมทุกชั้นของสถานะสุขภาพตลอดช่วงชีวิต ทั้งนี้ การศึกษาอุปสงค์และอุปทานด้านที่อยู่อาศัย รวมถึงการดูแลสุขภาพและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีมิติที่ต้องพิจารณาดังต่อไปนี้

⁴ นักจัดการความรู้ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย เป็นผู้ศึกษาทบทวนการจัดบริการที่บ้านให้กับผู้สูงอายุ (Home Care Services for Elderly) และบริบทในต่างประเทศ (วราลักษณ์ สงวนแก้ว, 2563)

ตารางที่ 2.1 มิติที่สำคัญในการวิเคราะห์อุปสงค์และอุปทานด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ

ด้านที่อยู่อาศัย	ด้านบริการสนับสนุน
<p>1. โครงสร้างทางกายภาพของที่อยู่อาศัย (physical structure of dwelling) ที่จะส่งผลต่อสุขภาพกายของคนในบ้าน ได้แก่ ขนาดของพื้นที่อยู่อาศัย วัสดุที่ใช้ในการสร้าง การจัดสภาพแวดล้อมภายในที่พักอาศัย ความสะอาดและสุขอนามัย การออกแบบพิเศษเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ (เช่น ขนาดประตูสำหรับรถเข็นเข้าได้ ราวจับบริเวณทางเดิน และห้องน้ำ เป็นต้น)</p> <p>2. สภาพแวดล้อมในชุมชนที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรม การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เป็นอาสาสมัครหรือทำงานเพื่อชุมชน</p> <p>3. การจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกที่อยู่อาศัย (immediate housing environment) ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการต่างๆ ได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ พื้นที่สีเขียว ระบบขนส่งภายในชุมชนที่เชื่อมต่อกับพื้นที่ภายนอก ระบบการจัดการขยะมูลฝอย การป้องกันภัยพิบัติต่างๆ</p>	<p>1. บริการด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 1) การส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองตามภาวะสุขภาพ (สำหรับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว) 2) การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉพาะทาง (โรคอัลไซเมอร์ โรคสมองเสื่อม โรคทางสายตาและการได้ยิน) 3) การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน 5) การจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ (เช่น อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เครื่องช่วยหายใจ รถเข็น เป็นต้น) 6) บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล</p> <p>2. บริการดูแลรักษา และซ่อมแซมบ้าน รวมถึงบริการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน</p> <p>3. บริการช่วยเหลือการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ 1) บริการด้านอาหาร (เช่น ซื้อและจัดส่ง จัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการเฉพาะ เป็นต้น) 2) บริการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (เช่น การดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนตัว การรับประทานยา และการเคลื่อนไหวภายในบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น) 3) บริการผู้ดูแลพิเศษ</p> <p>4. บริการช่วยเหลือภายในบ้าน ได้แก่ 1) ทำความสะอาดบ้านและบริการซักล้างต่างๆ (ผู้ช่วยงานบ้าน) 2) ดูแลบุตรหลาน 3) ดูแลสัตว์เลี้ยงและต้นไม้ 4) ซื้อของและจัดส่งถึงบ้าน 5) จ่ายค่าสาธารณูปโภค</p> <p>5. บริการช่วยเหลือด้านการเดินทาง ได้แก่ 1) รับ-ส่งเพื่อไปพบแพทย์ หรือไปทำกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ในชุมชน 2) รับ-ส่งระหว่างที่พักอาศัยกับระบบขนส่งสาธารณะต่างๆ 3) อาสาสมัครพาออกไปพักผ่อนนอกที่พำนัก</p> <p>6. บริการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น เช่น กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น</p> <p>7. การจัดตั้งกองทุน/ระบบสวัสดิการชุมชนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้</p>

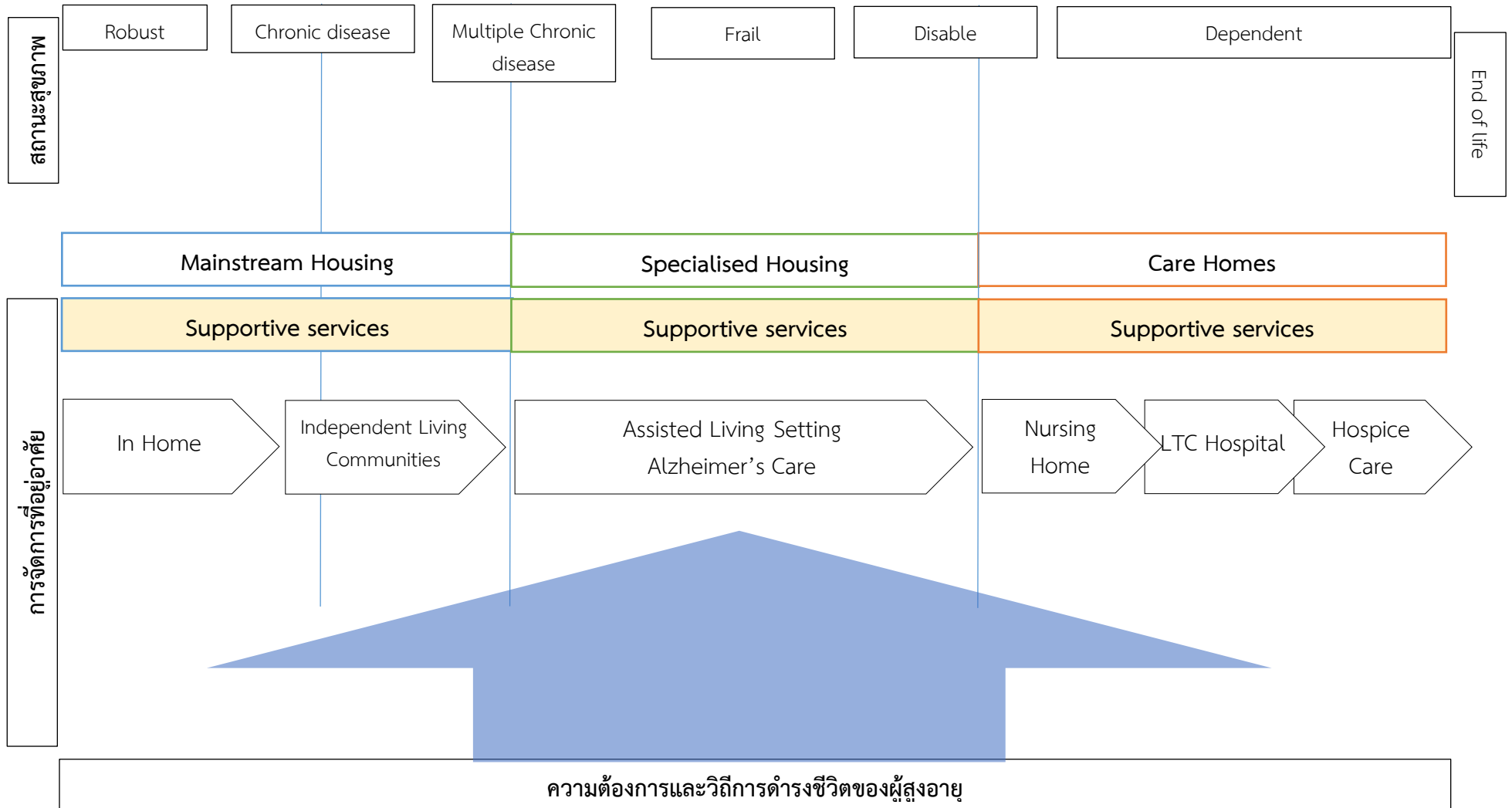
2.2 กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัยนี้มุ่งสำรวจอุปสงค์และอุปทาน (เฉพาะของภาคเอกชน) ด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ รวมถึงการจัดบริการสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในที่อาศัยเดิมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุด และยืดระยะเวลาการเข้าสู่ขั้นต่อไปของ continuum of care โดยมีการกรอบในการศึกษาดังนี้

1) การสำรวจอุปทานหรือการดำเนินการด้านที่อยู่อาศัย และระบบบริการสนับสนุนที่มีอยู่สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย กำหนดขอบเขตเฉพาะที่ให้บริการโดยภาคเอกชน โดยพิจารณาจากรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุตามแนวคิด The continuum of care for older people ที่สอดคล้องกับการจัดแบ่งประเภทธุรกิจดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย แบ่งได้ออกเป็น 5 รูปแบบ คือ 1) บ้านพักคนชรา (residential Home) 2) สถานบริการช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living) 3) สถานบริบาล (Nursing Home) 4) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term Care Hospital) และ 5) สถานดูแลระยะสุดท้าย (Hospice Care) (กองธุรกิจบริการกรมพัฒนาธุรกิจการค้า, 2562) ทั้งนี้จะมีการเปรียบเทียบความแตกต่างของแต่ละภูมิภาค ด้วยความแตกต่างของบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ capacity ของผู้ให้บริการ หรือหน่วยงานที่ให้บริการ

2) การสำรวจอุปสงค์หรือความต้องการด้านที่อยู่อาศัย และระบบบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ รวมถึงศึกษาวิถีการดำรงชีวิต (living conditions) และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุภายในที่อยู่อาศัยและชุมชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสเปกตรัมของความความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและระบบบริการทางสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

3) การประเมินเพื่อหาช่องว่างระหว่างมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุในบริบทที่เหมาะสมกับสังคมไทย กับสถานะด้านอุปสงค์และอุปทานด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับบริหารจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ รวมถึงมีการส่งเสริมการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม



ภาพที่ 2.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา

บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา

3.1 แนวทางการดำเนินโครงการ/วิธีการดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมหลายขั้นตอน (Sequential mixed method) เพื่อมุ่งทำความเข้าใจความต้องการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและบริการที่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐในประเทศไทยในแต่ละกลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน แต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 : ศึกษาและกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุในบริบทที่เหมาะสมกับสังคมไทย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุทั้งงานในประเทศไทยและงานในต่างประเทศ เพื่อพัฒนาขึ้นมาเป็นร่างมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างสถานะของอุปทานด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่มีอยู่ กับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบัน

2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทั้งภาครัฐ เอกชน วิชาการ และภาคประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวข้องกับด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 : ศึกษาอุปทานด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Elderly Housing Supply) ที่มีการให้บริการในประเทศไทย โดยเฉพาะที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน

พื้นที่ทำการศึกษา การศึกษาในขั้นนี้เริ่มจากการคัดเลือกพื้นที่เพื่อสำรวจบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุมีการให้บริการโดยภาคเอกชนในประเทศไทย ตามประเภทลักษณะการให้บริการได้แก่

- สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (Day Care)
 - บริการสำหรับผู้สูงอายุ ในบ้านเดิมที่พักอาศัย
 - บริการ Senior Co-Housing (coho) หรือ รูปแบบชุมชนที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีขนาดเล็ก
 - บริการบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ Residential home ทั้งบ้านพักเดี่ยว และที่พักรวม
 - บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยสถานพยาบาล (Nursing home)
 - บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยโรงพยาบาล (Long-term care hospital)
- นอกจากนี้ ยังจำแนกบริการดังกล่าวตามประเภทขององค์กรที่ให้บริการ โดยจำแนกเป็น
- องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร
 - ภาคเอกชน
 - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - ส่วนราชการอื่นๆ

ทั้งนี้ จะทำการคัดเลือกพื้นที่ทำการศึกษาจากแต่ละกลุ่มประเภทบริการและองค์กรที่ให้บริการ กลุ่มละอย่างน้อย 1 แห่ง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยทำการศึกษาในประเด็นดังนี้

1) ศึกษาคุณลักษณะ โครงสร้างพื้นฐานของบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท ศึกษากรอบคูลมรูปแบบบริการ การบริหารจัดการ กำลังคน ระบบข้อมูล และงบประมาณ/ค่าใช้จ่าย โดยการสังเกต (Observation) สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง (In-depth interview) และเก็บข้อมูลจาก Secondary data ที่มี

2) ศึกษารูปแบบบริการสนับสนุน (Supportive services) ในบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท ศึกษากรอบคูลมรูปแบบบริการ การบริหารจัดการ กำลังคน ระบบข้อมูล และงบประมาณ/ค่าใช้จ่าย โดยการสังเกต (Observation) สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง (In-depth interview) ได้แก่ เจ้าของ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและเก็บข้อมูล Secondary data ที่มี

3) ศึกษาผู้รับบริการของการจัดบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท จากฐานข้อมูลผู้รับบริการทำการวิเคราะห์ Potential customers ของแต่ละ Supply เพื่อระบุว่า “ผู้มาใช้บริการตัวจริง” ของบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภทคือใคร ทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามศูนย์บริการละ 30 ชุด 12 แห่ง รวม 360 ชุด แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ทำให้สถานที่พักผู้สูงอายุหลายแห่ง ไม่เปิดบ้านให้บุคคลภายนอกเข้าไป ดังนั้น ทางทีมวิจัยมีความจำเป็นต้องเลือกศูนย์/สถานดูแลผู้สูงอายุแห่งใหม่ เพื่อมาทดแทนที่เดิม รวมถึงลดจำนวนการเก็บแบบสอบถามลงเหลือ 100 ชุด

4) ถอดบทเรียน วิเคราะห์และสังเคราะห์บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ควรเป็นอย่างไร โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ควรได้รับบริการมาตรฐานอย่างไร

5) ประเมินการต้นทุนสำหรับบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ควรเป็นเท่าไร ในกรณีที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนประมาณการต้นทุนดังกล่าวควรเป็นเท่าไร ประเมินการต้นทุนสำหรับบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ควรเป็นเท่าไร

6) จัดเวทีประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 3 : สำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ คณะผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่อง “Human Centered service design” ซึ่งเป็นวิธีการออกแบบการให้บริการบนฐานของกระบวนการแก้ไขปัญหา (problem-solving process) เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์อย่างแท้จริง⁵ มาใช้ในการออกแบบการเก็บข้อมูลบางส่วน ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

⁵ กระบวนการออกแบบบริการตามแนวคิด “Human Centered Service Design” ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดว่าใครคือผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งทำความเข้าใจผู้ใช้บริการ กิจกรรมทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง และบริบทเฉพาะของผู้ใช้บริการ (Identify the user and specify the context of use) 2) ค้นหาและระบุความต้องการของผู้ใช้บริการ (Specify the user requirements) โดยเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในกระบวนการออกแบบและพัฒนาบริการทุกขั้นตอน 3) ออกแบบและพัฒนาการให้บริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ (Produce design solutions) และ 4) ประเมินผลและปรับปรุงการออกแบบบริการให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้ (Evaluate design solutions against requirements) Invalid source specified.

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อค้นหาลักษณะเฉพาะของกลุ่มประชากรเป้าหมายในแต่ละพื้นที่

ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เช่น โครงสร้างเพศ อายุและการศึกษา สถานภาพการทำงาน สถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ รูปแบบการอยู่อาศัย การถือฤกษ์ภายในครอบครัว ความเป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน เป็นต้น เพื่อทำความเข้าใจลักษณะเฉพาะของกลุ่มประชากรเป้าหมายในแต่ละพื้นที่

2. การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแบบสอบถามในการสำรวจองค์ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน

ในการสำรวจองค์เกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและบริการที่เหมาะสมในการดำรงชีพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ผู้วิจัยเลือกใช้กรอบแนวคิดการวิจัยของ Andersen Model (Andersen & Newman, 2005) ในการออกแบบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในการศึกษาความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างต่อเนื่องยาวนาน

ในเวลาต่อมา Fu and Chui นักวิจัยชาวจีน ได้ปรับแนวคิดดังกล่าวใช้ในการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในประเทศจีน โดยยึดองค์ประกอบหลักตามแนวคิดของ Andersen แต่ได้ปรับเปลี่ยนองค์ประกอบย่อยให้เข้ากับบริบทของเอเชีย (Fu & Chui, 2020) สำหรับงานวิจัยนี้ จะยึดตามแนวทางของ Fu and Chui (2020) ในการออกแบบเครื่องมือวิจัย โดยเนื้อหาในแบบสอบถามมีรายละเอียดดังนี้

1. Predisposing characteristics ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา
2. Enabling factors ได้แก่ รูปแบบการอยู่อาศัย การมีผู้ดูแล สถานะทางการเงิน และจำนวนบุตร
3. Need factors ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจำนวนโรคเรื้อรัง

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมเนื้อหาในแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการด้านที่อยู่อาศัย ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงบ้าน การย้ายบ้าน และการเปลี่ยนที่อยู่อาศัยจากบ้านไปเป็นสถานที่จำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ และความต้องการบริการที่เหมาะสมในการดำรงชีพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นประเด็นการมีอยู่ของบริการ ความจำเป็นที่รัฐควรจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ และความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และการได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ในกลุ่มโรคที่นำไปสู่ภาวะติดเตียงของผู้สูงอายุอีกด้วย

ดังนั้น เนื้อหาของแบบสอบถามสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคำถามดังนี้

1) *ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้สูงอายุ:* เพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การทำงานและรายได้ สถานะด้านสุขภาพและข้อจำกัดในการใช้ชีวิต การอยู่อาศัยและโครงสร้างครัวเรือน และการถือฤกษ์จากบุตร

2) *ข้อมูลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย:* ลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบันและความเป็นเจ้าของ ทางเลือกที่เป็นไปได้เกี่ยวกับที่อาศัยในปัจจุบัน บทบาทของบุตรหลานเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน เหตุผลที่ปัจจุบันไม่ตัดสินใจเลือกที่อยู่อาศัยในประเภทอื่น ความต้องการเกี่ยวกับประเภทและลักษณะของที่อยู่อาศัยในปัจจุบันในกรณีที่สามารถเลือกได้อย่างอิสระ ความต้องการเกี่ยวกับประเภทและลักษณะของที่อยู่อาศัยในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตใน

อนาคต เช่น ช่วงอายุ สถานะสุขภาพ การอยู่อาศัย เศรษฐกิจ เป็นต้น และการวางแผนเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในอนาคต

3) **ข้อมูลเกี่ยวกับบริการสนับสนุน:** บริการที่ได้รับในปัจจุบัน ความต้องการเกี่ยวกับบริการในปัจจุบันในกรณีที่สามารถเลือกได้อย่างอิสระ ความต้องการเกี่ยวกับบริการในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตในอนาคต เช่น ช่วงอายุ สถานะสุขภาพ การอยู่อาศัย เศรษฐกิจ เป็นต้น และการวางแผนเกี่ยวกับบริการในอนาคต

หลังจากออกแบบเครื่องมือวิจัยในการรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จะทำการทดสอบความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และความเหมาะสมของภาษากับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสำรวจข้อมูลด้านสังคมศาสตร์ หลังจากนั้นจะปรับเครื่องมือวิจัยตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วทดสอบความเหมาะสมของเครื่องมือวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุยากจนในประเทศไทย

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกพื้นที่ศึกษาและการสุ่มตัวอย่าง

การเลือกพื้นที่และขนาดตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ความแตกต่างของความต้อการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและบริการที่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่มหานคร เมืองและเขตชนบทของแต่ละภูมิภาค โดยกำหนดพื้นที่มหานครได้แก่ กรุงเทพฯ เขตเมืองในการศึกษานี้เป็นพื้นที่ในอำเภอเมืองของจังหวัดในกลุ่มเมืองหลัก และในกลุ่มเมืองรองของแต่ละภูมิภาค ส่วนเขตชนบทเป็นพื้นที่ในอำเภออื่นๆ ของจังหวัดในกลุ่มเมืองหลัก และจังหวัดในกลุ่มเมืองรองของแต่ละภูมิภาค

การกำหนดขนาดตัวอย่าง Green (Green, 1991) ได้เสนอว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอนุมานควรมีจำนวนอย่างน้อย 500 ตัวอย่างขึ้นไปในแต่ละพื้นที่ที่สนใจ ในขณะที่ความแม่นยำของผลการศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่เพิ่มขึ้น (Wooldrige, 2012) เมื่อพิจารณาหลักทางสถิติร่วมกับข้อจำกัดของงบประมาณ กำลังคนและเวลา ในการศึกษานี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2,500 คน โดยมีสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง : เขตชนบท เท่ากับ 50 : 50 จำนวนตัวอย่างในแต่ละจังหวัด เท่ากับ 250 คน แบ่งเป็นเขตเมือง 125 คน และเขตชนบท 125 คน ทั้งนี้ ขนาดตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ย่อยดังแสดงตารางด้านล่าง เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำเสนอความแตกต่างระหว่างภูมิภาคและความแตกต่างระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทได้อีกด้วย

ตารางที่ 3. 1 ขนาดตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ย่อย

	กรุงเทพ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	รวม
เขตเมือง	500	250	250	250	250	1,500
เขตชนบท		250	250	250	250	1,000
รวม	500	500	500	500	500	2,500

การสุ่มเลือกจังหวัด จะใช้เกณฑ์ 1) เป็นจังหวัดในกลุ่มเมืองหลัก และจังหวัดในเมืองรอง 2) เป็นจังหวัดที่มีความแตกต่างของพื้นที่เขตเมือง และเขตเมืองอย่างชัดเจน 3) เป็นจังหวัดที่มีความเข้มแข็งของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 4) มีเครือข่ายในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับชุมชน และ 5) มีความปลอดภัยในการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการเลือกจังหวัดจะเลือก 1 จังหวัดในกลุ่มเมืองหลักของแต่ละ

ภูมิภาค (5 ภูมิภาค) และจะเลือก 1 จังหวัดในกลุ่มเมืองรองของแต่ละภูมิภาค (4 ภูมิภาค ไม่นับกรุงเทพมหานคร) ซึ่งพื้นที่ศึกษาประกอบไปด้วยจังหวัด ดังนี้

	กรุงเทพฯ และ ปริมณฑล	ภาคเหนือ	ภาคกลาง	ภาคอีสาน	ภาคใต้
เมืองหลัก	กรุงเทพฯ	เชียงราย	อยุธยา*	อุบลราชธานี**	สงขลา
เมืองรอง		ลำปาง	นครสวรรค์	มหาสารคาม	ปัตตานี

หมายเหตุ: *เดิมกำหนดเป็นจังหวัดชลบุรี แต่เนื่องจากวิกฤตการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ภายในพื้นที่จนถูกยกระดับเป็นพื้นที่สีแดง ทางทีมวิจัยจึงเปลี่ยนพื้นที่ศึกษาเป็นจังหวัดอยุธยา เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลในชุมชนได้

** เปลี่ยนจากจังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากทีมอาจารย์มหาวิทยาลัยและทีม อสม. ในพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเก็บข้อมูลในช่วงวิกฤตการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 โดยที่ยังมีลักษณะของเมืองหลักในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเช่นเดียวกับจังหวัดอุดรธานี

การเลือกพื้นที่ สำหรับเขตเมือง (เมืองหลัก และเมืองรอง) จะเลือกพื้นที่ชุมชนในเขตอำเภอเมือง หรืออำเภอที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจสูงในแต่ละจังหวัด โดยใช้ความเห็นของเครือข่ายในพื้นที่ร่วมกับการสุ่มอย่างง่ายในการสุ่มเลือกชุมชนที่จะศึกษา สำหรับเขตชนบท (เมืองหลัก และเมืองรอง) จะเลือกพื้นที่ชุมชนในอำเภออื่นๆ ที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจต่ำในแต่ละจังหวัดที่ถูกเลือกในการสำรวจข้อมูลประชากรในเขตเมือง โดยจะใช้ความเห็นของเครือข่ายในพื้นที่ร่วมกับการสุ่มอย่างง่ายในการสุ่มเลือกชุมชนที่จะศึกษา

สำหรับการเตรียมพื้นที่ในการสำรวจข้อมูล นักวิจัยจะเข้าไปยังพื้นที่ในการศึกษา เพื่อวางแผนการสำรวจข้อมูลให้กระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ของชุมชนร่วมกับผู้นำชุมชน รวมทั้งขอความร่วมมือจัดหาคนนำทางในการสำรวจข้อมูล และขอความกรุณาผู้นำชุมชน และคนนำทางแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการสำรวจข้อมูล

การสุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการสุ่มเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่กำหนด และเก็บข้อมูลผู้สูงอายุเฉพาะที่มีความยากจนและมีรูปแบบการอยู่อาศัยที่กำหนด ในกรณีที่ไม่พบผู้สูงอายุลักษณะดังกล่าวในพื้นที่ หรือพบแต่มีจำนวนไม่ครบตามโควตาที่กำหนด ให้สุ่มเก็บข้อมูลในพื้นที่ใกล้เคียงจนได้จำนวนครบตามโควตาที่กำหนด ในแต่ละพื้นที่ย่อยกำหนดจำนวนตัวอย่างโดยใช้โควตาตามรูปแบบการอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 เป็นฐานในการคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ย่อย และนิยมเชิงปฏิบัติการมีรายละเอียดดังนี้

ความยากจน

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2560 มีเพียงข้อมูลคำถามรายได้เฉลี่ยต่อปีในการเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัว (รวมรายได้ที่ไม่ใช่ตัวเงิน) โดยมีกลุ่มรายการของคำตอบ 13 กลุ่ม

0 = ไม่มีรายได้

1 = ต่ำกว่า 10,000 บาท

2 = 10,000 - 19,999 บาท

3 = 20,000 - 29,999 บาท

4 = 30,000 - 39,999 บาท

- 5 = 40,000 - 49,999 บาท
- 6 = 50,000 - 59,999 บาท
- 7 = 60,000 - 69,999 บาท
- 8 = 70,000 - 79,999 บาท
- 9 = 80,000 - 99,999 บาท
- 10 = 100,000 - 299,999 บาท
- 11 = 300,000 - 499,999 บาท
- 12 = 500,000 บาทขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์สัดส่วนผู้สูงอายุยากจนด้วยนิยามความยากจนด้านรายได้ที่แตกต่างกัน พบว่า ประมาณร้อยละ 82 ของผู้สูงอายุมีรายได้น้อยกว่า 100,000 บาท ทั้งนี้เกณฑ์พิจารณาตามบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ กำหนดให้ผู้มีสิทธิได้รับบัตร จะต้องมียาได้น้อยกว่า 100,000 บาท และสัดส่วนผู้สูงอายุยากจนลดลงมาเหลือเพียงร้อยละ 49 เมื่อกำหนดให้คนจน คือ ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาท (มีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจน \times 12 เดือน) ในขณะที่ข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่า วันที่ 31 ธันวาคม 2562 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 10,666,803 คน และมีผู้สูงอายุที่ได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ 4,669,961 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2563) โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐประมาณร้อยละ 42 ดังนั้นจึงกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติความยากจน คือ ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อไป

รูปแบบการอยู่อาศัย

ในตอนต้นที่ 4 ลักษณะการอยู่อาศัย (ถามอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป) ของการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2560 มีข้อความถาม ".....(ชื่อ).....อยู่บ้านนี้กับใครบ้าง" ถามเฉพาะผู้ที่ไม่ได้อยู่คนเดียวในครัวเรือน (หน้าปก ข้อ 8. บันทึกจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 1 คน)

- F36 การมีคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน
- F37 การมีบุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน
- F38 การมีบุตรเขย/บุตรสะใภ้ อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน
- F39 การมีบุตรของบุตร อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน
- F40 การมีพ่อ/แม่ อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน
- F41 การมีพี่/น้อง/ญาติ อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน
- F42 การมีเพื่อน อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน
- F43 การมีผู้รับจ้างดูแลผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน
- F44 การมีคนรับใช้/ลูกจ้าง อาศัยอยู่ด้วยในครัวเรือน

โดยมีกลุ่มรายการของคำตอบ 3 กลุ่มรายการ

- 0 = ไม่อยู่
- 1 = อยู่
- 3 = ไม่ทราบ

หลังจากนั้นทำการจัดรูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนผู้สูงอายุ ได้เป็น 6 กลุ่มได้แก่

1. ผู้สูงอายุคนเดียว
2. ผู้สูงอายุ + คู่สมรส
3. ผู้สูงอายุ + วยพึ่งพิง (พ่อแม่ หรือหลานวัยเด็ก)
4. ผู้สูงอายุ + บุตรหลาน (บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) บุตรของบุตร พี่/น้อง/ญาติ)
5. ผู้สูงอายุ + คนอื่น (เพื่อน ผู้รับจ้างดูแล คนรับใช้/ลูกจ้าง บุตรเขย/บุตรสะใภ้ กรณีไม่มีบุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) ในครัวเรือน)
6. อื่นๆ มีรูปแบบการอยู่อาศัยผสม

เมื่อพิจารณาการกระจายตัวรูปแบบการอยู่อาศัยของประชากรอายุ 55 ปีขึ้นไปที่มีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี จำแนกตามภูมิภาค พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคนอื่น และอื่นๆ มีรูปแบบการอยู่อาศัยผสมมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำประมาณร้อยละ 1-5 ดังนั้นในการกำหนดขนาดตัวอย่างแต่ละพื้นที่ย่อยตามโควตา รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จึงได้เสนอให้ถือว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคนอื่น ถือเป็นเสมือนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง (กลุ่มที่ 1) เนื่องจากแม้จะไม่ได้อยู่ลำพังจริง แต่ก็ไม่มีสายสัมพันธ์ที่มั่นคงกับผู้ที่อยู่อาศัยด้วย และตัดกลุ่มรายการอื่นๆ และใช้การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพอธิบายคุณลักษณะและข้อมูลอื่นๆ ที่ต้องการจากกลุ่มตัวอย่างเหล่านั้นแทน

ขนาดตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ย่อยดังแสดงตารางด้านล่าง ในขณะที่วงวนการเลือกตัวอย่างจะคำนึงถึงสัดส่วนเพศ (ผู้ชายประมาณร้อยละ 40) และสถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วยเช่นเดียวกัน (ติดสังคม ประมาณร้อยละ 98 ติดบ้านประมาณร้อยละ 1 และติดเตียงประมาณร้อยละ 1)

ตารางที่ 3. 2 โควตากลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่
กลุ่มติดสังคม

ผู้สูงอายุติดสังคม จังหวัดในภูมิภาคอื่นๆ	รวม	ชาย			หญิง		
		55-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	55-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป
พื้นที่เขตเมือง	113	32	16	9	31	16	9
1. ผู้สูงอายุคนเดียว	13	3	2	1	3	2	1
2. ผู้สูงอายุ + คู่สมรส	22	7	3	1	7	3	1
3. ผู้สูงอายุ + วยพึ่งพิง	7	3	1	0	3	1	0
4. ผู้สูงอายุ + บุตรหลาน	71	19	10	7	18	10	7
พื้นที่เขตชนบท	113	32	16	9	31	16	9
1. ผู้สูงอายุคนเดียว	13	3	2	1	3	2	1
2. ผู้สูงอายุ + คู่สมรส	23	7	3	1	7	3	1
3. ผู้สูงอายุ + วยพึ่งพิง	10	4	1	0	4	1	0
4. ผู้สูงอายุ + บุตรหลาน	67	18	10	7	17	10	7

กลุ่มติดบ้านและติดเตียง

	กรุงเทพ	จังหวัดในภาคอื่นๆ
เขตเมือง	50	12
ติดบ้าน + อายุ 55-69 ปี	17	4
ติดบ้าน + อายุ 70 ปีขึ้นไป	16	4
ติดเตียง + อายุ 55-69 ปี	10	2
ติดเตียง + อายุ 70 ปีขึ้นไป	8	2
เขตชนบท		12
ติดบ้าน + อายุ 50-69 ปี		4
ติดบ้าน + อายุ 70 ปีขึ้นไป		4
ติดเตียง + อายุ 55-69 ปี		2
ติดเตียง + อายุ 70 ปีขึ้นไป		2

การกำหนดโควตากลุ่มย่อยของกรุงเทพมหานคร

กลุ่มติดสังคม

ผู้สูงอายุติดสังคม จังหวัดในภูมิภาคอื่นๆ	รวม	ชาย			หญิง		
		55-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป	55-69 ปี	70-79 ปี	80 ปีขึ้นไป
พื้นที่เขตเมือง	450	143	59	23	143	59	23
1. ผู้สูงอายุคนเดียว	33	11	4	2	11	3	2
2. ผู้สูงอายุ + คู่สมรส	61	20	9	1	21	9	1
3. ผู้สูงอายุ + วัยพึ่งพิง	5	2	0	0	2	1	0
4. ผู้สูงอายุ + บุตรหลาน	351	110	46	20	109	46	20

กลุ่มติดบ้านและติดเตียง

	กรุงเทพ	จังหวัดในภาคอื่นๆ
เขตเมือง	50	12
ติดบ้าน + อายุ 55-69 ปี	17	4
ติดบ้าน + อายุ 70 ปีขึ้นไป	16	4
ติดเตียง + อายุ 55-69 ปี	10	2
ติดเตียง + อายุ 70 ปีขึ้นไป	8	2
เขตชนบท		12
ติดบ้าน + อายุ 50-69 ปี		4
ติดบ้าน + อายุ 70 ปีขึ้นไป		4
ติดเตียง + อายุ 55-69 ปี		2
ติดเตียง + อายุ 70 ปีขึ้นไป		2

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

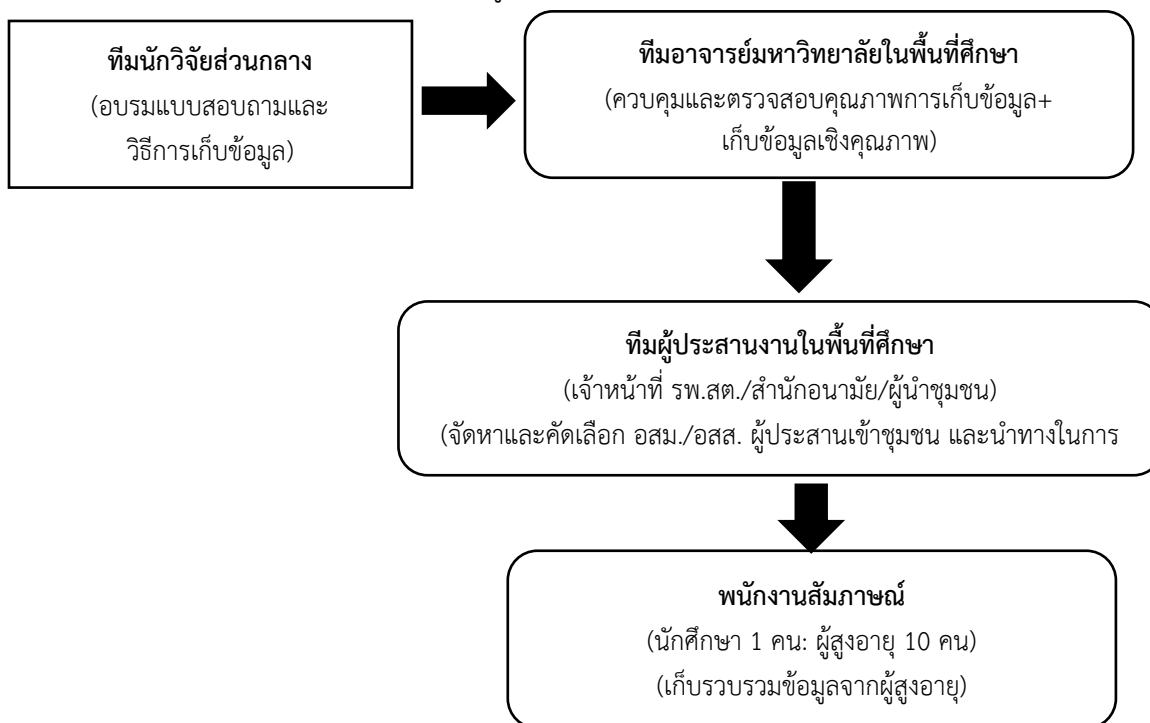
การวิเคราะห์ข้อมูลจะมุ่งเน้นตอบคำถามเกี่ยวกับ 1) สถานการณ์ของที่อยู่อาศัยในปัจจุบันและบริการที่ได้รับของครัวเรือนในแต่ละกลุ่มย่อย เช่น ช่วงอายุ สถานะสุขภาพ เป็นต้น 2) ความต้องการเพิ่มเติมเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในปัจจุบันและบริการสนับสนุนที่ได้รับ และ 3) ความต้องการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตในอนาคต เช่น ช่วงอายุ สถานะสุขภาพ การอยู่อาศัย เศรษฐกิจ เป็นต้น รวมทั้งการวางแผนเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในอนาคตของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มย่อย

นอกจากนี้ จะมีการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐในอนาคต โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ **กลุ่มแรก** เป็นกลุ่มผู้ที่ไม่เคยมีบ้านหรือมีบ้านที่ไม่เหมาะสมกับการอยู่อาศัย จำเป็นต้องปรับปรุงหรือย้ายออก **กลุ่มที่สอง** เป็นกลุ่มผู้พึ่งพิงด้านสุขภาพ หรือผู้ติดเตียง และ **กลุ่มที่สาม** เป็นกลุ่มผู้ที่ไม่มียุติแล โดยใช้ผลการคาดการณ์ประชากร ปี 2553-2583 เป็นฐานวิเคราะห์จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐ และส่วนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ความต้องการบริการที่เหมาะสมในการดำรงชีพของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มย่อยประชากร (Population subgroup) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจของรัฐในการจัดบริการที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต

การสร้างทีมเก็บข้อมูลในพื้นที่และการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ในช่วงที่ยังมีวิกฤติการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ทางทีมวิจัยจึงอาศัยวิธีการพัฒนา “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หรือ “อสม.” ในพื้นที่ต่างจังหวัด และในเขตกรุงเทพมหานคร คือ “อาสาสมัครสาธารณสุข” หรือ “อสส.” เป็น “คนนำทาง” และคัดเลือกนักศึกษาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละครัวเรือนในพื้นที่ศึกษา โดยประสานงานผ่านเครือข่ายวิจัยที่เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยในแต่ละพื้นที่ศึกษา รวมถึงประสานงานผ่านโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ให้เป็นทีมผู้ประสานงานในระดับพื้นที่ย่อย และช่วยคัดเลือก อสม. และ อสส. ซึ่งทีมเก็บข้อมูลภาคสนามจะประกอบไปด้วย



ภาพที่ 3. 1 โครงสร้างการเก็บข้อมูลภาคสนาม

สำหรับการควบคุมคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่สามารถลงพื้นที่ต่างจังหวัดได้ ทีมนักวิจัยจะเป็นผู้อบรมการทำแบบสอบถาม รวมถึงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลกับพนักงานสัมภาษณ์ในพื้นที่ แต่หากทีมนักวิจัยจากส่วนกลางไม่สามารถเดินทางข้ามจังหวัดไปยังพื้นที่ศึกษาได้ เนื่องจากข้อกำหนดห้ามการเดินทางเพื่อลดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ก็จะใช้วิธีการอบรมผ่านทางออนไลน์นี้ให้กับทีมอาจารย์มหาวิทยาลัยในพื้นที่ศึกษา ซึ่งจะเป็นเสมือนนักวิจัยในพื้นที่ คอยควบคุมและตรวจสอบคุณภาพการเก็บข้อมูลในสนามทันที ทั้งนี้ เนื้อหาการอบรมจะประกอบด้วย การเข้าบ้านและค้นหาประชากรเป้าหมายในการวิจัย การถามคำถามในแต่ละข้อ โดยเฉพาะคำถามที่อาจมีความอ่อนไหว การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ โดยเฉพาะคำตอบที่ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ และไม่ตอบ ข้อควรปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินระหว่างการสำรวจข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบความสอดคล้องของคำตอบแต่ละข้อ

3. การสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง

สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง หมายถึง กลุ่มที่ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ได้แก่ ผู้สูงอายุไร้บ้าน และผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัด ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก (hard-to-reach population) รวมทั้งกลุ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มย่อยที่เข้าถึงได้ยาก เช่น ผู้สูงอายุที่ติดเตียงและอาศัยอยู่กับคนอื่น ผู้สูงอายุที่ติดสังคมและอาศัยอยู่คนเดียว เป็นต้น เป็นต้น จะใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำนวนประมาณ 5 คน ต่อ 1 จังหวัดที่เป็นพื้นที่เดียวกับที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดย

อาศัยการให้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้พื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองท้องถิ่น หรือ หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น แนวคำถามครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับความต้องการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและบริการเช่นเดียวกับคำถามในแบบสอบถาม

4. การจัดประชุมกลุ่มย่อยกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ความเห็นต่อผลการรวบรวมความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนในแต่ละกลุ่มย่อยของผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยและสถานะสุขภาพที่แตกต่างกัน รวมถึงให้ข้อเสนอแนะต่อระบบการจัดการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ทั้งในมิติของสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นอยู่ และการคาดการณ์ถึงระบบรองรับในอนาคต

ส่วนที่ 4 : พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

หลังจากที่ได้ข้อมูลจากการศึกษาทั้ง 3 ส่วนข้างต้นแล้ว จะได้ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์และจัดประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำเสนอผลการศึกษาและพัฒนาไปสู่ข้อมูลสำหรับการทำ Cost Estimations และกำหนดนโยบายของรัฐบาลกลางและท้องถิ่นเพื่อจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อจัดการด้านที่อยู่อาศัยและให้บริการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรือที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับบริบทไทยต่อไป

3.2 กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

3.2.1 กลุ่มเป้าหมายในการสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

3.2.1.1 ผู้สูงอายุในสถานบริการ/สถานดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 100 ราย⁶ เพื่อสำรวจลักษณะของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ (potential customer) ตลอดจนรูปแบบของบริการที่ได้รับ

3.2.1.2 ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 2,500 ราย เพื่อสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive services) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ ทั้งนี้ ในการกำหนดกลุ่ม “ผู้สูงอายุยากจน” ในประเทศไทย จะใช้นิยามเชิงปฏิบัติการความยากจนจากการมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เนื่องจาก

1) เป็นการวัดความยากจนที่พิจารณาหลายองค์ประกอบ และผู้ได้รับบัตรต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ มีสัญชาติไทย มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสถานะว่างงานหรือมีรายได้รวมไม่เกิน 100,000 บาทต่อปี ไม่มีทรัพย์สินทางการเงิน ได้แก่ เงินฝากธนาคาร สลากออมสิน สลาก ธ.ก.ส. พันธบัตรรัฐบาล และตราสารหนี้ หรือถ้ามีทรัพย์สินทางการเงินดังกล่าวต้องไม่เกิน 100,000 บาท

2) เป็นการวัดความยากจนในความหมายกว้างกว่าเส้นความยากจน (ประมาณ 2,200 – 3,300 บาทต่อเดือน แตกต่างกันไปตามพื้นที่) โดยบัตรสวัสดิการแห่งรัฐกำหนดความยากจนด้านรายได้ที่ประมาณ 8,333

⁶ เดิมตั้งไว้ 360 ราย แต่เนื่องจากความยากลำบากในการเก็บข้อมูลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบกับการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงลดขนาดตัวอย่างเหลือ 100 ชุด เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ใช้บริการ แต่ไม่ได้นำมาคาดประมาณจำนวนประชากร ดังนั้นการลดจำนวนตัวอย่างจึงไม่มีผลต่อการวิเคราะห์ในภาพรวม

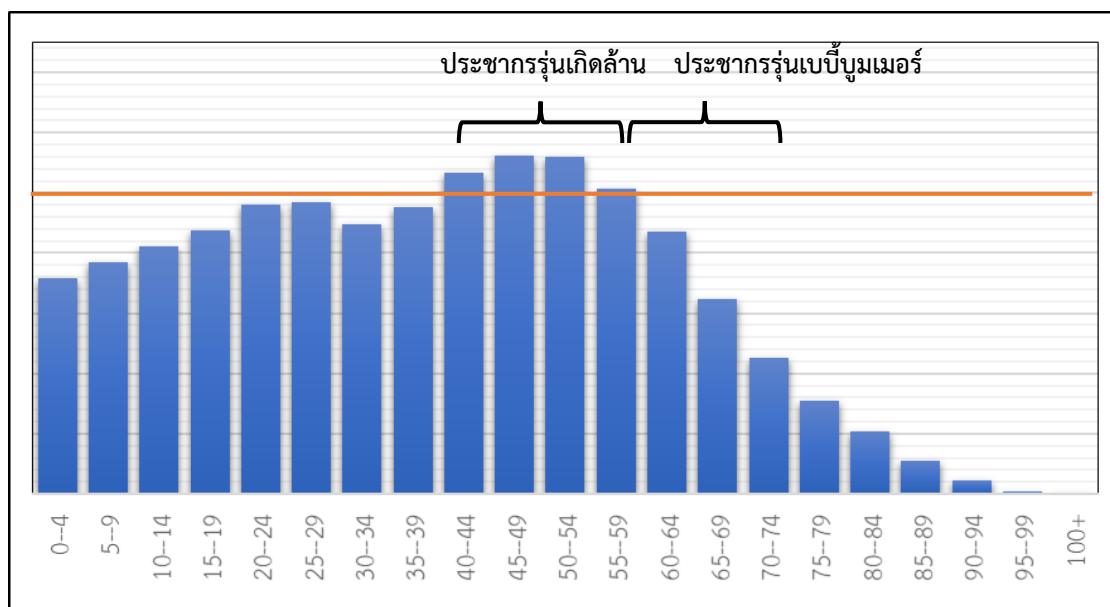
บาทต่อเดือน สูงกว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของประชากรไทยในควินไทล์ที่ 3 เห็นได้ว่า เป็นการนิยามความยากจนที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำสุด 3 ใน 5 ของประเทศไทย

3) ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เนื่องจากเป็นผู้ที่ไม่มีรายได้จากการทำงาน และมีแนวโน้มมอบมรดกให้บุตรหลานแล้ว ในขณะที่แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุจากการศึกษาที่ผ่านมา คือ การเก็บกู้จากบุตรหลาน ไม่ได้นำมาใช้ในการคำนวณรายได้รวมของผู้สมัครรับสิทธิบัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่อย่างใด และ

4) เป็นนิยามที่ชัดเจนและรับทราบโดยทั่วไปภายในสังคม การระบุและเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในชุมชนทำได้ง่ายด้วยเครือข่ายผู้นำชุมชน สำหรับกรณีที่ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หากมีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี กำหนดให้เป็นประชากรเป้าหมายของการศึกษาด้วยเช่นกัน

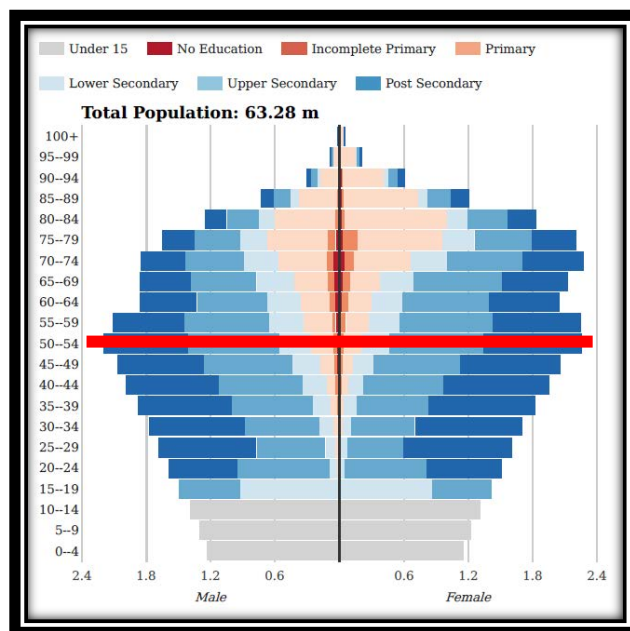
การกำหนดกลุ่มอายุกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา พิจารณาจากรุ่นปีเกิดของประชากรเป็นหลัก กล่าวคือ ปัจจุบันประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่เกิดในรุ่นเบบี้บูมเมอร์ เป็นช่วงเวลาที่มียุทธศาสตร์ประชากรเกิดในแต่ละปีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และในปี 2563 ประชากรรุ่นเบบี้บูมเมอร์มีอายุในช่วง 56-74 ปี ในขณะเดียวกันในอนาคตอันใกล้ประเทศไทยจะมีประชากรจำนวนมากเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ หรือที่เรียกกันว่า สีนามิผู้สูงอายุ โดยเป็นประชากรในรุ่นเจนเอ็กซ์ในปี 2563 มีอายุในช่วง 42-55 ปี หรือประชากรรุ่นเกิล้าน ในปี 2563 มีอายุช่วง 37-57 ปี (ดูภาพที่ 3.1 และภาพที่ 3.2 ประกอบ)

อย่างไรก็ดี ผู้สูงอายุในอนาคตจากประชากรในรุ่นเจนเอ็กซ์ หรือประชากรรุ่นเกิล้าน มีการสะสมทุนมนุษย์ด้านการศึกษามากกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันที่เกิดในรุ่นเบบี้บูมเมอร์อย่างเห็นได้ชัด การประกอบอาชีพ คุณค่า คำนิยม การสะสมความมั่งคั่ง ความต้องการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและบริการ รวมทั้งการวางแผนรับมือในชีวิตหลังเกษียณอายุจากการทำงานย่อมแตกต่างกัน ดังนั้น ในการศึกษาที่กำหนดกลุ่มอายุของประชากรที่ศึกษา 55 ปีขึ้นไป เพื่อให้ครอบคลุมประชากรทั้งรุ่นปีเกิดของเบบี้บูมเมอร์



ภาพที่ 3. 2 จำนวนประชากรไทย ปี 2563 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา: (Wittengenstein Centre for Demography and Global Capital, 2018)



ภาพที่ 3. 3 จำนวนประชากรไทย ปี 2563 จำแนกตามกลุ่มอายุ และระดับการศึกษา
ที่มา: (Wittengenstein Centre for Demography and Global Capital, 2018)

โดยสรุป เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการสำรวจนี้ ได้แก่

1. มีอายุ 55 ปีขึ้นไป
2. มีสัญชาติไทย
3. มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี

3.2.2 กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุไร้บ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัด จำนวน 5 ราย⁷ ในแต่ละจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษา

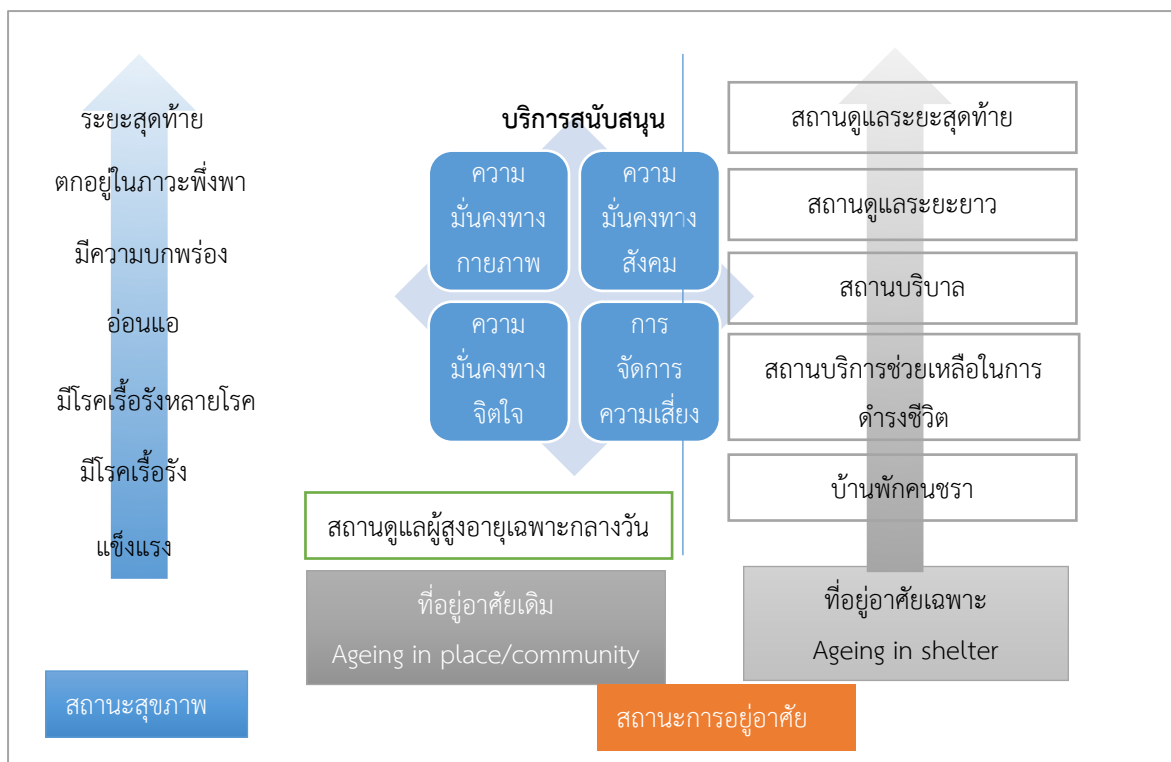
⁷ มีการลดจำนวนเพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุในมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

บทที่ 4

มาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและชุดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษามาตรฐานเรื่องที่อยู่อาศัยและชุดบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดำเนินการเพื่อพัฒนาเป็นร่างมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับวิเคราะห์เปรียบเทียบช่องว่างระหว่างสถานะของอุปสงค์และอุปทานด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่มีอยู่ในปัจจุบัน ดำเนินงานโดยการศึกษาระเบียบและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรฐานเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนทั้งงานในประเทศไทยและงานในต่างประเทศ รวมทั้งจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน

สำหรับ**มาตรฐานขั้นต่ำหรือข้อเสนอแนะมาตรฐานขั้นต่ำ** ในที่นี้ หมายถึง รายการการจัดบริการที่จำเป็น (necessary services) และเหมาะสม ในด้านบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่ควรจัดให้ผู้สูงอายุไทย โดยพิจารณาจากความเป็นอันเนื่องมาจากสถานะสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยในกรณี**บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ** ให้ความสำคัญกับความมั่นคงทางกายภาพ โดยเฉพาะที่พักอาศัย ซึ่งหากเป็นกรณี Ageing in place ก็จะหมายถึงบ้านพักที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่หรืออาจเป็นสถานที่พักเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น บ้านพักเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ หรือสถานบริการ เป็นต้น ส่วน**บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ** หมายถึง การจัดรูปแบบบริการที่สนับสนุนการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะที่ดี และใช้ชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ บริการด้านความมั่นคงทางกายภาพ (physical security) บริการด้านความมั่นคงทางสังคม (social security) บริการด้านความมั่นคงทางจิตใจ (mental security) และบริการด้านการจัดการความเสี่ยง (risk management service) บริการเหล่านี้จะทำให้ทั้งผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มที่ใช้ชีวิตที่บ้านและในสถานที่พักเฉพาะมีความเป็นอยู่ที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยแนวคิดการจัดบริการสนับสนุนในการศึกษาค้นคว้านี้ ให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงกับความต้องการตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละขั้นตอนด้วย โดยแบ่งสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุและสถานที่อยู่อาศัยดังนี้



ภาพที่ 4.1 การจัดการบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุตามสถานะสุขภาพและสถานะที่อยู่อาศัย

การนำเสนอเนื้อหาในบทนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 การทบทวนมาตรฐานเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ

ส่วนที่ 2 รูปแบบการให้บริการด้านที่อยู่อาศัย การจัดการบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

ส่วนที่ 3 การกำหนดร่างมาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุสำหรับบริบทประเทศไทย

แต่แต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

4.1 มาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ

โดยทั่วไป การกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุเป็นการกำหนดมาตรฐานแบบองค์รวม กล่าวคือ กำหนดตามมาตรฐานในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัย หรือบริการการสนับสนุนที่เหมาะสมกับที่อยู่อาศัยประเภทต่างๆ ในส่วนของการกำหนดมาตรฐานที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่เป็นการกำหนดมาตรฐานเฉพาะสำหรับบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลในที่นี้ เริ่มต้นด้วยมาตรฐานระหว่างประเทศ คือการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People-ICOPE) ขององค์การอนามัยโลก แล้วจึงนำเสนอข้อมูลของมาตรฐาน (บริการ) ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่เป็นบทเรียนของประเทศต่างๆ ได้แก่ ประเทศสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น สิงคโปร์ สหรัฐอเมริกา แคนาดา และโครงการนำร่องของสภาวิชาชีพยุโรปตามลำดับ

4.1.1 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People-ICOPE)

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ หรือ ICOPE เป็นคำแนะนำเพื่อชะลอความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เป็นแนวทางเพื่อช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและสังคมเข้าใจ ออกแบบและสามารถดำเนินการการดูแลในรูปแบบที่มีมนุษย์เป็นศูนย์กลางและมีการประสานงานกัน (person-centred and coordinated model of care) ได้ องค์การอนามัยโลกพยายามทำคำแนะนำนี้ โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นตัวแทนของ 6 ภูมิภาคในโลก มีการประชุมปรึกษาหารือในระดับโลกก่อนจะเผยแพร่คำแนะนำเรื่อง ICOPE ครั้งแรกในปี 2560 (World Health Organization, 2017)

คำแนะนำของ ICOPE เป็นไปตามกรอบการทำงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพดี (Healthy ageing) โดยเป้าหมายของ Healthy Ageing คือการช่วยเหลือให้ผู้คนในการพัฒนาและรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability) ของตนเองซึ่งจะช่วยให้ผู้คนมีความสุขหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี ศักยภาพในการทำหน้าที่ หมายถึง คุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งจะช่วยให้ผู้คนสามารถอยู่และกระทำการที่พวกเขาให้คุณค่าได้ ส่วนศักยภาพภายในหมายถึง องค์ประกอบรวมทั้งด้านศักยภาพทางกายภาพและจิตใจที่แต่ละคนสามารถจะใช้ชีวิตอยู่ได้ กรอบการทำงานเรื่อง Healthy Ageing ขององค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับเป้าหมายในการรักษาศักยภาพที่มีอยู่และความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลตลอดทุกช่วงของชีวิต ตั้งแต่ช่วงที่ยังมีความสามารถระดับสูง ไปจนถึงช่วงที่เสื่อมถอยและสูญเสียความสามารถ ทั้งในด้านความสามารถตามธรรมชาติและความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งเสื่อมถอยอันเนื่องจากโรคภัยและความสูงอายุ

ICOPE ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในระดับชุมชน เพื่อการตรวจพบและจัดการความเสื่อมถอยของสมรรถนะทางกายและจิตใจที่สำคัญ และแทรกแซงให้ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาตรฐานนี้อาจเป็นพื้นฐานสำหรับการวางแผนการดูแลระดับชาติ และการรวมเอาการดูแลผู้สูงอายุไว้ในโครงการการดูแลระดับปฐมภูมิ โดยใช้แนวทางแบบบูรณาการที่มีบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centred and integrated approach)

คำแนะนำ ICOPE และคำแนะนำเพิ่มเติม แบ่งการดูแลออกเป็น 3 Module รวม 13 คำแนะนำ ได้แก่

Module 1: ความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่ลดลง

- | | |
|---------------------------|---|
| การสูญเสียการเคลื่อนไหว | 1. ให้การแนะนำผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางกายลดลง (วัดจากความเร็วในการเดิน ความแข็งแรงในการยึดเกาะ และวิธีการวัดอื่นๆ) ให้มีการออกกำลังกายหลายรูปแบบ รวมถึงการฝึกการต้านทานความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และองค์ประกอบออกกำลังกายอื่นๆ (การทรงตัว ความยืดหยุ่นและการออกกำลังกายแบบแอโรบิค) |
| ภาวะทุพโภชนาการ | 2. ให้การแนะนำด้านอาหารและโภชนาการเสริมช่องปากกับผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในภาวะขาดสารอาหาร |
| ภาวะบกพร่องในการมองเห็น | 3. ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจคัดกรองความบกพร่องในการมองเห็นในการดูแลขั้นปฐมภูมิ และได้รับการดูแลอย่างทันที่ |
| ภาวะการบกพร่องในการได้ยิน | 4. ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินในเวลาที่เหมาะสมและได้รับการดูแลอย่างทันที่ |
| ความบกพร่องในการรับรู้ | 5. ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการรับรู้ ควรได้รับการกระตุ้นการรับรู้ ไม่ว่าจะมีการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นทางการหรือไม่ก็ตาม |
| ภาวะซึมเศร้า | 6. ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การซึมเศร้า ควรได้รับการรักษาทางจิตเวช โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุตามคำแนะนำขององค์กรอนามัยโลก (WHO mhGAP Intervention Guidelines) |

Module 2 กลุ่มอาการผู้สูงอายุ

- | | |
|--------------------------------|---|
| ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ | 7. ควรมีการเตรียมการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในเรื่องการรับรู้ |
| | 8. ควรให้คำแนะนำผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ฝึกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ร่วมกับการควบคุมกระเพาะปัสสาวะ และการตรวจสอบตนเอง |
| ความเสี่ยงในการล้ม | 9. ควรมีการทบทวนหรือยกเลิกการใช้ยาบางชนิดที่ไม่จำเป็นหรือเป็นอันตรายสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการล้ม |
| | 10. ควรให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายหลายรูปแบบสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการล้ม ทั้งในมิติความสมดุล ความแข็งแรง ความยืดหยุ่นและการฝึกร่างกายเฉพาะส่วน |
| | 11. ควรปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อขจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายที่อาจเป็นสาเหตุของการล้ม (ทั้งนี้เป็นไปตามการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ) |
| | 12. ควรมีการประเมินแบบบูรณาการพร้อมกับการแทรกเฉพาะบุคคลเพื่อลดความเสี่ยงและการล้มในผู้สูงอายุ |
| การสนับสนุนผู้ดูแล (caregiver) | 13. การแทรกแซงทางจิตวิทยา การฝึกอบรมและสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ไม่เฉพาะเรื่องความจำเป็นในการดูแลที่สลับซับซ้อน แต่รวมถึงการจัดการความเครียดของผู้ดูแลด้วย |

ที่มา: World Health Organization (WHO) 2017

เมื่อพิจารณาในแง่ของการสร้างมาตรฐานเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ ICOPE ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุโดยให้ความสำคัญกับมิติของสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง โดยคำแนะนำ 11 จาก 13 ข้อเป็นเรื่องเกี่ยวกับการจัดการทางด้านสุขภาพ และอีก 2 ข้อเกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อม และการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ นอกจาก ICOPE แล้ว องค์การอนามัยโลกได้จัดทำคู่มือสำหรับการประเมินแบบมีบุคคลเป็นศูนย์กลางและแนวทางการดูแลขั้นปฐมภูมิ เผยแพร่เมื่อปี 2562 (World Health Organization, 2019) ดังนั้น คำแนะนำของ ICOPE จะเป็นแนวทางกว้างๆ เพื่อใช้เป็นฐานในการพัฒนากรอบคิดเรื่องบริการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ต่อเนื่องในทุกขั้นตอนของชีวิต

ในส่วนของมาตรฐานเรื่องที่อยู่อาศัย แม้จะไม่มีแนวทางกำหนดไว้เป็นการเฉพาะ แต่อาจพิจารณาได้จากกรอบคิดเรื่องที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาพ (Healthy housing) และเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly city) ขององค์การอนามัยโลก ที่มีหลักการสำคัญในการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยทางกายภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมคุณภาพชีวิต หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือการออกแบบโดยใช้หลักการแบบอารยะสถาปัตย์ โดยให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมทางสังคมและการสนับสนุนของชุมชนด้วย (ดูรายละเอียดในบทที่ 2)

4.1.2 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนในต่างประเทศ

ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุทั้งจากองค์กรระหว่างประเทศ และประสบการณ์ของหลายประเทศ ที่บุกเบิกเพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ประเทศสหราชอาณาจักร

ประเทศออสเตรเลีย ประเทศญี่ปุ่น⁸ เมื่อพิจารณาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในหลายประเทศ พบว่าโดยทั่วไป การกำหนดมาตรฐานการดูแล มักเกิดขึ้นจากการกำหนดมาตรฐานเพื่อควบคุมการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในที่บั้นเฉพาะ ไม่ว่าจะเป็นบ้านพักคนชรา care home สถานะบริบาลและสถานดูแลระยะยาว การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยเกิดขึ้นมาในภายหลัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเสนอภาพรวมการดูแลที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนในสถานที่เฉพาะ (บ้านพัก) ร่วมกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยในประเทศนี้ๆ

4.1.2.1 ประเทศสหราชอาณาจักร

ประเทศสหราชอาณาจักรถือเป็นประเทศแรกๆ ที่บุกเบิกแนวคิดเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ มีการปรับปรุงมาตรฐานการดูแลในบ้านพักผู้สูงอายุ ผ่านคณะกรรมการมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระดับชาติ ต่อมาในปี 2544 กระทรวงสาธารณสุข⁹ ได้จัดทำกรอบการบริการสำหรับผู้สูงอายุระดับชาติ (National Service Framework for Older People) (Department of Health, 2001) เพื่อใช้เป็นมาตรฐานสมัยใหม่และรูปแบบการให้บริการ

กรอบการบริการสำหรับผู้สูงอายุระดับชาติ ถูกออกแบบภายใต้แผนการดูแลสุขภาพแห่งชาติ (National Health Services – NHS) ซึ่งเป็นการกำหนดโครงการลงทุนและปฏิรูปเพื่อสุขภาพและสวัสดิการสังคมในศตวรรษที่ 21 หลักการของ NHS Plan มีความสำคัญอย่างยิ่งกับระบบการดูแลผู้สูงอายุสมัยใหม่ หลักการสำคัญของ NHS Plan ได้แก่

- ให้บริการถ้วนหน้าตามความจำเป็น ไม่ใช่ความสามารถในการจ่าย
- ให้บริการแบบครอบคลุมทุกระดับ
- ออกแบบบริการตามความจำเป็นและความชอบของคนใช้แต่ละคน ครอบครัวและผู้ดูแล ใช้ person-centred approach มีเวทีผู้ป่วยและสมาชิกผู้ป่วยเป็นช่องทางการรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- ตอบสนองต่อความจำเป็นที่แตกต่างของประชากรที่แตกต่างกัน
- มีการทำงานเพื่อปรับปรุงคุณภาพและลดความผิดพลาดอย่างต่อเนื่อง
- สนับสนุนและให้คุณค่ากับบุคลากร
- กองทุนสาธารณะเพื่อสุขภาพ จะถูกใช้กับผู้ป่วยเท่านั้น
- มีทำงานร่วมกันเพื่อรับประกันการบริการของผู้ป่วยที่ไม่มีการสะดุด
- ช่วยประชาชนให้มีสุขภาพดีและทำงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ
- เคารพความลับของผู้ป่วยแต่ละคน และเปิดให้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบริการ ปฏิบัติการและสมรรถนะ

⁸ ตัวอย่างงานที่ทบทวนระบบการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ ได้แก่ วรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2559) ศึกษาาระบบและกลไกการดูแลทางสังคมของผู้สูงอายุในประเทศสหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลียและญี่ปุ่น; วรรณลักษณ์ สุวรรณระดา, รัตติยา ภูละออ, ปวีณา ถระกุล (2561) ศึกษาาระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในมหานครโตเกียวและไต้หวัน เป็นต้น

⁹ กระทรวงสาธารณสุขแห่งสหราชอาณาจักร ได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างและบทบาทเป็น กระทรวงสาธารณสุขและดูแลทางสังคม (Department of Health and Social Care) เมื่อเดือนมกราคม 2561 โดยขยายบทบาทหน้าที่จากการดูแลสุขภาพกาย ให้ครอบคลุมถึงการดูแลทางสังคมด้วย

กรอบการบริการระดับชาติ เป็นผลของการปรึกษาหารือกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและผู้เชี่ยวชาญชั้นนำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ถือเป็นยุทธศาสตร์แบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุฉบับแรกๆ ที่รับประกันบริการทางด้านสังคมและสุขภาพที่เป็นธรรม มีคุณภาพสูง และมีการบูรณาการเข้าด้วยกัน เป็นโครงการระยะ 10 ปีที่มีการเชื่อมโยงบริการเพื่อสนับสนุนการใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระและส่งเสริมสุขภาวะที่ดี ในกรอบการบริการจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม และกำหนดเป้าหมายการดูแลของแต่ละกลุ่มที่สอดคล้องกับสถานะทางสุขภาพไว้ดังนี้

1. **Entering Old Age** คือกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในสาขาอาชีพมีรายได้จากการจ้างงานหรือเลี้ยงดูบุตร ที่ยังมีความกระตือรือร้นและเป็นอิสระ และยังคงเป็นอยู่ในวัยทองตอนปลาย กล่าวอีกนัยหนึ่ง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ยังถือเป็นกลุ่มที่ “ติดสังคม” เป้าหมายนโยบายดูแลสุขภาพและสังคมของกลุ่มนี้ คือการส่งเสริมชีวิตที่มีชีวิตชีวา ลดระยะเวลาและโอกาสความเจ็บป่วย
2. **Transitional phase** ช่วงเวลาเปลี่ยนผ่าน เป็นกลุ่มคนที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนผ่านจากสุขภาพแข็งแรง ชีวิตที่กระตือรือร้นไปสู่ความอ่อนแอ กล่าวอีกนัยหนึ่ง สภาวะนี้ถือเป็นสภาวะเปลี่ยนผ่านจากการ “ติดสังคม” ไปสู่ภาวะ “ติดบ้าน” และ “ติดเตียง” การเปลี่ยนผ่านนี้มักจะเกิดขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 7 หรือ 8 ของชีวิต เป้าหมายในการดูแลคนกลุ่มนี้ คือการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นล่วงหน้าก่อนวิกฤติ และรับประกันการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันวิกฤติและลดการพึ่งพาในระยะยาว
3. **Frail Older People** ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ เพราะบาง เนื่องจากปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะหลอดเลือดสมอง และภาวะสมองเสื่อม ความอ่อนแอเหล่านี้มักเกิดขึ้นในช่วงสูงอายุตอนปลาย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มที่เริ่มมีอาการ “ติดบ้าน” ไปจนถึง “ติดเตียง” ดังนั้นเป้าหมายการดูแลกลุ่มนี้คือ การคาดการณ์และตอบสนองต่อปัญหา โดยตระหนักถึงปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัจจัยด้านการดูแลร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งส่งผลต่อความเป็นอิสระและคุณภาพชีวิต

กรอบการบริการผู้สูงอายุระดับชาติ แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อหลัก ซึ่งแม้จะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ แต่ก็ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคม แต่ละหัวข้อหลักมีองค์ประกอบมาตรฐานแต่ละแบบดังนี้

I. **เคารพในปัจเจกบุคคล** ขจัดการเลือกปฏิบัติเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพ และดำเนินการตามความจำเป็นของปัจเจกบุคคล การดูแลที่บุคคลเป็นศูนย์กลาง จะได้รับการสนับสนุนจากบริการบูรณาการแบบใหม่

Standard 1: ขจัดการเลือกปฏิบัติเนื่องจากอายุ

Standard 2: บริการโดยมีบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centred care) ปฏิบัติและดูแลต่อผู้สูงอายุในแบบปัจเจกบุคคล และช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง กระบวนการนี้จะสำเร็จได้ผ่านการประเมินแบบเดี่ยว ร่วมกับการจัดบริการแบบบูรณาการ รวมไปถึงการมีอุปกรณ์ในชุมชนและบริการอย่างต่อเนื่อง

II. **Intermediate care การดูแลระยะกลาง** อยู่ระหว่างการดูแลขั้นต้นกับบริการแบบพิเศษ ถูกออกแบบมาเพื่อป้องกันการเข้าโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น สนับสนุนการออกจากโรงพยาบาล และลดความต้องการการดูแลที่บ้าน แม้ผู้สูงอายุเป็นหลักในบริการนี้ แต่ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นกลุ่มเดียวที่ได้รับประโยชน์

Standard 3: การดูแลระยะกลาง ผู้สูงอายุจะเข้าถึงบริการการดูแลระยะกลางที่บ้านหรือสถานที่ที่กำหนด โดยส่งเสริมการใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระโดย เพื่อป้องกันการเข้าพักในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และให้บริการพักฟื้นอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น และป้องกันการเข้ารับการดูแลระยะยาวก่อนกำหนด หรือโดยไม่จำเป็น

III. การให้การดูแลพิเศษในเชิงประจักษ์ เนื่องจากการแทรกแซงที่ทันเวลาจะช่วยลดความจำเป็นด้านสุขภาพในระยะยาวได้

Standard 4: การดูแลรักษาในโรงพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลด้วยการดูแลอย่างเชี่ยวชาญที่เหมาะสมและโดยบุคลากรของโรงพยาบาลที่มีทักษะที่ถูกต้องที่จะบรรลุความต้องการ

Standard 5: ภาวะหลอดเลือดอุดตัน ดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดตัน โดยทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เหมาะสม ผู้ที่จะมีปัญหาภาวะหลอดเลือดอุดตันเข้าถึงบริการวินิจฉัย และได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมโดยบริการที่ชำนาญการ ผู้ป่วยพร้อมกับผู้ดูแล สามารถเข้าร่วมโครงการสหสาขาวิชาเพื่อป้องกันและฟื้นฟูแบบบูรณาการได้

Standard 6: การหกล้ม ทำงานเป็นภาคีร่วมกับสภา ดำเนินการเพื่อป้องกันการหกล้มและลดการบาดเจ็บในกลุ่มประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุที่หกล้มได้รับการปฏิบัติและฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพ พร้อมกับการที่ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการป้องกันจากบริการการล้มที่เชี่ยวชาญ

Standard 7: สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ที่จัดโดย NHS และสภา เพื่อให้มั่นใจว่าได้รับการวินิจฉัย รักษาและสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมชีวิตที่มีสุขภาพและกระตือรือร้น ไม่ได้เน้นเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุจะต้องมีชีวิตที่มีสุขภาพ ภาวะกระตือรือร้นและเป็นอิสระจากการสนับสนุนและครอบครัวด้วย NHS เน้นย้ำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอิสระของผู้สูงอายุ

IV. การส่งเสริมสุขภาพและชีวิตที่มีชีวิตชีวาสำหรับผู้สูงอายุ

Standard 8: การส่งเสริมสุขภาพและชีวิตที่มีชีวิตชีวาของผู้สูงอายุ ผ่านโครงการต่างๆ

มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับบ้านพักผู้สูงอายุ

ในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ มีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำระดับชาติสำหรับบ้านพักผู้สูงอายุ (National minimum standards for care homes for older people – The care home regulation) ออกภายใต้ข้อกำหนดในมาตรา 23 (1) กฎหมายการดูแล 2543 (The Care Standard Act, 2000)¹⁰ ประกาศใช้เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2546 มี 8 หัวข้อ รวมมาตรฐานขั้นต่ำ 38 ประการ ได้แก่

¹⁰ The Care Standard Act 2000 เป็นกฎหมายที่ตั้งคณะกรรมการว่าด้วยมาตรฐานการดูแลแห่งชาติ และสร้างกรอบการลงทะเบียนและควบคุมสำหรับบ้านพักเด็ก โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน บ้านพักผู้สูงอายุ ศูนย์พักพิงระดับครอบครัว องค์การแพทย์อิสระต่างๆ หน่วยงานดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานอุปถัมภ์ หน่วยงานพยาบาลและหน่วยงานรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม; เพื่อจัดตั้งหน่วยงานท้องถิ่นเพื่อตรวจสอบและควบคุมการรับบุตรบุญธรรม; เพื่อจัดตั้งสภาการดูแลสังคมทั่วไปและสภาการดูแลแห่งเวลส์ จัดทำข้อกำหนดสำหรับการลงทะเบียน กฎระเบียบ และการฝึกอบรมนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการเด็กแห่งเวลส์ เพื่อจัดทำกรอบการลงทะเบียน กฎเกณฑ์ และการฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแลเด็ก เพื่อคุ้มครองเด็กและผู้ใหญ่ที่เปราะบาง Invalid source specified.

ตารางที่ 4.1 มาตรฐานขั้นต่ำระดับชาติสำหรับที่พักผู้สูงอายุประเทศสหราชอาณาจักร

ทางเลือกของบ้าน: (มาตรฐานที่ 1-6)		
1	ข้อมูล	ผู้ที่คาดว่าจะรับบริการมีข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกว่าจะอาศัยอยู่ที่ไหน
2	สัญญา	มีการทำสัญญาที่เป็นรายลักษณะอักษรเกี่ยวกับกรอบและเงื่อนไขในบ้าน
3	การประเมินความจำเป็น	ผู้ใช้บริการทุกคนได้รับการประเมินความต้องการและทำให้มั่นใจว่าจะได้รับการตอบสนอง
4	การบรรลุความต้องการ	ผู้รับบริการและตัวแทน ทราบว่าจะได้รับบริการที่จำเป็นเมื่อเข้าพักที่บ้าน
5	การทดลองเยี่ยมชม	ผู้ที่คาดว่าจะใช้บริการ ญาติและเพื่อนมีโอกาสในการเยี่ยมชม ประเมินคุณภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกและความเหมาะสมของบ้าน
6	การดูแลขั้นกลาง	ผู้รับบริการที่ได้รับการประเมินและส่งต่อสำหรับบริการขั้นกลางจะได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้อิสระอย่างมากที่สุดและได้รับกลับบ้าน
การดูแลสุขภาพและการดูแลบุคคล (มาตรฐานที่ 7-11)		
7	ความลับและศักดิ์ศรี	ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับบริการด้วยความเคารพ และยังคงมีสิทธิในความเป็นส่วนตัว
8	การตาย	ผู้รับบริการมีความมั่นใจว่าในช่วงเวลาสุดท้าย เจ้าหน้าที่จะดูแลเขาและครอบครัวด้วยความใส่ใจและเคารพ
9	แผนการดูแล	มีการจัดทำแผนการดูแลส่วนบุคคล
10	การดูแลสุขภาพ	ผู้รับบริการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเองด้วยการช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น
11	การดูแลด้วยยา	ผู้รับบริการรับผิดชอบการใช้ยาของตนเอง และได้รับการปกป้องจากนโยบายและขั้นตอนการดำเนินการของบ้านในเรื่องการใช้ยา
กิจกรรมในชีวิตประจำวันและกิจกรรมทางสังคม (มาตรฐานที่ 12-15)		
12	อาหารและมื้ออาหาร	ผู้รับบริการได้รับอาหารที่สมดุลและพึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่พึงพอใจ ในเวลาที่สะดวก
13	กิจกรรมทางสังคม	ผู้รับบริการพบว่าวิถีชีวิตในบ้านสอดคล้องกับความคาดหวัง พึงพอใจกับความจำเป็นด้านกรนันทนาการ ศาสนา วัฒนธรรมและสังคม
14	การเชื่อมโยงกับชุมชน	ผู้รับบริการยังคงรักษาความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน ตัวแทนและชุมชนท้องถิ่นได้ตามความต้องการ
15	ความเป็นอิสระและทางเลือก	ผู้รับบริการได้รับความช่วยเหลือในการจัดการกับทางเลือกและควบคุมชีวิตตนเอง
การร้องเรียนและการคุ้มครองสิทธิ (มาตรฐานที่ 16-18)		
16	การร้องเรียน	ผู้รับบริการและญาติ มีความมั่นใจว่าข้อร้องเรียนจะได้รับการรับฟังและดำเนินการอย่างจริงจัง
17	สิทธิ	สิทธิตามกฎหมายของผู้รับบริการได้รับการคุ้มครอง
18	ความคุ้มครอง	ผู้รับบริการได้รับการปกป้องจากการละเมิด
สิ่งแวดล้อม		
19	ที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง	ผู้รับบริการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและได้รับการบำรุงรักษาอย่างดี
20	สิ่งอำนวยความสะดวกรวมกัน	ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งภายในและภายนอกอาคารที่สะดวกสบาย
21	ห้องน้ำและเครื่องซักผ้า	ผู้รับบริการมีห้องน้ำและเครื่องซักผ้าที่เหมาะสมและเพียงพอ

22	การดัดแปลงและอุปกรณ์	ผู้รับบริการมีอุปกรณ์พิเศษที่จำเป็น เพื่อให้มีอิสระมากที่สุด
23	ที่พักส่วนบุคคล: ข้อกำหนดด้านพื้นที่	ผู้รับบริการเป็นเจ้าของห้องที่สอดคล้องกับความจำเป็น หากเป็นอาคารสร้างใหม่ ต้องมีพื้นที่ใช้สอยขั้นต่ำ 12 ตารางเมตร ไม่รวมห้องน้ำ ถ้าเป็นอาคารเก่า (ก่อน 16 สิงหาคม 2545) อนุโลมให้ใช้พื้นที่ 10 ตารางเมตร ขนาดและการจัดวางพื้นที่ ต้องทำให้ผู้ดูแลและอุปกรณ์สามารถเข้าถึงได้ หากเป็นห้องรวม ไม่เกิน 2 ราย ผู้รับบริการต้องสามารถเลือกได้ ถ้าห้องรวม ต้องมีพื้นที่อย่างน้อย 16 ตารางเมตร
24	ที่พักส่วนบุคคล: เฟอร์นิเจอร์และอุปกรณ์	ผู้รับบริการ อาศัยอยู่ในห้องนอนที่ปลอดภัยและสะดวกสบาย พร้อมกับทรัพย์สินของตนเอง เตียงนอน กว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร มีม่านบังแสง มีกระจก หลอดไฟหัวเตียงหรือข้างเตียง ที่นั่งสำหรับ 2 คน ตู้เสื้อผ้าแบบปิด มีปลั๊กคู่ อย่างน้อย 2 ชุด โต๊ะข้างเตียง อ่างล้างมือ
25	บริการ: เครื่องทำความร้อนและแสงสว่าง	ผู้รับบริการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะดวกและปลอดภัย ห้องมีหน้าต่าง ความสูงของหน้าต่างต้องทำให้มองเห็นข้างนอก ต้องมีไฟฉุกเฉิน
26	บริการ: สุขอนามัยและการควบคุมการติดเชื้อ	บ้านสะอาด น่าพอใจและมีสุขอนามัย
บุคลากร		
27	การจัดหาบุคลากร (จำนวน)	บุคลากรมีจำนวนและทักษะผสมผสานกัน
28	คุณสมบัติ	ผู้รับบริการอยู่ในมือที่ปลอดภัยตลอดเวลา บุคลากรอย่างน้อย 50% ผ่านการอบรม
29	การจัดหา	มีนโยบายและแนวทางทางการดำเนินงานจัดหาบุคลากรของบ้านพักที่สนับสนุนและปกป้องผู้รับบริการ
30	การฝึกอบรม	บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและมีความสามารถในการทำงาน
การจัดการ		
31	ปฏิบัติการรายวัน	ผู้รับบริการอาศัยอยู่ในบ้านที่ดำเนินการโดยบุคลากรที่เหมาะสม มีคุณลักษณะที่ดี สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ผู้จัดการที่จัดทะเบียนต้องมีประสบการณ์บริหารจัดการงานผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ปี ในงานที่เกี่ยวข้อง มีการเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเงื่อนไขและโรคที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
32	ความน่าเชื่อถือ (ethos)	ผู้รับบริการได้ประโยชน์จากแนวทางการดำเนินงาน ภาวะผู้นำและความน่าเชื่อถือของบ้านพัก โดยพิจารณาจากความเข้าใจจุดมุ่งหมายองค์กรของทั้งบุคลากรและผู้รับบริการ กระบวนการดำเนินงานของบ้านพักมีความโปร่งใส
33	การประกันคุณภาพ	มีระบบประกันและติดตามคุณภาพที่มีประโยชน์ โดยให้ความสำคัญกับทัศนคติของผู้รับบริการด้วย
34	ขั้นตอนทางการเงิน	มีกระบวนการทางการเงินและบัญชีที่สามารถแสดงให้เห็นความมั่นคงขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
35	เงินของผู้ใช้บริการ	ผู้รับบริการสามารถควบคุมเงินของตนเองได้ ยกเว้นในกรณีที่พวกเขาไม่ต้องการหรือไม่สามารถดูแลได้ มีกระบวนการป้องกันเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของผู้รับบริการ

36	การควบคุมบุคลากร	บ้านพักมีนโยบายและแนวทางการจ้างงานขององค์กร ที่ถูกนำมาใช้จริง มีการเตรียมการ ฝึกอบรมและควบคุมดูแล โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องได้รับการตรวจสอบอย่างเป็นทางการปีละ 6 ครั้ง ทั้งในด้านการปฏิบัติงานในทุกมิติ ปรัชญาการดูแลในบ้าน และความต้องการพัฒนาอาชีพ
37	การเก็บรักษาบันทึก	มีการจัดทำบันทึกตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อคุ้มครองผู้รับบริการ และมีการเก็บรักษาและดูแลให้ถูกต้องและทันสมัยอยู่เสมอ
38	การทำงานแบบปลอดภัย	มีการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย เช่น ใช้เทคนิคในการเคลื่อนผู้รับบริการหรืออุปกรณ์ที่หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บ บุคลากรมีความเข้าใจในเรื่องการป้องกันและรับมืออัคคีภัย บุคลากรมีความรู้ในการปฐมพยาบาล มีการจัดเก็บอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมีการป้องกันการแพร่เชื้อโรค

ที่มา: สรุปและตีความจาก (Department of Health, 2003)

จากเนื้อหาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ในกรณีบ้านพักผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขแห่งสหราชอาณาจักร ได้กำหนดมาตรฐานไว้ในทุกมิติ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านกายภาพ (บ้านพักและสิ่งแวดล้อม) การให้บริการ และการบริหารจัดการของบ้านพักเอง ในส่วนของบ้านพักและสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า นอกจากการกำหนดขนาดพื้นที่และอุปกรณ์แล้ว มาตรฐานมีลักษณะกว้างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุอาศัยได้อย่างสะดวกสบาย ปลอดภัย และให้ผู้ดูแลและอุปกรณ์เข้าถึงได้อย่างสะดวก สำหรับบริการสนับสนุน จะเห็นได้ว่า มาตรฐานไม่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจน แต่เน้นที่การจัดทำแผนการดูแลระดับบุคคล โดยพิจารณาผลลัพธ์ที่ผู้รับบริการ จะต้องได้รับการดูแลทั้งมิติสุขภาพ สังคม สิทธิ รวมไปถึงการเงินด้วย ทั้งนี้ มีคณะกรรมการมาตรฐานแห่งชาติ ทำหน้าที่ควบคุมให้เป็นไปตามมาตรฐานขั้นต่ำ

4.1.2.2 ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลีย เป็นอีกประเทศที่มีความก้าวหน้าในการดูแลผู้สูงอายุ มีการจัดกลไกการดูแลควบคุมดูแลการบริการผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากพระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ 1997 (Aged Care Act, 1997) พระราชบัญญัติการดูแลบ้านและชุมชน (The Home and Community Act, 1985) ยุทธศาสตร์ชาติสำหรับผู้สูงอายุ (วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2559)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย เป็นระบบการดูแลแบบต่อเนื่อง โดยจำแนกการให้บริการเป็น 3 แบบ คือ (1) โครงการสนับสนุนการใช้ชีวิตที่บ้าน (Commonwealth Home Support Program - CHSP) (2) ชุดการดูแลที่บ้าน (home care package) และ (3) การดูแลเรื่องที่พักอาศัย (residential care) นอกจากนี้ยังมีบริการดูแลแบบยืดหยุ่น (flexible care) อีกหลายประเภทที่ขยายการดูแลตั้งแต่ที่บ้านไปจนถึงการดูแลผู้สูงอายุในบ้านพัก การให้ดูแลแต่ละแบบมีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

1) **โครงการสนับสนุนการใช้ชีวิตที่บ้าน** (Commonwealth Home Support Program - CHSP) จัดบริการพื้นฐานเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นอิสระในที่อยู่อาศัยของตนเอง ซึ่งรวมเอาโครงการใน Commonwealth Home and Community Care ที่เริ่มดำเนินการในปี 2558 เข้าไว้ด้วย (Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2018)

2) บริการ **Home Care** แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 การสนับสนุนความจำเป็นพื้นฐาน

ระดับที่ 2 สนับสนุนตามความจำเป็นในการดูแลระดับต่ำ

ระดับที่ 3 สนับสนุนตามความจำเป็นในการดูแลระดับกลาง

ระดับที่ 4 สนับสนุนตามความจำเป็นในการดูแลระดับสูง
(Department of Health, Australian Government, 2020)

ตารางที่ 4.2 บริการการสนับสนุนที่บ้านจำแนกตามโครงการย่อย ประเทศออสเตรเลีย

	การสนับสนุนที่บ้านและชุมชน	ความสัมพันธ์ในการดูแลและการสนับสนุนผู้ดูแล	การช่วยเหลือด้วยการดูแลและบ้าน	การพัฒนาแบบบริการ
วัตถุประสงค์	ให้บริการการบริการสนับสนุนที่ระดับการเข้าถึง ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อ่อนแอในการมีชีวิตอย่างเป็นอิสระในบ้านและชุมชน	สนับสนุนและรักษาความสัมพันธ์ในการดูแลระหว่างผู้ดูแลและลูกค้า ด้วยการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่อ่อนแอให้มีคุณภาพดี ด้วยการให้ผู้ดูแลประจำหยุดพัก	สนับสนุนผู้ที่ไร้บ้านหรือเสี่ยงที่จะไร้บ้านในการเข้าถึงบ้านที่เหมาะสมและยั่งยืน รวมไปถึงการดูแลระดับชุมชนและบริการสนับสนุนอื่นๆ โดยเฉพาะบริการที่หยุดยั้งการไร้บ้านหรือลดผลกระทบจากการไร้บ้าน	สนับสนุนการพัฒนาแบบบริการสนับสนุนที่บ้านและช่วยให้บริการของผู้ให้บริการ CHSP ดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของ CHSP และอยู่ในบริบทของระบบดูแลผู้สูงอายุที่กว้างขวาง
บริการที่ได้รับเงินอุดหนุน	<ul style="list-style-type: none"> - บริการด้านสุขภาพและการบำบัด - บริการช่วยเหลือในบ้าน - สินค้า อุปกรณ์และเทคโนโลยีช่วยเหลือ - บริการบำรุงรักษาบ้าน - บริการปรับปรุงบ้าน - อาหาร - การพยาบาล - บริการอาหารอื่นๆ - การดูแลส่วนบุคคล - บริการสนับสนุนทางสังคม (ปัจเจกบุคคล) - บริการสนับสนุนทางสังคม (กลุ่ม) - บริการสนับสนุนพิเศษ - การเดินทาง 	<p>การพักผ่อนที่ศูนย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันหยุดในศูนย์ - การพักผ่อนในที่อยู่อาศัย - การพักผ่อนเป็นกลุ่มในชุมชน <p>บริการพักผ่อนแบบยืดหยุ่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพักผ่อนที่บ้าน - การพักที่บ้านตอนกลางคืน - การเข้าถึงชุมชน - การพักผ่อนส่วนบุคคล - การพักผ่อนที่ครอบครัว host - การพักผ่อนในครอบครัว host ตอนกลางคืน - การพักผ่อนแบบเคลื่อนที่ - การพักผ่อนแบบอื่นๆตามแผน <p>การพักผ่อนข้ามคืนในชุมชน (cottage respite)</p>	<p>การช่วยเหลือเรื่องที่อยู่อาศัยและการดูแลสำหรับผู้ที่อยู่ 50 ปีขึ้นไป (หรือ 45 ปีสำหรับชาวอะบอริจินหรือชนพื้นเมือง) หรือผู้ที่แก่กว่าวัย ที่มีรายได้น้อย ไร้บ้านหรือเสี่ยงที่จะไร้บ้าน อันเป็นผลมาจาก</p> <p>ประสบการณ์ความกดดันเรื่องที่อยู่อาศัยหรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่มั่นคง</p>	การสนับสนุนเฉพาะส่วนและกิจกรรมการพัฒนา

ในปี 2019-2020 มีองค์กรดูแลผู้สูงอายุ 1,452 องค์กรที่ได้รับเงินอุดหนุนในการจัดบริการสนับสนุนที่บ้านในโครงการของ CHSP ซึ่งมีทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชนและองค์กรไม่แสวงกำไร ในการใช้บริการนี้ ผู้ใช้บริการ อาจจะต้องจ่ายค่าธรรมเนียมพื้นฐานรายวัน อัตราขึ้นอยู่กับชุดบริการ ที่ใช้ โดยอัตราค่าบริการอยู่ระหว่าง ร้อยละ 15.68 ถึง 17.50 ของเงินบำนาญพื้นฐาน นอกจากนี้ยังมีค่าบริการที่มาจากการทดสอบรายได้ (Mean-test) หากผู้สูงอายุได้รับการประเมินว่ามีรายได้มากพอที่จะช่วยรับภาระค่าใช้จ่ายในบริการ ค่าบริการประเภทนี้ ช่วยลดเงินอุดหนุนที่รัฐบาลออสเตรเลียอุดหนุนให้ผู้ให้บริการ โดยค่าบริการเหล่านี้ไม่ครอบคลุมการดูแลเพิ่มเติมที่บ้าน

3) **Respite Care** บริการดูแลชั่วคราว เป็นโครงการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่อ่อนแอ รวมถึงผู้ดูแล มีบริการหลายแบบที่ยืดหยุ่นสำหรับผู้ใช้บริการ ในส่วนของโครงการ CHSP ที่ให้บริการในบ้านและศูนย์ดูแล มีการดูแล 3 ประเภทคือ

Flexible respite – ดูแลที่บ้าน หรือดูแลข้ามคืน

Cottage respite – บริการดูแลช่วงกลางคืนในชุมชน

Centred-based respite – กิจกรรมหรือการสนับสนุนตอนกลางวันในศูนย์หรือชมรมในชุมชน

4) **บริการบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Residential Care)** เป็นการให้บริการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินว่าต้องการการดูแลและระดับสูงกว่าการดูแลที่บ้าน และต้องการการดูแลรักษา 24 ชั่วโมง ซึ่งมีทั้งบริการแบบถาวร และบริการระยะสั้น สำหรับการให้บริการที่พักชั่วคราว (**residential respite care**)เป็นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะสั้นในบ้านพักผู้สูงอายุที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาล โดยมีเป้าหมายหลักในการให้ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลพักผ่อนจากตารางการดูแลแบบปกติ โดยการให้การดูแลลักษณะนี้ มีทั้งรูปแบบที่มีการวางแผนล่วงหน้า และการดูแลแบบฉุกเฉิน โดยผู้รับบริการจะต้องได้รับการประเมินคุณสมบัติ โดย ACAT ผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติจะได้รับบริการดูแลระยะสั้นในสถานดูแลผู้สูงอายุได้ไม่เกิน 63 วันในแต่ละปีการเงิน และอาจมีการขยายเวลาได้ถ้า ACAT อนุมัติ

ACAT จะเป็นผู้ประเมินว่าผู้สูงอายุที่ขอรับบริการจะได้รับบริการบ้านพักชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุในระดับใด ซึ่งการประเมินจะไม่มีผลกระทบต่อประเภทของบริการที่ได้รับ แต่จะมีผลกับค่าบริการและเงินอุดหนุนที่ได้รับจากรัฐบาล

ผู้ให้บริการบ้านพักชั่วคราวมีทั้งองค์กรไม่แสวงกำไรขนาดเล็ก ไปจนถึงองค์กรภาครัฐ และองค์กรเอกชนที่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล ในปี 2019-2020 มีบ้านพักชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุให้บริการจำนวน 2,605 แห่ง

สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินว่าต้องการการดูแลในระดับสูงกว่าที่จะจัดให้ในบ้านได้ และต้องการดูแลทางการแพทย์ 24 ชั่วโมง ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินให้ได้รับสิทธิบริการที่พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวก สามารถเลือกเข้ารับการดูแลในบ้านพักผู้สูงอายุเองได้ หากบ้านพักแห่งนั้นตอบรับและสามารถให้บริการตามความต้องการของผู้สูงอายุ

ภายใต้หลักการว่าด้วยคุณภาพการดูแลปี 2014 (Quality of Care Principles 2014) ผู้ให้บริการบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุจะต้องให้บริการการดูแลและให้การสนับสนุนเมื่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับ โดยรูปแบบการดูแลและสนับสนุน มีดังนี้

- บริการเหมือนโรงแรม (hotel-like services) เช่น ที่นอน เฟอร์นิเจอร์ อุปกรณ์อาบน้ำ การทำความสะอาด การจัดอาหาร
- การดูแลส่วนบุคคล (personal care) เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว ช่วยเหลือการเข้าห้องน้ำ

- บริการการแพทย์ (clinical care) เช่น การจัดการบาดแผล การจัดยา บริการพยาบาล
- บริการทางสังคม (social care) เช่น กิจกรรมนันทนาการ การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ

การดูแลและสนับสนุนทั้งหมดนี้จะต้องดำเนินการสอดคล้องกับความจำเป็นในการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุและมีการแสดงให้เห็นข้อตกลงของผู้รับบริการ และแผนการดูแลอย่างชัดเจน

ผู้ให้บริการบ้านพักผู้สูงอายุที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาล จะต้องได้รับการอนุมัติก่อนการให้บริการ ซึ่งผู้ให้บริการมีทั้งองค์กรศาสนา องค์กรการกุศล องค์กรชุมชน องค์กรแสวงกำไรและองค์กรของรัฐบาล โดยผู้ให้บริการจะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ (Aged Care Quality Standards) ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2563 มีบ้านพักผู้สูงอายุ 2,722 แห่ง ซึ่งดำเนินการโดยผู้ให้บริการที่ได้รับอนุมัติจำนวน 845 ราย โดยมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักแบบถาวรรวม 183,989 ราย โดยมีข้อมูลที่น่าสนใจคือ อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุ ณ วันเข้าพัก คือ 82.5 ปี สำหรับผู้สูงอายุชาย และ 84.8 ปี สำหรับผู้สูงอายุหญิง มีระยะเวลาเฉลี่ยของการอาศัยอยู่ในบ้านพักเท่ากับ 35.3 เดือน

ผู้สูงอายุที่เข้าพักในบ้านพัก อาจจะต้องจ่ายค่าบริการในบ้านพัก ได้แก่ ค่าบริการพื้นฐานรายวัน เท่ากับร้อยละ 85 ของเงินบำนาญพื้นฐาน รัฐบาลออสเตรเลียเป็นผู้กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมสูงสุดที่ผู้รับบริการจะต้องจ่าย ค่าบริการแบบที่ผ่านการคัดกรอง (Mean-tested care fee) คำนวณมาจากการประเมิน ค่าธรรมเนียมบริการพิเศษ (Extra service fee) ค่าธรรมเนียมบริการเพิ่มเติม (Additional service fee) ค่าที่พัก มาจากการคัดกรองรายได้และทรัพย์สินผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 27,736.80 ดอลลาร์ออสเตรเลีย และมีทรัพย์สินน้อยกว่า 50,000 เหรียญ จะไม่ต้องจ่ายค่าที่พัก และรัฐบาลออสเตรเลียจะเป็นผู้จ่ายค่าพักทั้งหมดให้ แต่ผู้สูงอายุที่มีรายได้/ทรัพย์สินมากกว่านั้น อาจจะต้องจ่ายบางส่วนและรัฐบาลออสเตรเลียจ่ายส่วนที่เหลือ สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง ต้องจ่ายค่าที่พักแบบเต็มจำนวน

5) **Flexible care** เป็นบริการแบบเฉพาะกิจที่เป็นทางเลือกให้กับการดูแลในที่บ้านและการดูแลแบบที่บ้าน ปัจจุบัน มีการให้บริการ 5 แบบ คือ

- **การดูแลช่วงเปลี่ยนผ่าน** (transition care programme- TCP) เป็นบริการการดูแลระยะสั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ หลังจากการออกจากโรงพยาบาล เป็นบริการที่มีเป้าหมายชัดเจนในระยะเวลาจำกัด และให้ความสำคัญกับการบำบัด (therapy focused) รัฐบาลเป็นผู้อนุมัติให้หน่วยให้บริการดำเนินการ
- **บริการฟื้นฟูระยะสั้น** (short-term restorative care - STRC) เป็นการให้การดูแลรักษาในระยะเริ่มต้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการใช้ชีวิตและชะลอความเสื่อมถอยของสมรรถนะดังกล่าวสำหรับผู้สูงอายุ การให้บริการ STRC เป็นชุดบริการแบบสหสาขาที่ออกแบบสำหรับบุคคลเป็นการเฉพาะ ประกอบด้วย งานกายภาพบำบัด งานสังคมสงเคราะห์ การพยาบาล การดูแลส่วนบุคคลและการจัดหาเทคโนโลยีช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ใช้ชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ STRC แตกต่างจาก TCP ตรงที่มุ่งให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน ในขณะที่ TCP บริการผู้สูงอายุที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล
- **บริการแบบหลายเป้าหมาย** (Multi-Purpose Services – MPS) เป็นบริการร่วมระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่นออสเตรเลีย ให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการในชุมชนขนาดเล็กและชุมชนห่างไกลในทุกรัฐ อย่างไรก็ตาม มากกว่าครึ่งของผู้ใช้บริการใช้บริการบ้านพักผู้สูงอายุในพื้นที่รอบนอก

- การดูแลผู้สูงอายุแบบยืดหยุ่นสำหรับชนเผ่าอะบอริจินและชนพื้นเมือง เป็นการจัดบริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุเผ่าอะบอริจินและชนพื้นเมืองให้รู้สึกใกล้ชิดกับบ้านและชุมชนเดิม ซึ่งเป็นการให้บริการทั้งในบ้านพักและบ้านของผู้สูงอายุเอง
- การดูแลเชิงนวัตกรรม (innovative care) เป็นโครงการที่จัดตั้งขึ้นในปี 2001-2002 เพื่อนำร่องแนวทางใหม่ในการจัดบริการให้ผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นที่อาศัยอยู่ในบ้านพักที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ มีความเสี่ยงที่จะต้องเข้าพักในบ้านพักผู้สูงอายุ ในปี 2020 มี 8 โครงการ จัดบริการ 3 แบบ ไม่มีการรับผู้รับบริการรายใหม่ตั้งแต่ปี 2006 เป็นต้นมา และผู้ให้บริการก็ลดลงเรื่อยๆ รัฐบาลออสเตรเลียให้การสนับสนุนโครงการนี้ในรูปแบบของเงินอุดหนุน

แม้ว่ารัฐบาลออสเตรเลียจะให้ทุนอุดหนุนการบริหารเหล่านี้ แต่ก็ไม่มีการกำกับดูแลอุปทานของบริการสนับสนุนที่บ้าน ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2563 มีสถานที่ให้บริการ flexible aged care รวม 227,534 แห่ง และมีผู้สูงอายุใช้บริการชุดบริการผู้สูงอายรวม 142,436 ราย

6) การสนับสนุนสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นพิเศษ ได้แก่ ประชาชนจากเผ่าอะบอริจินและชนพื้นเมือง ประชาชนที่มีภูมิหลังด้านภาษาและวัฒนธรรมที่หลากหลาย ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล ประชาชนที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจสังคม ทหารผ่านศึกฯ คนไร้บ้านหรือเสี่ยงที่จะไร้บ้าน ผู้ที่ต้องการการดูแล (care-leaver) พ่อแม่ที่ถูกบังคับแยกจากบุตร ผู้ที่มีภาวะเพศสภาพไม่ตรงกับเพศกำเนิด (LGBTI) มีกรอบการทำงานดูแลผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย (Aged Care Diversity Framework – the Framework) ที่รัฐบาลออสเตรเลียออกมาเมื่อปี 2560 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีความหลากหลาย และให้ผู้รับบริการทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพ เสมอภาคและปลอดภัย ภายใต้กรอบการทำงานดังกล่าว มีคณะอนุกรรมการ (Aged Care Sector Committee’s Diversity Sub-group) เป็นผู้รับผิดชอบพัฒนากรอบการทำงานและแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ในปี 2562 มีการออกแบบแผนปฏิบัติการ 4 ฉบับที่สะท้อนถึงความต้องการพิเศษและความท้าทายที่กลุ่มเหล่านี้ต้องเผชิญ ได้แก่ ผู้สูงอายุอะบอริจินและชนพื้นเมือง ผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรม (ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ) ผู้สูงอายุที่มีเพศภาวะพิเศษ และปฏิบัติการร่วมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย

สำหรับภาพรวมการจัดบริการผู้สูงอายุ ในส่วนของ**ผู้ให้บริการบ้านพัก** รัฐบาลออสเตรเลียให้เงินอุดหนุนสำหรับผู้ให้บริการที่สมัครเข้ารับบริการและผ่านคุณสมบัติ โดยการจัดสรรบ้านพักผู้สูงอายุใช้ Age Care Approval Round (ACAR) เป็นกระบวนการสมัครเพื่อให้ผู้จัดบริการเพื่อผู้สูงอายุ เฉพาะบ้านพักผู้สูงอายุและสถานให้บริการฟื้นฟูระยะสั้นสมัครเพื่อรับทุนสนับสนุนใหม่จากรัฐบาลออสเตรเลีย และอาจจะได้รับการสนับสนุนทางการเงินในรูปแบบของทุนสนับสนุนสำหรับผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติ ส่วน**การชุดบริการที่บ้าน** รัฐบาลออสเตรเลียให้เงินอุดหนุนผู้จัดบริการที่บ้านพัก ในการประสานจัดชุดบริการ และจัดการผู้รับบริการ (รายบุคคล) ให้ได้รับบริการตามความจำเป็น **ในส่วนของผู้รับบริการ** จะได้รับการประเมินอย่างเข้มข้นโดยทีมประเมินการดูแลผู้สูงอายุ (Aged Care Assessment Team- ACAT) ซึ่งดำเนินการในทุกรัฐ และได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลออสเตรเลีย บริหารจัดการโดยรัฐบาลรัฐหรือดินแดนนั้นๆ ในปี 2019-2020 ACAT ประเมินผู้สูงอายุ 186,891 ราย ถ้าผู้สูงอายุรายใดได้รับการประเมินว่าจะได้รับชุดบริการระดับใด แต่ให้บริการไม่ได้ ผู้สูงอายุนั้นจะได้รับชุดบริการที่ต่ำกว่านั้นเป็นการชั่วคราว จนกว่าชุดบริการที่สูงกว่าจะมีให้บริการ การเข้าถึง CHSP ผ่านการประเมินโดย Regional Assessment Service (RAS) การจัดบริการเป็นไปตามลำดับ (ซึ่งมีการลงทะเบียนระดับชาติ) เมื่อมีความว่าง ก็จะได้รับบริการ ผู้รับบริการจะอยู่ในลำดับคิวตามวันที่ได้รับอนุมัติให้ได้รับบริการ และการลำดับความสำคัญเป็นไปในแนวทางความเสมอภาค

ในแง่กฎหมายและกลไกการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียมี กลไกหลายระดับ ได้แก่

Aged Care Act 1997 กำหนดเกณฑ์ในการจัดสรรสถานบริการผู้สูงอายุ การอนุมัติและจัดประเภทของผู้รับบริการ ความรับผิดชอบของผู้ให้บริการที่ได้รับอนุญาต และการอุดหนุนโดยรัฐบาลออสเตรเลีย

Aged Care Principles อยู่ภายใต้อนุมาตรา 96-1 ของพระราชบัญญัติ กฎหมายให้อำนาจรัฐมนตรีในการออกกฎระเบียบที่ต้องการ หรือเห็นว่าเป็นประโยชน์หรือสะดวกในการดำเนินการตามกฎหมาย ในปัจจุบัน มีกฎ 16 ชุด ภายใต้กฎหมาย นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์การให้บริการในระยะเปลี่ยนผ่าน (Aged Care (Transition Provisions) Principles 2014 ที่ออกภายใต้ Aged Care (Transition Provisions) Act 1997 ด้วย

Aged Care Funding Instrument (ACFI) ใช้ในการประเมินความจำเป็นในการได้รับความดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพัก ซึ่งส่งผลต่อต้นทุนการจัดบริการ โดยมีการประเมินความจำเป็นในการได้รับบริการ 3 ด้าน คือ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมและความรับรู้ และการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น

Aged Care Quality and Safety Commission Act 2018 เป็นการจัดตั้งคณะกรรมการคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้สูงอายุ (Royal Commission into Aged Care Quality and Safety)¹¹ มีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ (Aged care quality standards) ไว้อย่างชัดเจน

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุมี 8 ประการ ได้แก่

1) ผู้รับบริการมี**ทางเลือกและศักดิ์ศรี** ได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพ สามารถรักษาอัตลักษณ์ของตนเองได้ สามารถตัดสินใจกำหนดทางเลือกในเรื่องการดูแลและบริการ รวมไปถึงทางเลือกในการใช้ชีวิตได้โดยมีข้อมูลอย่างเต็มที่ มาตรฐานนี้ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติด้วยความเคารพ ทั้งในด้านศักดิ์ศรี วัฒนธรรม และคุณค่าที่หลากหลาย

2) การประเมินและวางแผนการดูแลร่วมกับผู้รับบริการ บ้านพักต้องมีการประเมินทั้งก่อนและระหว่างการให้บริการ เพื่อวางแผนดูแลและบริการโดยที่**ผู้รับบริการมีส่วนร่วม** โดยการประเมินนั้น ต้องมีการ**ประเมินความจำเป็นในปัจจุบัน เป้าหมายและความชอบ** รวมถึงการวางแผนการดูแลในระยะต่อไป และการวางแผนการตาย (ในกรณีที่ผู้รับบริการต้องการ) การวางแผนการดูแลนี้จะต้องมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอหรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อเป้าหมายของผู้รับบริการ

3) การดูแลส่วนบุคคลและการดูแลทางการแพทย์ ผู้รับบริการจะต้องได้รับการ**ดูแลส่วนบุคคล** และการดูแลทางการแพทย์ที่ปลอดภัยและถูกต้อง โดยการดูแลนั้นจะต้อง**สอดคล้องกับความจำเป็น** (tailored to needs) และทำให้ผู้รับบริการ**มีสุขภาพที่ดีและมีความสุข** ลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการอยู่ใน**ช่วงสุดท้ายของชีวิต** จะต้องตระหนักถึงความจำเป็น ความเป้าหมายและความชอบ (preference) ของผู้รับบริการ และมีการจัดทำข้อมูลเพื่อสื่อสารความต้องการของผู้รับบริการ กับบุคคลหรือหน่วยงานรับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง มีการลดและควบคุมการแพร่เชื้อด้วยวิธีการที่เหมาะสม

4) การให้บริการและบริการสนับสนุนในชีวิตประจำวัน ผู้รับบริการได้รับการ**บริการในชีวิตประจำวัน** ที่สำคัญกับสุขภาพและความเป็นอยู่ และช่วยให้ผู้รับบริการใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นอิสระ โดยบริการใน

¹¹ Royal Commission into Aged Care Quality and Safety เป็นหน่วยงานของรัฐบาลออสเตรเลีย ทำหน้าที่ในการเป็นช่องทางในการติดต่อให้ความช่วยเหลือและให้บริการผู้สูงอายุ ควบคุมคุณภาพการให้บริการสนับสนุนผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ 8 ประการ และจัดระดับการให้บริการของบ้านพักผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนด และเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ www.myagedcare.gov.au

ชีวิตประจำวัน หมายถึง บริการอาหาร บริการช่วยเหลือในบ้าน บริการบำรุงรักษาบ้าน การเดินทาง กิจกรรมทางสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจเป็นอย่างน้อย การจัดบริการเหล่านี้จะต้องปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ รวมไปถึงทำให้ผู้รับบริการสามารถมีส่วนร่วมในชุมชนทั้งภายในและนอกบ้านพักได้ ยังคงรักษาความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและความสัมพันธ์ทางสังคมไว้ได้ และสามารถทำสิ่งที่สนใจได้

5) **สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย** หลักการสำคัญของการจัดสภาพแวดล้อมคือ ต้องทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของบ้านพัก รู้สึกปลอดภัยและสะดวกสบาย สภาพแวดล้อมต้องเป็นที่ต้อนรับ เข้าใจง่าย ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นอิสระ มีปฏิสัมพันธ์และใช้ประโยชน์ได้ ข้อกำหนดสำคัญของสภาพแวดล้อมคือ ความสะอาด ปลอดภัย มีการบำรุงรักษาอย่างดี สามารถช่วยให้ผู้รับบริการเคลื่อนไหวได้อย่างสะดวก

6) **การแสดงความคิดเห็นและร้องเรียน** ผู้รับบริการ รวมไปถึงครอบครัว เพื่อนและผู้ดูแลสามารถจะให้ข้อคิดเห็นและร้องเรียนการใช้บริการ และต้องมีการตอบสนองการข้อร้องเรียนและข้อคิดเห็นดังกล่าว โดยหากมีสิ่งผิดปกติ จะต้องมีการเปิดเผยข้อมูลด้วย

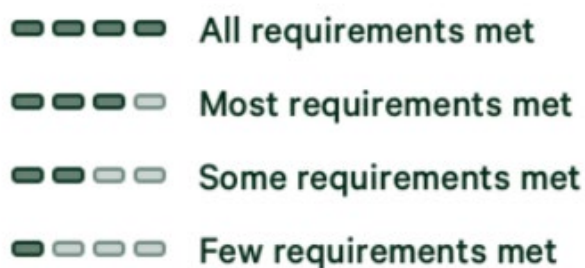
7) **บุคลากร** มีการวางแผนบุคลากร โดยมีจำนวนและองค์ประกอบที่เหมาะสม บุคลากรจะต้องมีคุณสมบัติและความรู้ในการปฏิบัติงาน ได้รับการฝึกอบรม มีอุปกรณ์และมาตรการสนับสนุน และจะต้องมีการประเมินติดตามและทบทวนการทำงานของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

8) **การบริหารจัดการองค์กร** โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและประเมินการดูแลและให้บริการ มีการจัดการข้อมูล มีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดการเรื่องการเงิน กำลังคน มีการจัดการความเสี่ยง และหากมีการให้บริการทางการแพทย์ จะต้องมีความมาตรฐานการจัดการทางแพทย์เพิ่มด้วย

(Aged Care Quality and Safety Commission, Australian Government, N.A.)

ในการประเมิน มีระบบการจัดระดับโดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- ระดับที่ 4 ถ้าบรรลุทุกมาตรฐาน และอาจถูกลดระดับหากต้องปรับปรุงบางประเด็น
- ระดับ 1 - 3 หากได้รับการประเมินไม่เต็ม 4 ระดับ จะต้องดำเนินการปรับปรุงมาตรฐาน หากไม่มีการแสดงถึงแถบวัดระดับ นั้นหมายความว่า ผู้ให้บริการนั้นไม่ได้ผ่านการประเมิน



ภาพที่ 4.2 ตัวอย่างแสดงแถบวัดระดับมาตรฐานที่พักอาศัยผู้สูงอายุ

ผลการจัดระดับจะถูกแสดงไว้ในเว็บไซต์ myagedcare ซึ่งเป็นช่องทาง (portal) ในการค้นหาและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุของคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

ดังนั้น หากพิจารณาเฉพาะส่วนที่เป็นมาตรฐานที่อยู่อาศัยและการให้บริการ จะเห็นได้ว่า การกำหนดมาตรฐานที่อยู่อาศัย ในมาตรฐานที่ 5 กำหนดไว้ในเรื่องสภาพแวดล้อมขององค์กรอย่างกว้างๆ ว่า สภาพแวดล้อมขององค์กร ซึ่งหมายถึงสภาพแวดล้อมการให้บริการ เฟอร์นิเจอร์ และอุปกรณ์สนับสนุนชีวิต

ของผู้สูงอายุต้องทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของที่พัก รู้สึกปลอดภัยและสุขสบาย (Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, N.A.) ในขณะที่การกำหนดมาตรฐานการดูแลและสนับสนุน ให้ความสำคัญกับการดูแลที่จัดเฉพาะบุคคล (tailor-made) ผ่านการประเมินและแผนการดูแลเฉพาะบุคคล โดยบริการสนับสนุนขั้นต่ำที่ต้องมีคือ บริการอาหาร บริการช่วยเหลือในบ้าน บริการบำรุงรักษาบ้าน การเดินทาง กิจกรรมทางสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจ

4.1.2.3 ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่น ถือเป็นประเทศในเอเชียที่มีความก้าวหน้าในการดูแลผู้สูงอายุที่สุดประเทศหนึ่ง มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุทั้งที่บริการดูแลที่บ้าน (home help visit) บริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราวและบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่บ้าน สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือมีภาวะแทรกซ้อน ต้องได้รับการดูแลขั้นสูง ระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นเป็นระบบที่มีการบูรณาการกันระหว่างระบบประกันสังคม ระบบบริการสุขภาพและระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term Care Insurance - LTCI) (Social Development Division, UNESCAP, 2015) LTCI เน้นให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกบริการที่ตนต้องการได้ ให้สวัสดิการและบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ให้ความสำคัญเอกชน รวมถึงองค์กรไม่แสวงกำไรมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ระบบ LTCI แยกออกจากระบบประกันสุขภาพ งบประมาณครึ่งหนึ่งมาจากเบี้ยประกันที่เรียกเก็บจากผู้ประกันตน และอีกครึ่งหนึ่งมาจากเงินอุดหนุนจากรัฐบาล (สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์, 2558)

หากพิจารณาเฉพาะมาตรการการจัดบริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน พบว่า มีกฎหมายด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุภายใต้กฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุทั้งในเชิงสุขภาพและสังคมภายใต้ระบบระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) และประกันการดูแลระยะยาว

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) ประชาชนที่อยู่ภายใต้ระบบมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินประกันเพื่อเป็นเงินไขของการรับบริการสุขภาพ โดยรัฐบาลทุกระดับ รวมถึงนายจ้างจะต้องมีส่วนร่วมรับภาระทางการเงินด้วย และในกรณีที่เข้ารับบริการ ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งหลักประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นแบ่งเป็นระบบใหญ่ 3 ระบบคือ ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสุขภาพผู้สูงอายุวัยปลาย

ระบบประกันสุขภาพลูกจ้าง เป็นระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (Public Health Insurance) สำหรับลูกจ้างกลุ่มต่างๆ ทั้งในและนอกภาครัฐ

ระบบประกันสุขภาพผู้สูงอายุวัยปลาย เป็นระบบประกันสุขภาพภาครัฐที่แยกประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป และประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปที่มีภาวะพึ่งพาสูงหรืออนตติเตียง หรือมีภาวะทุพพลภาพออกมาบริหารจัดการต่างหาก บริหารจัดการในหน่วยระดับจังหวัด โดยสมาพันธ์สุขภาพผู้สูงอายุวัยปลายของจังหวัด ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลครึ่งหนึ่ง (โดยรัฐบาลกลางอุดหนุน 4 ใน 6 ส่วน ที่เหลือรัฐบาลจังหวัดและรัฐบาลเมืองอุดหนุนอย่างละ 1 ส่วน) เงินอุดหนุนจากระบบประกันสุขภาพอื่นๆ และเบี้ยประกันที่ผู้สูงอายุจ่ายร้อยละ 10 ซึ่งผู้สูงอายุอาจจ่ายไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับลักษณะประชากร เศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ โดยเบี้ยประกันแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่คงที่ เท่ากันทุกคนในพื้นที่ และอีกส่วนแปรผันไปตามรายได้ของผู้สูงอายุ เบี้ยประกันรวมไม่เกิน 500,000 เยน โดยสมาพันธ์แต่ละแห่งสามารถกำหนดอัตราลดหย่อน ระยะเวลาการชำระหรือยกเว้นได้

ระบบการประกันการดูแลระยะยาว (Long-term Care Insurance) เริ่มดำเนินการในปี 2543 เนื่องจากภายใต้ระบบเดิม (ระบบการประกันสังคม) มีช่องว่างในแง่การบริการโดยแยกระบบสวัสดิการและระบบรักษาพยาบาลผู้สูงอายุออกจากกัน และไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ที่มีรายได้ปานกลาง และไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นได้ ระบบ LTCI เก็บเบี้ยประกันจากประชากรวัยทำงานที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เพื่อนำมาจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาแต่ละระดับ โดยมีรัฐบาลทั้งระดับชาติ จังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม และให้ภาคเอกชนและนิติบุคคลด้านสวัสดิการสังคมเข้ามาจัดบริการ บริการดูแลระยะยาวแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลักคือ

- 1) การรับบริการดูแลที่บ้าน (In-home Services) ดำเนินการโดยรัฐบาลระดับจังหวัด เป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน กายภาพบำบัด รวมถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือ
- 2) การรับบริการดูแลระดับชุมชน ดูแลโดยเทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 3) การรับดูแลในสถานที่ดูแล รวมถึงบ้านพักผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยรัฐบาลระดับจังหวัด

ผู้ประกันตนที่จะเข้ารับบริการ แบ่งเป็น 2 ประเภท ประเภทที่ 1 คือผู้ประกันตนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะสามารถเข้ารับบริการเมื่อผ่านการตรวจสอบภาวะพึ่งพาอย่างเป็นทางการ ส่วนผู้ประกันตนประเภทที่ 2 คือผู้ที่มีอายุ 40 – 64 ปี ซึ่งจะได้รับบริการเมื่อผ่านการตรวจสอบภาวะพึ่งพาอย่างเป็นทางการว่าสาเหตุของภาวะพึ่งพาต้องเกิดจากโรคหรืออาการบางประเภท เช่น อัลไซเมอร์ระยะแรก เส้นเลือดสมองตีบ เป็นต้น

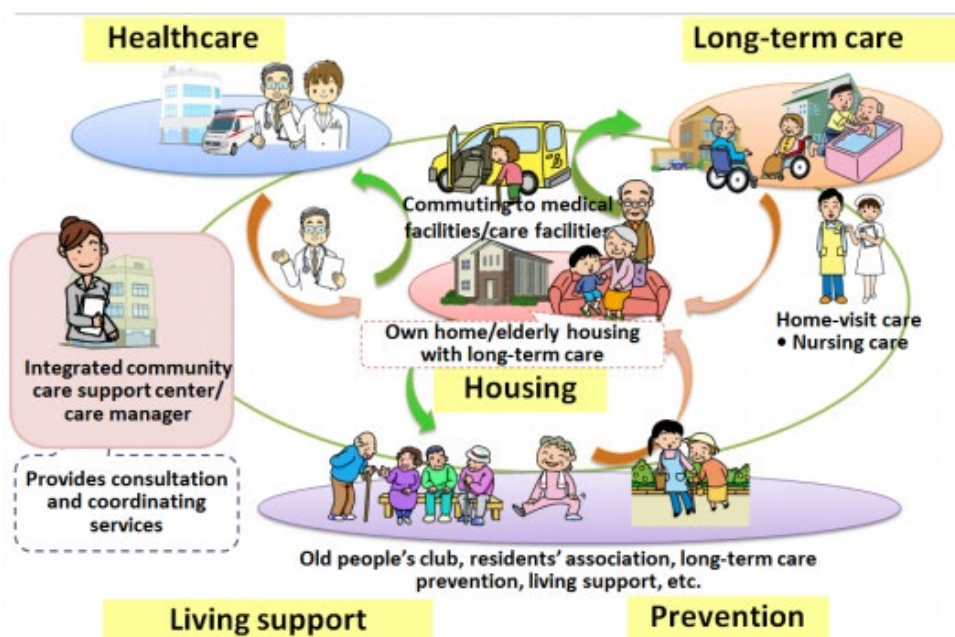
ในการเข้ารับบริการ ผู้ประกันตนจะต้องได้รับการตรวจสอบความจำเป็นโดยรัฐบาลระดับเมืองในครั้งแรกเพื่อจำแนกระดับความจำเป็นในการรับบริการ และในครั้งต่อไป Case Management เป็นผู้ประเมินการประเมินแต่ละครั้งสามารถใช้ได้ในระยะเวลา 6 เดือน การประเมินจำแนกระดับความจำเป็น 2 กลุ่ม 7 ระดับ คือการสนับสนุน ระดับ 1-2 เพื่อสำหรับการดูแลระยะยาวเชิงรุก ประกอบด้วยบริการเชิงรุกและบริการระดับชุมชน และบริการดูแล ระดับ 1-5 ซึ่งประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การช่วยเหลือที่บ้าน การจัดการการดูแลระดับชุมชน โดยจำแนกตามระยะเวลาและประเภทการดูแลที่แตกต่างกัน

การสนับสนุนและบริการดูแล แต่ละระดับมีระยะเวลาที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลแตกต่างกัน ดังนี้

การช่วยเหลือ	การดูแล
ระดับ 1 – ใช้มาตรฐานการช่วยเหลือ 5 ประเด็นเป็น เวลา 25-32 นาที	ระดับที่ 1: 32 - 50 นาที
ระดับ 2 – ใช้มาตรฐานการช่วยเหลือ 5 ประเด็นเป็น เวลา 35-50 นาที	ระดับที่ 2: 50 - 70 นาที
	ระดับที่ 3: 70 - 90 นาที
	ระดับที่ 4: 90 - 110 นาที
	ระดับที่ 5: 110 นาทีขึ้นไป

สำหรับชุดบริการในระบบ LTCI มีดังนี้ (Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2016)

- 1) บริการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย บริการเยี่ยมบ้าน พยาบาลที่บ้าน การช่วยอาบน้ำ และการสนับสนุนที่บ้านระยะยาว
- 2) บริการแบบไป-กลับ (Day services) ได้แก่ บริการดูแลผู้ป่วยนอกระยะยาว บริการฟื้นฟูผู้ป่วยนอก
- 3) บริการที่พักระยะสั้น
- 4) บริการที่พัก
- 5) บริการด้านสิ่งอำนวยความสะดวก



ภาพที่ 4.3 ระบบการดูแลแบบบูรณาการระดับชุมชนในประเทศญี่ปุ่น

ที่มา (Social Development Division, UNESCAP, 2015)

ระบบการดูแลแบบบูรณาการระดับชุมชน (Integrated Community Care System) เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นผ่านการแก้ไขกฎหมายการประกันระยะยาวในปี 2555 (2012) ภายใต้ระบบนี้ ศูนย์ดูแลระดับชุมชนแบบบูรณาการ (Integrated Community Care Centre) เป็นผู้ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การดูแลสุขภาพ รวมถึงการดูแลระยะยาว ดังนั้น เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผู้สูงอายุสามารถเปลี่ยนรูปแบบของการดูแลที่แตกต่างกันได้ เส้นทางและระยะเวลาการดูแลแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน เช่น ในบ้านพักดูแลพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ (Intensive Care Home for the Elderly-Tokuyou) ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพา แต่อาจไม่จำเป็นต้องใช้บริการทางการแพทย์ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงสามารถอาศัยอยู่ได้เท่าที่จำเป็น โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา แต่ถ้าเป็นศูนย์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Elderly Health Facility – Rouken) ซึ่งมีเป้าหมายในการอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุฟื้นฟูจากภาวะเจ็บป่วยและการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยเรื้อรัง (Sanatorium Medical Facility) ก็อาจมีเวลาจำกัดไม่เกิน 3 เดือน เป็นต้น

ทั้งนี้ในปี 2017 - 2018 ประเทศญี่ปุ่นได้มีการปรับปรุงระบบ LTCI เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลแบบบูรณาการโดยมีชุมชนเป็นฐาน (Community-based Integrated Care System) โดยการส่งเสริมความริเริ่มในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ประกันตน เช่น การสนับสนุนและการป้องกันภาวะที่เป็นอันตราย (ภายใต้กฎหมายการประกันระยะยาว) เช่น การจัดทำแผนดูแลระยะยาวโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากรัฐบาล สร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับเทศบาล โดยการพัฒนากฎหมายเพื่อสร้างแรงกระตุ้นทางการเงิน ส่งเสริมการประสานงานระหว่างภาคการดูแลสุขภาพและการดูแลระยะยาว (เชื่อมโยงกฎหมายการประกันการดูแลระยะยาวกับกฎหมายดูแลสุขภาพ) และกฎหมายอื่นๆ สำหรับการสร้างความยั่งยืนให้กับประกันการดูแลระยะยาวนั้น มีแนวคิดเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่ม 30% สำหรับผู้ที่มีรายได้สูง และใช้ระบบการจ่ายเงินที่มีรายได้เป็นฐาน (income-based payment system) (Ministry of Health, Labour and Welfare, n.d.)

สำหรับบริการด้านที่พัก วรเวศม์ สุวรรณระดาและคณะ (วรเวศม์ สุวรรณระดา; รัตติยา ภูละออ; ปวีณา ลีตระกูล, 2561) ได้สรุปภาพรวมของที่พักผู้สูงอายุตามกฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุ ประเทศญี่ปุ่น แบ่งเป็น 5 แบบ ได้แก่

1) บ้านพักพิเศษดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลตลอดเวลา หรือผู้สูงอายุที่มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยเดิมของตนเอง

2) บ้านพักดูแลผู้สูงอายุ เป็นที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเงินและ/หรือสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยในที่อยู่อาศัยเดิมของตน จัดโดยรัฐบาลท้องถิ่น และนิติบุคคลประเภทสวัสดิการสังคม การคัดกรองผู้อยู่อาศัยทำโดยรัฐบาลระดับเมือง

3) Care House เป็นที่อยู่อาศัยราคาถูกหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยสามารถอาศัยได้พร้อมคู่สมรส มีการจัดบริการด้านอาหาร การเตรียมการทำความสะอาดร่างกาย การให้คำปรึกษา การส่งเสริมเชิงสังคม แต่เดิมรัฐบาลญี่ปุ่นเป็นผู้ดำเนินการ แต่ปัจจุบันอนุญาตให้นิติบุคคลจัดสร้างและดำเนินกิจการได้

4) บ้านพักผู้สูงอายุแบบมีค่าใช้จ่าย เป็นที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีการจัดเก็บค่าใช้จ่าย โดยมีการจัดบริการด้านอาหาร การช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย และบริการเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตประจำวันให้กับผู้สูงอายุ

5) Group Home เป็นที่อยู่อาศัยร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุที่มีอาการความจำเสื่อม โดยเน้นการอยู่อาศัยกลุ่มเล็ก มีการจัดบริการดูแลช่วยเหลือด้านอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่ายและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย มีการสร้างบรรยากาศที่อยู่อาศัยที่ใกล้เคียงกับบ้าน โดยมีการแลกเปลี่ยนและมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนที่ตั้งด้วย

ในกรณีที่เป็นการจัดที่ที่อยู่อาศัยแบบมีบริการเสริมสำหรับผู้สูงอายุ โดยภาคเอกชน มีข้อกำหนดดังนี้

(1) มีพื้นที่อย่างน้อย 25 ตารางเมตรขึ้นไป มีการก่อสร้างแบบ barrier free คือเป็นพื้นที่ราบเสมอกัน ไม่มีระดับ มีการติดตั้งราวจับ

(2) มีบริการตรวจสอบว่าอยู่หรือไม่อยู่ในห้อง การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาดห้อง การซักรีด

(3) ข้อบังคับด้านสัญญา เจ้าของโครงการจะต้องไม่ยกเลิกสัญญาฝ่ายเดียว กรณีที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลระยะยาว และจะต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายอื่นใด นอกจากเงินกินเปล่า ค่าเช่ารายเดือนและค่าใช้จ่ายบริการต่อห้อง

ตารางที่ 4.3 การกระจายตัวของผู้ให้บริการสนับสนุนผู้สูงอายุในประเทศไทย จำแนกตามลักษณะผู้ให้บริการและประเภทการให้บริการ (ร้อยละ)

บริการ/ผู้ให้บริการ	องค์กรปกครองท้องถิ่น	องค์การกาชาดญี่ปุ่น	กิจการสวัสดิการสังคม	กิจการการแพทย์	องค์กรไม่แสวงกำไร	สมาคมธุรกิจ	สมาคมสหกรณ์	องค์กรแสวงกำไร	อื่นๆ
บริการที่บ้าน									
บริการเยี่ยมบ้าน									
บริการเยี่ยมบ้านระยะยาว (บริการช่วยเหลือที่บ้าน)	0.4		20	6.1	5.3	1.2	2.7	64	2.4
บริการเยี่ยมบ้านระยะยาว (อาบน้ำ)	0.5		37.3	1.9	0.6	0.8	0.5	58.3	0
บริการพยาบาลที่บ้าน	2.9	2.5	8	34.7	1.8	11.3	3.1	35.3	0.4
บริการคนมาคม									
บริการรายวันสำหรับผู้ป่วยนอก	0.8		29	6.6	4.6	0.7	1.6	56.3	0.4
บริการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยนอก	3.1	1.4	9.3	76.5		2.9		0	6.8
บริการอื่นๆ									
บริการที่พักกลางวันระยะสั้นสำหรับผู้ที่อยู่ในระบบประกันระยะยาว	2.8		81.7	3.8	0.5	0.1	0.4	10.6	0.1
บริการพักฟื้นระยะสั้นสำหรับผู้ป่วยนอก	4.1	1.7	11.6	76.9		2.9			2.8
บริการรายวันระยะยาวสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นพิเศษ	1		24.1	4.9	0.5	0.6	0.3	67.9	0.7
บริการให้เช่าอุปกรณ์เพื่อการดูแลระยะยาว	0.1		2.4	1.3	0.6	0.3	1.9	93	0.4
การขายอุปกรณ์พิเศษเพื่อการดูแลระยะยาว			1.5	0.9	0.6	0.2	1.8	94.6	0.3
บริการระดับชุมชน									
บริการเยี่ยมบ้านเป็นประจำ/ตามความต้องการ			28.1	14.9	2.6	2.6	2.2	49.6	
บริการเยี่ยมบ้านตอนกลางคืน	0.7		28.1	12.9	2.9	2.9	0.7	51.8	
บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยนอกที่มีภาวะสมองเสื่อม	0.5		46.7	12.1	6.3	1	1.5	31.7	0.2
บริการดูแลระยะยาวอเนกประสงค์ใน group home ขนาดเล็ก	0.1		31.2	13.1	7	0.8	1.7	45.8	0.4
บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระดับชุมชน (ใน group home)	0.1		23.8	17.3	4.7	0.4	0.5	53.1	0.2
บริการดูแลระยะยาวรายวันสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบบริการพิเศษระดับชุมชน			31.1	13.9	2.5	0.8	0.4	51.3	
บริการแบบผสม			9.7	32.3	8.1	4.8	1.6	43.5	

บริการ/ผู้ให้บริการ	องค์กรปกครองท้องถิ่น	องค์กรการชาตญี่ปุ่น	กิจการสวัสดิการสังคม	กิจการการแพทย์	องค์กรไม่แสวงกำไร	สมาคมธุรกิจ	สมาคมสหกรณ์	องค์กรแสวงกำไร	อื่นๆ
สิ่งอำนวยความสะดวกระดับชุมชนที่ได้จากเงินช่วยเหลือสาธารณะ	8.8		91.2						
ศูนย์สนับสนุนการดูแลแบบบูรณาการระดับชุมชน	29		51.9	12.4	0.5	3.6	0.9	1.6	0.1
ศูนย์สนับสนุนการดูแลระยะยาวที่บ้าน	1.0		25.9	16.5	3.4	2.6	2.6	47.3	0.5

ที่มา: ปรับจาก การสำรวจสถาบันที่มีส่วนร่วมในการดูแลระยะยาว กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ (2013) อ้างถึงใน (Social Development Division, UNESCAP, 2015)

ตาราง 4.6 แสดงให้เห็นรูปแบบการบริการและตัวแสดงที่สำคัญในระบบการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งจะเห็นได้ว่า ตัวแสดงที่มีบทบาทมากที่สุดในเกือบทุกบริการ เป็นตัวแสดงนอกภาครัฐ ทั้งที่เป็นองค์กรแสวงกำไร (ภาคเอกชน) และองค์กรไม่แสวงกำไร (กิจการเพื่อสวัสดิการสังคม กิจการเพื่อการแพทย์ และกิจการไม่แสวงกำไร) สำหรับองค์กรไม่แสวงกำไรที่ให้บริการดูแลระยะยาวถูกควบคุมโดยกฎหมายและหน้าที่ตามกฎหมายธุรกิจ แต่ไม่สามารถแสวงหากำไรทางการเงิน ในส่วนของ **รัฐบาลและองค์กรปกครองท้องถิ่น** เทศบาลถือเป็นผู้ประกันในระบบ LTCI โดยการปกครองท้องถิ่นของญี่ปุ่นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับจังหวัด (Prefecture) 47 แห่ง และเทศบาล 1,718 แห่ง ส่วนการดำเนินการระบบแพทย์สำหรับผู้สูงอายุขนาดใหญ่ดำเนินการโดยสหพันธ์เทศบาล (ทุกเทศบาลในจังหวัด รวมตัวกันเป็นสหพันธ์)

ดังนั้น ระบบบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของประเทศญี่ปุ่น จึงเป็นตัวอย่างของการออกแบบบริการผ่านระบบการประกันที่ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น และผู้ประกันตนมีส่วนร่วมในการจ่ายเงิน เพื่อให้องค์กรต่างๆ เข้ามาร่วมกันจัดบริการที่หลากหลาย โดยที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีความพยายามการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้การดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนมากขึ้นเรื่อยๆ

4.1.2.4 ประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์เป็นอีกประเทศในทวีปเอเชียที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2544 องค์กรสหประชาชาติได้ประเมินว่า ภายในปี 2050 ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีในประเทศสิงคโปร์จะมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28.6 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่อัตราการเกิดต่ำลงและโครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น อัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุกับประชากรวัยแรงงาน ลดลงจาก 1: 8.4 ในปี 2000 เป็น 1:2.7 ในปี 2025 รัฐบาลสิงคโปร์ได้พัฒนาระบบสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term Care) ร่วมกันประกันสุขภาพ (UNESCAP Social Development Division, 2015) โดยในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว รัฐบาลสิงคโปร์ให้ความสำคัญกับแนวคิด ageing-in-place ซึ่งเน้นให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนให้นานที่สุด เน้นบทบาทของครอบครัวในการช่วยให้ผู้สูงอายุให้อยู่ในบ้าน ลดภาระในการดูแลเชิงสถาบัน ส่งเสริมโครงการในศูนย์ที่ให้บริการตอนกลางวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุยังอยู่ในบ้านและชุมชนของตนเอง โดยสามารถแบ่งประเภทบริการดูแลระยะยาวได้เป็น 2 ประเภทหลัก คือ บริการบ้านพัก (Stay-in Care) และบริการนอกบ้านพัก ซึ่งได้แก่ บริการที่บ้าน (Care at Home) และบริการที่ศูนย์ (Care at Centre) ซึ่งมีรายละเอียดของบริการแต่ละรูปแบบในตาราง 4.4

ตารางที่ 4.4 บริการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์

ประเภท	ภูมิหลัง	บริการ
บริการบ้านพัก (Stay-in Care)		
	บริการสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตัวเอง หรือไม่สามารถรับการดูแลในบ้านของตัวเอง	สถานพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสำหรับโรคเรื้อรัง สถานดูแลผู้ป่วย (บ้านพัก) การดูแลผู้ป่วยระยะสั้น (Respite care)
บริการนอกบ้านพัก		
บริการที่บ้าน (Care at Home)	บริการที่บ้านให้บริการสำหรับผู้สูงอายุอ่อนแอหรือติดบ้าน บริการนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ และสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้านของตนเอง	บริการการแพทย์ที่บ้าน บริการพยาบาลที่บ้าน บริการดูแลส่วนบุคคลที่บ้าน บริการบำบัดที่บ้าน บริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (home palliative care) บริการอาหาร/ขนส่ง/บริการไปเป็นเพื่อน)
บริการที่ศูนย์บริการ (Care at Centre)	บริการสุขภาพที่ศูนย์บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลแบบปกติช่วงกลางวัน ศูนย์บริการส่วนใหญ่ตั้งในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถได้รับบริการในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยใกล้บ้าน ในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวไปทำงาน	บริการฟื้นฟูสุขภาพ บริการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมช่วงกลางวัน บริการดูแลกลางวัน บริการพยาบาล

ที่มา: Ageing Planning Office (2014) อ้างถึงใน (UNESCAP Social Development Division, 2015)

โดยทั่วไป ประเภทของการดูแลระยะยาว แบ่งเป็นบริการบ้านพักและบริการนอกบ้านพัก บริการเหล่านี้ดำเนินการโดย องค์กรอาสาสมัครสวัสดิการ (Voluntary Welfare Organization – VWOs) บริษัทเอกชน โดยรัฐบาลให้การสนับสนุนทางการเงินและการอุดหนุนผู้ป่วย ผู้ใช้บริการสมัครเข้าใช้บริการผ่าน Agency for Integrated Care (AIC) ยกเว้นศูนย์กิจกรรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยกระทรวงการพัฒนาครอบครัวและสังคม โดยผู้ให้บริการจะต้องจ่ายเงิน โดยใช้ระบบการคัดกรองรายได้ของครัวเรือน

ในส่วนของระบบบริการสุขภาพในประเทศสิงคโปร์ ซึ่งแบ่งเป็นการตอบสนองความจำเป็นแบบเฉียบพลัน (acute) ระยะกลาง (intermediate) และระยะยาว (long-term) ดำเนินการโดยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน 80% ของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลภาครัฐ และ 20% ดำเนินการโดยภาคเอกชน รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยในสถาบัน (ในโรงพยาบาล) แต่การดูแลผู้ป่วยนอกสถาบัน ส่วนใหญ่ให้บริการโดยองค์กรอาสาสมัครสวัสดิการ (Volunteer Welfare Organization- VWO) บริษัทเอกชน และผู้ให้บริการภาคเอกชน

การบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวในสิงคโปร์

การบริหารจัดการหน่วยบริการระบบดูแลระยะยาวในสิงคโปร์ ทำโดย หน่วยบูรณาการบริการ 3 หน่วยงาน และหน่วยที่ดำเนินการการป้องกันปฐมภูมิ สำหรับหน่วยบูรณาการการบริการประกอบด้วย Agency for Integrated Care (AIC) Regional Health Services (RHS) และ Ageing Planning Office (APO) แต่ละหน่วยมีบทบาทหน้าที่แตกต่างกันดังนี้

Agency for Integrated Care (AIC) ตั้งขึ้นเมื่อปี 2552 (2009) ในฐานะหน่วยงานอิสระภายใต้ กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ในการส่งเสริมและบูรณาการภาคส่วนที่ให้บริการดูแลระยะยาวในประเทศ มีหน้าที่ในการเชื่อมประสานระบบบริการสุขภาพ ดำเนินการตามกรอบการประเมินระดับชาติ ดูแลระบบการส่งต่อไปยังระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาว จัดการกรณีที่มีความซับซ้อน พัฒนาระบบการดูแลปฐมภูมิ และระบบการดูแลชุมชน ปรับปรุงคุณภาพของระบบการดูแลระยะยาว AIC ได้พัฒนาโครงการเพื่อการส่งต่อ 2 โครงการ โครงการแรกคือ Aged Care Transition (ACTION) ซึ่งให้บริการสนับสนุนผู้สูงอายุที่ออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน หรือบริการที่บ้าน ช่วยให้ AIC สามารถลดการใช้ทรัพยากรในการดูแลฉุกเฉิน และให้กรอบการทำงานประสานชุดบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน อีกโครงการคือ Singapore Programme for Integrated Care for the Elderly (SPICE) เป็นโครงการปรับปรุงการเปลี่ยนผ่านไปยังการบริการระยะยาว เป็นทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลและนักวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุอ่อนแอที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระดับสูง หรือมีคุณสมบัติในการเข้าพักในสถานบริบาล ในการฟื้นฟูดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการพัฒนาแผนการดูแลที่บ้านหรือที่ศูนย์บริการที่ขยายจากโรงพยาบาลไปสู่ครัวเรือน

Regional Health Services (RHS) ตั้งขึ้นในปี 2552 เพื่อสร้างระบบนิเวศเพื่อสุขภาพของภูมิภาค ดูแลตั้งแต่การป้องกันไปจนถึงการดูแลระยะสุดท้าย RHS แต่ละแห่งยึดโยงโดยโรงพยาบาลที่มีการปรับโครงสร้างที่มุ่งทำงานเป็นภาคีกับโรงพยาบาลชุมชน สถานบริบาล บริการสุขภาพที่บ้าน แพทย์ และผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระดับท้องถิ่นเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เรือรัง

Ageing Planning Office (APO) เป็นหน่วยงาน ‘super agency’ ตั้งขึ้นเมื่อปี 2554 ภายใต้ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเชื่อมโยงบริการที่เกี่ยวข้องของรัฐบาลทั้งหมดในการวางแผนและดำเนินการโครงการความริเริ่มใหม่ๆ เพื่อการสูงวัย

หน่วยงานทั้ง 3 หน่วยงาน ทำหน้าที่ประสานบริการระยะยาวในสิงคโปร์ และจัดวางการดูแลทางสังคมและสุขภาพอย่างบูรณาการในบริบทที่กว้างขวางขึ้น ได้แก่ ระบบการป้องกัน การดูแลฉุกเฉินและปานกลาง

การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นบทบาทของคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพสิงคโปร์ (Health Promotion Board-HPB) ซึ่งมีความริเริ่มจำนวนมากเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ บางโครงการอาจมีเป้าหมายเป็นกลุ่มเฉพาะ ตัวอย่างโครงการที่น่าสนใจได้แก่ “Mental First Aid Kit” ชุดการปฐมพยาบาลทางจิต จัดกิจกรรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อลดภาวะการมองเสื่อม (ดำเนินการครั้งแรกในปี 2554) “Health Ambassador Network” เครือข่ายทูตสุขภาพ เป็นกิจกรรมทางสังคมที่ทำกับผู้สูงอายุโดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้วิธีการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพะ โครงการการคัดกรองความสามารถในการทำหน้าที่ในระดับชุมชน เพื่อตรวจสอบสัญญาณเบื้องต้นในการทำหน้าที่ที่เสื่อมถอยลง เพื่อจะได้หาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม หรือเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต โครงการป้องกันการหกล้ม เป็นต้น

ระบบการเงินเพื่อสุขภาพของประเทศสิงคโปร์

แม้ว่ารัฐบาลสิงคโปร์จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว แต่ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ผู้ที่มีบทบาทในการให้บริการในระบบนี้ส่วนใหญ่เป็นองค์กรภาคเอกชนและภาคประชาสังคม อีกประการหนึ่ง จุดเน้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของรัฐบาลสิงคโปร์คือ การให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่เดิมและเน้นบทบาทของครอบครัว ดังนั้น ลักษณะเด่นของระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในสิงคโปร์คือ การพัฒนาระบบเงินอุดหนุนเพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ หากจะเข้าใจระบบดังกล่าว จำเป็นต้องทำความเข้าใจภาพรวมระบบการเงินเพื่อสุขภาพของสิงคโปร์ (ระบบ 3M) ซึ่งแต่ละระบบกระตุ้นให้พลเมือง หรืออีกนัยหนึ่งผู้ประกันตนออมเงินเพื่อเป็นหลักประกันสุขภาพและหลักประกันการดูแลสุขภาพระยะยาวของตนเองและครอบครัว 2-3 บัญชี (กองทุน) ได้แก่ Medisave, Medishield/Medishield Life และ Medifund แต่ละระบบมีรายละเอียดดังนี้

Medisave คือบัญชีเงินออมเพื่อสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งแรงงานสิงคโปร์จะต้องจ่าย 8-10.5% ของรายได้รายเดือน (ขึ้นอยู่กับกลุ่มอายุ) ซึ่งสามารถถอนออกมาได้ (ในจำนวนจำกัด) เพื่อจ่ายค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของสมาชิกในครอบครัว การผ่าตัดหรือค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่ได้รับการอนุมัติ ในส่วนนี้ รัฐบาลสิงคโปร์ได้อุดหนุนบางส่วน ในส่วนของระบบดูแลสุขภาพระยะยาว การอุดหนุนขึ้นอยู่กับระดับรายได้ครัวเรือนและผู้ป่วยจะต้องสมัครเพื่อเข้าถึงเงินอุดหนุนเหล่านี้

Medishield/Medishield Life เป็นแผนประกันทางการแพทย์แบบสมัครใจ ที่ให้การประกันสุขภาพพื้นฐานในกรณีโรคร้ายแรงที่ไม่ได้คาดคิด และเงินในบัญชี Medisave ไม่ครอบคลุม ในปี 2004 ประชากรสิงคโปร์ร้อยละ 80 อยู่ภายใต้ระบบนี้ โดยในปลายปี 2015 รัฐบาลสิงคโปร์ได้ปรับโครงการเป็น Medishield Life โดยขยายความคุ้มครองจนถึงเสียชีวิต และเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีโรคอยู่แล้วและสามารถเข้าระบบนี้ได้ โดยทำให้เป็นประกันภาคบังคับสำหรับพลเมืองสิงคโปร์ทุกคน โดยสรุป Medishield Life เป็นโครงการประกันสุขภาพพื้นฐานราคาถูก มีระบบการร่วมจ่าย ที่ออกแบบเพื่อรับประกันให้ปัจเจกบุคคลมีเงินที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล

Medifund เป็นกองทุนของรัฐบาลที่จัดตั้งไว้ที่สถาบันบางแห่ง สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงเงินอุดหนุนทั้งในระบบ Medisave และ Medishield Life กองทุน Medifund ทำหน้าที่เป็นตาข่ายทางการเงินแต่ไม่ใช่เงินก้อนสุดท้าย ในปี 2006 มีผู้ได้รับประโยชน์รวม 290,000 ราย ในจำนวนนี้เกือบ 96,000 รายเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นในปี 2007 รัฐบาลสิงคโปร์จึงได้จัดตั้งโครงการ Medifund Silver ซึ่งมีเป้าหมายเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ รวมบริการสนับสนุนทั้งระยะกลางและระยะยาว

นอกจากกองทุน 3M นี้แล้ว รัฐบาลสิงคโปร์ยังมีดำเนินงานอีกหลายโครงการสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะทุพพลภาพ โดยหลักการแต่ละกองทุนมีลักษณะเป็นการประกันตน

ElderShield เป็นโครงการประกันการดูแลสุขภาพระยะยาวที่มีเป้าหมายที่ผู้ที่ประสบภาวะทุพพลภาพอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ ในครั้งแรกที่เริ่มโครงการ โครงการจ่าย 300 ดอลลาร์สิงคโปร์ต่อเดือนเป็นเวลา 5 ปีในช่วงที่พิการอย่างรุนแรง ต่อมามีการทบทวนในปี 2007 และปรับวงเงินเป็นเดือนละ 400 ดอลลาร์สิงคโปร์เป็นเวลา 6 ปี โดยในปี 2019 พลเมืองสิงคโปร์ทั้งหมดที่มีบัญชี Medisave จะเป็นผู้ประกันตนในโครงการ ElderShield อัตโนมัติเมื่อมีอายุ 40 ปี ถ้าไม่ออกจากโครงการ บริษัทประกันที่ให้ความคุ้มครองมี 3 บริษัทเอกชนที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนด (Aviva, Great Eastern, Income) แต่จากปี 2020 เป็นต้นไป ไม่มีการสมัครใหม่โดยอัตโนมัติ แต่พลเมืองสิงคโปร์ที่มีอายุ 40 ปีในปี 2020 จะอยู่ในโครงการ CareShield Life ในวันที่ 1 ตุลาคม 2020 หรือเมื่อมีอายุครบ 30 ปี เพราะรัฐบาลได้ยึดการบริหารของโครงการจากบริษัทประกันในปลายปี 2021 (Ministry of Health, Singapore, n.d.)

ในปี 2020 รัฐบาลสิงคโปร์ได้พัฒนาโครงการ CareShield Life ซึ่งเป็นโครงการประกันการดูแลระยะยาวที่ให้การสนับสนุนทางการเงินพื้นฐานสำหรับพลเมืองสิงคโปร์ที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ และต้องการการดูแลส่วนบุคคลและการดูแลทางการแพทย์ระยะยาว โดยสำหรับพลเมืองสิงคโปร์ที่เกิดหลังจากปี 1990 ทุกคนจะได้รับความคุ้มครองเมื่ออายุ 30 ปี โดยไม่คำนึงถึงเงื่อนไขสุขภาพและความพิการ ส่วนผู้ที่เกิดในช่วงปี 1980-1990 จะได้รับความคุ้มครองเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2020 หรือเมื่ออายุ 30 ปี ส่วนคนที่เกิดปี 1979 หรือก่อนหน้านั้น เลือกได้ว่าจะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ การสมัครมีผลตั้งแต่ปลายปี 2021 เป็นต้นไป หากว่าภาวะทุพพลภาพอย่างรุนแรง สำหรับเบี้ยประกันคำนวณตามรายได้ครัวเรือนและความคุ้มครองเดิมที่มีอยู่ (Ministry of Health, Singapore, n.d.)

นอกจากนี้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและประสบภาวะทุพพลภาพ รัฐบาลสิงคโปร์ได้จัดให้มีเงินอุดหนุนการดูแลผู้สูงอายุ (Eldercare Subsidies) ภายใต้โครงการการดูแลระยะยาวอีกหลายโครงการ ได้แก่ โครงการช่วยเหลือการเคลื่อนไหว (Mobility Assistance) โครงการช่วยเหลือกิจกรรมประจำวัน (Daily Activities Assistance) โครงการช่วยเหลือผู้ดูแล (Caregiving Assistance) และโครงการช่วยเหลือค่าบริการทางการแพทย์ (Medical Fee Assistance) ซึ่งผู้มีสิทธิสามารถสมัครรับเงินอุดหนุนภายใต้โครงการการดูแลระยะยาวได้ โดยผ่านการประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Livings- ADLs - อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ เคลื่อนย้าย เดินหรือเคลื่อนไหวไปรอบๆ) โดยแบ่งภาวะพิการออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย (Mild) ต้องการความช่วยเหลือบ้างในการทำกิจกรรมอย่างน้อย 1 กิจกรรม ปานกลาง (Moderate) - ต้องการความช่วยเหลือบ้างในการทำกิจกรรมอย่างน้อย 3 กิจกรรม รุนแรง (Severe) ต้องการการช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมอย่างน้อย 3 กิจกรรม สำหรับการให้เงินอุดหนุนแต่ละโครงการมีรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนการเคลื่อนไหว (Mobility Assistance) ผ่านโครงการ Seniors' Mobility and Enabling Fund (SMF) เป็นเงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือเรื่องอุปกรณ์สนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น รถเข็น ตู้ลิ้นชัก ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ หรือเครื่องให้นม (milk feeds) ผู้มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนนี้คือ ผู้สูงอายุชาวสิงคโปร์ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีรายได้ครัวเรือน (สัดส่วนต่อบุคคล) ไม่เกิน 2,000 เหรียญต่อคน สำหรับครัวเรือนที่ไม่มีรายได้เลย มีการพิจารณามูลค่ารายปีของบ้านที่อาศัยอยู่ด้วย ต้องไม่เกิน 13,000 เหรียญ

โครงการช่วยเหลือกิจกรรมประจำวัน (Daily Activities Assistance) ประกอบด้วย

โครงการ	ความช่วยเหลือ	คุณสมบัติผู้เข้าร่วมโครงการ
Pioneer Generation Disability Assistance Scheme (PioneerDAS)	เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือเรื่องความจำเป็นในการดูแลเดือนละ 100 ดอลลาร์สิงคโปร์	ผู้สูงอายุชาวสิงคโปร์ที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพปานกลาง-รุนแรง ซึ่งได้มาจากการสำรวจ
Interim Disability Assistance Programme for the Elderly (IDAPE)	เงินช่วยเหลือเดือนละ 150-250 ดอลลาร์สิงคโปร์	ผู้สูงอายุชาวสิงคโปร์ที่มีภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรง และไม่มีคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการ ElderShield มีรายได้ครัวเรือน (สัดส่วนต่อบุคคล) ไม่เกิน 2,800 เหรียญต่อคน สำหรับครัวเรือนที่ไม่มีรายได้เลย มีการพิจารณามูลค่ารายปีของบ้านที่อาศัยอยู่ด้วย ต้องไม่เกิน 13,000 เหรียญ
ElderFund	เงินช่วยเหลือเดือนละ 250 ดอลลาร์สิงคโปร์	ผู้สูงอายุชาวสิงคโปร์ที่มีภาวะความพิการระดับรุนแรง และไม่มีคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการ CareShield Life, ElderShield และ IDAPE มีรายได้ครัวเรือน (สัดส่วนต่อบุคคล) ไม่เกิน 1,200 เหรียญต่อคน และมีเงินคงเหลือในบัญชี MediSave ต่ำกว่า 10,000 เหรียญ
CareShield Life	เงินช่วยเหลือเดือนละ 600 ดอลลาร์สิงคโปร์	พลเมืองสิงคโปร์หรือผู้ที่ได้สัญชาติสิงคโปร์แบบถาวร ที่มีภาวะความพิการรุนแรง และเป็นผู้ประกันตนในระบบ CareShield Life
MediSave Care	สามารถถอนเงินจากบัญชี MediSave ของตนเองหรือคู่สมรสได้เดือนละไม่เกิน 200 ดอลลาร์สิงคโปร์	พลเมืองสิงคโปร์หรือผู้ที่ได้สัญชาติสิงคโปร์แบบถาวร ที่มีภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรง

โครงการช่วยเหลือผู้ดูแล (Caregiving Assistance)

Caregivers Training Grant (CTG) พลเมืองสิงคโปร์หรือผู้ถือสัญชาติสิงคโปร์แบบถาวรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือได้รับการรับรองว่ามีภาวะความพิการ ในระดับอ่อน (mild) จะได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อฝึกอบรมผู้ดูแล จำนวน 200 เหรียญต่อปี โดยผู้ดูแลสามารถเป็นทั้งคนในครอบครัวหรือแรงงานชาวต่างชาติก็ได้

Foreign Domestic Worker (FDW) Levy Concession for Person with Disabilities สำหรับพลเมืองสิงคโปร์ที่มีภาวะความพิการระดับอ่อน ที่จ้างผู้ดูแลชาวต่างชาติ สามารถนำมาหักเป็นค่าใช้จ่ายในการยื่นภาษีได้เดือนละ 60 เหรียญ

Home Caregiving Grant (HCG) สำหรับพลเมืองสิงคโปร์ หรือผู้ถือสัญชาติสิงคโปร์ถาวรที่มีพ่อ/แม่/บุตรหรือคู่สมรสเป็นพลเมืองสิงคโปร์ ที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะความพิการระดับปานกลาง-รุนแรง โดยต้องมีรายได้ครัวเรือน (สัดส่วนต่อบุคคล) ไม่เกิน 2,800 เหรียญต่อคน สำหรับครัวเรือนที่ไม่มี

รายได้เลย มีการพิจารณามูลค่ารายปีของบ้านที่อาศัยอยู่ด้วย ต้องไม่เกิน 13,000 เหรียญ จะได้รับเงินช่วยเหลือเดือนละ 200 เหรียญ

โครงการให้ความช่วยเหลือค่าบริการทางการแพทย์ (Medical Fee Assistance) ผ่านโครงการ Community Health Assist Scheme (CHAS) เป็นเงินช่วยเหลือในการพบแพทย์หรือทันตแพทย์สำหรับพลเมืองสิงคโปร์ ที่มีรายได้ครัวเรือน (สัดส่วนต่อบุคคล) ไม่เกิน 2,800 เหรียญต่อคน สำหรับครัวเรือนที่ไม่มีรายได้เลย มีการพิจารณามูลค่ารายปีของบ้านที่อาศัยอยู่ ต้องไม่เกิน 21,00 เหรียญ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุ จะได้รับเงินช่วยเหลือนี้โดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือมูลค่าของบ้าน

ในส่วนของ**บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ**ในประเทศสิงคโปร์อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงการพัฒนาสังคมและครอบครัว ซึ่งรับผิดชอบนโยบายและการวางแผนให้บริการที่อยู่อาศัย 2 ประเภทคือ **Senior Group Home (SGH)** และ **Sheltered Home**

SGH เป็นบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่มีคุณสมบัติในการเช่าแฟลตจากองค์กรที่อยู่อาศัยสิงคโปร์ ที่ไม่มีการสนับสนุนหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย โครงการ SGH เป็นโครงการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่อาศัยอย่างเป็นอิสระ โดยมีบริการสนับสนุนจากชุมชนในศูนย์กิจกรรมผู้สูงอายุ

ส่วน Shelter Home เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ไม่มีการสนับสนุนหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย และมีความจำเป็นต้องหาที่พักระยะยาว โดยไม่สามารถนำครอบครัวหรือคนดูแลมาอยู่ร่วมได้ ผู้สูงอายุที่จะสมัครเข้าอยู่อาศัยจะต้องสมัครผ่านนักสังคมสงเคราะห์ มีค่าใช้จ่ายเดือนละ 400-700 ดอลลาร์สิงคโปร์ (ก่อนตัดครองรายได้) (Ministry of Social and Family Development, n.d.)

หากพิจารณาในเรื่องมาตรฐานในการจัดบริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์ ซึ่งให้องค์กรภาคเอกชนเป็นผู้จัดบริการหลัก แม้จะไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานไว้ชัดเจน แต่มีการกำกับดูแลโดยหน่วยงานภาครัฐที่เป็นผู้อุดหนุนงบประมาณในการจัดบริการ โดยงบประมาณดังกล่าวมาจากระบบการดูแลระยะยาวที่เก็บเงินจากประชาชนสิงคโปร์และรัฐช่วยอุดหนุนบางส่วน กล่าวอีกนัยหนึ่ง การเข้าสู่บริการ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนในระบบดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุสิงคโปร์ เป็นระบบที่ประชาชนต้องร่วมจ่าย ยกเว้นกรณีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพและยากจน จึงจะได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐเป็นกรณีพิเศษ ทั้งนี้ ระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์ถูกวิจารณ์ว่า มีจุดอ่อนในเรื่องการจัดการบริการระดับชุมชนที่อ่อนแอ บริการแบบปฐมภูมิไม่ได้ให้บริการในฐานะสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เปราะบาง ขาดกรอบการประเมินการดูแลระดับชาติ และมีการจับคู่ที่ผิดพลาดระหว่างอุปสงค์และอุปทานของการบริการ ทำให้เกิดวิกฤติเตียงในโรงพยาบาล สถานบริบาล ผู้ดูแลที่มีจำนวน/ศักยภาพไม่เพียงพอ (UNESCAP Social Development Division, 2015)

4.1.2.5 ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นประเทศที่จัดระบบสวัสดิการแบบเสรีนิยม ที่รัฐมีบทบาทจำกัด แต่เน้นกลไกตลาดในระบบเศรษฐกิจและสวัสดิการสังคม (วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2559) สำหรับการดูแลเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ มีกฎหมายที่สำคัญคือ กฎหมายผู้สูงอายุอเมริกา (The Older American Act- OAA) ซึ่งกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว กำกับดูแลการจัดสรรงบประมาณทั้งรัฐบาลมลรัฐ และรัฐบาลกลางในการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้ผู้สูงอายุ กฎหมาย OAA มีการแก้ไขเพิ่มเติมในปี 2000 ให้ครอบคลุมเรื่องการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและคนพิการในครอบครัวด้วย

สภาผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Council on Ageing – NCOA) เป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้มีการรับประกันความมั่นคงในการดูแลผู้สูงอายุในด้านสุขภาพและเศรษฐกิจตามกฎหมาย OAA NCOA ได้รับงบประมาณหลักจากรัฐบาล ในรูปของเงินอุดหนุนและเงินโครงการ และมีเงินบริจาคจากภาคเอกชนและค่าบริการจากสมาชิกด้วย มีการทำงานร่วมกับรัฐบาล องค์กรไม่แสวงกำไรและภาคธุรกิจในการจัดบริการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ขอบข่ายงานของ NCOA ครอบคลุมทั้งเรื่องการผลักดันให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการทางสังคม ในปี 2019 NCOA ได้ผลักดันให้มีการตั้งศูนย์ให้การศึกษาดูแลตนเองในโรคเรื้อรังระดับชาติ (National Chronic Disease Self-Management Education – CDSME) มีโครงการการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ในด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ NCOA ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุเข้าถึงสิทธิประโยชน์ผ่านศูนย์การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ และจัดสรรเงินเพื่อสนับสนุนการทำงานของโครงการจ้างงานผู้สูงอายุ ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุเข้าถึงโครงการ Reverse Mortgages (Home Equity Conversion Mortgages – HECM) (National Council on Aging, 2020) ในด้านสุขภาพ ศูนย์การเข้าถึงผลประโยชน์ (The Center for Benefit Access - BECs) ซึ่งมีศูนย์ย่อย 80 แห่งทั่วประเทศ เป็นหน่วยงานสำคัญในการเชื่อมโยงสิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุในโครงการเงินออม Medicare และ Medicaid เป็นเครื่องมือที่สำคัญ โครงการ Medicare สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ประกันตนที่มีภาวะทุพพลภาพ ในการเข้าถึงโครงการประกันด้านสุขภาพอาหารที่จำเป็น นอกจากนี้ NCOA ยังมีบทบาทในการเชื่อมโยงและพัฒนาศักยภาพวิชาชีพการดูแลผู้สูงอายุผ่านการสร้างเครือข่ายวิชาชีพผู้สูงอายุในสถาบันแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ การผลักดันนโยบายต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุด้วย (National Council on Aging (NCOA), 2021)

Medicare เป็นโครงการประกันสุขภาพระดับชาติสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป รวมไปถึงประชาชนอายุน้อยกว่านั้นที่มีภาวะพิการ หรือเป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องปลูกถ่ายหรือฟอกไต โครงการ Medicare มี 3 ส่วน ส่วนแรก (Part A) เป็นค่าใช้จ่ายในการเข้าโรงพยาบาล รวมถึงสถานพยาบาลหรือสถานดูแลระยะสุดท้าย ส่วนที่ 2 (Part B) ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอก รวมทั้งค่าเวชภัณฑ์และบริการเชิงป้องกัน ส่วนที่ 3 (Part-D) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ซึ่งรวมไปถึงวัคซีนตามแพทย์สั่งด้วย ผู้ประกันตนสามารถเลือกสมัครและจ่ายค่าบริการตามที่ต้องการ โดยหากเป็นการประกันดั้งเดิม (Original Medicare) ครอบคลุมเฉพาะส่วนที่ 1 และ 2 การจ่ายค่าบริการแต่ละปีจะได้รับการลดหย่อน และหากต้องการซื้อประกันส่วนที่ 3 ก็สามารถซื้อเพิ่มเติมได้ (Medicare.gov, n.d.) หากผู้ประกันตน หรือคู่สมรสได้จ่ายภาษี Medicare ในช่วงที่ยังทำงานเป็นระยะเวลาหนึ่งหรือได้สวัสดิการเกษียณอายุ ก็ไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมสำหรับส่วนแรก สำหรับส่วนที่ 2 เป็นการจ่ายเพิ่มตามสัดส่วนรายได้ที่ใช้เสียภาษี ในปี 2021 มีอัตราตั้งแต่ 148.50 – 504.90 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน

สำหรับโครงการ **Medicaid** เป็นโครงการประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลสำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อย แต่ละมลรัฐเป็นผู้ดำเนินการโครงการ Medicaid ของตนเอง ดังนั้นสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมในแต่ละรัฐจึงอาจไม่เหมือนกัน ในการเปลี่ยนแปลงนโยบายและสิทธิประโยชน์ของโครงการ จะต้องได้รับการพิจารณาและอนุมัติจาก Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (Medicaid.gov, 2021) ทั้งนี้ประชาชนที่มีประกัน Medicare อยู่แล้ว อาจได้รับสิทธิประโยชน์จาก Medicaid ได้หากว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (National Council on Aging (NCOA), 2021) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย Medicaid ถือว่ามีบทบาทสำคัญในการอุดหนุนให้เกิดการดูแลระยะยาว โดยในปี 1998 โครงการ Medicaid จ่ายงบประมาณให้สถานบริบาลถึง 44% สนับสนุนการดูแลผู้ที่อยู่อาศัยในสถานบริบาลราว 2 ใน 3 และในบางรัฐ Medicaid ยังครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านด้วย (Feder, Komisar, & Niefeld, 2000)

หน่วยบริหารการดำรงชีวิตในชุมชน (Administration for Community Living-ACL) เป็นหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์ (Ministry of Health and Human Services- HHS) รัฐบาลสหรัฐอเมริกา มีพันธกิจในการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่เป็นอิสระสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการและครอบครัว ตลอดจนผู้ดูแล ACL มีโครงการจัดบริการสนับสนุนที่บ้านและชุมชน รวมถึงมีการลงทุนทำวิจัยเพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและคนพิการ หน่วยงานภายใน ACL ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะคือหน่วยบริหารจัดการผู้สูงอายุ (Administration on Aging- AoA) ทั้งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านหรือสถานที่ดูแลระยะยาว และทำงานร่วมกับเครือข่ายผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลที่บ้านและชุมชนที่ตอบสนองกับความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยมีเครือข่ายบริการผู้สูงอายุใน 56 รัฐ มีหน่วยงานระดับพื้นที่มากกว่า 622 พื้นที่ มีผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 20,000 รายการ กิจหลักของ AoA คือ การดำเนินงานช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถอาศัยอยู่ที่บ้านได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ส่งเสริมสิทธิของผู้สูงอายุ และสนับสนุนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุประเภทต่างๆ AoA ทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพเพื่อสนับสนุนการใช้ชีวิตพื้นฐานผู้สูงอายุ

โครงการของ AoA มีเป้าหมายหลักในการพัฒนาและสนับสนุน ระบบบริการดูแลและสนับสนุนระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ มีการประสานงานกันอย่างครบวงจร ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงรักษาสุขภาพและความเป็นอิสระในบ้านและชุมชนของตนเอง รวมไปถึงผู้ดูแลในครอบครัวด้วย สำหรับบริการที่ OAA สนับสนุน ในด้าน **การดูแลผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย การดูแลส่วนบุคคล การดูแลบ้าน งานบ้าน การส่งอาหารที่บ้าน การดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน การจัดการเคส การช่วยเหลือการเดินทาง **การรวบรวมอาหาร** การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ การเดินทาง การช่วยเหลือทางกฎหมาย การให้การศึกษาเรื่องโภชนาการ การให้ความช่วยเหลือเรื่องข้อมูล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลร่างกายผู้สูงอายุ **สำหรับผู้ดูแลนั้น** มีการให้คำปรึกษาสนับสนุน ผูกอบรม การจัดเวลาพัก การจัดบริการเสริม การให้ข้อมูล เป็นต้น (Administration on Aging, Administration for Community Living, 2016) ภายใต้ AoA มีหน่วยงานย่อยที่รับผิดชอบภารกิจด้านต่างๆ ได้แก่

- Office of supportive service and caregiver service ทำหน้าที่ในการจัดหาบริการที่บ้านและชุมชนให้กับผู้สูงอายุผ่านโครงการที่ได้รับทุนจาก OAA ซึ่งประกอบด้วย การเดินทาง การดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน การสนับสนุนผู้ดูแล และโครงการส่งเสริมสุขภาพ
- Office of Nutrition and Health Promotion Programs มีบทบาทเรื่องการจัดการสุขภาพ และการป้องกัน และโครงการความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงการให้ข้อมูลสุขภาพเชิงพฤติกรรม การให้การศึกษาเรื่องการจัดการตนเองกรณีเป็นโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน การป้องกันโรคและบริการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น
- Office of Elder Justice and Adult Protective Services ดูแลให้ความช่วยเหลือเรื่องกฎหมาย การละเมิดสิทธิผู้สูงอายุ และโครงการบ้านภายใต้ OAA
- Office for American Indian, Alaska Natives and Native Hawaiian Programs
- Office of Long-term Care Ombudsman Programs มีสำนักงานในทุกรัฐ เป็นปากเสียงให้กับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถร้องเรียนด้วยตนเองได้

(Administration for Community Living-ACL, 2017)

โครงการจัดบริการสนับสนุนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านและชุมชนที่สำคัญที่ AoA ดำเนินการ คือ โครงการบริการสนับสนุนระดับบ้านและชุมชน (Home and Community-based supportive service - HCBSS) ซึ่ง

มีประวัติศาสตร์การดำเนินการมาตั้งแต่ปี 1973 เป็นการให้เงินอุดหนุนสำหรับรัฐ โดยพิจารณาจากสัดส่วนของประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อใช้ในการจัดบริการสนับสนุนแบบองค์รวม การจัดบริการเป็นการจัดบริการตามความจำเป็นของผู้สูงอายุเฉพาะราย (tailor-made) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในบ้านและชุมชนของตนเองได้ แทนที่จะต้องไปอาศัยในสถานบริบาลหรือสถาบันดูแลแบบอื่น บริการของ HCBS ในปี 2016 ประกอบด้วย

- บริการเดินทาง พาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ ไปสถานที่ต่างๆ เช่น ร้านขายของ ร้านขายยา ศูนย์บริการผู้สูงอายุ และที่อื่นๆ ที่จำเป็น
- บริการส่วนบุคคล บริการทำบ้านและทำงานบ้าน
- บริการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน
- บริการจัดการเคส ได้แก่ การช่วยเหลือในการประเมินความต้องการ พัฒนาแผนการดูแล และจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล

นอกจากนี้ HCBS ยังให้ทุนในการจัดตั้งศูนย์บริการอเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อประสานและบูรณาการบริการสำหรับผู้สูงอายุด้วย

สำหรับการจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งประกอบด้วย **การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน** (Activities of Daily Living- ADL) เช่น แต่งตัว อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ **กิจกรรมช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน** (Instrumental activities of daily living – IADL) เช่น การจัดการยา และการทำงานบ้าน และ**ภารกิจในการดูแลสุขภาพ** ซึ่งผู้รับบริการจะเข้าถึงได้ต้องผ่านการประเมินความจำเป็นจากข้อจำกัดเรื่อง ADL หรือ IADL ซึ่งบริการที่จะได้รับ มีประเภทบริการที่หลากหลายได้แก่ การจัดในศูนย์บริการผู้สูงอายุตอนกลางวันในชุมชน ในบ้าน ในสถาบัน เช่น สถานบริบาล หรือในสถานที่แบบอื่นๆ อย่างบ้านพักผู้สูงอายุประเภทต่างๆ

ในปี 2019 ศูนย์สถิติสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ได้เผยแพร่ข้อมูลสถิติผู้ให้บริการและผู้รับบริการในระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งพบว่า ผู้ให้บริการที่อยู่ในกำกับของรัฐบาลในปี 2016 จำนวน 65,600 ราย ใน 5 ส่วนหลักสามารถให้บริการผู้สูงอายุได้มากกว่า 8 ล้านคน ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่เฉพาะ โดยมีชุมชนเฉพาะสำหรับดูแลผู้สูงอายุ (Residential care community) จำนวน 28,900 ราย สถานบริบาล จำนวน 15,600 ราย สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4,300 ราย ในขณะที่สัดส่วนของผู้ให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชนมีน้อยกว่าอย่างชัดเจน คือ หน่วยบริการผู้สูงอายุที่บ้าน (home health agency) จำนวน 12,200 ราย ศูนย์บริการผู้สูงอายุตอนกลางวัน 4,600 ราย โดยในภาพรวม ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นหน่วยธุรกิจแสวงกำไร ยกเว้นศูนย์บริการผู้สูงอายุตอนกลางวันเท่านั้น ที่มีดำเนินการโดยองค์กรไม่แสวงกำไรราวร้อยละ 50 และผู้ให้บริการทุกแบบ ได้รับการรับรองจากกองทุน Medicaid ในขณะที่กองทุน Medicare ให้การรับรองเฉพาะหน่วยให้บริการที่บ้านและสถานบริบาลเท่านั้น ในส่วนของการรับบริการแต่ละประเภท มีสัดส่วนการใช้จ่ายต่างกัน โดยในกรณีชุมชนหรือบ้านพักผู้สูงอายุ ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ชำระค่าบริการเอง แต่ถ้าเป็นบ้านพักที่เป็นสถานบริบาล กองทุน Medicaid เป็นผู้ชำระมากที่สุด (National Center for Health Statistics (U.S.), 2019)

ในส่วนของ**บริการที่อยู่อาศัย**สำหรับผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา มีการจัดบริการในโครงการที่สำคัญ 2 โครงการ คือ **Housing Choice Voucher Program** เป็นการให้คูปองสำหรับผู้สูงอายุหรือคนพิการที่มีรายได้น้อย ให้สามารถซื้อหรือเช่าบ้านได้ในตลาดเอกชน **Supportive Housing for the Elderly Program** เป็นโครงการที่ให้ทุนล่วงหน้าสำหรับผู้ให้บริการภาคเอกชนทั้งที่แสวงกำไรและไม่แสวงกำไร ลงทุนโครงการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นอิสระ ในอ

พาร์ทเมนท์ที่มีบริการทำความสะอาด ทำอาหารและบริการด้านการเดินทาง โดยผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงข้อมูลที่อยู่อาศัยประเภทนี้ได้ในเว็บไซต์ของรัฐบาล (USA.GOV, 2021)

โดยสรุป การจัดบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา มีลักษณะเด่นที่ภาคเอกชนมีบทบาทหลักเป็นผู้ให้บริการ ผู้สูงอายุที่ใช้บริการจะต้องจ่ายเงินในการใช้บริการแต่ละแบบ หากเป็นบริการการดูแลระยะยาวที่อยู่ในกองทุน Medicare ก็เป็นการจ่ายเงินผ่านกองทุน ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่อยู่ภายใต้กองทุน Medicaid จะได้รับความช่วยเหลือเป็นพิเศษ ในเรื่องที่อยู่อาศัยก็เช่นกัน รัฐบาลสหรัฐอเมริกาผลักดันให้ภาคเอกชนเป็นผู้ดำเนินการสร้าง/พัฒนาที่อยู่อาศัยล่วงหน้า และให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ซื้อบริการตามกำลัง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จะได้รับการช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษผ่านโครงการ Voucher

การปล่อยให้กลไกตลาดเป็นผู้ดำเนินการจัดบริการให้ผู้สูงอายุ มีลักษณะเด่นคือ ผู้บริโภคหรือผู้รับบริการมีอำนาจในการเลือกบริการ บนพื้นฐานต้นทุนที่ตนเองมีอยู่ ในขณะที่ผู้ให้บริการก็จัดบริการตามความต้องการและอำนาจซื้อของผู้รับบริการ จึงไม่มีการกำหนดมาตรฐานตายตัว แม้จะมี Office of Elder Justice and Adult Protective Services ซึ่งหน้าที่ในการพัฒนามาตรฐานในการให้บริการผู้สูงอายุ แต่จากการค้นคว้าข้อมูลทั้งหมด มีเพียงการกำหนดมาตรฐานกว้างๆ ไว้เท่านั้น สำหรับในสถานบริบาล แม้จะมี Nursing Home Reform Law ซึ่งมีการกำหนดมาตรฐานอย่างเข้มงวดว่าผู้รับบริการจะต้องได้รับการดูแลตามที่จำเป็นเพื่อรักษาความเป็นอยู่ที่ดีทางด้านกายภาพ อารมณ์และสังคม ต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เพียงพอ และผู้ให้บริการที่อยู่ในระบบ Medicaid/Medicare จะต้องรับประกันคุณภาพชีวิตที่ดี และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเคารพในศักดิ์ศรี ทั้งนี้ Richard Mollot ผู้อำนวยการบริหารของแนวร่วมการดูแลระยะยาว (Long Term Care Coalition) ได้วิจารณ์ว่า ในทางปฏิบัติผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานบริบาลยังไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานดังกล่าว (Mollot, 2014)

4.1.2.6 ประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดาเป็นอีกประเทศที่กำลังเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงอายุ มีการประเมินว่าในปี 2019 ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 65 ปี คิดเป็น 1 ใน 6 ของสัดส่วนประชากรโดยรวม และจะเพิ่มเป็น 1 ใน 4 คน หรือราวร้อยละ 25 ในปี 2035 ซึ่งน่าสนใจว่าในขณะที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ 17.5 แต่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลับสูงถึงร้อยละ 44 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ (National Institute on Ageing, 2020) การดูแลผู้สูงอายุของแคนาดาอยู่ภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสวัสดิการสังคม ถึงแม้จะมีสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Senior Council – NSC) ซึ่งมีองค์ประกอบเป็นผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีหน้าที่ให้คำปรึกษากับรัฐบาลแคนาดาผ่านรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและสุขภาพ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาและโอกาสที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีวาระ -3 ปี (Government of Canada, 2019) แต่สภาผู้สูงอายุแห่งชาติ ก็ดูเหมือนไม่มีบทบาทในทางนโยบายมากนัก สภาผู้สูงอายุแห่งชาติ มีบทบาทในการทำงานสนับสนุนนโยบายที่รัฐมนตรีผู้สูงอายุ (Minister of Seniors) และรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข (Minister of Health) ให้ความสำคัญ สภาชุดปัจจุบันให้ความสนใจกับประเด็นสำคัญ 4 เรื่อง คือ การลดอาชญากรรมและการทำร้ายผู้สูงอายุ บูรณาการมิติผู้สูงอายุให้อยู่ในยุทธศาสตร์ของรัฐบาลทุกระดับ ให้คำแนะนำกับรัฐบาลในการพัฒนาโดยใช้แนวคิดที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age-friendly/healthy aging) และกำหนดมาตรการและแนวทางในการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากอายุ อย่างไรก็ตาม เป็นเรื่องน่าสังเกตว่า แม้จะมีการผลักดันเรื่องผู้สูงอายุในประเทศแคนาดาเป็นเวลานาน แต่

ในทางปฏิบัติ ยังไม่มีการจัดทำยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุระดับชาติอย่างเป็นทางการ มีเพียงความพยายามที่เกิดจากสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Ageing- NIA) ในมหาวิทยาลัย Ryerson ที่เป็นสถาบันวิชาการและเครือข่ายเท่านั้นที่พยายามทำยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุระดับชาติ (National Seniors Strategy) ในปี 2015 โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะ ฉบับล่าสุดที่เผยแพร่เป็นการปรับปรุงครั้งที่ 3 จากพื้นฐานความท้าทายที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 มีจุดเน้นที่สำคัญ 4 ประเด็น คือ (National Institute on Ageing, 2020)

1. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตอย่างเป็นอิสระ มีผลผลิตภาพ และมีส่วนร่วม (ในกิจกรรม)
2. การมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและกระตือรือร้น
3. การดูแลใกล้บ้าน
4. การสนับสนุนผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าจ้าง

อย่างไรก็ดี NIA ก็มีข้อจำกัดที่สามารถผลักดันได้เพียงบางประเด็น และไม่ได้เชื่อมโยงกับ NSC มากนัก ทั้งนี้ในปัจจุบัน มีข้อวิจารณ์ว่าเรื่องการขาดยุทธศาสตร์ระดับชาติในการทำงานเรื่องผู้สูงอายุในแคนาดา และ NSC ก็ยอมรับถึงข้อจำกัดดังกล่าว เช่นเดียวกันกับการกำหนดมาตรฐานเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ

ระบบการเงินเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

การดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา มีจุดเด่นในเรื่องการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจผ่านระบบบำนาญที่มีอยู่ซึ่งมีหลายระบบ ได้แก่

(1) Canada Pension Plan (CPP - โครงการบำนาญผู้สูงอายุ) ซึ่งเป็นระบบต่อเนื่องกับระบบประกันตนที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบตั้งแต่การทำงาน และสมัครรับเงินเมื่อถึงเวลาเกษียณอายุ จำนวนเงินที่ได้รับขึ้นอยู่กับรายได้เฉลี่ยตลอดอายุการทำงานและการสมทบ โดยทั่วไป จะเริ่มรับเงินได้เมื่ออายุครบ 60 ปี หรือไม่เกิน 70 ปี หากเริ่มรับเร็ว จำนวนเงินต่อเดือนอาจจะน้อยกว่า และจำนวนเงินสูงสุดเมื่ออายุครบ 70 ปี ในปี 2019 หากรับเงินในอายุ 65 ปี จำนวนเงินสูงสุดที่จะได้คือ 1154.58 ดอลลาร์แคนาดาต่อเดือน ค่าเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 679.19 ดอลลาร์ต่อเดือน

(2) Old Age Security (OAS) เป็นการจ่ายเงินรายเดือนที่ผู้สูงอายุจะได้รับเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวนเงินที่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดาและประเทศที่มีข้อตกลงเรื่องหลักประกันสังคมกับรัฐบาลแคนาดา ทั้งนี้ จำนวนเงินที่ได้รับไม่เกิน 618.45 ดอลลาร์ต่อเดือน

(3) Guaranteed Income Supplement เป็นการจ่ายเงินสมทบ สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีและอยู่ในระบบ Old Age Security (OAS) pension โดยมีเกณฑ์พิจารณารายได้ขั้นต่ำที่ชัดเจน ซึ่งผู้ประกันตนต้องเป็นฝ่ายสมัครเพื่อรับเงินก้อนนี้

ที่น่าสนใจสำหรับประเทศแคนาดา คือ การให้สิทธิประโยชน์สำหรับผู้ดูแล (Caregiving benefit) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีบาดเจ็บอย่างรุนแรงด้วย โดยมีโครงการที่เกี่ยวข้อง 2 โครงการคือ

(4) สิทธิประโยชน์สำหรับผู้ดูแลที่อยู่ในระบบประกันการว่างงาน (Employment Insurance- EI) ซึ่งจะจ่ายเงินช่วยเหลือ ร้อยละ 55 ของรายได้ ไม่เกิน 595 เหรียญต่อสัปดาห์ เพื่อให้การดูแลหรือสนับสนุนในกรณีเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ หรือผู้ที่อยู่ในวาระของชีวิต ผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องเป็นญาติหรืออยู่กับผู้สูงอายุ แต่ต้องได้รับการยอมรับเสมือนหนึ่งเป็นครอบครัว สิทธิประโยชน์สำหรับผู้ดูแล มี 3 ประเภท คือ

- (4.1) สิทธิประโยชน์เพื่อการดูแลเด็ก ให้ไม่เกิน 35 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยหรือบาดเจ็บอย่างรุนแรงที่อายุไม่เกิน 18 ปี

- (4.2) สิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลผู้ใหญ่ ให้ไม่เกิน 15 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยหรือบาดเจ็บอย่างรุนแรงที่อายุ 18 ปีขึ้นไป
- (4.3) สิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลระยะสุดท้าย ให้ไม่เกิน 26 สัปดาห์ สำหรับบุคคลทุกช่วงวัยที่ต้องการการดูแลระยะสุดท้าย

ผู้ได้รับสิทธิ สามารถได้รับเงินช่วยเหลือในช่วง 52 สัปดาห์หลังจากแพทย์หรือพยาบาลให้การรับรองว่าป่วย บาดเจ็บอย่างรุนแรง หรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถเลือกรับในช่วงเวลาเดียวกัน หรือแบ่งจ่ายเป็นช่วงก็ได้ ซึ่งสามารถจ่ายให้ผู้ดูแลมากกว่า 1 คน ซึ่งเลือกได้ว่าจะเลือกรับในเวลาเดียวกันหรือในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

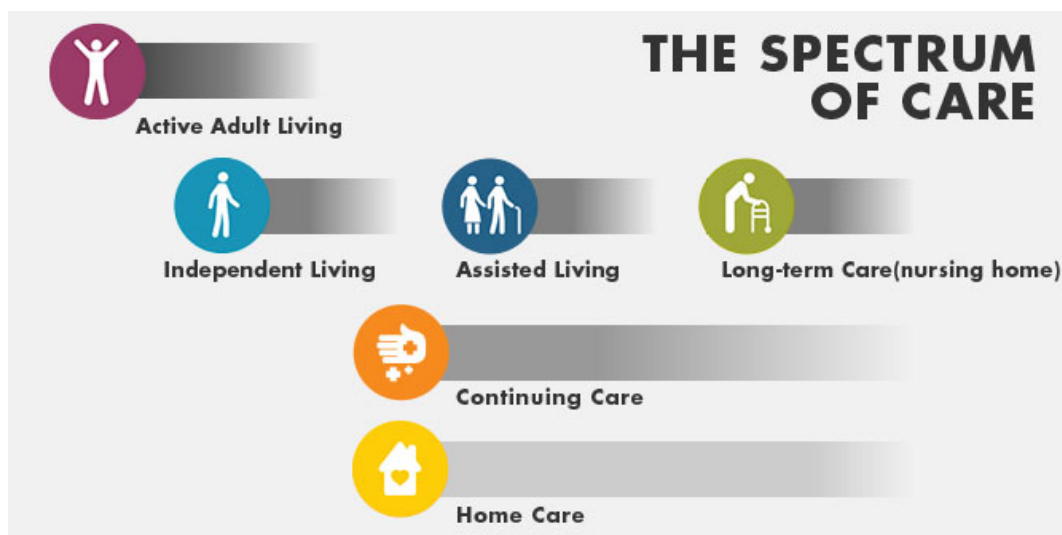
การสมัครรับสิทธิประโยชน์นี้ ต้องได้รับการประเมินคุณสมบัติจากตัวแทนหน่วยงานบริการของรัฐบาล ผู้สมัครต้องแสดงหลักฐานว่าเป็นครอบครัวหรือเสมือนเป็นครอบครัวของผู้ป่วยที่ป่วย บาดเจ็บหรืออยู่ในระยะสุดท้าย และต้องแสดงว่ารายได้จากการทำงานต่อสัปดาห์ลดลงมากกว่า ร้อยละ 40 อย่างน้อยใน 1 สัปดาห์ เพราะต้องใช้เวลาจากการทำงานมาดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลจะต้องมีชั่วโมงการทำงานในระบบประกันตนอย่างน้อย 600 ชั่วโมงใน 52 สัปดาห์ก่อนการขอรับสิทธิ หรือหลังจากการขอรับสิทธิครั้งสุดท้าย (600 ชั่วโมง เทียบเท่ากับการทำงาน 40 ชั่วโมง จำนวน 15 สัปดาห์) ในกรณีที่ผู้ดูแลประกอบอาชีพอิสระ จะต้องแสดงให้เห็นว่า เวลาในการทำงานลดลงมากกว่าร้อยละ 40 เพราะต้องแบ่งเวลามาดูแลผู้ป่วย และมีรายได้ขั้นต่ำในปีที่ผ่านมา (เกณฑ์ปี 2020) ไม่ต่ำกว่า 7555 ดอลลาร์ สิทธิประโยชน์นี้ครอบคลุมถึงการดูแลผู้ป่วยนอกประเทศ แคนาดาด้วย โดยผู้ดูแลต้องส่งเอกสารเพื่อขอสมัครรับสิทธิประโยชน์เหมือนกับกรณีในประเทศ

(5) Canada Caregiver Credit (CCC) เป็นสิทธิประโยชน์ทางด้านภาษีสำหรับผู้ที่ต้องสนับสนุนคู่สมรส หรือเป็นที่พึ่งพาสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องทางกายหรือจิตใจ ในกรณีนี้ครอบคลุมถึงการดูแลบุตรหลาน และพี่น้อง ป่วยตายายด้วย จำนวนเครดิตภาษีที่ขอลดหย่อนได้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์กับผู้ที่ต้องดูแล และรายได้ของผู้ที่ขอรับสิทธิ

บริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในแคนาดา

นโยบายการบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในแคนาดา ยังไม่ชัดเจน ที่ผ่านมายุทธศาสตร์ที่อยู่อาศัยแห่งชาติ (National Housing Strategy) มีความพยายามริเริ่มโครงการที่อยู่อาศัยที่เข้าถึงได้สำหรับผู้สูงอายุ เป็นโครงการร่วมลงทุนสร้างบ้านที่เข้าถึงได้สำหรับผู้สูงอายุอย่างน้อย 12,000 หน่วย และโครงการ Mortgage ซึ่งดำเนินการโดย Canadian Mortgage and Housing Corporation (CMHC) และยังมีโครงการ Canadian Housing Benefit (CHB) ให้เงินอุดหนุนค่าที่อยู่อาศัยสำหรับครัวเรือนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยเฉลี่ยเดือนละ 208 ดอลลาร์ จำนวน 300,000 ครัวเรือน (National Institute on Ageing, 2020)

สำหรับบริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ มีหลายประเภท ได้แก่ สถานบริการผู้สูงอายุ (Nursing Care Home) หรือสถานดูแลระยะยาว (Long-term Care home) และสถานดูแลเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Care Home) ผู้สูงอายุที่ใช้บริการที่อยู่อาศัยเหล่านี้ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของตนเอง โดยหากอยู่ในระบบประกัน หรือมีคุณสมบัติในการได้รับความช่วยเหลือจากโครงการอื่นๆ ของรัฐบาลอาจได้รับเงินช่วยเหลือหรือเงินชดเชย (Comfort life, n.d.)



ภาพที่ 4.4 The Spectrum of Care in Canada

ที่มา: ComfortLife.Ca

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา เว็บไซต์ ComfortLife.Ca ซึ่งเป็นเว็บไซต์ที่ให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุค้นหาบริการหลังเกษียณ ได้แสดงให้เห็นการดูแลในแต่ละขั้นตอนของชีวิตไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

ขั้นตอน	ความหมาย	บริการที่ต้องการ
Active Adult Living	ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรง ยังอยู่ในชุมชนเดิมของตนเอง	งานอดิเรก เช่น กีฬา งานศิลปะ หรือ กิจกรรมทางสังคม
Independent Living	ผู้สูงอายุที่มาอยู่ร่วมกันในชุมชนเฉพาะ เช่น ชุมชนหลังเกษียณ	การช่วยเหลือในงานบางลักษณะ เช่น งานซัก รีด การเดินทาง และการเตรียมอาหาร
Assisted Living	ผู้สูงอายุที่เริ่มมีข้อจำกัดด้านสุขภาพกาย/จิต	ชุมชนที่ออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในที่ตั้ง เช่น การดูแลส่วนบุคคล การเคลื่อนไหว การจัดยาและการสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวัน
Long-term Care	ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลตลอดเวลา รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์	บ้านพักระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ สถานบริการ ที่มีการดูแล 24 ชั่วโมง ทั้งการดูแลส่วนบุคคล สุขอนามัย การจัดการทางการแพทย์ การตรวจรักษาโดยแพทย์
Home Care	ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเป็นครั้งคราว โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังคงอาศัยอยู่ที่บ้าน อาจรวมถึงผู้ที่มีโรคเรื้อรัง หรือเพิ่งฟื้นจากอาการเจ็บป่วย	การดูแลรักษาบ้าน การดูแลสุขภาพลักษณะส่วนบุคคล การไปเป็นเพื่อนตามนัดหมายทางการแพทย์
Respite Care	ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล และผู้ดูแลต้องการพักชั่วคราว	บริการสนับสนุนผู้ดูแลที่ให้ความสนใจผู้สูงอายุตลอดเวลา การดูแลส่วนบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADLs) การจัดยาหรือการไปพบแพทย์ตามนัด

Convalescent Care	ผู้สูงอายุที่พักฟื้นจากการผ่าตัดเข้าหรือสะโพก และไม่สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง	การดูแลตลอดเวลา การดูแลส่วนบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADLs) การจัดให้พบแพทย์ในที่ตั้ง ทั้งนี้อาจรวมถึงการทำกายภาพบำบัดด้วย
Palliative Care	ผู้สูงอายุที่ป่วยหนักหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต	การดูแลตลอดเวลาอย่างมืออาชีพ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร

หากแยกพิจารณาเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Ageing in Place) ซึ่งเป็นนโยบายที่ได้รับ ความสำคัญมากขึ้นในประเทศแคนาดา พบว่า แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มี 3 แนวทางคือ

1) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีผู้ดูแลประจำ ซึ่งผู้ใช้บริการต้องจ่ายค่าแรงงาน (ไม่เกิน 44 ชั่วโมง/สัปดาห์) ค่าบริการเริ่มต้นตั้งแต่ 12.45 – 30 ดอลลาร์ต่อชั่วโมง อัตราค่าบริการขึ้นอยู่กับชุดบริการและสถานที่ที่ตั้งของเมือง ทั้งนี้ไม่มีการช่วยเหลือตอนกลางคืน ชุดบริการประกอบด้วย การดูแลส่วนบุคคล การจัดหาอาหาร บริการพาไปพบแพทย์ตามนัด

2) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเฉพาะ (Retirement Community) เป็นที่อยู่อาศัยที่จัดไว้สำหรับ ผู้สูงอายุ ที่มีชุดบริการประกอบด้วย การดูแลส่วนบุคคล การจัดหา บริการอาหารและอาหารว่าง โดยที่ ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องจ้างคนดูแลส่วนตัว และยังมีบริการโทรเรียกรพพยาบาล 24 ชั่วโมง และการจัดให้มีการพบ แพทย์ในชุมชนตามกำหนด (เช่น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

3) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ร่วมกับโครงการสนับสนุนจากชุมชน (Core Community Support) (Government of Canada, 2019) ประกอบด้วย

Home care services การดูแลที่เกี่ยวข้องการสุขภาพ ครอบคลุมตั้งแต่บริการส่วนบุคคล การฟื้นฟู บำบัดและบริการด้านการพยาบาล

การดูแลส่วนบุคคล ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิมของตนเองได้ โดยช่วยเหลือในการ ดำรงชีวิตประจำวัน เช่น สุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การจัดการกับภาวะกลิ่นปัสสาวะ ไม่ได้ การเคลื่อนไหวและเคลื่อนย้าย การรับประทานอาหาร สุขอนามัยช่องปาก และการรับประทานยา – ผู้ ให้บริการประเภทนี้ ไม่จำเป็นต้องได้รับการควบคุม

การดูแลส่วนบุคคล ยังครอบคลุมถึงบริการสนับสนุนที่จัดให้ชุมชน เช่น สันทนาการเพื่อการบำบัด หรือกิจกรรมทางสังคม ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวหรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพไม่ สามารถเข้าถึงได้ นอกจากนั้น มีการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวด้วย

บริการบำบัดและฟื้นฟู เป็นการสนับสนุนการดูแลสุขภาพสำหรับลูกค้าที่ต้องการการดูแลทั้งแบบ เฉียบพลัน เรื้อรัง ดูแลแบบประคับประคอง หรือการฟื้นฟูโดยพยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด หรือนัก กิจกรรมบำบัดที่มีใบอนุญาต

บริการพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาต ซึ่งอาจจะรวมถึง การประเมินสถานะด้านสุขภาพหรือเงื่อนไขทางการแพทย์ การรักษาพยาบาลและขั้นตอนต่างๆ เช่น การฉีดยา การทำแผล การฟื้นฟูสมรรถนะเพื่อให้ทำหน้าที่ได้ การจัดการยา การดูแลแบบประคับประคอง หรือการ ดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยทั่วไป พยาบาลในสถานบริการจะช่วยสอนผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการดูแล ตนเอง หรือการจัดกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองในบางเรื่อง

Home support คือบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบ้าน การบำรุงรักษาบ้าน การช่วยเหลือเรื่องอาหาร และการเดินทาง การออกแบบของโครงการเหล่านี้ เพื่อเติมการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านพัก หรือสมาชิกในครอบครัวให้สามารถจัดการสนับสนุนเรื่องที่เป็น (ที่เดิมไม่สามารถจัดการได้) ผู้ให้บริการเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเป็นนักวิชาชีพ และสามารถดำเนินการโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนได้ เช่น ผู้รับสัญญาในท้องถิ่น ผู้ให้บริการดูแลบ้านที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น หรืออาสาสมัครท้องถิ่นสามารถให้บริการผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านได้ บริการสนับสนุนที่บ้าน ประกอบด้วย

- *บริการที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการ* ได้แก่ การจัดหาอาหารในบ้านหรือชุมชน การช่วยเตรียมหรือวางแผนด้านอาหาร การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ การหาซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค และโครงการความมั่นคงทางอาหาร

- *บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบ้าน และบำรุงรักษาบ้าน* ได้แก่ การทำความสะอาด กวาดหิมะ ทำสวนและสนาม การรับบริการบางเรื่อง จำเป็นต้องมีการประเมินรายได้

- *บริการช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง* ทั้งการเดินทางโดยทั่วไป และเดินทางไปพบแพทย์ ในเขตพื้นที่ชนบท/ห่างไกล หรือชุมชนขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง สามารถจัดบริการขนส่ง หรือเงินอุดหนุนการเดินทางที่มีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ ได้แก่ บริการเครื่องบินส่วนตัว รถแท็กซี่ทางการแพทย์ รถพยาบาล รวมไปถึงการเดินทางแบบไม่ฉุกเฉิน เช่น การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดนอกชุมชน

- *บริการสนับสนุนทางสังคม* ได้แก่ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมทางสังคมหรือกายภาพที่ออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ โครงการการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ครอบครัว เพื่อน และสัตว์เลี้ยง บริการเหล่านี้อาจจะรวมถึงการให้การศึกษา หรือด้านสุขภาพและอาหารที่ส่งจากพื้นที่เดียวกัน การสนับสนุนลักษณะนี้ มักจะเกิดขึ้นที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวันในชุมชน หรือสถานที่ดูแลระยะยาว

ทุกจังหวัด/ดินแดนต่างก็มีโครงการสนับสนุนที่บ้าน แต่ขอบข่ายของการบริการอาจไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับบทบัญญัติทางกฎหมาย โดยทั่วไป บริการประเภทนี้ยังมีน้อยกว่าบริการที่บ้าน และได้รับการกำกับดูแลทางกฎหมายน้อยกว่าบริการสุขภาพ บริการทางสังคมได้รับการอุดหนุนงบประมาณจากรัฐบาล การดำเนินการส่วนใหญ่ทำโดยภาคเอกชน ทั้งที่แสวงกำไรและไม่แสวงกำไร ที่อาจได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐ

Financial support อุดหนุนรายได้ มีทั้งเงินช่วยเหลือและเงินอุดหนุนเพื่อชดเชยค่าที่อยู่อาศัย และการปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

โครงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ที่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัดและสังคมสงเคราะห์ ผู้สูงอายุสามารถสมัครเพื่อประเมินคุณสมบัติในการรับบริการเหล่านี้ได้ และในบางบริการก็เป็นบริการแบบร่วมจ่าย ซึ่งครอบคลุมบริการ

- การจัดการและบำรุงรักษาบ้าน เช่น ซักรีด ซื้อของใช้ ทำสวน ทำความสะอาดบ้านและบริการช่าง
- บริการรับส่งตามนัดหมาย
- เงินช่วยเหลือเพื่อปรับปรุงบ้านให้อาศัยได้อย่างปลอดภัย
- การดูแลส่วนบุคคล
- การดูแลช่วงกลางวันเป็นบางวัน

ในส่วนของผู้ให้บริการที่บ้านที่ได้รับการอุดหนุนจากเอกชน ในระดับชุมชน ในกรณี Ontario Community Support Association มีให้บริการผู้สูงอายุในเมืองมากกว่า 750,000 คนต่อปี โดยใช้กลไกอาสาสมัคร บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน รัฐบาล เทศบาลและองค์กร

แสวงกำไร ให้บริการครอบคลุมตั้งแต่การดูแลทางการแพทย์ ภายภาพบำบัด ไปจนถึงการดูแลระยะสั้น และจากการบำรุงรักษาบ้านไปจนถึงการตัดผม การสนับสนุนทุนจากชุมชน ให้บริการสนับสนุนอย่างเช่น โครงการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน การดูแลสนาม การจัดส่งอาหาร และบริการทำความสะอาด

โดยสรุป การออกแบบระบบบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนในประเทศแคนาดา เป็นรูปแบบที่อยู่บนพื้นฐานของการเชื่อมโยงระบบประกันสังคม กับระบบบำนาญ และระบบสุขภาพ รัฐบาลกลางและท้องถิ่น มีบทบาทในการอุดหนุนผู้ใช้บริการ และหน่วยบริการบางแบบ ซึ่งผู้ใช้บริการสามารถเลือกซื้อหาบริการได้เอง และในกรณีที่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์สิทธิประโยชน์ต่างๆ ก็สามารถสมัครขอรับสิทธิประโยชน์เหล่านั้นได้จากระบบประกันสังคมที่มีอยู่ และจากความพยายามในการผลักดันนโยบายให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิม แคนาดาถือเป็นตัวอย่างที่สำคัญในการสนับสนุนผู้ดูแลหรือผู้อภิบาลผู้สูงอายุ (และผู้ป่วย) ที่ขาดรายได้จากการทำงาน ทั้งยังมีการใช้ระบบเครดิตภาษีเป็นอีกกลไกหนึ่งในการสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากบทบาทการให้บริการส่วนใหญ่ (ยกเว้นบริการสุขภาพ) ผู้ให้บริการมีบทบาทหลัก และไม่มีกรอบหลักเกณฑ์มาตรฐานเพื่อควบคุมหรือกำหนดมาตรฐานการดูแลที่ชัดเจน

4.1.2.7 สหภาพยุโรป

อีกความพยายามหนึ่งในการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลผู้สูงอายุในทวีปยุโรปมาจากความพยายามของ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC) ซึ่งเป็นองค์การมนุษยธรรมโลก ในการประชุมประเทศสมาชิกครั้งที่ 8 มีสมาชิกจาก 52 ประเทศเข้าร่วมประชุมที่เวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้กำหนดให้การคุ้มครองผู้สูงอายุเป็นวาระร่วมที่ประเทศสมาชิกช่วยกันผลักดัน และได้รับเอาข้อเสนอในการพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำระดับภูมิภาค เพื่อการฝึกอบรมอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงเรื่องการสนับสนุนทางจิตวิทยา ปฐมพยาบาลและการจัดการภัยพิบัติเข้าไว้ด้วย (IFRC, 2011)

มาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในที่นี้ ครอบคลุมมาตรฐาน 3 เรื่อง คือ การให้การพยาบาลที่บ้าน (home nursing) การช่วยเหลือที่บ้าน (home help) และบริการเยี่ยมบ้าน (visiting services) โดยกำหนดบทบาทของอาสาสมัครไว้ 6 ด้าน ที่อาจแสดงให้เห็นบริการสนับสนุนผู้สูงอายุได้ คือ

- การสนับสนุนทางจิตวิทยา หมายถึงการรับฟังและตอบสนองต่อผู้สูงอายุและครอบครัว อาสาสมัครที่ได้รับการอบรมจะสามารถสร้างความสัมพันธ์และความเชื่อมกันกับผู้สูงอายุได้อย่างเป็นมืออาชีพ
- การช่วยเหลือในกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือในบ้าน การดำเนินงานด้านเอกสาร (เช่น เอกสารทางการเงิน) และกิจกรรมทางวัฒนธรรม และการพาออกนอกบ้าน เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี ได้รับการเสริมศักยภาพและความเป็นอิสระ
- การสนับสนุนการมีส่วนร่วมและบูรณาการกับชุมชน เช่น การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เป็นต้น
- การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน อาศัยการสังเกต และแจ้งผู้สูงอายุให้ทราบ และขจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นอันตราย โดยทำเป็นเอกสารเผยแพร่
- การประเมินถึงความจำเป็นในระยะต่อไป อาสาสมัครต้องสังเกตและประเมินความเสี่ยงและความจำเป็นที่จะเกิดกับผู้สูงอายุในขั้นต่อไปได้ เพื่อให้เกิดการเตรียมการรองรับสถานการณ์ดังกล่าว
- การให้โอกาสผู้ดูแลหลักพักผ่อน

- การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัวของผู้สูงอายุ

ทักษะที่จำเป็นของอาสาสมัครที่ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการจัดการกับความขัดแย้ง และจัดการกับความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของผู้สูงอายุ และการประสานเชื่อมโยงกับบริการสนับสนุนในขั้นต่อไป

ความพยายามของ IFRC ถือเป็นตัวอย่างหนึ่งในการพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แต่ในทางปฏิบัติ เนื่องจาก IFRC เป็นองค์กรอาสาสมัคร (องค์กรมนุษยธรรม) แม้จะมีสมาชิกอยู่ในหลายประเทศ แต่ก็ขาดพลังในการผลักดันให้เกิดนโยบายในระดับประเทศ ดังนั้น มาตรฐานนี้จึงเผยแพร่อยู่ในวงจำกัด

4.1.3 สรุปบทเรียนและประเด็นสำคัญจากการทบทวนมาตรฐานและรูปแบบการจัดการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนจากต่างประเทศ

จากการศึกษาทบทวนมาตรฐานเรื่องที่อยู่อาศัยและการจัดการบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุจากต่างประเทศ คณะผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นสำคัญที่จะนำไปใช้ในการวิจัยได้ดังนี้

1. มาตรฐานเรื่องการจัดการบริการที่อยู่อาศัยและการจัดการบริการสนับสนุนจะต้องสอดคล้องกัน ไม่สามารถแยกขาดออกจากกันได้ เพราะรูปแบบของบริการสนับสนุนย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ในประเด็นของ**ที่อยู่อาศัย** หลักการว่าด้วยอารยสถาปัตย์และเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุถือเป็นหลักสำคัญ ในการออกแบบสถานที่และสภาพแวดล้อมที่ขจัดความเสี่ยงที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ ทั้งในด้านสุขภาพกาย จิตใจและอารมณ์ ในส่วนของการ**จัดการบริการสนับสนุน** จำเป็นต้องพิจารณาผู้สูงอายุเป็นแกนกลาง และให้ความสำคัญกับการจัดการที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่เสื่อมถอยของผู้สูงอายุ เช่น ICOPE และ Continuum Care ดังนั้น ในหลายประเทศ จึงไม่ได้มีการกำหนดมาตรฐานเฉพาะ แต่กำหนดให้มีการวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความจำเป็นของแต่ละบุคคล ดังนั้น การสำรวจความจำเป็นของผู้สูงอายุจะทำให้สร้างโครงสร้างของความจำเป็นในแต่ละช่วงวัย/สุขภาพได้

2. การกำหนดมาตรฐานที่อยู่อาศัยและการจัดการบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ จะไม่มีประสิทธิภาพหากปราศจาก**กลไกการกำกับมาตรฐาน** เช่น ในสหราชอาณาจักรและออสเตรเลีย มีกลไกการกำกับมาตรฐานที่ชัดเจน แต่การออกแบบกลไกกำกับมาตรฐาน ก็ขึ้นอยู่กับ**การออกแบบระบบการเงินการคลังเพื่อผู้สูงอายุด้วย** หากระบบการเงินการคลังที่ใช้ จ่ายเงินอุดหนุนให้ผู้ให้บริการ (provider) ตั้งในกรณีออสเตรเลียและญี่ปุ่น ก็จำเป็นต้องมีการกำกับดูแลผู้ให้บริการโดยตรง แต่หากเป็นระบบที่จ่ายเงินโดยตรงให้ผู้รับบริการสามารถเลือกใช้บริการได้ การกำกับดูแลจึงกลายเป็นเรื่องของผู้ซื้อ-ผู้ขายในกลไกตลาด (ดูภาพที่ 4.5 ประกอบ)



ภาพที่ 4.5 สรุปกรอบคิดเรื่องการพัฒนาที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ

3. เนื่องจากขอบเขตการศึกษาคั้งนี้ จำกัดอยู่ที่อุปสงค์-อุปทานและรูปแบบการจัดบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเพียงปลายหางของระบบอภิบาลผู้สูงอายุ (Elderly Governance) เท่านั้น ในอนาคต หากจะมีการพัฒนาระบบนี้ จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อออกแบบระบบการเงินการคลังและการกำกับดูแลให้สอดคล้องกัน ซึ่งมีประเด็นที่ต้องพิจารณาดังนี้

- 3.1 ระบบการเงินการคลัง ที่มาของทรัพยากรจะมาจากการอุดหนุนของรัฐเท่านั้น หากจะเป็นการร่วมจ่าย จำเป็นต้องวิเคราะห์ว่าจะเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างไร และสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หลายประเทศมีการออกแบบกองทุนแยกออกมาต่างหาก เช่น Medicaid ในสหรัฐอเมริกา (ดูรายละเอียดในตาราง 4.5)
- 3.2 ระบบการจัดสรร จะจ่ายเงินสนับสนุนอย่างไร จะจ่ายโดยตรงให้ผู้สูงอายุ หรือจะจ่ายผ่านผู้ให้บริการ เพราะจะส่งผลต่อการออกแบบระบบการควบคุมมาตรฐาน หากเป็นการจ่ายผู้ให้บริการ จำเป็นต้องมีการประเมินและกำกับดูแลโดยตรง แต่หากจ่ายให้ผู้รับบริการ ก็สามารถปล่อยให้มีการกำกับดูแลทางอ้อมได้ผ่านการเลือกของผู้รับบริการ
- 3.3 ระบบการประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุที่จะสามารถเข้ารับบริการประเภทต่างๆ
- 3.4 บทบาทในการทำหน้าที่จัดบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุจะเป็นบทบาทหลักของใคร หน่วยงานภาครัฐมีสมรรถนะเพียงพอที่จะจัดบริการหรือไม่ หากจะปล่อยให้ภาคเอกชน/องค์กรไม่แสวงกำไร เป็นผู้จัดบริการ ก็จำเป็นต้องออกแบบระบบที่สนับสนุนการจัดบริการที่ไม่มีผลกำไร

ตารางที่ 4.5 สรุปประเด็นสำคัญจากการศึกษามาตรฐานและรูปแบบการจัดบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุจากต่างประเทศ

ประเทศ	สหราชอาณาจักร	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์	สหรัฐอเมริกา	แคนาดา
มาตรฐานหลัก	National Service Framework for Older People	Aged Care Quality Standard	n/a	n/a	n/a	n/a
มาตรฐานที่อยู่อาศัย	National Minimum Standards for Care Homes for Older People - The Care Home Regulation) The Care Standard	Quality of Care Principles 2014		n/a	มีเฉพาะสำหรับสถาน บริการ	n/a
มาตรฐานบริการ	ไม่มี-เน้นการทำแผนดูแลระดับบุคคล	เน้นแผนการดูแลเฉพาะบุคคล	n/a	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
กลไกการควบคุมมาตรฐาน		คณะกรรมการคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้สูงอายุ		Agency for Integrated Care (AIC)	สภาผู้สูงอายุแห่งชาติ (NCOA)	ไม่มี
				Ageing Planning Office (APO)	Administration on Aging (AoA)*	

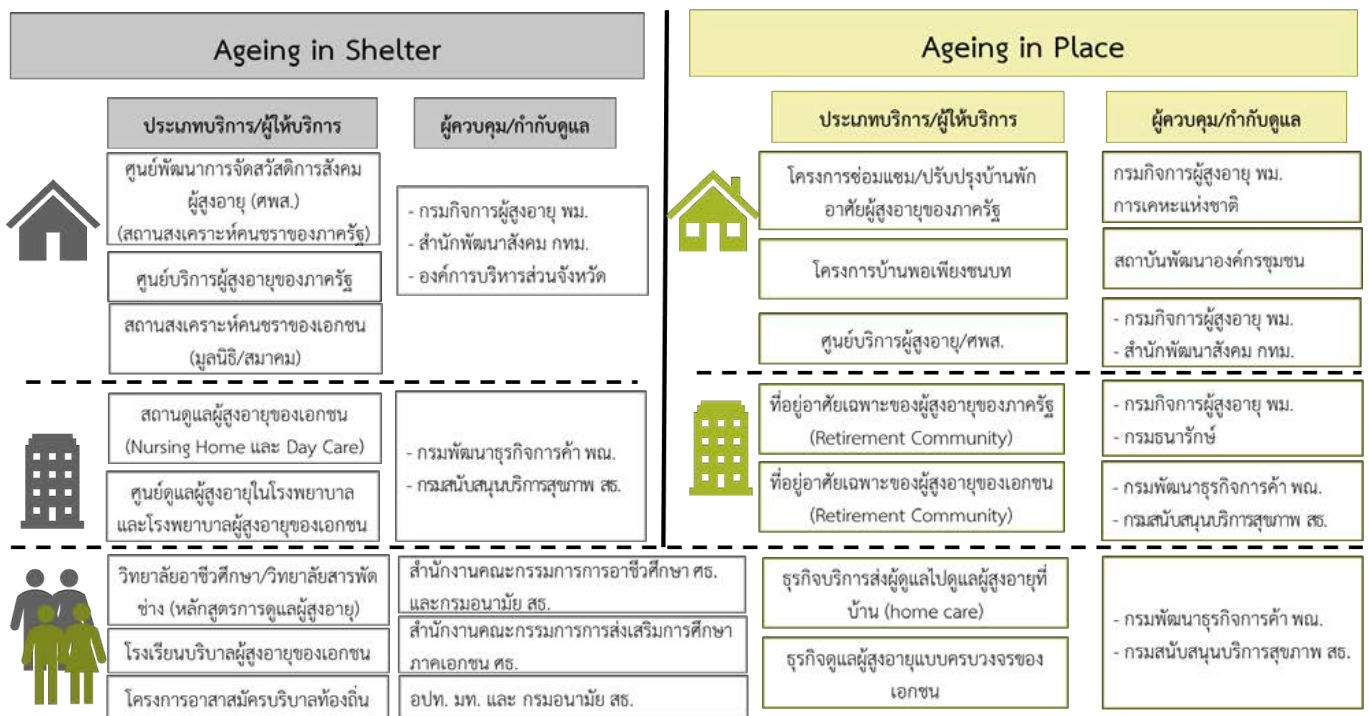
ประเทศ	สหราชอาณาจักร	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์	สหรัฐอเมริกา	แคนาดา	
รูปแบบการให้บริการ	Care Home	Home Care 4 ระดับ	บริการเยี่ยมบ้าน	Stay-in Care (Senior Group Home, Sheltered Home)		Home Care with Caregiver	
			บริการแบบไป-กลับ	Care at home	ADL	Retirement Coimmunity	
		Residential Care	บริการที่พักระยะสั้น	Care Center	IADL	Home Care+Community Support	
		Flexible Care	บริการที่พักระยะสั้น	Caregiving Assistance	การดูแลสุขภาพ		
		Special Care	บริการสิ่งอำนวยความสะดวก				
			Community-based Integrated Care System				
ผู้ให้บริการ	n/a	ภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรไม่แสวงกำไร	องค์กรนอกภาครัฐ	องค์กรนอกภาครัฐ	องค์กรนอกภาครัฐ	องค์กรนอกภาครัฐ	

ประเทศ	สหราชอาณาจักร	ออสเตรเลีย	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์	สหรัฐอเมริกา	แคนาดา
ระบบสนับสนุน	n/a	ระบบบำนาญ	ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสุขภาพผู้สูงอายุวัยปลาย ระบบประกันการดูแลระยะยาว	ระบบประกันสุขภาพ (Medisave, Medishield, Medifund) ร่วมกับระบบประกันการดูแลระยะยาว (ElderShield)	ระบบประกันสุขภาพ Medicare, Medicaid	ระบบบำนาญ, โครงการประกันรายได้, สิทธิประโยชน์จากประกันสังคม, สิทธิประโยชน์ด้านภาษี
การจ่ายค่าบริการ	n/a	ผู้สูงอายุต้องจ่ายบางส่วน ยกเว้นได้รับสิทธิประโยชน์จากสวัสดิการ		ผู้ใช้บริการต้องจ่าย โดยจะได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐในกรณี ที่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติ	การรับบริการในบ้านพักผู้สูงอายุ กองทุน Medicaid จ่ายให้ แต่ถ้าเป็นบริการที่บ้าน ผู้รับบริการจ่ายเอง	ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าบริการเอง โดยเบิกจ่ายจากสิทธิประโยชน์ที่มี
การเข้ารับบริการ	n/a	ผ่านการประเมินคุณสมบัติ	ผ่านการตรวจสอบความจำเป็น	สมัครขอรับบริการ และได้รับการคัดกรองรายได้	การประเมินจากหน่วยงานเจ้าของกองทุน	สมัครเข้ารับโครงการที่ผ่านเกณฑ์

ที่มา: รวบรวมโดยคณะผู้วิจัย

4.2 รูปแบบการให้บริการด้านที่อยู่อาศัย การจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

การบริหารจัดการด้านที่อยู่อาศัยและการจัดบริการที่จำเป็นในทุกมิติสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย จะอยู่ภายใต้การกำกับของหลายหน่วยงาน ไม่มีหน่วยงานที่กำกับดูแลในภาพรวมเป็นหลัก ซึ่งหากแยกพิจารณาตามนโยบายรัฐด้านการจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยมี 2 แนวทางหลักคือ 1) แนวทางที่สนับสนุนการสูงวัยที่เดิม (Ageing in Shelter) และ 2) แนวทางการสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงวัยเชิงสถาบัน (Ageing in Place) (สิรินทร์ยา พูลเกิดและณปภัชย์ สัจจนกุล, 2563) จะยิ่งพบว่ามีความทับซ้อนและแยกส่วนของการจัดบริการอยู่ กล่าวคือ บางนโยบายและภารกิจมีความทับซ้อนกัน แต่ตัวแสดงในทางปฏิบัติสำหรับการให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุแยกส่วนในการทำงาน ยกตัวอย่างเช่น นโยบายในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุ การเคหะแห่งชาติ และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ซึ่งมีลักษณะการดำเนินการคล้ายกัน และมุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุในชนบท ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็น “กลุ่มคนจนเมือง” ยังไม่สามารถเข้าถึงสิทธิและรับประโยชน์จากโครงการดังกล่าวได้ เนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น ไม่มีทะเบียนบ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง เป็นต้น



ภาพที่ 4.6 การจัดสวัสดิการสังคม/ให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุของภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สำหรับรายละเอียดของประเภทของการให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยงานที่ให้บริการ และหน่วยงานที่ควบคุม/กำกับดูแล สามารถดูได้จากตารางที่ 4.6 และตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.5 ประเภทการให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Ageing in shelter)

ประเภทบริการ	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ให้บริการ/ หน่วยงานที่ให้บริการ	หน่วยงานควบคุม/กำกับดูแล
1. สถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ (Residential home and nursing home)	กลุ่มผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน เช่น ถูกทอดทิ้ง ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้อุปการะดูแล และสมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์	ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.)	กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การบริหารส่วนจังหวัด
2. ศูนย์บริการผู้สูงอายุของภาครัฐ (บริการบ้านพักฉุกเฉิน)	กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พักอาศัย ขาดคนเลี้ยงดู พลัดหลง เร่ร่อน หรือถูกนำส่งมาจากหน่วยงานต่างๆ	ศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง	สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร
3. สถานสงเคราะห์คนชราของภาคเอกชน	กลุ่มผู้สูงอายุทุกกลุ่ม (ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มาจากครอบครัวยากจน ไม่มีผู้ดูแลหรือครอบครัวไม่สามารถดูแลได้)	มูลนิธิ/สมาคม	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
4. สถานดูแลผู้สูงอายุของเอกชน (Nursing Home และ Day-care center)	กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ปานกลางถึงรายได้สูง มีสถานะสุขภาพตั้งแต่ยังคงสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ไปจนถึงอยู่ในภาวะพึ่งพิง	ผู้ประกอบการเอกชน	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
5. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลผู้สูงอายุของเอกชน	กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลรักษา ฟิ้นฟูร่างกาย ไปจนถึงกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง	โรงพยาบาลเอกชน	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
7. การผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly caregiver)	ผู้รับบริการจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุในสถานดูแลของรัฐ 2) กลุ่มผู้สูงอายุในสถานดูแลของเอกชน	1) วิทยาลัยอาชีวศึกษา/วิทยาลัยสารพัดช่าง (หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ) 2) โรงเรียนบริหารผู้สูงอายุของเอกชน 3) โครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น	1) สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2) สำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมการศึกษาภาคเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ

ประเภทบริการ	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ให้บริการ/ หน่วยงานที่ให้บริการ	หน่วยงานควบคุม/กำกับดูแล
			3) กระทรวงมหาดไทย และ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 4.6 ประเภทการให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านและชุมชน (Ageing in place)

ประเภทบริการ	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ให้บริการ/ หน่วยงานที่ให้บริการ	หน่วยงานควบคุม/ กำกับดูแล
1. โครงการซ่อมแซม/ ปรับปรุงบ้านพักอาศัย ผู้สูงอายุของภาครัฐ	กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจน ไม่มี ลูกหลานเลี้ยงดู หรือผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ร่วมกับลูกหลาน ครอบครัวที่ยากจน (เป็น บ้านพักที่ตั้งอยู่ในดินของ ตนเอง หรือของลูกหลานใน ครอบครัว หรือได้รับอนุญาต ให้ใช้ที่ดินจากเจ้าของโดย ถูกต้องตามกฎหมาย และ เจ้าของบ้านพักอาศัยให้การ ยินยอมให้มีการปรับปรุง)	1) สำนักงานพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัด (พมจ.) 2) ศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) 3) องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	1) กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ 2) การเคหะแห่งชาติ
2. โครงการบ้านพอเพียง ชนบท	ครัวเรือนยากจนในพื้นที่ ชนบทที่มีปัญหาความ เดือดร้อนด้านที่ดินและที่อยู่ อาศัย รวมทั้งพื้นที่ประสบภัย พิบัติและที่อยู่อาศัยได้รับความ เสียหาย (เน้นกลุ่ม ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ ยากไร้)	1) สภาองค์กรชุมชน 2) ผู้นำ/ผู้แทนชุมชน 3) องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)
3. ศูนย์บริการผู้สูงอายุ (Day care center) / บริการหน่วยเคลื่อนที่	1) กลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปที่สมัคร เป็นสมาชิกศูนย์บริการ ผู้สูงอายุ 2) กลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปใน ชุมชน	1) ศูนย์บริการผู้สูงอายุ ดินแดน 2) ศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) บริการหน่วย เคลื่อนที่	1) สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร 2) กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์

ประเภทบริการ	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ให้บริการ/ หน่วยงานที่ให้บริการ	หน่วยงานควบคุม/ กำกับดูแล
4. ที่อยู่อาศัยเฉพาะของผู้สูงอายุของภาครัฐ/ศูนย์ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Retirement Community)	กลุ่มผู้สูงอายุ 55 ปีขึ้นไป สามารถพึ่งตัวเองได้	ตัวอย่างเช่น สววงคินเวต สมุทรปราการ Senior Complex บางละมุง และ สมุทรปราการ	1) กรมธนารักษ์ 2) กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 3) สภาอากาศไทย
5. ธุรกิจบริการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care)	กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	1) ผู้ประกอบการภาคเอกชน 2) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรในโรงพยาบาลเอกชน 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุอิสระ	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
6. ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรของเอกชน	กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	1) ผู้ประกอบการภาคเอกชน 2) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรในโรงพยาบาลเอกชน	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ และ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
7. การผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly caregiver)	ผู้รับบริการจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุตามบ้านส่วนตัว (Home care) 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น)	1) วิทยาลัยอาชีวศึกษา/วิทยาลัยสารพัดช่าง (หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ) 2) โรงเรียนบริบาลผู้สูงอายุของเอกชน 3) โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	1) สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2) สำนักงานคณะกรรมการการส่งเสริมการศึกษาภาคเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ 3) กระทรวงมหาดไทย และ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

4.2.1 การจัดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุของภาครัฐในระดับท้องถิ่น

ในทางปฏิบัติ สำหรับการดำเนินงานเพื่อให้บริการด้านที่อยู่อาศัย และบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุของภาครัฐจะมีตัวแสดงในระดับท้องถิ่นของแต่ละพื้นที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงาน โดยมีรูปแบบดังต่อไปนี้

1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) ในสังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีจำนวน 12 แห่ง เดิมคือ สถานสงเคราะห์ (บ้านพัก) คนชรา โดยเปลี่ยน

ชื่อเป็น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2548 และได้ปรับบทบาทจากหน่วยงานปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ มาเป็นงานส่งเสริม สนับสนุน และการดำเนินงานด้านการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

2) **ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน** เป็นศูนย์ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน โดยอาศัยอำนาจจากประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” พ.ศ. 2561 ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นได้ เพื่อให้บุคคลทั่วไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแลเป็นหลักภายใต้ศูนย์นี้คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจะได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมบริการทั้งหมด 5 ประเภท ได้แก่ (1) การประเมินก่อนการให้บริการและวางแผนดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care plan) (2) บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขโดยบุคลากรสาธารณสุข/ทีมหมอบรรอบครัว (รูปแบบบริการและความถี่ในการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็นสำคัญ) (3) บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน และให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) หรือเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ หรืออาสาสมัครและจิตอาสา (รูปแบบบริการและความถี่ในการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็นสำคัญ ตามคำแนะนำ/มอบหมายของผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข) (4) จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วย อาจขอยืมหรือได้รับจากสิทธิบริการอื่นๆ เช่น จาก อพท. หน่วยบริการ สถานบริการหรือเอกชน เป็นต้น และ (5) ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล

3) **ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.)** ตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2556 รัฐบาลมีข้อสั่งการเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ครบวงจร ตามนโยบายด้านสังคมและคุณภาพชีวิต โดยมอบหมายให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับกระทรวงมหาดไทย (มท.) และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ ร่วมกันกำหนดรูปแบบการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จ ซึ่งภายหลังการหารือร่วมกันได้มีการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานโดยการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ และมอบหมายให้ พม.เป็นผู้รับผิดชอบเสนอของบประมาณและดำเนินการ ซึ่งแนวคิดหลักในการจัดตั้งศูนย์คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพื้นที่ในการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมศักยภาพ และการพัฒนาด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ ต้องการให้เป็นศูนย์ส่งเสริมอาชีพ และการถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงเป็นศูนย์ส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และเป็นศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่

4) **ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ** ภายใต้การดูแลของสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร เป็นบริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุทั่วไปที่มีความต้องการรับบริการจากรัฐ โดยไม่เข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์และเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของบริการออกเป็น 2 ประเภทหลักคือ (1) การให้บริการแก่ผู้สูงอายุทั่วไป เป็นบริการทางสังคมเชิงรุก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศูนย์ฯ เป็นสถานที่ในการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และจัดกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี โดยศูนย์ฯจะจัดกิจกรรมในวัน เวลาราชการ ให้บริการแบบไป-กลับ ซึ่งผู้สูงอายุที่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมต้องสมัครเป็นสมาชิกของศูนย์ฯ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

(2) การให้บริการผู้สูงอายุบ้านพักฉุกเฉิน เป็นบริการเลี้ยงดูผู้สูงอายุชาย - หญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ในบ้านพักฉุกเฉิน เพื่อให้ความช่วยเหลือหรือให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า ไม่มีที่พักอาศัย ขาดคนเลี้ยงดู พลัดหลง เร่ร่อน หรือถูกนำส่งมาจากหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานีตำรวจ หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน ฯลฯ เพื่อติดตามหาญาติ หรือส่งต่อในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการด้านปัจจัยสี่ การพยาบาล สุขภาพอนามัย กายภาพบำบัด รวมทั้งสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุภายนอกที่มาใช้บริการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด และสามารถพักอาศัยชั่วคราวได้ครั้งละ 15 วัน

4.2.2 การจัดบริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุของภาคเอกชน

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ด้านอุปทานของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชน (supply side) จะพบว่า การเติบโตของธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุของภาคเอกชนเกิดขึ้นพร้อมๆ กับปริมาณความต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกินขีดความสามารถของภาครัฐที่จะจัดบริการพื้นฐานเพื่อตอบสนองความต้องการได้ ทั้งนี้ ในช่วงเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2561-2563) งานที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเน้นไปในลักษณะงานศึกษาธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะงานของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ), 2562) ที่เปิดประเด็นในเชิงวิชาการเกี่ยวกับโอกาสและความน่าสนใจในการลงทุนในธุรกิจดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร แม้ว่าปัจจุบันธุรกิจดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนมากยังเป็นธุรกิจขนาดเล็ก แต่ก็มีตลาดรองรับขนาดใหญ่ทั้งจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุภายในประเทศเอง และกลุ่มผู้สูงอายุจากต่างประเทศอันเป็นผลมาจากศักยภาพของธุรกิจการท่องเที่ยว รวมทั้งธุรกิจการแพทย์ของไทยซึ่งดึงดูดผู้สูงอายุจากต่างประเทศได้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ ทีดีอาร์ไอ ยังให้ภาพรวมของการประกอบธุรกิจดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยว่าส่วนมากเป็นรูปแบบของบ้านพักผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มลูกค้ามักจะเป็นกลุ่มผู้ติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อย่างไรก็ตาม แนวโน้มรูปแบบการประกอบธุรกิจจะมีความหลากหลายมากขึ้นตามความต้องการและความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เช่น สถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันสำหรับผู้สูงอายุติดสังคมหรือผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตอนกลางวันคนเดียว สถานที่พำนักและสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงหรือผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ธุรกิจส่งผู้ดูแลไปตามบ้านสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน เป็นต้น

สำหรับรูปแบบและขอบเขตการให้บริการของธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ (2563) ได้จำแนกลักษณะกิจกรรมของธุรกิจดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 6 รูปแบบ ดังนี้

1) สถานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเดย์แคร์ (day care) คือ สถานดูแลผู้สูงอายุแบบเข้าไปเย็นกลับ

2) สถานบริการดูแลระยะยาว (long stay) คือ สถานดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมบริการพักค้างคืน การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน พร้อมทั้งติดตามดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น บ้านพักคนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สถานบริการ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

3) ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ คือ การบริการผู้สูงอายุหรือผู้ที่เตรียมเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป เป็นการเช่าซื้อบ้านหรือห้องพักในระยะยาว โดยมากเป็นระยะเวลา 30 ปี หรืออยู่อาศัยจนสิ้นอายุขัย แต่ไม่สามารถมีกรรมสิทธิ์ในบ้านนั้นเมื่อเสียชีวิต

4) ธุรกิจบริการส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care)

5) สถานสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไร้ญาติ คือ การสงเคราะห์ผู้สูงอายุในเรื่องที่พักอาศัยและมีอาหารบริการ 3 มื้อ ทั้งนี้ สถานสงเคราะห์คนชราของเอกชน จำแนกเป็น 2 ประเภท คือ

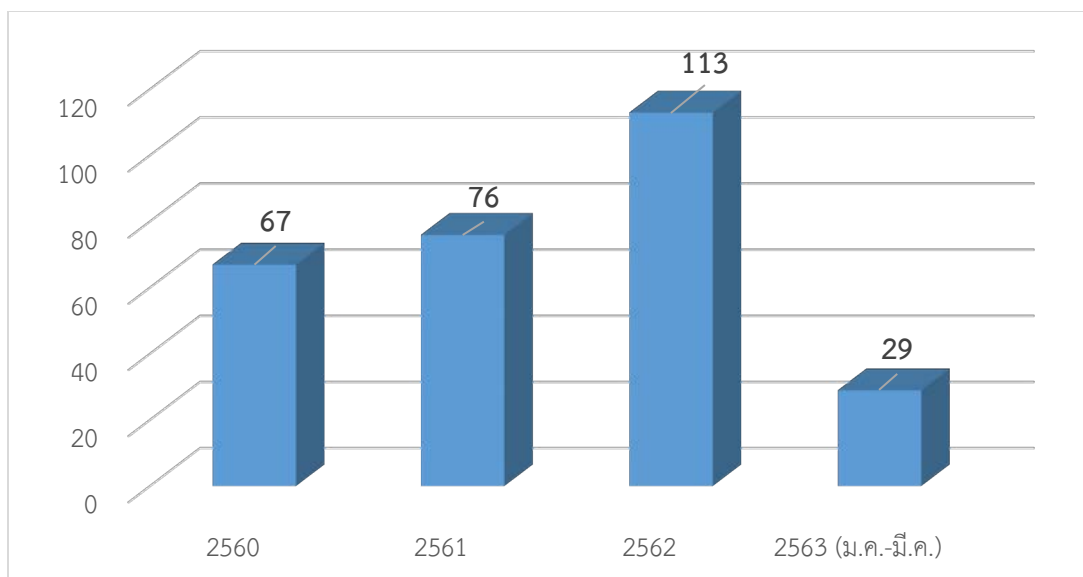
5.1) ให้บริการในลักษณะการสงเคราะห์ มีลักษณะเดียวกับสถานสงเคราะห์คนชราของกรมประชาสงเคราะห์ คือ จัดที่พักอาศัยพร้อมทั้งอาหาร และกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ

5.2) ให้บริการในลักษณะการช่วยเหลืออื่นๆ เป็นการให้บริการตามวัตถุประสงค์ของแต่ละมูลนิธิหรือสมาคม เช่น ด้านการเงิน อาหาร สิ่งของที่จำเป็นด้านสุขภาพและกิจกรรมต่างๆ ทั้งในด้านความรู้และความบันเทิง

6) สถานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การให้บริการตรวจสอบสุขภาพและคำแนะนำในการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุ สำหรับกลไกการกำกับดูแลธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น ปัจจุบันมีหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญประกอบด้วย 5 หน่วยงาน คือ 1) กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2) กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนและบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 3) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานรัฐมนตรี 4) กองบังคับการสืบสวนสอบสวนคดีเศรษฐกิจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และ 5) กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ซึ่งแต่ละหน่วยงานก็มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลแตกต่างกันตามข้อบัญญัติกฎหมาย แต่ในการกำกับดูแลธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุยังไม่มีกฎหมายโดยเฉพาะและยังไม่มีหน่วยงานหลักที่ควบคุมโดยตรง (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ), 2561) ส่งผลให้ยังมีความเสี่ยงการขาดกลไกหลักในการกำกับดูแลและติดตามตรวจสอบคุณภาพของธุรกิจการให้บริการผู้สูงอายุในภาพรวมทั้งระบบ

นอกจากนี้ ยังไม่ทราบแน่ชัดว่า มีจำนวนธุรกิจดูแลผู้สูงอายุที่จัดตั้งโดยบุคคลธรรมดาในไทยทั้งหมดกี่ราย เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายบังคับให้ธุรกิจนี้ต้องจดทะเบียนธุรกิจ (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์, 2562) อย่างไรก็ตาม จากฐานข้อมูลของกรมพัฒนาธุรกิจการค้า พบว่า มีธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ¹² ที่จดทะเบียนนิติบุคคลและดำเนินการอยู่ในปี 2563 ทั้งสิ้น 385 ราย รวมมูลค่าทุนจดทะเบียน 2,063.47 ล้านบาท มีจำนวนการจัดตั้งธุรกิจใหม่ 29 ราย ลดลงเล็กน้อยจากช่วงเดียวกันของปีก่อน ในขณะที่มีมูลค่าทุนจดทะเบียนจัดตั้งธุรกิจใหม่ 156.70 ล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ 82.53 โดยแนวโน้มของผู้ที่สนใจจัดตั้งธุรกิจใหม่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปีตลอด 3 ปี ที่ผ่านมา โดยเฉพาะในปี 2562 ที่มีการขยายตัวของจำนวนการจัดตั้งธุรกิจเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 50 ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ภาครัฐได้มีการออกร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ประกอบการทราบหลักเกณฑ์การขอใบอนุญาตประกอบธุรกิจที่ชัดเจนเป็นการสร้างมาตรฐานและเพิ่มความมั่นคงทางธุรกิจ ประกอบกับการที่ประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นในขณะที่สังคมเป็นสังคมเมืองที่ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ธุรกิจนี้เริ่มเข้ามามีบทบาทและเป็นที่ยอมรับในสังคมปัจจุบันมากขึ้นสอดคล้องกับจำนวนการจัดตั้งธุรกิจใหม่ที่เริ่มขยายตัวอย่างต่อเนื่อง (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์, 2563)

¹² จำนวนธุรกิจดูแลผู้สูงอายุนี้ คำนวณเฉพาะรหัสธุรกิจของนิติบุคคล (TSC) ที่จัดประเภทโดยตามหลักการจัดการมาตรฐานอุตสาหกรรม (ประเทศไทย) ปี 2552 กระทรวงแรงงาน ได้แก่ 87100 : หน่วยบริการทางการแพทย์ที่จัดที่พักให้ 87301 : กิจกรรมการดูแลรักษาในสถานที่ที่มีที่พักและมีคนดูแลประจำสำหรับผู้สูงอายุ



ภาพที่ 4.7 จำนวนธุรกิจและผู้สูงอายุที่จัดตั้งใหม่ในแต่ละปี (พ.ศ. 2560-2563)

ที่มา: ปรับจาก (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์, 2563)

สำหรับการกระจายตัวของธุรกิจและผู้สูงอายุของภาคเอกชน ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและภาคกลาง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 67.53 มีมูลค่าทุนจดทะเบียน คิดเป็นร้อยละ 65.86 รองลงมา คือ ภาคเหนือและภาคตะวันออก ในขณะที่ หากพิจารณาในรายจังหวัด จะพบว่ามีการกระจายตัวอยู่ในพื้นที่เขตเมืองใหญ่ในต่างจังหวัด โดย 3 อันดับแรก ได้แก่ นนทบุรี 46 ราย เชียงใหม่ 30 ราย และ ชลบุรี 20 ราย ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดำเนินธุรกิจและผู้สูงอายุกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่ของจังหวัดที่มีการเดินทางสะดวก ใกล้แหล่งชุมชน รวมถึงเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น และมีความเป็นชุมชนเมืองสูง (ดูตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.7 นิติบุคคลที่ดำเนินธุรกิจและผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค (ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2563)

ที่ตั้งของนิติบุคคล	จำนวน		ทุน	
	ราย	ร้อยละ	ล้านบาท	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร	160	41.56	1,135.33	55.02
ภาคกลาง	100	25.97	223.62	10.84
ภาคตะวันออก	33	8.57	79.30	3.84
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	15	3.89	123.00	5.96
ภาคเหนือ	55	14.29	382.17	18.52
ภาคใต้	13	3.38	22.45	1.09
ภาคตะวันตก	9	2.34	97.60	4.73
รวม	385		2,063.47	

ที่มา: กรมพัฒนาธุรกิจการค้า, 2563.

นอกจากนี้ แนวโน้มที่สำคัญอีกประการของการเติบโตในธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ คือ การขยายธุรกิจด้าน Nursing Home สถานที่พักฟื้นใกล้โรงพยาบาล และ Retirement Community ซึ่งเป็นที่พักอาศัยที่ออกแบบเพื่อผู้สูงอายุ พร้อมบริการด้านสุขภาพและการแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง ของบริษัทผู้พัฒนาอสังหาริมทรัพย์และบริษัทในเครือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อรองรับกับกลุ่มผู้สูงอายุที่จะเป็นกลุ่มเป้าหมายใหญ่ในอนาคต ประกอบกับนโยบายจากภาครัฐที่สนับสนุนให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติทั้งในด้านการแพทย์ครบวงจร (Medical Hub) อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical and Wellness Tourism) และการเป็นสถานที่พำนักของชาวต่างชาติที่เกษียณอายุแล้ว ที่ปัจจุบันอาศัยอยู่ในประเทศไทยกว่า 68,000 คน ซึ่งเป็นกลุ่มลูกค้าที่มีกำลังซื้อสูง จึงเป็นโอกาสที่ดีสำหรับธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า, 2563)

ทั้งนี้ ในการสร้างมาตรฐานในการบริหารจัดการธุรกิจ รวมถึงการพัฒนาธุรกิจบริการสู่เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพของสถานประกอบการที่ดำเนินธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ ทางกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ได้สร้างองค์ความรู้เสริมสร้างศักยภาพการบริหารจัดการ พัฒนาธุรกิจสู่เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพตามแนวทางของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award : TQA) มีการจัดฝึกอบรมผู้ประกอบการ โดยบูรณาการความร่วมมือกับกรมกิจการผู้สูงอายุ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สมาคมการค้าและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ ซึ่งภาคธุรกิจดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วม ครอบคลุมไปถึงธุรกิจที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ธุรกิจสินค้า/อาหาร และเครื่องดื่มสำหรับผู้สูงอายุ กายภาพบำบัด นวดไทย และอสังหาริมทรัพย์ เป็นต้น

นอกจากนี้ ภาพของการดำเนินธุรกิจดูแลผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกิดขึ้นในปี 2564 นี้ เนื่องจากจะมีการประกาศใช้กฎหมายควบคุมกิจการดูแลผู้สูงอายุ กฎหมายลูกที่ออกตามพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 มาตรา 3 (3) ได้ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษาแล้ว เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2563 มีผลบังคับใช้ภายใน 180 วัน (28 มกราคม 2564 เป็นต้นไป) ส่งผลให้กิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ต้องมาขออนุญาตประกอบกิจการกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ *ผู้ประกอบการรายใหม่* จะต้องมาขออนุญาตก่อนเปิดกิจการ ส่วนผู้ดำเนินการต้องผ่านการอบรม สอบ และมีใบอนุญาตจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ส่วนผู้ให้บริการก็ต้องผ่านการอบรมและมาขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการก่อนจะปฏิบัติงาน สำหรับ*ผู้ประกอบการรายเก่า*ที่เปิดกิจการอยู่ก่อนแล้ว หรือประกอบอาชีพนี้อยู่แล้ว ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ และขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับ และเมื่อยื่นคำขอแล้ว ก็สามารถประกอบกิจการหรือประกอบอาชีพต่อไปได้ จนกว่าจะได้รับแจ้งคำสั่งไม่ออกใบอนุญาตหรือไม่รับขึ้นทะเบียนจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แล้วแต่กรณี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

4.2.3 ความพยายามในการกำหนดมาตรฐานที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีความพยายามในการกำหนดมาตรฐานที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดอารยสถาปัตย์ (Universal Design) งานวิจัยที่บุกเบิกเป็นโครงการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์และคณะ, 2548) ซึ่งต่อมามีการเผยแพร่เป็นข้อเสนอแนะการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ (หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ม.ป.ป.) ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระยะและขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม และมีข้อเสนอหลักการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยผู้สูงอายุ ดังนี้

1. มีความปลอดภัยทางกายภาพ มีแสงสว่างที่เพียงพอ มีอุปกรณ์ป้องกันการหกล้ม มีสัญญาณฉุกเฉินสำหรับขอความช่วยเหลือ
2. สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีทางลาดสำหรับรถเข็น ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นได้โดยสะดวก
3. สามารถสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความกระปรี้กระเปร่า โดยใช้สีที่เหมาะสม มีความสว่างและชัดเจน
4. ดูแลรักษาง่าย มีขนาดพื้นที่ ขนาดความสูงของอุปกรณ์ที่เหมาะสม

ต่อมากรมกิจการผู้สูงอายุได้รับเอาแนวคิดดังกล่าวและไปจัดทำเป็น**แนวทางการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ** 8 ประการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560)

1. ทางลาดข้างบันได มีความมั่นคงแข็งแรง ไม่ลื่น (กว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร) มีความลาดชัน 1:12 ถึง 1: 20 หากมีราวจับ ต้องสูงกว่าพื้นอย่างน้อย 80-90 เซนติเมตร มีการใช้สีที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของพื้นผิว
2. ห้องน้ำและห้องส้วม ควรอยู่ในบ้านหรือในอาคาร ขนาด 1.5-2 เมตร มีแสงสว่าง ช่องระบายอากาศที่เพียงพอ พื้นผิวเรียบ ไม่ลื่น มีอุปกรณ์ช่วยเกาะหรือพยุงตัว ใช้โถส้วมแบบนั่งราบ สูงจากพื้น 40-50 เซนติเมตร หากใช้โถแบบนั่งยอง ต้องติดตั้งอุปกรณ์พยุงตัวเพิ่ม
3. ราวจับ อุปกรณ์พยุงตัวภายในอาคาร ควรมีราวจับ อุปกรณ์พยุงตัวหรือราวกันตกในบริเวณที่เสี่ยงอันตรายหรือใช้งานบ่อย โดยราวจับต้องมีความมั่นคงแข็งแรง ทำด้วยวัสดุเรียบ สูงจากพื้น 80-90 เซนติเมตร
4. ราวจับ อุปกรณ์พยุงตัวภายนอกอาคาร ราวจับต้องมีความมั่นคงแข็งแรง ทำด้วยวัสดุเรียบ สูงจากพื้น 80-90 เซนติเมตร
5. ทางเข้าอาคาร ทางเดินระหว่างอาคาร ทางเชื่อม ควรเป็นพื้นผิวเรียบ ไม่มีทางต่างระดับ ไม่ลื่น มีความกว้างไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร หากมีท่อระบายน้ำหรือรางระบายน้ำบนพื้น ต้องมีฝาปิดสนิท โดยถ้าเป็นฝาแบบตาราง ขนาดของช่องตะแกรงต้องไม่ใหญ่เกินไป บริเวณทางแยกหรือทางเลี้ยว ควรมีเครื่องหมายบอกชัดเจน เช่น มีพื้นผิวต่างสัมผัส และต้องมีผนังหรือราวจับทั้งสองด้าน หากพื้นอาคารมีการปูพรมหรือพรมยาง ความหนาของพรมไม่เกิน 1.30 เซนติเมตร
6. ประตู มีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร เปิด-ปิดง่าย เช่น เป็นประตูแบบผลัก หรือบานเลื่อน หากเป็นประตูเปิดเข้า ต้องมีราวจับตามแนวด้านนอกประตู มีอุปกรณ์เปิด-ปิดที่ง่ายต่อการจับและใช้งานโดยมือข้างเดียว หากเป็นประตูกระจก ควรมีการติดแถบสีที่สามารถเห็นได้ชัดเจนด้วย
7. กริ่งสัญญาณช่วยเหลือ มีการติดตั้งกริ่งสัญญาณช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ ในห้องน้ำ ห้องนอน โดยอาจปรับใช้วัสดุตามความเหมาะสม เช่น ใช้กระดาษไม้เคาะแทนกริ่งสัญญาณ
8. ที่จอดรถ หากมีการจัดที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ ต้องจัดไว้ให้ใกล้ทางเข้าอาคารมากที่สุด ขนาดกว้าง x ยาว ไม่น้อยกว่า 2.40 x 6 เมตร นอกจากนี้ ควรมีที่ว่างข้างที่จอดรถไม่น้อยกว่า 1 เมตร เพื่อให้เพียงพอสำหรับการเคลื่อนย้ายกรณีที่ต้องใช้เก้าอี้เข็น มีการทำเครื่องหมายและสัญลักษณ์ให้เห็นอย่างชัดเจน อัตราส่วนที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุที่แนะนำคือ หากมีที่จอดรถรวม 51-100 คัน ควรจัดที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 คัน และเพิ่มที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ 1 คัน เมื่อเพิ่มที่จอดรถรวมทุก 100 คัน

9. การติดตั้งป้ายเตือนในพื้นที่สาธารณะและทางสัญจรที่ผู้สูงอายุใช้ประจำ โดยป้ายเตือนมีสัญลักษณ์สากล เข้าได้ง่าย เห็นได้ชัดเจน

เมื่อพิจารณาจากโครงการการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย ประจำปีงบประมาณ 2564 ซึ่งกรมกิจการผู้สูงอายุได้ดำเนินโครงการเป็นประจำ โดยมีงบประมาณสำหรับปรับปรุงบ้านให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในทุกพื้นที่ หากเป็นการปรับปรุงโครงสร้าง กำหนดงบประมาณให้หลังละ 40,000 บาท และหากไม่มีการปรับปรุงโครงสร้างมีงบประมาณหน่วยละ 22,500 บาท จากคู่มือการดำเนินโครงการการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย ประจำปีงบประมาณ 2564 กรมกิจการผู้สูงอายุ ได้กำหนดข้อเสนอแนะเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ดังนี้ (กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563)

1. บ้าน – ชั้นเดียว ไม่มีระดับ ห้องผู้สูงอายุอยู่ชั้นแรกของตัวบ้าน ประตูกว้าง 1.50 เมตร มีวัสดุป้องกันการลื่นล้มทุกห้อง มีแสงสว่างเพียงพอ
2. ห้องนอน - เป็นสัดส่วน มีความเป็นส่วนตัว มีหน้าต่าง ใกล้ห้องน้ำ ระบายอากาศ ที่นอนมีความสูงจากพื้นประมาณ 45 เซนติเมตร
3. ห้องน้ำ – พื้นไม่ลื่น มีราวจับที่มีความสูงจากพื้นประมาณ 85 เซนติเมตร ติดตั้งโถส้วมแบบนั่งห้อยขา
4. ห้องครัว – บานตู้ควรเป็นบานกระจกหรือชั้นโปร่ง เกือบของใช้ในระดับที่หยิบใช้ง่าย ติดตั้งเตาในที่ที่เห็นได้ชัดเจนเพื่อป้องกันเพลิงไหม้ และควรมีพื้นที่เผื่อสำหรับรถเข็นด้วย
5. ห้องรับแขกพักผ่อน มีหน้าต่างขนาดใหญ่ ไม่มีสิ่งกีดขวาง พื้นที่ที่เปิดทะลุถึงส่วนอื่นๆ ของบ้าน เพื่อให้ลูกหลานมองเห็นได้ง่าย และส่งเสริมการพบปะพูดคุยภายในบ้าน
6. พื้น - เรียบ ไม่ลื่น มีรอยต่อน้อย
7. ผนัง/เพดาน ไม่จับฝุ่น
8. บันได มีราวจับมั่นคง มีความกว้างอย่างน้อย 25 เซนติเมตร ลูกตั้งสูงไม่เกิน 18 เซนติเมตร
9. หน้าต่าง ประตู ไม่ควรสูงเกินไป เปิด-ปิดได้ง่าย ประตู ไม่ควรมีธรณีประตู และควรมีขนาดกว้างเพื่อให้รถเข็นผ่านได้
10. การติดตั้งอุปกรณ์อื่นๆ ก๊อกน้ำ สวิตช์ ปลั๊กไฟ ลูกบิด ควรอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ต้องก้ม หรือเอื้อม

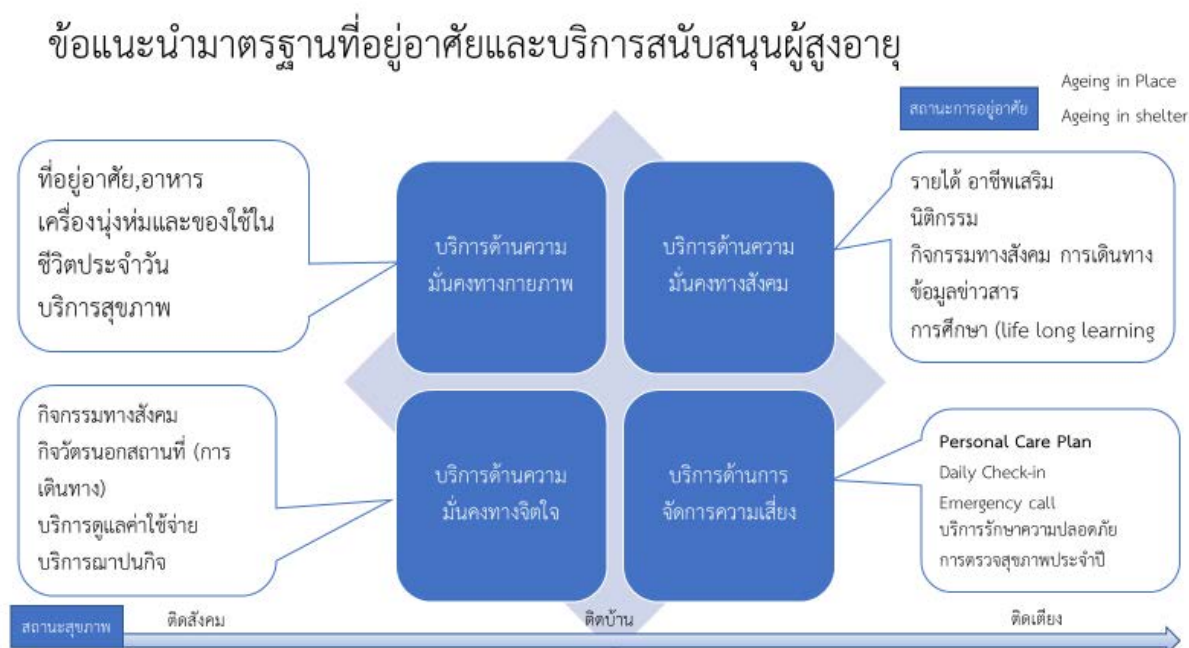
เมื่อเปรียบเทียบกับบทเรียนต่างประเทศที่มักจะกำหนดแนวทางการจัดการผู้สูงอายุไว้กว้างๆ ตามหลักอารยสถาปัตย์ จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีความพยายามในการกำหนดรายละเอียดมาตรฐานที่พักผู้สูงอายุอย่างมาก และความพยายามดังกล่าว ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในโครงการของหน่วยงานรัฐ ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาต่อไปว่า ข้อเสนอแนะหรือแนวทางดังกล่าว ได้รับการยอมรับไปปฏิบัติมากน้อยเพียงใดในกรดำเนินงานของภาคส่วนอื่นๆ

4.3 การกำหนดร่างมาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุสำหรับบริบทประเทศไทย

การกำหนดคำแนะนำ (guideline) มาตรฐานที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในบริบทไทย มาจากการศึกษาเปรียบเทียบมาตรฐานสากล มาตรฐานและรูปแบบบริการของการจัดบริการจากประสบการณ์ต่างประเทศ ร่วมกับการลงพื้นที่เพื่อศึกษาสภาพที่เป็นจริงของการจัดบริการผู้สูงอายุของผู้วิจัย จากสถานดูแลผู้สูงอายุ 4 แห่งที่มีลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย	มูลนิธิมิตรภาพสงเคราะห์ บ้านพักคนชราหญิง ติวานนท์ จังหวัด
ผู้สูงอายุที่มีรายได้ปานกลาง	ภัทร์ลวดี เนิร์สซิงโฮม อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี
ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง	โครงการจิณณ์ เวลปอิ่ง เคาน์ตี จังหวัดปทุมธานี
ผู้สูงอายุหลายระดับ	สถาบันผู้สูงอายุแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้จัดให้มีการประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่มีประสบการณ์จัดบริการให้ผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2563 ประกอบกับการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วย นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2564 สามารถกำหนดมาตรฐานการจัดบริการสนับสนุนผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางกายภาพ ความมั่นคงทางสังคม ด้านความมั่นคงทางจิตใจ และการจัดการความเสี่ยง (ดูรายละเอียดในภาพ 4.8 และตาราง 4.9)



ภาพที่ 4.8 ข้อแนะนำมาตรฐานบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ

ในเชิงหลักการ การจัดบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ จะต้องคำนึงถึงหลักการว่า ด้วยความเป็นอิสระ (autonomy) การพึ่งพาตนเองได้ (independent) ให้ความสำคัญกับความเชื่อมโยงเครือข่ายผู้สูงอายุกับเพื่อน เพื่อนบ้านและชุมชน (connection) และการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ

เมื่อจำแนกตามสถานะสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มกว้างๆ คือ ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง จะพบว่า ผู้สูงอายุแต่ละช่วงต้องการการบริการดังนี้

ตารางที่ 4. 8 บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง

ประเภทบริการสนับสนุน	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
1. บริการด้านความมั่นคงทางกายภาพ (Physical Security) เป็นกลุ่มชุดบริการที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางด้านกายภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต			
1.1 บริการจัดหาที่พักอาศัยที่เหมาะสมปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> ■ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พักอาศัยของตนเอง อาจจำเป็นต้องจัดหาที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุหรือในบางกรณีต้องเป็นสถานสงเคราะห์ (ดูมาตรฐานกายภาพของที่พักอาศัยตาราง) ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงทั้งที่เป็นที่พักระยะสั้น (temporary shelter) หรือที่พักระยะยาว 		
1.2 บริการที่พำนักอาศัยเพื่อให้ผู้สูงอายุมีที่พักอาศัยที่เหมาะสม สะอาด ปลอดภัย เหมาะกับการดำรงชีวิต	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น จัดให้ห้องนอนของผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง เลือกใช้วัสดุที่ทำพื้นไม่ให้ลื่น เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการปรับสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ขนาดของประตูต้องกว้างมากพอที่จะนำรถเข็นเข้า-ออกตัวบ้าน เป็นต้น ■ บริการดูแลรักษาบ้าน (Home maintenance services) เพื่อช่วยให้ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่ดีต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงช่วยผ่อนแรงให้ผู้สูงอายุในการทำงานบ้าน เช่น บริการทำความสะอาดบ้าน บริการเปลี่ยนหลอดไฟ บริการซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้าน บริการดูแลรักษาสวน เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการปรับสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ขนาดของประตูต้องกว้างมากพอที่จะนำรถเข็นเข้า-ออกตัวบ้าน เป็นต้น ■ บริการดูแลรักษาบ้าน (Home maintenance services) เพื่อช่วยให้ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่ดีต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงช่วยผ่อนแรงให้ผู้สูงอายุในการทำงานบ้าน เช่น บริการทำความสะอาดบ้าน บริการเปลี่ยนหลอดไฟ บริการซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้าน บริการดูแลรักษาสวน เป็นต้น ■ บริการให้การดูแลผู้สูงอายุระยะสั้น (Day care services) ให้บริการรับฝาก

ประเภทบริการ สนับสนุน	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
			<p>ดูแลผู้สูงอายุเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น รับฝากในช่วงกลางวันที่ครอบครัวต้องไปทำงาน รับฝากกรณีครอบครัวมีภารกิจจำเป็นต้องเดินทางไปต่างจังหวัดและไม่สามารถนำผู้สูงอายุไปด้วยได้ เป็นต้น</p>
<p>1.3 บริการด้านอาหาร (Meals and other food services) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่เหมาะสม สะอาด ปลอดภัย เหมาะกับการดำรงชีวิต</p>		<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการจัดหาอาหาร เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงอาหาร โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ หรือแม้กระทั่งเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการประกอบอาหาร ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงคุณภาพอาหาร และลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุแต่ละราย ■ บริการส่งอาหารถึงที่พัก (Meal Delivery Services) สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านตนเอง (Aging in Place) หรือถึงเตียงผู้สูงอายุ ในกรณีผู้สูงอายุติดเตียง 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการจัดหาอาหาร เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงอาหาร โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ หรือแม้กระทั่งเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการประกอบอาหาร ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงคุณภาพอาหาร และลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุแต่ละราย ■ บริการส่งอาหารถึงที่พัก (Meal Delivery Services) สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านตนเอง (Aging in Place) หรือถึงเตียงผู้สูงอายุ ในกรณีผู้สูงอายุติดเตียง
<p>1.4 บริการเครื่องนุ่งห่ม และของใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>		<p>(การจัดบริการขึ้นอยู่กับรูปแบบการอยู่อาศัยและสถานะทางเศรษฐกิจ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ บริการจัดหาเครื่องนุ่งห่ม และของใช้ในชีวิตประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุ อาจจำเป็นต้องจำหน่ายในราคาถูกสำหรับผู้สูงอายุ หรือใน 	<p>(การจัดบริการขึ้นอยู่กับรูปแบบการอยู่อาศัยและสถานะทางเศรษฐกิจ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ บริการจัดหาเครื่องนุ่งห่ม และของใช้ในชีวิตประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุ อาจจำเป็นต้องจำหน่ายในราคาถูกสำหรับผู้สูงอายุ หรือใน

ประเภทบริการ สนับสนุน	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
		<p>บางกรณีอาจต้องจัดทำให้โดย ไม่คิดมูลค่า ตามฐานะทาง เศรษฐกิจของผู้สูงอายุอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ บริการทำความสะอาดเสื้อผ้า ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ หรือเพื่อ ช่วยผ่อนแรงให้ผู้สูงอายุ 	<p>บางกรณีอาจต้องจัดทำให้ โดยไม่คิดมูลค่า ตามฐานะ ทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ อื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ บริการทำความสะอาดเสื้อผ้า ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ หรือเพื่อ ช่วยผ่อนแรงให้ผู้สูงอายุ
1.5 บริการดูแล สุขอนามัยส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุ		<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการดูแลอนามัยส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บ เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการดูแลอนามัยส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บ เป็นต้น
1.6 บริการเมื่อเกิด ความเจ็บป่วย เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพที่เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> ■ สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุต้องสามารถเข้าถึง บริการด้านสุขภาพได้โดยไม่มี ข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย ■ มีสถานพยาบาลที่รับดูแล ผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถ เข้าใช้บริการได้ทันทั่วทั้งที่ รวมถึงมีบริการรับส่งสำหรับ นำผู้สูงอายุไปยัง สถานพยาบาลในภาวะ ฉุกเฉิน และบริการรับส่ง สำหรับนำผู้สูงอายุไปยัง สถานพยาบาลในกรณีที่ แพทย์นัด ทั้งนี้บริการรับส่ง ดังกล่าวยังรวมถึงการมี ผู้ช่วยเหลือพาผู้สูงอายุไปรับ บริการตามจุดบริการต่างๆ ในสถานพยาบาล และการ ให้ประวัติของผู้สูงอายุต่อ แพทย์ผู้รักษา (ให้บริการใน กรณีที่ผู้สูงอายุต้องการ) ■ บริการจัดยาให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุได้รับ ประทานยาที่ถูกต้อง (ให้บริการในกรณีที่ ผู้สูงอายุต้องการ) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุต้องสามารถเข้าถึง บริการด้านสุขภาพได้โดยไม่มี ข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย ■ มีสถานพยาบาลที่รับดูแล ผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถ เข้าใช้บริการได้ทันทั่วทั้งที่ รวมถึงมีบริการรับส่งสำหรับ นำผู้สูงอายุไปยัง สถานพยาบาลในภาวะ ฉุกเฉิน และบริการรับส่ง สำหรับนำผู้สูงอายุไปยัง สถานพยาบาลในกรณีที่ แพทย์นัด ทั้งนี้บริการรับส่ง ดังกล่าวยังรวมถึงการมีผู้ช่วย เหลือพาผู้สูงอายุไปรับบริการ ตามจุดบริการต่างๆ ใน สถานพยาบาล และการให้ ประวัติของผู้สูงอายุต่อแพทย์ ผู้รักษา (ให้บริการในกรณีที่ ผู้สูงอายุต้องการ) ■ บริการจัดยาให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุได้รับ ประทานยาที่ถูกต้อง (ให้บริการในกรณีที่ผู้สูงอายุ ต้องการ) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุต้องสามารถเข้าถึง บริการด้านสุขภาพได้โดยไม่มี ข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย ■ มีสถานพยาบาลที่รับดูแล ผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถ เข้าใช้บริการได้ทันทั่วทั้งที่ รวมถึงมีบริการรับส่งสำหรับ นำผู้สูงอายุไปยัง สถานพยาบาลในภาวะ ฉุกเฉิน และบริการรับส่ง สำหรับนำผู้สูงอายุไปยัง สถานพยาบาลในกรณีที่ แพทย์นัด ทั้งนี้บริการรับส่ง ดังกล่าวยังรวมถึงการมี ผู้ช่วยเหลือพาผู้สูงอายุไปรับ บริการตามจุดบริการต่างๆ ในสถานพยาบาล และการ ให้ประวัติของผู้สูงอายุต่อ แพทย์ผู้รักษา (ให้บริการใน กรณีที่ผู้สูงอายุต้องการ) ■ บริการจัดยาให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุได้รับ ประทานยาที่ถูกต้อง (ให้บริการในกรณีที่ ผู้สูงอายุต้องการ)

ประเภทบริการ สนับสนุน	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
		<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ในกรณีที่สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องมีบริการผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ที่จะช่วยผู้สูงอายุดังกล่าวในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ช่วยป้อนอาหาร ป้อนยา ทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัว เป็นต้น ■ บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการรักษาต่อเนื่องที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล ครอบคลุมการประเมินคนและสิ่งแวดล้อมเพื่อนำสู่บริการสุขภาพอย่างองค์รวม และติดตามผลการรักษาเป็นประจำ (ให้บริการในกรณีที่สูงอายุต้องการ) ■ บริการการเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย และจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ดังกล่าว รวมถึงการเข้าถึงกายอุปกรณ์เทียมในผู้สูงอายุที่มีความพิการเกิดขึ้น (ให้บริการในกรณีที่สูงอายุต้องการ) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ในกรณีที่สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องมีบริการผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ที่จะช่วยผู้สูงอายุดังกล่าวในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ช่วยป้อนอาหาร ป้อนยา ทำความสะอาดร่างกาย แต่งตัว เป็นต้น ■ บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการรักษาต่อเนื่องที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล ครอบคลุมการประเมินคนและสิ่งแวดล้อมเพื่อนำสู่บริการสุขภาพอย่างองค์รวม และติดตามผลการรักษาเป็นประจำ (ให้บริการในกรณีที่สูงอายุต้องการ) ■ บริการการเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย และจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ดังกล่าว รวมถึงการเข้าถึงกายอุปกรณ์เทียมในผู้สูงอายุที่มีความพิการเกิดขึ้น (ให้บริการในกรณีที่สูงอายุต้องการ)
<p>2. บริการด้านความมั่นคงทางสังคม (Social Security)</p> <p>ความมั่นคงทางสังคม หมายถึง การป้องกันซึ่งสังคมจัดสรรให้แก่สมาชิกในสังคม ผ่านมาตรการสาธารณะ เพื่อต่อต้านกับความทุกข์ยากทางเศรษฐกิจและสังคม บริการด้านความมั่นคงทางสังคม เป็นกลุ่มชุดบริการที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาสภาพความเป็นอยู่ทางสังคม และยังคงมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้</p>			

ประเภทบริการ สนับสนุน	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
<p>2.1 บริการด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ</p> <p>เพื่อให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันทางเศรษฐกิจสอดคล้องกับศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงเป็นหลักประกันสำหรับการดำรงชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิต</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิต รวมถึงการเข้าถึงเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ และธุรกรรมทางการเงินที่ผู้สูงอายุจะสามารถนำเบี้ยเลี้ยงมาใช้จ่ายได้ ■ บริการส่งเสริมการมีงานทำและอาชีพเสริม สำหรับผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพในการทำงาน บริการด้านอาชีพ นอกจากจะเพิ่มรายได้แล้วยังเป็นการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ และเป็นการเพิ่มคุณค่าในตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อตัวผู้สูงอายุเอง ■ บริการจัดการสินทรัพย์และพินัยกรรม เพื่อนำสินทรัพย์ของผู้สูงอายุมาใช้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของสินทรัพย์ และเพื่อเป็นการวางแผนทางการเงินของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยเฉพาะกรณีผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวใกล้ชิด เช่น บริการสินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Reverse Mortgage) บริการจัดทำพินัยกรรม เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิต รวมถึงการเข้าถึงเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ และธุรกรรมทางการเงินที่ผู้สูงอายุจะสามารถนำเบี้ยเลี้ยงมาใช้จ่ายได้ ■ บริการอาชีพเสริม สำหรับผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพในการทำงาน บริการด้านอาชีพ นอกจากจะเพิ่มรายได้แล้วยังเป็นการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ และเป็นการเพิ่มคุณค่าในตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อตัวผู้สูงอายุเอง (ให้บริการในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการ) ■ บริการจัดการสินทรัพย์และพินัยกรรม เพื่อนำสินทรัพย์ของผู้สูงอายุมาใช้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของสินทรัพย์ และเพื่อเป็นการวางแผนทางการเงินของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยเฉพาะกรณีผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวใกล้ชิด เช่น บริการสินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Reverse Mortgage) บริการจัดทำพินัยกรรม เป็นต้น (ให้บริการในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการ) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิต รวมถึงการเข้าถึงเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ และธุรกรรมทางการเงินที่ผู้สูงอายุจะสามารถนำเบี้ยเลี้ยงมาใช้จ่ายได้ ■ บริการจัดการสินทรัพย์และพินัยกรรม เพื่อนำสินทรัพย์ของผู้สูงอายุมาใช้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของสินทรัพย์ และเพื่อเป็นการวางแผนทางการเงินของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยเฉพาะกรณีผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวใกล้ชิด เช่น บริการสินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Reverse Mortgage) บริการจัดทำพินัยกรรม เป็นต้น (ให้บริการในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการ)
<p>2.2 บริการธุรกรรมทางกฎหมาย เป็นบริการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการช่วยผู้สูงอายุในการทำธุรกรรมที่จำเป็นต่างๆ เช่น ถ่ายบัตรประชาชน 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการช่วยผู้สูงอายุในการทำธุรกรรมที่จำเป็นต่างๆ เช่น ถ่ายบัตร 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการช่วยผู้สูงอายุในการทำธุรกรรมที่จำเป็นต่างๆ เช่น ถ่ายบัตรประชาชน

ประเภทบริการ สนับสนุน	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
สามารถเข้าถึงกิจกรรม ต่างๆ ที่จำเป็นได้	<p>กิจกรรมทางทะเบียนต่างๆ กิจกรรมทางการเงิน การ จ่ายค่าสาธารณูปโภค เป็นต้น ครอบคลุมถึง กระบวนการขนส่งเพื่อไป ดำเนินการทางธุรกรรม บริการผู้ช่วยในการติดต่อ ธุรกรรม</p>	<p>ประชาชน ธุรกรรมทาง ทะเบียนต่างๆ ธุรกรรม ทางการเงิน การจ่ายค่า สาธารณูปโภค เป็นต้น ครอบคลุมถึงกระบวนการ ขนส่งเพื่อไปดำเนินการ ทางธุรกรรม บริการผู้ช่วย ในการติดต่อธุรกรรม</p>	<p>ธุรกรรมทางทะเบียนต่างๆ ธุรกรรมทางการเงิน การ จ่ายค่าสาธารณูปโภค เป็นต้น ครอบคลุมถึง กระบวนการขนส่งเพื่อไป ดำเนินการทางธุรกรรม บริการผู้ช่วยในการติดต่อ ธุรกรรม</p>
<p>2.3 บริการกิจกรรม ทางสังคม เพื่อกระตุ้น ให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ กับชุมชนผ่านการเข้า ร่วมกิจกรรมทางสังคม ต่างๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ การจัดกิจกรรมทางสังคมใน ชุมชน เช่น กิจกรรมชมรม ผู้สูงอายุ การจัดกลุ่มทัศน ศึกษานอกสถานที่ กีฬา สำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรม ศิลปะสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ การจัดกิจกรรมทางสังคมใน ชุมชนที่เหมาะสมและ อำนวยความสะดวกให้กับ ผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน เคลื่อนย้ายลำบาก เช่น การ จัดกิจกรรมเคลื่อนที่ไปยัง บ้านผู้สูงอายุ หรืออำนวยความสะดวกในการนำ ผู้สูงอายุออกมาร่วม กิจกรรมทางสังคมอื่นๆ ใน ชุมชน เป็นต้น 	
<p>2.4 บริการข้อมูล ข่าวสาร เพื่อให้ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารในสังคม</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการข้อมูลข่าวสารผ่าน ทางสื่อช่องทางต่างๆ เช่น บริการโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ในบ้านพัก ผู้สูงอายุ รวมถึงการ ติดต่อสื่อสารกับสังคม ภายนอก ได้แก่ บริการ Internet -Wifi สำหรับ ผู้สูงอายุ เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการข้อมูลข่าวสารผ่าน ทางสื่อช่องทางต่างๆ เช่น บริการโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ในบ้านพัก ผู้สูงอายุ รวมถึงการ ติดต่อสื่อสารกับสังคม ภายนอก ได้แก่ บริการ Internet -Wifi สำหรับ ผู้สูงอายุ เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการข้อมูลข่าวสารผ่าน ทางสื่อช่องทางต่างๆ เช่น บริการโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ในบ้านพัก ผู้สูงอายุ รวมถึงการ ติดต่อสื่อสารกับสังคม ภายนอก ได้แก่ บริการ Internet -Wifi สำหรับ ผู้สูงอายุ เป็นต้น
<p>2.5 บริการด้าน การศึกษา เพื่อให้ ผู้สูงอายุสามารถพัฒนา ตนเอง ตามศักยภาพ และความสนใจของ ตนเอง</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการให้การศึกษา หรือ ฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นที่ สอดคล้องกับความต้องการ ของผู้สูงอายุ เช่น หลักสูตร ออนไลน์ระยะสั้นหรือ หลักสูตรทางเลือกอื่นๆ เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการให้การศึกษา หรือ ฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น ที่สอดคล้องกับความ ต้องการของผู้สูงอายุ เช่น หลักสูตรออนไลน์ระยะสั้น หรือหลักสูตรทางเลือกอื่นๆ เป็นต้น 	

ประเภทบริการ สนับสนุน	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
3. บริการด้านความมั่นคงทางจิตใจ (Mental Security) เป็นกลุ่มชุดบริการที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์			
3.1 บริการกิจกรรมทางสังคม เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการจัดกิจกรรมทางสังคมในชุมชนที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การจัดกลุ่มทัศนศึกษาออกสถานที่ กีฬาสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมศิลปะสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการจัดกิจกรรมทางสังคมในชุมชนที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การจัดกลุ่มทัศนศึกษาออกสถานที่ กีฬาสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมศิลปะสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการเยี่ยมเยียนและพูดคุยที่บ้านของผู้สูงอายุเพื่อคลายความเหงาและความเครียดจากการเจ็บป่วย
3.2 บริการกิจวัตรนอกสถานที่ของผู้สูงอายุ	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการจัดกิจกรรมพาผู้สูงอายุออกไปนอกสถานที่ครอบคลุมถึง บริการรับส่งผู้สูงอายุ เพื่อไปทำกิจวัตรนอกสถานที่เป็นประจำ เช่น การพาผู้สูงอายุไปซื้อป๊อปปี้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การพาผู้สูงอายุไปเยี่ยมครอบครัว เป็นต้น ในบางกรณีอาจจะต้องรวมถึงการมีผู้ช่วยเหลือติดตามไปดูแลผู้สูงอายุด้วย 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการจัดกิจกรรมพาผู้สูงอายุออกไปนอกสถานที่ครอบคลุมถึง บริการรับส่งผู้สูงอายุ เพื่อไปทำกิจวัตรนอกสถานที่เป็นประจำ เช่น การพาผู้สูงอายุไปซื้อป๊อปปี้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การพาผู้สูงอายุไปเยี่ยมครอบครัว เป็นต้น ในบางกรณีอาจจะต้องรวมถึงการมีผู้ช่วยเหลือติดตามไปดูแลผู้สูงอายุด้วย (ให้บริการในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการ) 	
3.3 บริการดูแลค่าใช้จ่ายรายวันของผู้สูงอายุ กล่าวคือ การที่มีผู้คอยดูแลให้ผู้สูงอายุมีเงินสดติดกระเป๋าสำหรับซื้อของเล็กน้อยในชีวิตประจำวัน เสมือนการใช้ชีวิตประจำวันที่เคยเป็นมา ซึ่งจะส่งผลในด้านดีต่อจิตใจของ	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการดูแลค่าใช้จ่ายรายวันของผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ บริการดูแลค่าใช้จ่ายรายวันของผู้สูงอายุ 	

ประเภทบริการ สนับสนุน	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้สูงอายุมีเงินสด จำนวนมากในมือก็เป็น อันตรายกับตัวผู้สูงอายุ เอง การมีผู้ช่วยที่ไว้ใจ ได้คอยดูแลเงินสดให้ ผู้สูงอายุจึงเป็นบริการที่ มีความจำเป็น			
3.4 บริการฌาปนกิจ	<ul style="list-style-type: none"> การจัดบริการฌาปนกิจ โดยจัดเตรียมและให้บริการฌาปนกิจ เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต ในทุก ขั้นตอน รวมถึงพิธีกรรมทางศาสนา ควรเป็นบริการขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุทุกคนต้องได้รับ อย่างไรก็ดี ควรพัฒนาไกลในระดับชุมชน/ท้องถิ่นขึ้นมารองรับการจัดทำบริการนี้ 		
4. บริการด้านการจัดการความเสี่ยง (Risk management services) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยถดถอยของชีวิต สามารถมีความเสี่ยงต่อชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุเองเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จึง จำเป็นต้องมีบริการที่จะจัดการกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น			
4.1 บริการ Daily check-in	<ul style="list-style-type: none"> บริการ Daily check-in เป็นบริการที่ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่รายวันของผู้สูงอายุ มีความ จำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตตามลำพัง ซึ่งทำได้ โดยการตรวจเยี่ยมประจำวัน หรืออาจใช้เทคโนโลยีช่วย เช่น การ check-in รายวันทาง Internet ผ่าน Application ต่างๆ หรือการประยุกต์ใช้ Smart watch หรือ Wrist band ที่ติดตัวผู้สูงอายุก็ได้ อนึ่งการ check-in รายวัน ที่ดี น่าจะต้องประเมินทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ เช่น ประเมินอาการหลงลืมของ ผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ 		
4.2 บริการ Emergency call	<ul style="list-style-type: none"> บริการ Emergency call เป็นบริการที่ร้องขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จากบ้านพัก หรือสถานที่อื่นๆ หรือการประยุกต์ใช้ Smart watch หรือ Wrist band ที่ติดตัว ผู้สูงอายุ ที่มี function การตรวจสอบการหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการส่งสัญญาณขอความ ช่วยเหลือ 		
4.3 บริการรักษาความ ปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> บริการดูแลความปลอดภัย ในการเดินทางของ ผู้สูงอายุ เมื่อต้องไปทำ กิจกรรมภายนอกที่อยู่ อาศัย เช่น การจัด ยานพาหนะที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ การจัดการ บริการที่พนักงานมีความรู้ เรื่องดูแลผู้สูงอายุและไว้ใจ ได้ เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> บริการรักษาความ ปลอดภัย จัดให้เป็นบริการ พิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มี ปัญหาความจำเสื่อม โดย ต้องมีการบันทึกภาพกล้อง วงจรปิดในที่พักตลอดเวลา เพื่อป้องกันผู้สูงอายุพลัด หลงออกไปที่อื่น การปรับ สภาพที่พักให้สามารถเข้า ออกได้เฉพาะบุคคลที่ได้รับ อนุญาตเท่านั้น เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> บริการรักษาความ ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติด เตียง มีกล้องสำหรับ มอนิเตอร์ หรือมีผู้ดูแล ประกบ 24 ชั่วโมง เพื่อเฝ้า ระวังและให้ความ ช่วยเหลือได้ทันในกรณีที่มี อาการเพิ่มเติมจากที่ เป็นอยู่ เช่น ความดัน โลหิตตก สำลักอาหาร เป็นต้น
<ul style="list-style-type: none"> บริการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 			

ประเภทบริการ สนับสนุน	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง
	<ul style="list-style-type: none"> สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับวัยพี่พี่ หรืออยู่ตามลำพัง ควรจัดให้มีระบบดูแลความปลอดภัย ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น จัดให้มีเวรยาม/อาสาสมัครของชุมชนมาคอยดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม เจ็บป่วยแล้วไม่มีคนรู้หรือไม่มีคนในบ้านสามารถให้ความช่วยเหลือได้ 		
4.4 บริการตรวจสุขภาพประจำปี	<ul style="list-style-type: none"> บริการตรวจสุขภาพประจำปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ 		
4.5 การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุส่วนบุคคล (Personal Care Plan)	<ul style="list-style-type: none"> การทำแผนการดูแลผู้สูงอายุส่วนบุคคล (personal care plan) ถือเป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็นต้องจัดให้ผู้สูงอายุทุกคน เพื่อให้สามารถผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนรับผิดชอบใช้เป็นแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน โดยแผนการดูแลส่วนบุคคล ครอบคลุมทั้งการดูแลสุขภาพกาย จิตวิญญาณและสังคม ถือเป็น การวางแผนเพื่อป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุแต่ละคน 		

หมายเหตุ: ในภาพรวม กลุ่มบริการสนับสนุนเหล่านี้ เป็นบริการแบบ full service ที่ผู้สูงอายุควรจะได้รับเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสุขภาพแข็งแรง ซึ่งในกรณีที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสามารถทำหน้าที่แทนผู้ให้บริการได้ แต่ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว หรืออยู่ลำพังเฉพาะผู้สูงอายุ เช่น อาศัยอยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงวัยด้วยกัน เป็นต้น ก็จำเป็นต้องจัดบริการ

ในส่วนขอรายละเอียดมาตรฐานที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะมาตรฐานทางกายภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับหลักการว่าด้วย Universal Design เพื่อความปลอดภัยและความสะดวกสบายของผู้สูงอายุ ขั้นต่ำที่สุดคือผู้สูงอายุต้องอยู่ในที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย โดยมีอุปกรณ์ที่จำเป็นพื้นฐาน ได้แก่ การมีห้องน้ำอยู่ในชั้นเดียวกับที่นอนของผู้สูงอายุ มีที่นอนเป็นสัดส่วน มีโถส้วมแบบนั่งราบ มีราวจับในห้องน้ำหรือพื้นที่อื่นที่จำเป็น พื้นบ้านไม่ลื่น เพื่อลดอุบัติเหตุจากการหกล้ม ในขณะที่เดียวกัน ก็ต้องพร้อมปรับเปลี่ยนอุปกรณ์เพื่อการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต เช่น ขนาดประตู และการมีทางลาดสำหรับรถเข็น เป็นต้น

ข้อแนะนำนี้เป็นมาตรฐานขั้นต่ำเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ทุกคน) ที่ครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งสามารถใช้ประเมินทั้งในกรณีที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในที่เดิม (ageing in place) และอาศัยอยู่ในบ้านพักเฉพาะ (ageing in shelter) ทั้งนี้ รูปแบบการให้บริการสำหรับการอยู่อาศัยในแต่ละแบบย่อมมีวัตถุประสงค์เดียวกัน แต่อาจจะมีรูปแบบหรือแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ข้อแนะนำนี้จะใช้เป็นพื้นฐานในการพิจารณาการจัดการบริการสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาสถานการณ์ทั้งในด้านความต้องการ (อุปสงค์) การจัดบริการ (อุปทานและการเข้าถึง) ในปัจจุบัน รวมไปถึงผู้จัดบริการ (service provider) ก่อนที่จะสรุปให้เห็นว่าควรจัดบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในอนาคตอย่างไรในบทที่ 7

บทที่ 5

ว่าด้วยอุปทาน สถานะ รูปแบบการดำเนินงานด้านที่อยู่อาศัย และบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน

5.1 บทนำ

เนื้อหาในบทนี้เป็นการแสดงผลการดำเนินงานในการศึกษาสถานะและการดำเนินการในอุปทาน (supply) ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีการให้บริการอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน รวมถึงต้นทุนสำหรับบริการประเภทต่างๆ ซึ่งคณะผู้วิจัยศึกษาจากศึกษาอุปทานด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Elderly Housing Supply) ที่มีการให้บริการในประเทศไทย โดยเฉพาะที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน พื้นที่ทำการศึกษา การศึกษาในขั้นนี้เริ่มจากการคัดเลือกพื้นที่เพื่อสำรวจบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีการให้บริการในประเทศไทย ตามประเภทลักษณะการให้บริการได้แก่

- สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (Day Care)
 - บริการสำหรับผู้สูงอายุ ในบ้านเดิมที่พักอาศัย
 - บริการ Senior Co-Housing (coho) หรือ รูปแบบชุมชนที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีขนาดเล็ก
 - บริการบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ Residential home ทั้งบ้านพักเดี่ยว และที่พักรวม
 - บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยสถานพยาบาล (Nursing home)
 - บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยโรงพยาบาล (Long-term care hospital)
- นอกจากนี้ ยังจำแนกบริการดังกล่าวตามประเภทขององค์กรที่ให้บริการ โดยจำแนกเป็น
- องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร
 - ภาคเอกชน
 - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - ส่วนราชการอื่นๆ

5.2 สถานะและรูปแบบการดำเนินงานที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุและชุดบริการสนับสนุน

จำแนกตามลักษณะที่พัก

จากการคัดเลือกพื้นที่เพื่อสำรวจบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เมื่อดำเนินการสำรวจพื้นที่ที่คัดเลือก พบข้อเท็จจริงว่า กรณีของสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน Day care ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการให้บริการเป็นกิจลักษณะ หากเป็นบริการร่วมในบริการบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวโดยสถานพยาบาล Nursing Home กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่สถานพยาบาล Nursing Home สามารถเลือกได้ที่จะรับการดูแลเฉพาะเวลากลางวัน หรือรับบริการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

สำหรับกรณีบริการสำหรับผู้สูงอายุในบ้านเดิมที่พักอาศัย จากการสำรวจไม่พบพื้นที่ที่มีการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในบ้านเดิมที่พักอาศัยในปัจจุบันแต่อย่างใด กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่เลือกพักอาศัยในบ้านเดิมในปัจจุบันต้องดูแลตนเอง โดยยังไม่ได้รับบริการเสริมใดๆ จากหน่วยงานภาครัฐ ทั้งนี้อาจมีการช่วยเหลือจากชุมชน คนรู้จัก หรือญาติพี่น้อง

ดังนั้นจากการสำรวจจึงพบว่า บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันในประเทศไทยที่เปิดให้บริการ แบ่งตามประเภทลักษณะการให้บริการได้เป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

1. บริการบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุทั้งบ้านพักเดี่ยวและที่พักรวม
2. บริการ senior co-housing หรือแบบชุมชนที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีขนาดเล็ก
3. บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยสถานพยาบาล (Nursing home)
4. บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยโรงพยาบาล long term care Hospital

เนื่องจากในระหว่างการเก็บข้อมูลมีปัญหาเรื่องการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ COVID-19 ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเก็บข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ ส่งผลให้ได้จำนวนตัวอย่างจากการเก็บข้อมูลในปริมาณจำกัด แต่คณะผู้ศึกษาก็ได้พยายามรวบรวมกรณีศึกษาให้ครบทุกประเภท

จากการสำรวจบริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีการดำเนินการในประเทศไทย ผู้วิจัย จึงเสนอผลการศึกษาลำดับ

5.2.1 บริการบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุทั้งบ้านพักเดี่ยวและที่พักรวม

สำหรับบริการบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้คัดเลือก กรณีศึกษาบ้านพักผู้สูงอายุจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์ บ้านพักคนชราหญิงมิตรภาพสงเคราะห์จังหวัดปทุมธานี สถาบันผู้สูงอายุแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่ สววงคนิเวศ สมุทรปราการ สุขใจבודดีพิต จังหวัดสระบุรี จินณ์ เวลป็อง เคนันต์ จังหวัดปทุมธานี การนำเสนอข้อมูลแต่ละแห่ง จะนำเสนอให้เห็นที่มา สถานการณ์ปัจจุบัน ลักษณะทางกายภาพ การจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ เงื่อนไขการเข้าอยู่อาศัย กำลังคน ต้นทุนทั้งฝั่งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (ถ้ามี) ปัญหาอุปสรรคและองค์การสนับสนุน

(1) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว เป็นหน่วยงานภาครัฐ เปิดดำเนินการครั้งแรกเมื่อ วันที่ 27 ธันวาคม 2525 สังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ซึ่งต่อมาเปลี่ยนเป็น กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จากนั้นในปี 2546 เป็นสถานสงเคราะห์คนชรา 1 ใน 13 แห่งที่ได้ถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ ตามแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี 2546 โดยกำหนดความรับผิดชอบดูแลให้บริการแก่ผู้สูงอายุใน 9 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง คือ อุทัยธานี นครสวรรค์ พิจิตร พิษณุโลกเพชรบูรณ์ กำแพงเพชร สุโขทัย ตากและอุตรดิตถ์ และเริ่มใช้งบประมาณขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2547 เป็นต้นมา

ปัจจุบันทางสถานสงเคราะห์รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 90 คน จากจำนวนที่รับได้สูงสุด 130 คน ขณะนี้สามารถรับเพิ่มได้เฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ไม่สามารถรับเพิ่มได้ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องที่พักและเจ้าหน้าที่ที่ดูแล ทำให้ตอนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลรอคิวประมาณ 10 คน

ผู้สูงอายุที่มาอยู่ที่นี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ ถูกส่งต่อมาจากหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาล (กว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) ศูนย์คนไร้ที่พึ่ง เป็นต้น มีผู้สูงอายุเพียง 10 คนเท่านั้นที่มีญาติมาเยี่ยม

ลักษณะทางกายภาพของที่พักอาศัย

เดิมสถานสงเคราะห์ตั้งอยู่ ณ ที่ทำการนิคมสร้างตนเองเขาบ่อแก้ว ซึ่งภายหลังการถอนสภาพนิคมฯ ในปี พ.ศ.2523 ได้ปรับปรุงให้เป็นสถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว บนเนื้อที่ประมาณ 4 ไร่ 2 งาน ใช้

เป็นอาคารสำนักงานอาคารที่พักของผู้สูงอายุหญิง เริ่มให้บริการได้คราวละไม่เกิน 70 คน ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 ได้ขยายพื้นที่เพิ่มในที่ดินบริเวณฝั่งตรงข้าม บนเนื้อที่ 19 ไร่ 3 งาน 42 ตารางวา เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีเพิ่มขึ้นโดยได้ดำเนินการก่อสร้างอาคารสำนักงานใหม่และอาคารให้บริการต่าง ๆ ประกอบด้วย เรือนนอนผู้สูงอายุ จำนวน 5 อาคาร อาคารพยาบาล 1 อาคาร อาคารกายภาพบำบัด 1 อาคาร ห้องประกอบอาหารจัดเลี้ยง 1 อาคาร โรงซักฟอก 1 หลัง พร้อมบ้านพักเจ้าหน้าที่ จำนวน 6 หลัง เชื่อมต่อแต่ละอาคารด้วยทางเดิน มีระบบกล้องวงจรปิดเพื่อดูแลความปลอดภัย ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้จะให้มีมารับประทานอาหารที่ห้องประกอบอาหารจัดเลี้ยง ส่วนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลจะรับประทานอาหารที่เรือนนอนเลย

เรือนนอนผู้สูงอายุ จำนวน 5 อาคาร อาคารละ 25 เตียง แบ่งเป็น อาคารสำหรับผู้สูงอายุชายที่ช่วยเหลือตนเองได้ 1 อาคาร สำหรับผู้สูงอายุชายที่ต้องการการดูแล 1 อาคาร อาคารสำหรับผู้สูงอายุหญิงที่ช่วยเหลือตนเองได้ 1 อาคาร และสำหรับผู้สูงอายุหญิงที่ต้องการการดูแล 2 อาคาร ลักษณะที่พักเป็นอาคารชั้นเดียว หลังคาสูง รูปแบบเหมือนนอร์ดรวม

ทำเลที่ตั้งเลขที่ 90 หมู่ที่ 3 ตำบลนิคมเขาบ่อแก้ว อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จากจุดที่ตั้งมีระยะทางห่างจากอำเภอพยุหะคีรี ประมาณ 11 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากตัวเมืองนครสวรรค์ประมาณ 39 กิโลเมตร

บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ

(1) บริการที่พัก และอาหาร 3 มื้อและของว่าง ให้ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นอยู่ที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงคุณภาพและสุขอนามัยเป็นสำคัญ

(2) ดูแลจัดบริการด้านเสื้อผ้า เครื่องใช้ประจำตัว และเครื่องใช้ในการกินอยู่หลับนอน รวมถึงบริการทำความสะอาด

(3) บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี รวมถึงการจัดยาประจำตัวให้กับผู้สูงอายุทุกคน กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พยาบาลจะประเมินอาการก่อน ถ้าต้องส่งโรงพยาบาลจะใช้รถพยาบาลของสถานสงเคราะห์ไปส่งที่โรงพยาบาลพยุหะคีรี โดยผู้สูงอายุทุกคนจะต้องย้ายสิทธิรักษาพยาบาลมาที่โรงพยาบาลในจังหวัดนครสวรรค์

(4) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ด้วยบริการด้านกายภาพบำบัดพื้นฐาน

(5) บริการอาชีพกิจศพ กรณีไม่มีญาติรับจัดการศพ โดยจัดให้ตามประเพณีและตามความเหมาะสม

(6) จัดกิจกรรมตามประเพณีและเทศกาลต่างๆ

(7) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้ทำงานที่ตนจัดหามาเอง หรือที่ทางสถานสงเคราะห์ จัดหาให้ตามความสมัครใจ หรือการให้บริการด้านอาชีพบำบัด เช่น การทำลูกประคบ

(8) จัดกิจกรรมนันทนาการ ดนตรี ศิลปะและการออกกำลังกาย

(9) บริการพาไปพบแพทย์ตามนัดหมาย พาไปทำธุรกรรมทางทะเบียนและทางการเงิน

(10) บริการรับฝากทรัพย์สินมีค่า โดยผู้สูงอายุสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาารมณในการจัดการทรัพย์สินหลังจากผู้สูงอายุเสียชีวิตไปแล้ว นอกจากนี้ยังมีบริการรับฝากเงินสดที่ผู้สูงอายุสามารถมาถอนออกไปใช้ตามจำเป็นได้

(11) บริการรายงานความเป็นอยู่เวลาญาติมาเยี่ยม โดยพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ โดยขอความร่วมมือให้ญาติมาเยี่ยมในเวลาราชการ

(12) บริการ Tablet ส่วนกลาง สำหรับติดตามข้อมูลข่าวสารและเพื่อความบันเทิง

เงื่อนไขการเข้าอยู่

- (1) เป็นบุคคลสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- (2) มีที่อยู่ในบัตรประชาชนอยู่ในพื้นที่ 9 จังหวัดที่ทางสถานสงเคราะห์รับผิดชอบ หรือถ้าไม่ได้อยู่ใน 9 จังหวัดนี้จะต้องทำเรื่องย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน
- (3) มีความสมัครใจที่จะอยู่ที่นี่ โดยต้องเป็นความต้องการของผู้สูงอายุจริงๆ ไม่ใช่ความต้องการของครอบครัว
- (4) ต้องไม่อยู่ระหว่างต้องหาว่ากระทำความผิดอาญาหรืออยู่ระหว่างการสอบสวนของพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือถูกดำเนินคดีอาญา
- (5) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง
- (6) ต้องเป็นผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน ดังนี้ มีฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือขาดผู้ดูแล ผู้ให้ความช่วยเหลือ
- (7) เงื่อนไขประกอบอื่นๆ สำหรับพิจารณาเป็นรายกรณี เช่น
 - ไม่ป่วยทางจิตรุนแรงหรือมีพฤติกรรมรุนแรง
 - ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (อัลไซเมอร์) แบบรุนแรง
 - ไม่พิการทางการมองเห็นหรือได้ยินจนไม่สามารถสื่อสารกันได้
 - ผู้สูงอายุติดเตียงถ้ามีสายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ สายน้ำเกลือแบบให้ไม่ต่อเนื่อง แผลกดทับ แผลผ่าตัด สามารถรับเข้าอยู่ได้ แต่ไม่รับผู้สูงอายุที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

ผู้สูงอายุที่จะเข้าอยู่ทุกคนจะต้องผ่านการประเมินตามเงื่อนไขการเข้าอยู่ ประเมินปัญหาและความพร้อมในการเข้าอยู่อาศัยจากนักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลของสถานสงเคราะห์ พร้อมแนบใบรับรองแพทย์ที่ผ่านการประเมินอาการทางจิต ตรวจโรค HIV และโรคไวรัสตับอักเสบ

ทางสถานสงเคราะห์ได้กำหนดกติกาการอยู่อาศัยร่วมกัน เพื่อความสงบสุขและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ดังนี้

- ไม่อนุญาตให้นำสิ่งของส่วนตัวเข้ามาในที่พัก *ไม่อนุญาตให้เก็บสะสมของส่วนตัวไว้บริเวณเตียงนอน โดยเฉพาะของกิน*
- ห้ามจุดธูปและเทียน
- ห้ามทะเลาะวิวาท
- ห้ามสูบบุหรี่และ/หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ห้ามเล่นการพนัน
- ห้ามพกอาวุธ
- ห้ามมีเครื่องใช้ไฟฟ้าของตนเอง
- ห้ามมีโทรศัพท์มือถือ ยกเว้นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ โดยต้องไม่สร้างความเดือนร้อนและความรำคาญให้กับผู้อื่น

ถ้าเจ้าหน้าที่พบผู้สูงอายุฝ่าฝืนกติกาการอยู่อาศัยร่วมกันดังกล่าว จะต้องถูกทำโทษตั้งแต่ ว่างกล่าว ตักเตือน ตัดเงินบริจาค ย้ายเรือนนอน ทัณฑ์บน และเชิญออก

กำลังคน

บุคลากรหลักเป็นข้าราชการและพนักงานของรัฐ ประกอบด้วย

- (1) ผู้จัดการสถานสงเคราะห์ 1 คน
- (2) พยาบาลวิชาชีพ 1 คน

(3) นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน

(4) เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมด้านกายภาพบำบัดเบื้องต้น 1 คน

(5) เจ้าหน้าที่ประจำเรือนนอน แบ่งเป็น เจ้าหน้าที่ประจำอาคารสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ มีเจ้าหน้าที่ดูแลประจำ 1 คนต่ออาคาร ส่วนเจ้าหน้าที่ประจำอาคารสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล มีเจ้าหน้าที่ดูแลประจำ 4 คนต่ออาคาร โดยมาปฏิบัติงานจริง 3 คน หยุด 1 คน หมุนเวียนกัน ส่วนช่วงเวลากลางคืนจะมีเจ้าหน้าที่อยู่เวรประจำเรือนนอนละ 1 คน

(6) แม่ครัว และเจ้าหน้าที่ทั่วไป

ต้นทุนฝั่งผู้รับบริการ ไม่มีค่าใช้จ่าย

ต้นทุนฝั่งผู้ให้บริการ

งบประมาณสนับสนุนสถานสงเคราะห์ที่ได้รับมาจาก 3 แหล่ง คือ

(1) งบประมาณจากสำนักงานงบประมาณ ปีละประมาณ 7 ล้านบาท คิดจากผู้มารับบริการทั้งสิ้น 130 คน แบ่งเป็นค่าอาหาร 80 บาท/คน/วัน คิดตามจริงหรือประมาณปีละ 3 ล้านบาท ค่าไฟฟ้า-น้ำประปาปีละ 900,000 บาท ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ปีละ 300,000 บาท

(2) งบประมาณขององค์การบริหารส่วนจังหวัด สำหรับจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เบิกสำนักงานงบประมาณไม่ได้ เช่น งบโครงสร้างอาคาร งบจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ เป็นต้น

(3) เงินและของใช้ที่ได้รับบริจาคต่างๆ เช่น แพมเพิส ของใช้ส่วนตัว เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ ปัญหาหลักคือการที่ผู้สูงอายุถูกนำมาทิ้งที่หน้าสถานสงเคราะห์ ทำให้ทางสถานต้องดำเนินการสืบหาครอบครัว เพื่อดำเนินการส่งคืนผู้สูงอายุให้ครอบครัวต่อไป

องค์กรสนับสนุน

(1) องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครสวรรค์ สนับสนุนงบประมาณ

(2) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์และโรงพยาบาลพยุหะคีรี ให้ความอนุเคราะห์ไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่าย ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีบัตรประชาชน

(2) บ้านพักคนชราหญิง มูลนิธิมิตรภาพสงเคราะห์ จังหวัดปทุมธานี

บ้านพักคนชราหญิง บริหารจัดการภายใต้มูลนิธิมิตรภาพสงเคราะห์ มีคณะกรรมการมูลนิธิเป็นผู้จัดทำงบประมาณสนับสนุนทั้งหมด ก่อตั้งมาแล้วเป็นระยะเวลา 61 ปี วัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุหญิงไร้ที่พึ่ง โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ปัจจุบันมีผู้สูงอายุหญิงที่ดูแลทั้งสิ้น 100 คน บ้านพักสามารถรับดูแลได้มากถึง 500 คน แต่ด้วยค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ค่อนข้างสูง ทำให้ทางมูลนิธิไม่สามารถรับผู้สูงอายุเข้าพักเพิ่มได้ อีกทั้งยังประสบปัญหาเรื่องขาดแคลนเจ้าหน้าที่ดูแล

ผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแล มีอายุมากที่สุด คือ 100 ปี แบ่งตามเศรษฐฐานะของผู้สูงอายุ กว่า 50 % เป็นชนชั้นกลาง 30% ฐานะยากจน และ 20 % ค่อนข้างมีฐานะ แบ่งตามความสามารถในการดูแลตนเอง จะเป็นผู้สูงอายุติดเตียงประมาณ 5 % ที่เหลือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แบ่งตามการดูแลของญาติ ประมาณ 10 % มีญาติมาเยี่ยมสม่ำเสมอ ประมาณ 17 % ญาติโอนเงินค่าดูแลมาให้ ส่วนที่เหลือไม่สามารถติดต่อญาติได้

ลักษณะทางกายภาพของที่พักอาศัย

ที่พักอาศัยเป็นอาคาร 2 ชั้น จำนวน 3 อาคาร แต่ละอาคารมีห้องพักเป็นสัดส่วน มีห้องน้ำในตัว ให้พักอาศัยอยู่ได้สูงสุดห้องละ 4 คน โดยผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้จะพักที่อาคารด้านหลัง ส่วนผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้นจะพักที่อาคารด้านหน้าชั้นล่าง เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถดูแลได้ใกล้ชิด นอกจากนี้ มีลานอเนกประสงค์ สนามหญ้าและห้องโถงไว้ทำกิจกรรมร่วมกัน มีจุดไว้

สำหรับให้เจ้าหน้าที่ตามความเชื่อของคนจีน มีส่วนสำนักงานสำหรับเก็บของบริจาคและติดต่อเจ้าหน้าที่ และมีส่วน
โรงครัวส่วนกลางสำหรับประกอบอาหาร

สิ่งอำนวยความสะดวกภายในห้องพัก ประกอบไปด้วย เตียงนอน ตู้เสื้อผ้า พัดลมเพดาน ห้องน้ำ
นอกจากนี้ยังมีกระติกน้ำร้อน โทรทัศน์เป็นส่วนกลางในแต่ละตึก ถ้าผู้สูงอายุท่านใดจะทำเครื่องใช้ไฟฟ้ามาเพิ่ม
ก็ต้องจ่ายค่าไฟเพิ่มต่างหาก ห้ามทำอาหารในห้องพัก เนื่องจากกังวลเรื่องอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

ทำเลที่ตั้งอยู่ในซอยห่างจากถนนใหญ่ประมาณ 400 เมตร มีร้านขายของชำและร้านอาหารขนาดเล็ก
อยู่บริเวณใกล้เคียง อยู่ห่างจากโรงพยาบาลปทุมธานีประมาณ 14 กิโลเมตร

บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ

- ที่พักตลอด 24 ชั่วโมง
- บริการอาหาร 3 มื้อ เป็นข้าวต้มมื้อเช้า และข้าวสวยในมื้อกลางวัน/เย็น
- บริการเสื้อผ้าและของใช้ส่วนตัว รวมถึงผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป
- กิจกรรมสันทนาการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- บริการซักผ้า ทำความสะอาด สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- บริการจัดยาให้ผู้สูงอายุ และการเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ
สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- บริการ Daily check-in โดยการเดินตรวจตามห้องพักทุกเช้า เพื่อสอบถามความต้องการและอาการ
ป่วย

- บริการเจ้าหน้าที่ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง
- บริการฌาปนกิจศพ
- บริการดูแลค่าใช้จ่ายรายวันของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีเงินจำนวนหนึ่งไว้ซื้อข้าวของที่ต้องการ
แต่ต้องไม่มากจนเกินไป เพราะอาจมีการใช้จ่ายเงินเกินตัวได้

- บริการอาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุ โดยจ้างผู้สูงอายุบางคนในบ้านพักให้ทำหน้าที่ทำความสะอาด
บริเวณสนาม เป็นต้น แต่ด้วยงบประมาณที่มีจำกัด จึงทำการจ้างได้เพียงบางคนเท่านั้น

- บริการจัดกิจกรรมพาผู้สูงอายุออกไปนอกสถานที่ ในบางโอกาส
- บริการผู้ดูแลรายบุคคล (มีค่าใช้จ่าย)
- บริการพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล (มีค่าใช้จ่าย)
- บริการย้ายสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุมาที่สถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านพัก

เงื่อนไขการเข้าอยู่

- รับเฉพาะเพศหญิงเท่านั้น
- อายุ 70 ปีขึ้นไป
- ไม่เป็นโรคจิตรุนแรงหรือโรคติดต่อ โดยต้องมีใบรับรองแพทย์ประกอบ
- สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- มีญาติที่สามารถติดต่อได้

โดยขั้นตอนการเข้าอยู่นั้น ผู้สูงอายุและญาติจะต้องผ่านการสัมภาษณ์จากประธานมูลนิธิทุกราย เพื่อ
คัดเลือกให้ได้ผู้สูงอายุที่เป็นคนรักความสะอาด สามารถจัดการงานบ้านได้ด้วยตนเอง เนื่องจากทางบ้านพักมี
เจ้าหน้าที่ไม่เยอะจึงไม่สามารถทำความสะอาดให้ทุกห้องได้ สำหรับเงื่อนไขอายุ 70 ปีขึ้นไป และการมีญาติที่
สามารถติดต่อได้ อาจสามารถยกเว้นได้เป็นบางกรณี

กำลังคน

เจ้าหน้าที่ทั้งหมด 14 คน ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยกลางคน-สูงอายุ แบ่งเป็น

1. แม่ครัว 3 คน ทำอาหารสำหรับผู้สูงอายุ 3 มื้อ
2. เจ้าหน้าที่ดูแล 11 คน แบ่งกันรับผิดชอบดูแลเตียงละ 3 คน และเป็นเจ้าหน้าที่อยู่ประจำช่วงกลางวัน

3 คน

ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ คนละ 6000 บาทต่อเดือน สวัสดิการที่ได้รับเป็นประกันสุขภาพเอกชนที่ทางมูลนิธิทำให้

ต้นทุนฝั่งผู้รับบริการ

- ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าพักอาศัย
- ถ้าต้องการบริการผู้ดูแลพาออกไปข้างนอก เช่น ไปพบแพทย์ตามนัด ผู้สูงอายุจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนนี้เอง ประกอบด้วยค่าจ้างผู้ดูแลครั้งละ 300 บาท และค่ารถรับจ้างต่างหาก
- ถ้าผู้สูงอายุคนไหนต้องการผู้ดูแลพิเศษ สามารถจ้างเจ้าหน้าที่ได้ ค่าจ้างตามแต่จะตกลงกัน
- แหล่งที่มาของเงินที่ผู้สูงอายุใช้จ่ายในแต่ละเดือน ส่วนใหญ่มาจากเงินบริจาคว่าจ้างของคนที่มาทำบุญที่บ้านพักหรือที่เรียกกันว่า “เงินอั่งเปา” และเบี้ยสูงอายุที่เป็นสวัสดิการของภาครัฐ แต่มีผู้สูงอายุบางคนที่ถูกหลอกลวงรับเงินในส่วนนี้ไปแทน

ต้นทุนฝั่งผู้ให้บริการ

ค่าใช้จ่ายโดยรวมจะอยู่ที่ 1 ล้านบาท ต่อ 3 เดือน แบ่งเป็น

- ค่าอาหาร 3 มื้อ วันละ 2,500 บาท เท่ากับเดือนละ 75,000 บาท
- ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ 14 คน ๆ ละ 6,000 บาท เท่ากับเดือนละ 84,000 บาท
- ค่าสาธารณูปโภค เป็นค่าน้ำเดือนละประมาณ 6,500 บาท ค่าไฟฟ้า
- ค่าจัดงานศพ รายละ 10,000 บาท ประกอบด้วยค่าฌาปนกิจ 6,000 บาท ค่าโลงศพ 4,000 บาท
- ของใช้ต่างๆ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป แปรงสีฟัน ยาสีฟัน น้ำดื่ม ข้าวสาร เป็นต้น ส่วนใหญ่จะ

ได้รับบริจาคมา แต่ถ้าไม่เพียงพอก็ต้องจัดสรรมาเพิ่ม

- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

ผู้จัดการบ้านพักสะท้อนถึงปัญหาหลักๆ 3 เรื่อง คือ

1. บ้านพักผู้สูงอายุเปรียบเสมือนสุสานคนแก่ที่โดนทิ้ง เพราะแม้จะมีชื่อและเบอร์ติดต่อของญาติ แต่ส่วนใหญ่ญาติก็ไม่ได้มาสนใจหรือส่งเงินค่าใช้จ่ายมาให้ บางครั้งผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุหรือไม่สบายต้องได้รับการผ่าตัดด่วน ญาติต้องมาเซ็นยินยอม ก็จะเป็นปัญหาเพราะไม่สามารถติดต่อญาติได้

2. ภาระค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนค่อนข้างสูง และเป็นงบประมาณของมูลนิธิทั้งหมด ซึ่งรายได้ทั้งหมดมาจากเงินบริจาค ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 จำเป็นต้องปิดบ้านพักไม่รับบุคคลภายนอก ทำให้เงินและของบริจาคลดน้อยลงไปด้วย ส่งผลต่อการให้บริการของบ้านพัก

3. ผู้สูงอายุที่มาอยู่มีพื้นฐานชีวิตที่หลากหลายแตกต่างกัน ทำให้มีปัญหาเรื่องการอยู่อาศัยร่วมกัน เกิดการทะเลาะเบาะแว้งบ่อยครั้ง

องค์กรสนับสนุน

- บ้านพักได้ขอความร่วมมือ รพ.สต.ในพื้นที่และแพทย์จากโรงพยาบาลปทุมธานีให้เข้ามาตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง

- โรงพยาบาลศรีธัญญาขอความอนุเคราะห์ให้ทางบ้านพักรับดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยทางจิตจำนวน 17 คน โดยทางโรงพยาบาลจะส่งเจ้าหน้าที่มาติดตามอาการเดือนละครั้ง และให้แพทย์มาปรับยาให้ปีละครั้ง
- ร้านโรงศพ ช่วยทำบุญค่าโรงศพครึ่งหนึ่ง
- มหาวิทยาลัยต่างๆ เข้ามาจัดกิจกรรม ให้ความรู้กับผู้สูงอายุเป็นครั้งคราว
- บริษัทเครือข่ายของกรมการมูลนิธิที่จะมาจัดกิจกรรมและบริจาคทำบุญ

(3) สถาบันผู้สูงอายุแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่

สถาบันผู้สูงอายุแมคเคน เป็นหน่วยงานในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ในอดีตเป็นสถานพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทยที่ให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนตามแบบแผนการแพทย์ตะวันตก เริ่มก่อตั้งตั้งแต่ปี ค.ศ. 1908 ดำเนินงานโดย นายแพทย์ เจมส์ แมคเคน โดยได้รับการสนับสนุนด้านทุนทรัพย์จากเจ้าหลวง ข้าราชการ พ่อค้า ประชาชน และคริสตจักรในต่างประเทศ บนพื้นที่กว่า 300 ไร่ ที่เรียกว่า “บ้านเกาะกลาง” เริ่มต้นปีแรกมีผู้ป่วยเพียง 6 คน จากนั้นผู้ป่วยจากทั่วประเทศและประเทศเพื่อนบ้าน ได้หลั่งไหลเข้ามาขอความช่วยเหลือมากขึ้นเรื่อยๆ จนมีจำนวนกว่าพันคน

ต่อมาในปี ค.ศ. 1982 สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทยดีขึ้นเป็นอย่างมาก เริ่มมีหน่วยงานภาครัฐ เช่น กองควบคุมโรค และมูลนิธิราชประชาสมาศัย เข้ามาจัดการปัญหาโรคเรื้อนในประเทศไทย ทำให้สถาบันแมคเคนฯ ได้เปลี่ยนบทบาทหลักไปเป็น ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Center) และบุกเบิกงานเชิงรุกฟื้นฟูสภาพในชุมชน (Community-based Rehabilitation) เน้นการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจให้ชุมชน และปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับคนพิการและคนพิการสูงอายุ

เมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อยู่ในความดูแลของสถาบันแมคเคนฯ ก็ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ประจวบกับแนวโน้มสถานการณ์ของประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ทำให้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2004 คณะกรรมการของสถาบันแมคเคนฯ ได้ริเริ่มวางแผนการเปลี่ยนแปลงอีกขั้นไปสู่การเป็น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และในปี ค.ศ. 2009 ได้เปิดโครงการ “บ้านดอกแก้ว” เพื่อเป็นบ้านพักรองรับผู้สูงอายุ กลุ่ม assisted living (ต้องการการช่วยเหลือไม่มาก) และ กลุ่ม dementia (ภาวะสมองเสื่อม) โดยได้รูปแบบโครงสร้างที่อยู่อาศัยและบริการต่างๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการมาจากประเทศออสเตรเลีย

ปัจจุบัน สถาบันแมคเคนฯ ได้ทำการจดทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข เปลี่ยน “โรงพยาบาลแมคเคน” เดิม เป็น “โรงพยาบาลผู้สูงอายุแมคเคน” รองรับผู้สูงอายุ กลุ่มป่วยเรื้อรัง กลุ่มติดเตียง และกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคองจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต

กล่าวได้ว่า สถาบันแมคเคนฯ พลิกโฉมไปสู่การเป็น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุหลากหลายระดับ (Multi-tiered Aged Care Center) ที่ครอบคลุมงานบริการตั้งแต่ ผู้สูงอายุที่ป่วยน้อย ไปจนถึงผู้สูงอายุที่ป่วยมาก และวันที่ 1 ตุลาคม ค.ศ. 2017 ได้ใช้ชื่อเป็น “สถาบันผู้สูงอายุแมคเคน” (McKean Senior Center) รวมระยะเวลาที่เปิดให้บริการทั้งสิ้น 112 ปี

ในส่วนของที่พักของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลักๆ คือ

(1) *บ้านดอกแก้ว* รองรับผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการใช้ชีวิตอิสระเป็นหลัก มีฐานะทางการเงินดี ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าอาศัยทั้งหมดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุต่างชาติวัยเกษียณที่ต้องการพักพิงระยะยาวในประเทศไทย แต่เมื่อพักอาศัยอยู่แล้วเกิดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง สามารถย้ายมาอยู่ในส่วนที่ต้องการการดูแลมากขึ้น หรือย้ายมาอยู่ในส่วนของโรงพยาบาลได้ มีจำนวนห้องพักทั้งสิ้น 35 ห้อง แต่รับได้สูงสุด 33 ห้อง เพราะต้องมีห้องสำรองไว้ 2 ห้องสำหรับกรณีที่ห้องที่อยู่เครื่องปรับอากาศเสีย หรือต้องซ่อมแซม ผู้สูงอายุจะได้มีห้องนอนชั่วคราว ปัจจุบันมีผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ 30 คน 60%เป็นคนอเมริกัน มีคน

ไทย (อาศัยอยู่ต่างประเทศมาก่อน) 5 คน คนญี่ปุ่น 5 คน และชาติอื่นๆ กลุ่มต่างชาติจะเป็นคนที่อาศัยอยู่ในเชียงใหม่มาก่อนแต่เมื่อต้องการความปลอดภัยในการพักอาศัยเพิ่มขึ้นก็จะย้ายมาอยู่ที่นี่

(2) **บ้านร่วมใจ** รองรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ มีทั้งกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้และกลุ่มที่ต้องการการดูแลสามารถรับผู้สูงอายุได้สูงสุด 100 คน ปัจจุบันมีสมาชิก 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ 10 คน และกลุ่มที่ต้องการการดูแล 15 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อาศัยอยู่มานาน ส่วนกลุ่มที่เข้ามาอยู่ใหม่จะเป็นกลุ่มที่เข้าพักอาศัยชั่วคราวเพื่อรับการฟื้นฟูหรือการดูแลทางการแพทย์

(3) **บ้านเฟื่องฟ้า** ภายในโรงพยาบาลผู้สูงอายุแมคเคน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เปิดให้บริการทั้งส่วนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยในเรียกว่า บ้านเฟื่องฟ้า จะให้การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมากหรือติดเตียง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ผู้ป่วยที่ต้องพักฟื้นหลังการผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพ ซึ่งครอบครัวค่อนข้างมีฐานะทางการเงินดี สามารถเลือกรูปแบบห้องพักเป็นห้องรวมหรือห้องเดี่ยวได้ ปัจจุบันมีอัตราการครองเตียงสูงสุดอยู่ที่ประมาณ 60 %

ลักษณะทางกายภาพของที่พักอาศัย

(1) **บ้านดอกแก้ว** เป็นอาคารชั้นเดียว 4 อาคาร มีทางเดินเชื่อมถึงกันทั้งหมด การออกแบบโครงสร้างและพื้นที่ใช้สอยได้แนวคิดมาจากบ้านพักผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย เน้นพื้นที่ห้องพักมีขนาดไม่ใหญ่มาก แต่ให้พื้นที่ส่วนกลางมีขนาดใหญ่ เพื่อดึงดูดให้ผู้สูงอายุออกจากห้องพัก มาเจอผู้คนและทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น พื้นที่โดยรอบรองรับการใช้รถเข็น ส่วนพักอาศัยแบ่งเป็นห้องพักส่วนตัว มีห้องน้ำภายในห้อง พักห้องละ 1 คน และ 2 คนสำหรับคู่สามีภรรยา มีส่วนของห้องพักที่รองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล เช่น ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น มีระบบประตูล็อกอัตโนมัติเพื่อความปลอดภัย ระบบกล้องวงจรปิดรอบบริเวณ และเจ้าหน้าที่ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง พื้นที่ใช้สอยส่วนกลางประกอบด้วย พื้นที่รับประทานอาหารร่วมกัน พื้นที่รับแขก พื้นที่ทำกิจกรรมร่วมกัน ห้องสมุด มุมคอมพิวเตอร์ ห้องเสริมสวย สนามหญ้า และสนามเปตอง

สิ่งอำนวยความสะดวกภายในห้องพัก ประกอบไปด้วย เตียงนอน ตู้เสื้อผ้า โต๊ะอ่านหนังสือ เครื่องปรับอากาศ โทรทัศน์ ตู้เย็นขนาดเล็ก ปุ่ม nurse call และสัญญาณ WiFi ทุกห้อง ถ้าผู้สูงอายุต้องการจะนำเฟอร์นิเจอร์และเครื่องใช้ไฟฟ้าของตนเองมา ก็สามารถทำได้ นอกจากนี้สามารถตกแต่งห้องตามที่ตนเองต้องการได้เลย เพื่อให้บรรยากาศเหมือนอยู่ที่บ้านจริงๆ

(2) **บ้านร่วมใจ** มีรูปแบบที่อยู่อาศัย 2 ลักษณะ คือ 1) บ้านเดี่ยวขนาดกะทัดรัดสำหรับผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ ตั้งแยกห่างกัน จำนวน 38 หลัง ภายในบ้านมีส่วนห้องนอน ห้องครัว และห้องน้ำเป็นสัดส่วน มีพื้นที่นั่งเล่นหน้าบ้านและพื้นที่รอบบ้านสามารถปลูกต้นไม้ ดอกไม้และผักสวนครัวได้ 2) ส่วนตึกในรูปแบบเวิร์ดแยกชายหญิง สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล มีศาลาอเนกประสงค์ไว้ทำกิจกรรมร่วมกัน

(3) **บ้านเฟื่องฟ้า** แบ่งเป็น ห้องรวมและห้องพิเศษปรับอากาศ ลักษณะเหมือนแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล

บริเวณโดยรอบสถาบัน รมรื่น มีต้นไม้ใหญ่ค่อนข้างมาก สามารถวิ่ง-เดินออกกำลังกายได้ ทางเข้าสถาบันมีป้อมยาม ปิดเวลา 6 โมงเย็น มีการลงชื่อผู้เข้าเยี่ยมทุกครั้ง ผู้สูงอายุสามารถออกไปข้างนอกได้แต่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบ การมีโรงพยาบาลอยู่ภายในสถาบันเลยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยถ้าเกิดมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเมื่อต้องการการดูแลเป็นพิเศษเพิ่มขึ้นในอนาคต มีโบสถ์คริสต์ไว้ประกอบพิธีทางศาสนา และเมรุมาปนกิจอยู่ภายในสถาบันเลยทำให้สามารถจัดการได้ครบวงจรตั้งแต่การดูแลถึงการจัดการศพ

ทำเลที่ตั้งอยู่ริมแม่น้ำปิง ห่างจากตัวเมืองเชียงใหม่ประมาณ 10 กิโลเมตร บริเวณรอบๆเป็นชุมชนโรงเรียน และวัด

บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ

(1) บ้านดอกแก้ว

- บริการอาหาร 3 มื้อ สามารถเลือกเมนูอาหารไทยหรือตะวันตกได้ เปลี่ยนทุกสัปดาห์
อาหารเช้าเริ่มเวลา 6.30-7.30 น. อาหารกลางวันเวลา 11.30-12.30 น. อาหารเย็นเวลา 16.00-17.00 น.

- บริการจัดยา ดูแลเรื่องการกินยา

- บริการซักรีดเสื้อผ้า

- บริการทำความสะอาดห้องพัก

- บริการ Daily check-in ทุกเช้า โดยผู้สูงอายุทุกคนจะต้องแจ้งเวลาตื่นนอน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถเตรียมอาหารเช้าสำหรับผู้สูงอายุแต่ละคน เจ้าหน้าที่จะสังเกตจากแก้วกาแฟที่จัดเตรียมไว้ให้ตามเวลา ถ้าไม่พบผู้สูงอายุตามเวลา เจ้าหน้าที่จะต้องเข้าไปดูที่ห้องพัก เพื่อเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น

- บริการพาไปซื้อของที่ห้างสรรพสินค้าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

- บริการช่างซ่อมตลอด 24 ชั่วโมง

- บริการพาไปพบแพทย์ตามนัด ในกรณีที่ครอบครัวไม่สะดวกมารับ เจ้าหน้าที่ก็จะพาไปเจอครอบครัวที่โรงพยาบาล แต่หน้าที่ในการพูดคุยกับแพทย์จะต้องเป็นผู้สูงอายุกับครอบครัวเท่านั้น ส่วนผู้สูงอายุที่รับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม จะมีรถพยาบาลมารับผู้ป่วยที่บ้านเลย

- บริการรายงานความเป็นอยู่รายสัปดาห์ให้กับญาติทั้งทางโทรศัพท์ ส่ง E-mail หรือพูดคุยเวลาญาติมาเยี่ยม

- กลุ่มที่ต้องการการดูแล มีบริการผู้ดูแลรายบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง

- บริการพาท่องเที่ยวประจำปี

- จัดกิจกรรมตามประเพณีและเทศกาลต่างๆ

- เนื่องจากกลุ่มที่เข้าพักจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุต่างชาติเป็นหลัก ทำให้มีบริการต่อวีซ่า ยืนยันตัวตนที่สถานกงสุลทุก 90 วัน

- บริการจัดการศพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีญาติอยู่ต่างประเทศและไม่สะดวกมาจัดการศพด้วยตนเอง ทางสถาบันจะจัดการเผาและส่งอัฐิไปให้ทางไปรษณีย์

- บริการรับฝากเงินสำหรับผู้สูงอายุ ที่ต้องการจำกัดการใช้เงินรายวัน

- บริการประสานงานที่มกฏหมายในการจัดการทรัพย์สินและพินัยกรรม

- บริการผู้พิทักษ์เรื่องสิทธิ เงินทอง และมรดกต่างๆ แทนผู้สูงอายุในยามที่ไม่สามารถจัดการทรัพย์สินของตนเองได้

(2) บ้านร่วมใจ

- บริการอาหาร 3 มื้อ ที่ผู้สูงอายุสามารถผูกปิ่นโตได้

- บริการ Daily check-in ทุกเช้า

- บริการพาไปซื้อของที่ห้างสรรพสินค้าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

- จัดกิจกรรมสันทนาการเป็นระยะ

- จัดกิจกรรมตามประเพณีและเทศกาลต่างๆ

- บริการย้ายสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุมาที่สถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านพัก

- บริการผู้พิทักษ์เรื่องสิทธิ เงินทอง และมรดกต่างๆ แทนผู้สูงอายุในยามที่ไม่สามารถจัดการทรัพย์สินของตนเองได้ เช่น เงินสวัสดิการผู้สูงอายุ จะทำเรื่องเช่นคู่เพื่อให้สามารถเบิกเงินออกมาได้ในกรณีที่สูงอายุไม่สามารถเบิกเงินได้ด้วยตนเอง

- บริการดูแลความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำ แต่งตัว และการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล

(3) บ้านเฟื่องฟ้า

- บริการแพทย์ตรวจสุขภาพเป็นประจำ และมีพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

- เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นครบครัน, บริการวัดสัญญาณชีพวันละ 2 ครั้ง หรือ ตามที่แพทย์สั่ง

- บริการดูแลความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำ แต่งตัว และการทำกิจวัตรประจำวัน

- บริการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

- บริการกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด กิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

- บริการผู้พิทักษ์เรื่องสิทธิ เงินทอง และมรดกต่างๆ แทนผู้สูงอายุในยามที่ไม่สามารถจัดการทรัพย์สินของตนเองได้

- จัดกิจกรรมตามประเพณีและเทศกาลต่างๆ

เงื่อนไขการเข้าอยู่

ผู้สูงอายุที่จะเข้ามาใช้บริการไม่ว่าจะในส่วนตัว จะต้องผ่านการประเมินจากทีมประเมินแรกประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ได้ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับความต้องการ โดยประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สภาพจิตใจ(ความพร้อมเข้าอยู่อาศัย) สถานะทางการเงินของครอบครัว ความเข้าใจของญาติ ไม่มีเงื่อนไขเรื่องอายุที่จะรับเข้าอยู่ แต่จะพิจารณาจากความต้องการการดูแลเป็นหลัก ทางสถาบันใช้เกณฑ์จำแนกผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. Independent คือกลุ่มที่สามารถใช้ชีวิตอิสระ ดูแลตัวเองได้

2. Semi-independent คือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ต้องการการดูแลหรือช่วยในการทำกิจวัตรบางอย่าง

3. Dependent คือกลุ่มที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

เมื่อซึ่กประวัติแล้ว ก็จะสามารถจัดที่อยู่อาศัยได้ตรงกับความต้องการและเงื่อนไขของที่พักแต่ละประเภท โดยแบ่งเงื่อนไขดังนี้

บ้านดอกแก้ว

- เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

- มีฐานะทางการเงินที่มั่นคง สามารถจ่ายได้

- ถ้าระหว่างพักอาศัยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงหรือต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำหัตถการ สามารถย้ายมาอยู่ที่โรงพยาบาลชั่วคราว เมื่อดีขึ้นก็สามารถย้ายกลับมาพักที่บ้านดอกแก้วเหมือนเดิมได้ หรือยังพักอาศัยอยู่ที่บ้านดอกแก้วแต่ย้ายมาอยู่ในส่วนที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษได้เช่นกัน

บ้านร่วมใจ

- เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือจำเป็นต้องได้รับการดูแล เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับหัตถการทางพยาบาล เป็นต้น

- มีฐานะยากจน ยากไร้
- อยู่ชั่วคราวหรืออยู่ระยะยาวก็ได้

บ้านเฟื่องฟ้า

- เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมากหรือติดเตียง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ผู้ป่วยที่ต้องพักผ่อนหลังการผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพ
- ไม่มีภาวะติดเชื้อ
- อาจใส่/ไม่ใส่สาย NG สายสวนปัสสาวะ และสายน้ำเกลือก็ได้
- ครอบครัวมีสถานะทางการเงินที่สามารถจ่ายได้

กำลังคน

(1) **บ้านดอกแก้ว** มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 18 คน จะใช้นักบริบาลเป็นผู้ดูแลหลัก โดยคัดเลือกบุคลากรที่จบการศึกษาหลักสูตร ผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse) และผู้ช่วยเหลือคนไข้ (Nursing Assistant) เป็นหลัก แบ่งเป็นเวรเช้า 4 คน บ่าย 3 คน ดึก 3 คน ส่วนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลพิเศษรายบุคคล จะใช้นักบริบาลนอกเวลาช่วยเสริมการดูแล นอกจากนี้ มีบุคลากรเป็นแม่ครัว 1 คน และมีแม่บ้าน 5 คน จะมาทำงานวันละ 4 คน สลับกันหยุด โดย 3 คนจะทำงานบ้าน (เช้างาน 8 โมงเช้า 2 คน 9 โมงเช้า 1 คน) อีก 1 คนเป็นผู้ช่วยแม่ครัว (เช้างาน 7 โมงเช้า)

(2) **บ้านร่วมใจ** มีกำลังคนหลักเป็น ผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse) จำนวน 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (Nursing Assistant) จำนวน 4 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน เจ้าหน้าที่ทั่วไป 4 คน มีแพทย์จากส่วนของโรงพยาบาลมาตรวจผู้สูงอายุให้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

(3) **บ้านเฟื่องฟ้า** มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน หมุนเวียนอยู่เวรเช้าบ่ายดึก เวรละประมาณ 3 คน มีวิชาชีพสายฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักกายอุปกรณ์ ประมาณ 4-5 คน

ต้นทุนฝั่งผู้รับบริการ

(1) **บ้านดอกแก้ว** ค่าใช้จ่ายรายเดือนสำหรับกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้อยู่ที่เดือนละ 33,000 บาท และกลุ่มที่ต้องการการดูแลอยู่เดือนละ 46,000 บาท แรกเข้าจ่ายล่วงหน้า 3 เดือน

(2) **บ้านร่วมใจ** ค่าเช่าบ้านเดือนละ 3000 บาท ค่าน้ำ-ค่าไฟ ตามมิเตอร์ ค่าอาหารกรณีผูกปิ่นโต วันละ 110 บาท แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่มาอยู่ในบ้านร่วมใจจะเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน รายได้จะมาจากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ เบี้ยคนพิการ และเงินสวัสดิการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะเพียงพอเป็นค่าอาหารผูกปิ่นโตเท่านั้น ทางสถาบันจึงไม่ได้เรียกเก็บค่าเช่าบ้านจริงจังกมากนัก

(3) **บ้านเฟื่องฟ้า** แบ่งอัตราค่าบริการเป็น ห้องพักรวม (ต่อ 1 ท่าน) รายเดือน เดือนละ 20,000 – 23,000 บาท ขึ้นกับระดับการดูแล รายสัปดาห์ สัปดาห์ละ 6,000 บาท และรายวัน วันละ 900 บาท ส่วนห้องพักเดี่ยว รายเดือน เดือนละ 33,000 – 36,000 บาท ขึ้นกับระดับการดูแล รายสัปดาห์ สัปดาห์ละ 10,000 บาท รายวัน วันละ 1,500 บาท อัตราค่าบริการเป็นแบบเหมารวม ประกอบด้วย ห้องพัก อาหารหลัก 3 มื้อ และอาหารว่างประจำวัน บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และกิจกรรมตามเทศกาล สัญญาณเรียกฉุกเฉิน อินเทอร์เน็ต ยังไม่รวมค่ายา ค่าแพมเพิส และค่าพาหนะรับส่ง

ต้นทุนฝั่งผู้ให้บริการ ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

- เมื่อประมาณ 10 ปีก่อน ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลจะถูกทอดทิ้งติดต่อกันไม่ได้ เป็นภาระเรื่องค่าใช้จ่ายให้กับสถาบัน ทำให้ต้องมีการชักประวัติและคัดกรองผู้สูงอายุและครอบครัวมากขึ้น

- สถานที่ บ้านพักในส่วนบ้านร่วมใจสร้างมานานแล้ว บางส่วนชำรุดไม่สามารถอยู่อาศัยได้ จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการซ่อมแซมจำนวนมาก

องค์กรสนับสนุน

- มหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษาต่างๆ ทั้งส่งนักศึกษาเข้ามาฝึกงานหรือเข้ามาจัดกิจกรรมเป็นครั้งคราว

(4) สวางคินเวศ จังหวัดสมุทรปราการ

สวางคินเวศ เป็นโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในกำกับของสภากาชาดไทย ซึ่งเป็นองค์การกุศล โดยตั้งอยู่ในพื้นที่ของสภากาชาดไทยซึ่งได้รับการบริจาคจากมูลนิธิอื้อจื่อเหลียง จำนวน 100 ไร่ โครงการแรกได้เริ่มก่อสร้างเมื่อ พ.ศ.2539 เพื่อเป็นโครงการต้นแบบสำหรับที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลาง ภายใต้คำขวัญ “ชีวิตอิสระ มีคุณค่าพึ่งพาตนเอง” ไม่เป็นโครงการเชิงธุรกิจเพื่อการหาผลกำไร และต่อมาได้สร้างโครงการที่สอง รวมทั้งหมด 9 อาคาร จำนวน 468 ห้อง บนพื้นที่ 23 ไร่

สวางคินเวศเป็นโครงการต้นแบบที่พำนักสำหรับผู้สูงอายุ และให้บริการสนับสนุนวิชาการและการวิจัย และบริการสังคมด้านผู้สูงอายุบริเวณด้านหน้าโครงการมีศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูพร้อมแพทย์และอุปกรณ์ และสถานีกาชาดที่ 5 (ลักษณะคล้ายโรงพยาบาลตำบล) ซึ่งมีแพทย์ประจำทุกวัน

อาคารสวางคินเวศ ได้รับการออกแบบอาคารเพื่อสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนพิการ เช่น ทางลาด ลิฟต์ ประตูห้องกว้าง 90 เซนติเมตร ไม่มีธรณีประตู พื้นห้องไม้ลิ้น มีอุปกรณ์จับในห้องน้ำ ปุ่มฉุกเฉินในห้องน้ำ ไฟฉุกเฉินหน้าห้องพัก ไฟส่องสว่าง บันไดหนีไฟ สระว่ายน้ำ ที่มีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโดยมีทางลาด ราวจับ และไม่ลื่น

ในปัจจุบันมีผู้สูงอายุชำระค่าห้องเต็มทั้งโครงการ รูปแบบการอยู่อาศัยมีทั้งย้ายมาอยู่ประจำ มาอยู่เป็นครั้งคราว หรือชำระค่าห้องไว้แต่ยังไม่มาอยู่เลย บางรายยังไม่มาอยู่แต่มาร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจ อัตราส่วนของผู้ที่อยู่อาศัยพบว่า 75 % เป็นผู้หญิงโสด 80% เป็นข้าราชการบำนาญ และ 40 % มีอายุมากกว่า 80 ปี

ลักษณะทางกายภาพของที่พักอาศัย

ที่พักอยู่ในลักษณะคอนกรีตเสริมเหล็ก ขนาด 6-8 ชั้น เริ่มต้นเป็นอาคาร 1 หลัง จำนวน 168 ห้อง พื้นที่ใช้สอย 33 ตร.ม.และเพิ่มเฟส 2 ในปี 2556 อีกจำนวน 300 ห้อง พื้นที่ใช้สอย 40-41.50 ตร.ม. แบ่งเป็นโซน A มี 4 ห้องต่อชั้น จำนวน 5 อาคารและโซน B มี 8 ห้องต่อชั้น จำนวน 4 อาคาร รวมทั้งสองเฟสเป็น 468 ห้อง ในพื้นที่โครงการ 23 ไร่ สวางคินเวศถูกออกแบบเพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ทั้งด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก ห้องพักเป็นห้องเปล่า มีห้องน้ำในตัว มีระบบ nurse-call ขอความช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง ประตูห้องกว้าง 90 เซนติเมตร ไม่มีธรณีประตู พื้นห้องไม้ลิ้น มีอุปกรณ์ราวจับในห้องน้ำ การรักษาความปลอดภัยโดยเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ใช้ระบบคีย์การ์ดในการเข้า-ออกอาคาร และตรวจสอบบุคคลภายนอกที่เข้ามาภายในบริเวณที่พัก

สิ่งอำนวยความสะดวกในโครงการประกอบด้วย ทางลาด ลิฟต์ ร้านขายของชำ บริการเครื่องซักผ้า หยอดเหรียญ ตู้กดเงินสด ห้องเต็นท์ สระว่ายน้ำ ห้องออกกำลังกาย ลานสุขภาพกลางแจ้ง ห้องสมุด ห้อง

คอมพิวเตอร์ ห้องสวดมนต์ บรรยากาศโดยรอบร่มรื่น มีทางเดินเชื่อมระหว่างอาคาร สามารถเดินหรือวิ่งออกกำลังกายได้

ทำเลที่ตั้ง ติดถนนสุขุมวิท ห่างถนนศรีนครินทร์ประมาณ 5.5 กิโลเมตร ด้านหลังติดชายทะเลบางปู ห่างจากสถานีรถไฟฟ้าเคหะฯ 2.5 กิโลเมตร และโรงพยาบาลสมุทรปราการ 4.8 กิโลเมตร

บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ

- บริการรับชำระค่าใช้จ่ายต่างๆ
- บริการรถกอล์ฟรับส่งภายในโครงการ
- บริการเรียกรถแท็กซี่
- บริการรถตู้รับส่งสถานที่ต่างๆ (มีค่าใช้จ่าย)
- บริการโรงพยาบาลและห้องสังเกตอาการ มีพยาบาลอยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง และขึ้นดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ห้องพักวันละ 1 ครั้ง
- บริการห้องกายภาพบำบัด (15.00-17.00) และห้องนวดแผนไทย (มีค่าใช้จ่าย)
- บริการตรวจสุขภาพประจำปี
- บริการฉีดวัคซีนพื้นฐานประจำปีและจัดหาวัคซีนอื่นๆ ตามต้องการซึ่งอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมแต่ผู้สูงอายุไม่ต้องเดินทางไปฉีดที่โรงพยาบาล
- บริการผู้ดูแลส่วนกลาง ดูแลกิจวัตรประจำวันช่วงกลางวัน พาไปโรงพยาบาล
- บริการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตามที่ผู้สูงอายุสนใจ โดยให้ยื่นเสนอมาในรูปแบบโครงการต่างๆ เช่น การเดินลีลาศ การออกกำลังกาย เป็นต้น
- บริการช่างซ่อมส่วนกลางตลอด 24 ชั่วโมง แบ่งเป็นกลางวัน 3 คน กลางคืน 1 คน
- บริการจัดหาผู้ดูแลรายบุคคลเมื่อผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง (มีค่าใช้จ่าย) โดยทางโครงการจะช่วยประสานงานกับศูนย์ฝึกอบรมผู้ดูแลและคัดเลือกผู้ดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน
- บริการทำความสะอาดห้อง (มีค่าใช้จ่าย)
- บริการผู้พิทักษ์ เป็นบริการที่จำเป็นต้องดำเนินการเพิ่มเติม เพื่อแก้ปัญหาของผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัย เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการค่าใช้จ่ายและทรัพย์สินของตนเองได้ สามารถนำพินัยกรรมมาฝากไว้ได้ ยกตัวอย่างเช่น เมื่อผู้สูงอายุมีอาการหลงลืม ไม่มีญาติ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้จัดการโครงการจะเข้าไปทำหน้าที่ผู้พิทักษ์ให้ ตรวจสอบทรัพย์สินที่มีอยู่ คำนวณค่าใช้จ่ายตลอดช่วงชีวิต จัดการค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นบริการที่ไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์ จะให้บริการในรายที่มีความจำเป็นจริงๆ เท่านั้น
- บริการฌาปนกิจ โดยใช้เงินสัญญาค่าประกันมาจัดการ
- บริการจัดหาร้านอาหารในโครงการ โครงการพยายามจัดให้มีร้านอาหารในโครงการ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากร้านค้าที่เปิดไม่สามารถทำกำไรได้มากพอ ปัจจุบันจึงให้มีรถเร่ที่โครงการอนุญาต นำอาหารมาขายในโครงการ

- บริการแนะนำการย้ายสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุมาที่สถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านพัก

เงื่อนไขการเข้าอยู่

- มีอายุ 55 ปีขึ้นไป
- สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- มีฐานะทางการเงินที่สามารถดูแลตนเองได้ตลอดชีวิต ทั้งค่าอาหาร ค่าส่วนกลาง และค่าน้ำ-ค่าไฟ
- ไม่ป่วยเป็นโรคจิตเวชหรือซึมเศร้า

- ถ้าอยู่อาศัยแล้วเกิดป่วย เช่น ติดเตียง อัลไซเมอร์ โรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน จะต้องสามารถจ้างผู้ดูแลส่วนตัวได้

กำลังคน

การบริหารอาคารทั่วไปคล้ายการบริหารคอนโดมีเนียมหรืออาคารชุด มีผู้จัดการอาคารเป็นผู้ดูแลความเรียบร้อยทั้งหมด ร่วมกับการบริหารกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของสภาวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการ ส่วนกำลังคนอื่นๆ ประกอบด้วยผู้ดูแลกลาง 3 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของโครงการ นักกายภาพบำบัดนอกเวลา 1 คน พยาบาลประจำห้องพยาบาลช่วงกลางวัน 2 คน กลางคืน 1 คน

นอกจากนี้ยังมีการเลือกตั้งคณะกรรมการซึ่งเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในโครงการ สัดส่วน 24 ห้อง เลือกตัวแทนได้ 1 คน มีวาระคราวละ 2 ปี

ต้นทุนฝั่งผู้รับบริการ

- การจ่ายค่าห้องจะเป็นลักษณะผู้สนับสนุน ค่าห้องพักด้วยการบริจาคเงินให้ สภาวิชาชีพ และคืนห้องเมื่อเสียชีวิต หรือเมื่อจำเป็นต้องไปอยู่อาศัยที่อื่น เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น ย้ายไปอยู่กับญาติ หรือย้ายไปอยู่ nursing care ตามสภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ การคืนห้องกรณีนี้ทางโครงการจะจ่ายคืนค่าห้องให้ 40% สำหรับ มีการอัตราค่าห้องดังนี้

เฟส 1 ห้องขนาด 33 ตร.ม. ราคาสนับสนุนค่าห้องปัจจุบันอยู่ที่ 650,000 บาท ค่าส่วนกลางเดือนละ 2,500 บาท

เฟสที่ 2 โซน A ชั้นละ 4 ห้อง ขนาด 41.50 ตร.ม. ราคาเริ่มต้นที่ 900,000 บาท ราคาขึ้นอยู่กับตำแหน่งของห้อง โซน B ชั้นละ 8 ห้อง ขนาด 40-41.50 ตร.ม. ราคาเริ่มต้นที่ 800,000 บาท ราคาขึ้นอยู่กับตำแหน่งของห้อง ค่าส่วนกลางเดือนละ 2,500 บาท แรกเข้าเก็บค่าส่วนกลางล่วงหน้า 1 ปี และสัญญาค่าประกัน 30,000 บาท

- ค่าน้ำค่าไฟ จ่ายตามมิเตอร์

- ค่าบริการผู้ดูแลส่วนกลาง ดูแลกิจวัตรประจำวันช่วงกลางวัน พาไปโรงพยาบาล ครั้งวัน 250 บาท เต็มวัน 450 บาท อยู่กลางคืนแหวะละ 600 บาท

- ค่าบริการห้องสังเกตอาการ 48 ชั่วโมงแรกไม่มีค่าใช้จ่าย หลังจากนั้นวันละ 200 บาท

- ค่าบริการรถตู้รับ-ส่งภายนอก ครั้งละ 500 บาท ถ้าไปหลายคนสามารถเฉลี่ยกันได้

- ค่าบริการผู้ดูแลรายบุคคล ราคาตามแต่ตกลง

- ค่าบริการทำความสะอาดห้องพัก ครั้งละ 120 บาท

ต้นทุนฝั่งผู้ให้บริการ ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

เนื่องจากผู้สูงอายุมีความหลากหลายของอาชีพ รูปแบบการดำรงชีวิต ทำให้บ่อยครั้ง มีปัญหาเรื่องทะเลาะเบาะแว้ง แม้เป็นเรื่องเล็กน้อย บางกรณีก็ถึงขั้นแจ้งความและขึ้นศาล

องค์กรสนับสนุน

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาวิชาชีพ

(5) สุขใจบอดีฟิต จังหวัดสระบุรี

เริ่มต้นจากเจ้าของซึ่งเป็นนักธุรกิจ มีแนวคิดอยากใช้ชีวิตวัยเกษียณที่ต่างจังหวัด จึงเริ่มศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สรุปได้เป็นแนวคิด 4R คือ Recover คือการพักฟื้นหลังการผ่าตัดหรือมีอาการป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่น หลังการผ่าข้อเข่า กระดูก หัวใจ สมอ เป็นต้น Rehabilitation คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย กล้ามเนื้อ ด้วยบรรยากาศ อารมณ์ และการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางกายภาพบำบัดที่ทันสมัยที่สุดโดยนักกายภาพบำบัดมีประสบการณ์ Retreat คือ การปรับสมดุลกายและใจด้วยกิจกรรมสร้างสรรค์มากมายสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย พร้อมอาหารเพื่อสุขภาพ สะอาดปลอดภัย ที่จะมีประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจ และมีกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินชีวิต อาทิ เช่น กิจกรรมตั้งพลังจิตใต้สำนึก กิจกรรมอยู่กับมะเร็งอย่างมีความสุข กิจกรรมผู้สูงอายุวัยใจวัยรุ่น เป็นต้น และ Retire ต้องการสร้างสังคมสุขภาพดีให้กับผู้สูงอายุหลังวัยเกษียณให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้นานที่สุดก่อนจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จึงได้ดำเนินการเปิดโครงการขึ้น เริ่มต้นเปิดให้บริการในส่วนกายภาพบำบัด เพื่อรองรับ Recover, Rehabilitation และ Retreat ประมาณ 1 ปี และกำลังจะเปิดในส่วนที่พักสำหรับผู้สูงอายุเร็วๆนี้ อีกทั้งมีโครงการจะขยายส่วนที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุต่างชาติที่ต้องการพักอาศัยระยะยาว (25 ปี) ในอนาคตอีกด้วย

ปัจจุบันส่วนที่พักยังไม่เปิดรับผู้สูงอายุเข้ามาพักอาศัยอย่างเป็นทางการ ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มมาทำกิจกรรมระยะสั้นร่วมกัน (2วัน 1 คืน) เป็นครั้งคราว

ลักษณะทางกายภาพของที่พักอาศัย

เป็นที่พักสไตล์รีสอร์ทจำนวน 21 ห้อง บนเนื้อที่ 30 ไร่ ห้องพักมีตั้งแต่พักเดี่ยวจำนวน 2 ห้อง พักคู่จำนวน 12 ห้อง พัก 3 คน จำนวน 2 ห้อง และพักรวม 4 คน จำนวน 5 ห้อง แต่ละห้องมีบริเวณทำครัวพื้นฐาน บริเวณห้องนั่งเล่น และห้องน้ำในตัวทุกห้อง ตกแต่งด้วยเฟอร์นิเจอร์และเครื่องใช้ไฟฟ้าพื้นฐานพร้อมเข้าอยู่นอกจากนี้ในบริเวณโครงการยังประกอบไปด้วยคลินิกกายภาพบำบัด ห้องสัมมนา ห้องคาราโอเกะ ห้องออกกำลังกาย สระว่ายน้ำระบบเกลือพร้อมอุปกรณ์ออกกำลังกายในน้ำ ออนเซนสไตล์ญี่ปุ่น ศาลาปฏิบัติธรรม ห้องครัวกลาง และฟาร์มผักออแกนิก

บริเวณโดยรอบศูนย์มีบรรยากาศร่มรื่นด้วยต้นไม้และพื้นที่สีเขียว มีทางเดินคอนกรีตเชื่อมสถานที่แต่ละแห่งเข้าด้วยกัน สามารถเดิน วิ่ง หรือปั่นจักรยานรอบที่พักได้

ทำเลที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ใกล้กับชุมชนที่ปลูกผักหวาน ห่างจากโรงพยาบาลบ้านหมอ 7 กิโลเมตร และ 25 กิโลเมตรจากตัวเมืองสระบุรี

บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่พักอาศัย

- ที่พักพร้อมอาหาร 3 มื้อ อาหารว่าง 1 มื้อ

- กิจกรรมเพื่อการออกกำลังกาย ได้แก่ โยคะกลางสวน ธาราบำบัด การออกกำลังกายในห้องออกกำลังกาย

- กิจกรรมเพื่อการผ่อนคลายจิตใจ ได้แก่ การตัดบาตรยามเช้า สวดมนต์ ทำสมาธิ

- กิจกรรมนันทนาการและส่งเสริมการเข้าสังคม ได้แก่ ดนตรีไทย การทำงานประดิษฐ์ต่างๆ การทำขนม/อาหาร คาราโอเกะ เป็นต้น โดยทางโครงการมีการกำหนดตารางกิจกรรมไว้ล่วงหน้า ซึ่งถ้าผู้สูงอายุสนใจกิจกรรมอื่นๆก็สามารถแจ้งเพื่อให้ทางโครงการจัดหาวิทยากรและอุปกรณ์มา โดยอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

- บริการตรวจร่างกายโดยทีมแพทย์และพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง

- บริการช่างเสริมสวย ทำผม ทำเล็บทั้งในและนอกสถานที่ คิดค่าบริการ
- บริการห้องครัวกลางสามารถประกอบอาหารได้
- บริการเครื่องซักผ้าหยอดเหรียญ

ส่วนคลินิกกายภาพบำบัด ให้บริการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการออกกำลังกายและเครื่องมือทางกายภาพบำบัดที่ทันสมัย รวมทั้งโปรแกรมการออกกำลังกายในน้ำรูปแบบต่าง ๆ ให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยนอก

เงื่อนไขการเข้าพัก

แแรกรับผู้เข้าพักอาศัยที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ชอบการเข้าสังคมและทำกิจกรรมต่างๆ ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรงหรือเป็นผู้ป่วยจิตเวช ขั้นตอนการเข้าพักต้องผ่านการสัมภาษณ์คัดกรองจากเจ้าของศูนย์หรือผู้ที่เข้ามาพักอาศัยก่อน เพื่อให้ได้ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติตรงกัน สามารถมาทดลองอยู่ก่อนได้ ถ้ารู้สึกไม่ชอบหรือเข้ากับคนอื่นไม่ได้ ก็ไม่ต้องต่อสัญญาการเข้าพัก

กำลังคน

ส่วนคลินิกกายภาพบำบัด มีนักกายภาพบำบัดประจำ 3 คน ส่วนบริการอื่นๆ มีเจ้าหน้าที่ 3-4 คนและเจ้าของเป็นผู้ดูแลเอง

ต้นทุนฝั่งผู้รับบริการ

ห้องพักเดี่ยว ราคา 40,000 บาท/คน/เดือน ห้องพักคู่ 2 คน ราคา 30,000-32,000 บาท/คน/เดือน ห้องพัก 3 คน ราคา 28000 บาท/คน/เดือน ห้องพัก 4 คน ราคา 25000 บาท/คน/เดือน ราคานี้รวมอาหาร 3 มื้อ อาหารว่าง 1 มื้อ และกิจกรรมตามตาราง โดยผู้เข้าพักอาศัยต้องชำระเงินเต็มจำนวน ณ วันเข้าพัก

ต้นทุนฝั่งผู้ให้บริการ ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

ยังไม่มีผู้สูงอายุเข้าพักอยู่จริง จึงยังไม่พบปัญหาและการบริหารจัดการผู้สูงอายุที่แท้จริง เจ้าของและเจ้าหน้าที่ยังไม่ได้วางแผนหรือกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในกรณีถ้ามีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในระยะยาวแล้วมีความต้องการการดูแลหรืออยู่ในภาวะติดเตียง

องค์กรสนับสนุน ไม่มี

ตัวอย่างตารางกิจกรรมประจำสัปดาห์ของสุขใจบอดี้ฟิต จังหวัดสระบุรี

เวลา	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
06.00 น.	ตักบาตร						
06.15 น.		โยคะกลางสวน		โยคะกลางสวน		โยคะกลางสวน	
10.00 น.	ดนตรีไทย งานประดิษฐ์ ทำขนม/อาหาร	Mandala Meditation Art (ให้ใจได้พัก)	ดนตรีไทย งานประดิษฐ์ ทำขนม/อาหาร	Mandala Meditation Art (ให้ใจได้พัก)	ดนตรีไทย งานประดิษฐ์ ทำขนม/อาหาร	Mandala Meditation Art (ให้ใจได้พัก)	พาชมแหล่งท่องเที่ยว ประจำจังหวัด
14.00 น.	กิจกรรม นันทนาการ		กิจกรรมนันทนาการ		กิจกรรม นันทนาการ		กิจกรรมนันทนาการ
16.00 น.	Aqua GYM	Aqua Aerobic	Aqua Bike	Aqua Aerobic	Aqua Bike	Aqua Aerobic	Aqua GYM
19.00 น.	คาราโอเกะ/ Movie Night/ Disco Night	คาราโอเกะ/Movie Night/ Disco Night	คาราโอเกะ/Movie Night/ Disco Night	คาราโอเกะ/Movie Night/ Disco Night	คาราโอเกะ/ Movie Night/ Disco Night	คาราโอเกะ/Movie Night/ Disco Night	คาราโอเกะ/Movie Night/ Disco Night
20.00 น.	สวดมนต์ก่อนนอน						

รับประทานอาหารเช้าเวลา 07.00 น.

รับประทานอาหารเที่ยงเวลา 12.00 น.

รับประทานอาหารเย็นเวลา 17.00 น.

งานประดิษฐ์ เช่น ปั้นของจิ๋ว ร้อยมาลัย ทำผ้ามัดย้อม ดอกไม้จากผ้าใยบัว ทำเทียนหอม และอื่นๆ

ปล.กิจกรรมต่างๆสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม และบางกิจกรรมอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

(6) จินฉน์ เวลบี๊อิง เคาน์ตี้ จังหวัดปทุมธานี

จินฉน์ เวลบี๊อิง เคาน์ตี้ โครงการที่นำเอาการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ หรือ Integrative Healthcare มาผนวกกับที่พักอาศัย ที่ออกแบบมาสำหรับคนทุกวัย (Universal Design) พร้อมบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพตามไลฟ์สไตล์อย่างครบวงจรแห่งแรกของเมืองไทย ภายใต้แนวคิด “เมืองแนวคิดใหม่เพื่อวัยเกษียณ” ทางเลือกใหม่กับการใช้ชีวิตที่สมบูรณ์แบบในโครงการที่เราอยู่ได้ตลอดไป พร้อมเติมเต็มความฝัน ตอบโจทย์ผู้สูงวัย และคนทำงานยุคใหม่ที่วางแผนการใช้ชีวิตระยะยาวอย่างมีความสุข เจ้าของโครงการคือ บริษัท ธนบุรี เฮลท์แคร์ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) ดำเนินการสร้างแล้วเสร็จพร้อมเข้าอยู่ในปี 2562 บนเนื้อที่ 140 ไร่ ติดถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ภายในโครงการจินฉน์ฯ ประกอบด้วย 3 ส่วนบริการหลักๆ คือ

1. ส่วนอาคารที่พักอาศัย (Active Living & Assisted Living) เป็นคอนโดมิเนียม low rise ขนาด 7 ชั้น จำนวน 5 ตึก รวม 494 ยูนิต พื้นที่ใช้สอยขนาด 43-66 ตรม.

2. สถาบันจินฉน์ เวลเนส (Jin Wellness Institute) ให้บริการศาสตร์ธรรมชาติบำบัดเพื่อสร้างสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตปัญญา ส่งเสริมการป้องกันโรคและชะลอความเสื่อมจากโรคร้ายต่างๆ ผ่านโปรแกรมผสมผสานระหว่างแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ คลินิกการแพทย์ผสมผสาน เมดิคอลสปา ฟิตเนส กิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ และห้องอาหารเพื่อสุขภาพ

3. โรงพยาบาลธนบุรีบูรณา (Thonburi Burana Hospital) เป็นโรงพยาบาลขนาด 55 เตียงในเครือธนบุรี ให้บริการโดยสหสาขาวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ ภายในประกอบด้วย ศูนย์ดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค และศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ในปัจจุบันส่วนอาคารที่พักอาศัยมีผู้ซื้อแล้วกว่าร้อยละ 50 แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ย้ายมาอยู่ประจำ มีทั้งที่ซื้อไว้เพื่ออยู่อาศัยเองหรือลูกซื้อไว้ให้พ่อแม่มาอยู่

ลักษณะทางกายภาพของที่พักอาศัย

- ส่วนอาคารที่พักอาศัย เป็นรูปแบบห้องพัก 4 ขนาด ได้แก่ ห้องชุด 1 ห้องนอน 1 ห้องน้ำ 1 ห้องนั่งเล่น ขนาด 43 และ 46 ตารางเมตร และห้องชุด 1 ห้องนอนพลัส 1 ห้องอเนกประสงค์ 2 ห้องน้ำ 1 ห้องนั่งเล่น ขนาด 63 และ 66 ตารางเมตร เป็นห้องพักตกแต่งครบพร้อมอยู่ รูปแบบการตกแต่งและเฟอร์นิเจอร์ที่เลือกใช้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น พื้นกันลื่น ประตูบานเลื่อน ราวจับในห้องน้ำ และปุ่ม nurse call 2 จุดทั้งในห้องน้ำและห้องนอน เป็นต้น ระบบรักษาความปลอดภัยใช้กล้อง CCTV ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีไฟดับมีระบบสำรองไฟได้นาน 8 ชั่วโมง การป้องกันอัคคีภัยด้วยระบบ smoke detector และมีห้องโถงผนังกันไฟในทุกชั้น สามารถป้องกันไฟได้ถึง 3 ชั่วโมง สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ในตัวอาคารประกอบด้วย ห้องคาราโอเกะ, ห้องปฐมพยาบาล, ห้องอเนกประสงค์, ห้องเกมกิจกรรม, สระออกกำลังกาย, ห้องทำสมาธิ สวดมนต์, ห้องออกกำลังกายสำหรับผู้สูงวัย ระบบ WIFI-Internet

- สถาบันจินฉน์ เวลเนส เป็นอาคาร 2 ตึกไว้สำหรับจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพกาย ใจ และจิตวิญญาณ ที่ครบครันและทันสมัย ทั้งสระว่ายน้ำระบบเกลือออกแบบมาสำหรับผู้สูงอายุและการทำธาราบำบัด ห้องออกกำลังกายทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม ห้องซาวน่า สปา ห้องนวดบำบัดด้วยศาสตร์ต่างๆ ห้องอาหารเพื่อสุขภาพที่เปิดให้บริการทั้งแบบรายมื้อและรายเดือน ห้องจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด สมาธิบำบัด ห้องครัวสำหรับทำอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

- โรงพยาบาลธนบุรีบูรณา เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในส่วนของโครงการ ประกอบด้วยห้องตรวจโรคทั่วไป ห้อง X-ray ห้องฉายยา ห้องฉุกเฉิน แผนกกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด และส่วนของผู้ป่วยในเป็นวอร์ดทั่วไป 3 วอร์ดและวอร์ดผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ 1 วอร์ด

บริเวณโดยรอบโครงการประกอบด้วย พื้นที่สวนพักผ่อนร้อยละ 50 ของพื้นที่พักอาศัย กลุ่มที่นั่งสำหรับทำกิจกรรมร่วมกันทุก 50 เมตร มีแนวธารน้ำไหลผ่านกับแนวร่มไม้ใหญ่ สร้างบรรยากาศร่มรื่น และเชิญชวนให้เข้ามาใช้งานหรือทำกิจกรรมในพื้นที่ธรรมชาติมากขึ้น และพื้นที่ทุกส่วนมีเส้นทางเชื่อมต่อกัน มีราวจับตลอดเส้นทาง เพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ใช้งานผู้สูงอายุ อีกทั้งมีป้อมยามและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยทุกทางเข้าออก

ทำเลที่ตั้งทางด้านหน้าติดถนนพหลโยธิน ด้านหลังติดรถไฟฟ้าชานเมืองสายสีแดงเข้ม สถานีรังสิต สถานที่ใกล้เคียง เช่น ห้างสรรพสินค้าพิวเจอร์พาร์ค รังสิต บิ๊กซี รังสิต โลตัส รังสิต รร.ธัญวิทย์ และโรงพยาบาลเปาโล รังสิต เป็นต้น

บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนอาคารที่พักอาศัย

บริการพื้นฐาน

- เจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวก (Concierge) ดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น รับโทรศัพท์ ส่งอาหารถึงห้องพัก

- บริการห้องคาราโอเกะ

- บริการสระออกกกำลังกาย

- บริการห้องเกมกิจกรรม

- บริการห้องปฐมพยาบาล

- บริการห้องทำสมาธิสวดมนต์

- บริการห้องออกกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

- บริการห้องอเนกประสงค์

- บริการ WIFI-Internet

- บริการจัดการขยะ

- บริการรถรับ-ส่งภายในโครงการ

- บริการ buy back รับซื้อห้องพักคืนในราคา 80-90 % ของราคาซื้อขาย สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการใช้เงินในการรักษาตัวหรือจำเป็นต้องได้รับการดูแลใน nursing care แทน

บริการเสริมพิเศษ เป็นบริการที่ผู้เข้าพักอาศัยสามารถเลือกรับบริการได้ แต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ได้แก่

- ระบบติดตามตัวอัจฉริยะ (Tracking System) ในรูปแบบสายรัดข้อมือ เชื่อมต่อกับระบบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ทั้งข้อมูลสุขภาพและการใช้ชีวิต คุณสมบัติเซ็นเซอร์จับการล้ม วัดอัตราการเต้นของหัวใจแบบ real time เซ็นเซอร์จับการเคลื่อนไหว อีกทั้งมีระบบเซ็นเซอร์จับความร้อนในห้องพัก เชื่อมต่อกับระบบฉุกเฉินภายในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลธนบุรีบูรณา เพื่อให้สามารถติดตามการดูแลและเข้าช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

- บริการซัก อบ รีด

- บริการทำความสะอาดห้อง

- บริการผู้ดูแล เมื่อผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยใช้เจ้าหน้าที่จากศูนย์ดูแลและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลธนบุรีบูรณา ขึ้นมาให้บริการที่ห้องพัก

- บริการจัดหาอาหาร ผูกปิ่นโต จัดอาหารตามสภาวะของร่างกาย

- บริการต่ออายุวีซ่า สำหรับผู้สูงอายุต่างชาติ

- บริการประสานงานที่มกกฎหมายในการจัดการทรัพย์สินและพินัยกรรม

สถาบันจิลด์ เวลเนส ผู้พักอาศัยสามารถเข้ารับบริการได้ โดยบางบริการจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

- บริการห้องออกกำลังกายทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม
- บริการสระว่ายน้ำระบบเกลือ
- บริการห้องซาวน่า
- จัดกิจกรรมต่างๆ เช่น ดนตรี ศิลปะ ทำอาหาร
- บริการสปาและห้องนวดบำบัดด้วยศาสตร์ต่างๆ (มีค่าใช้จ่าย)
- เทรนเนอร์รายบุคคล เพื่อแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม (มีค่าใช้จ่าย)
- บริการห้องอาหาร (มีค่าใช้จ่าย)

โรงพยาบาลธนบุรีบูรณา ผู้พักอาศัยสามารถเข้ารับบริการได้ โดยมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

- ศูนย์ดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แบบพักฟื้นระยะสั้นเป็นรายวันหรือรายสัปดาห์ และพักฟื้นระยะยาวเป็นรายเดือน แบ่งเป็นวอร์ดทั่วไป 3 วอร์ดและวอร์ดผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ 1 วอร์ด

- ศูนย์ตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค มีแพทย์ประจำตลอด 24 ชั่วโมง สามารถให้การตรวจวินิจฉัย X-ray เบื้องต้น และประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการจากโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด มีระบบห้องฉุกเฉินที่คอยติดตามและรับแจ้งเตือนจาก nurse call ที่อยู่ภายในห้องพัก การันตีหน่วยพยาบาลฉุกเฉินจะถึงห้องพักภายใน 4 นาที และกล้อง CCTV ภายในพื้นที่โครงการตลอด 24 ชั่วโมง

- ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประกอบด้วยบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในรวมทั้งให้บริการถึงห้องพักสำหรับผู้สูงอายุภายในโครงการ ด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดที่ทันสมัย

เงื่อนไขการเข้าพัก

ในส่วนอาคารที่พักอาศัย มีเงื่อนไขการเข้าพักคือ ผู้พักอาศัยต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจจะเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ใช่ผู้สูงอายุก็ได้ และถ้าอยู่อาศัยไปแล้ว พบว่ามีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง จำเป็นต้องมีคนดูแล ทีมแพทย์และทีมฟื้นฟูจะพิจารณาเสนอแนวทางให้ซื้อบริการผู้ดูแลหรือแนะนำให้ย้ายลงมาอยู่ในส่วนของศูนย์ดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

ในส่วนศูนย์ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุติดเตียง ต้องการการดูแลพิเศษ ผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูหลังผ่าตัด และผู้สูงอายุอัลไซเมอร์

กำลังคน

- ส่วนอาคารที่พักอาศัย กำลังคนจะเป็นส่วนของนิติบุคคล
- สถาบันจิลด์ เวลเนส กำลังคนหลักในการดูแลจะเป็นนักเวชศาสตร์การกีฬา ส่วนกำลังคนที่จัดกิจกรรมจะใช้เจ้าหน้าที่ส่วนกลางของโครงการร่วมกับฝ่ายนิติบุคคล
- โรงพยาบาล ในส่วนศูนย์ตรวจและวินิจฉัยโรคมีแพทย์ประจำ 1 คน ศูนย์ฉุกเฉินมีพยาบาล ฉุกเฉินประจำ 2 คน และส่วนศูนย์ฟื้นฟู เป็น นักกายภาพบำบัด 2 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน

ต้นทุนฝั่งผู้รับบริการ

อาคารที่พักอาศัย

- ราคาห้องพักเริ่มต้นที่ 4.3-6.3 ล้านบาท มีรูปแบบการถือครองกรรมสิทธิ์ 3 รูปแบบ คือ การถือครองโฉนดของแต่ละห้อง (Freehold) การเช่าซื้อระยะเวลา 30 ปี (Leasehold) และการเช่าขั้นต่ำ 1 ปี

สำหรับการเช่าจะมีราคาต่อผู้เช่า 1 ท่าน คือ ห้องขนาด 43-46 ตร.ม.เดือนละ 40,000 บาทสำหรับห้องและบริการปกติ และเดือนละ 66,000 บาทสำหรับห้องและบริการเสริม ห้องขนาด 63-66 ตร.ม. เดือนละ 52,000 บาทสำหรับห้องและบริการปกติ และเดือนละ 85,000 บาทสำหรับห้องและบริการเสริม บริการเสริมประกอบไปด้วย อาหารมื้อเช้า 1 มื้อ/วัน ทำความสะอาดห้อง 2 ครั้ง/สัปดาห์ ซักรีดเสื้อผ้า 50 ชิ้น/เดือน WIFI-internet ในห้องพัก 24 ชั่วโมง และบริการ Concierge 24 ชั่วโมง ราคานี้รวมค่าส่วนกลางและบริการระบบติดตามตัวอัจฉริยะ (Tracking System) แล้ว

- ค่าส่วนกลาง เดือนละ 1,500 บาท/คน เรียกเก็บเป็นรายปี
- ค่าสาธารณูปโภค ได้แก่ ค่าน้ำ ค่าไฟ จ่ายตามเรียกเก็บจริง
- ระบบติดตามตัวอัจฉริยะ (Tracking System) เดือนละ 1500 บาท
- บริการผู้ดูแลที่ห้องพักสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายแตกต่างกันตามวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล 2,200 บาท/เวร ผู้ช่วยพยาบาล 1,600 บาท/เวร ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1,400 บาท/เวร

สถาบันจิมน์ เวลเนส

บริการต่างๆ สำหรับผู้พักอาศัยในโครงการส่วนใหญ่จะไม่เสียค่าใช้จ่าย ยกเว้นบริการสปาและห้องนวดบำบัดด้วยศาสตร์ต่างๆ จะมีค่าใช้จ่ายเป็นครั้ง บริการเทรนเนอร์รายบุคคล 1 คอร์ส (10 ครั้ง) ราคา 6,000 บาทสำหรับโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน ราคา 10,000 บาทสำหรับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ และราคา 12,000 บาทสำหรับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา ส่วนบริการห้องอาหารสามารถเลือกรับบริการเป็นรายครั้งหรือผูกปิ่นโตก็ได้ ราคาตามเมนูอาหารที่เลือก

โรงพยาบาล

- บริการส่วนใหญ่จะคิดราคาเป็นแพ็คเกจ แตกต่างกันไปตามรายละเอียดของการรักษาฟื้นฟูที่ได้รับ
- ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ราคาตั้งแต่ 3,700-9,700 บาท
 - พักฟื้นในโรงพยาบาล (Nursing home) เริ่มต้นที่ 39,000 บาท /เดือน ไม่รวมค่ายา ค่าผู้ดูแลพิเศษและบริการเสริมอื่นๆ
 - ฟื้นฟูระยะสั้น เน้นการฟื้นฟูด้วยกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด ร่วมกับการดูแลทางการแพทย์ ราคาเริ่มต้นที่โปรแกรม 1 วัน (Day care) ราคา 2,000 บาท โปรแกรม 2 วัน 1 คืน ราคา 3,500 บาท โปรแกรม 4 วัน 3 คืน ราคา 13,000 บาท และโปรแกรม 7 วัน 6 คืน ราคา 25,000 บาท ไม่รวมค่ายา ค่าผู้ดูแลพิเศษและบริการเสริมอื่นๆ
 - ฟื้นฟูระยะยาว เหมาะสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ บริการเน้นการฟื้นฟูด้วยกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด ราคาเริ่มต้นที่ 59,000 บาทต่อเดือน ไม่รวมค่ายา ค่าผู้ดูแลพิเศษและบริการเสริมอื่นๆ
 - ธาราบำบัด ราคา 900 บาท/ครั้ง
 - โปรแกรมกายภาพบำบัดผู้ป่วยระบบประสาทและสมอง บริการ 5 ครั้งต่อ 1 คอร์ส ราคาเริ่มต้นที่ 5,000 – 10,000 บาท

ต้นทุนฝั่งผู้ให้บริการ ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

โครงการนี้เพิ่งเปิดให้บริการได้ไม่นานและผู้เข้าพักอาศัยจริงยังน้อยอยู่ ทำให้ยังไม่เห็นปัญหาในการบริหารจัดการที่พักผู้สูงอายุที่แท้จริง

องค์กรสนับสนุน โรงพยาบาลในเครือบริษัท ธนบุรี เฮลท์แคร์ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)

5.2 บริการ senior cohousing หรือแบบชุมชนที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีขนาดเล็ก

Wellness we care center มวกเหล็ก สระบุรี

Co-Housing เกิดขึ้นครั้งแรกช่วงปี ค.ศ. 1970 ในประเทศเดนมาร์ก ชื่อ Sættedammen เป็นชุมชนการอยู่อาศัยแบบ Co-Housing แห่งแรกของโลก มีทั้งหมด 35 ครอบครัว เป็นผู้ใหญ่ 60 คนและเด็ก 20 คน ใน Sættedammen ทุกครอบครัวจะมีพื้นที่บ้านส่วนตัว แต่จะใช้พื้นที่ส่วนกลางและสาธารณูปโภคร่วมกัน ภายใต้การดูแลของทุกคน นอกจากนี้ยังเป็นสังคมที่เปิดกว้าง ไม่ยึดหลักกิจกรรมศาสนาใดศาสนาหนึ่ง แต่เน้นทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหารเย็นร่วมกัน หรือปาร์ตี้สังสรรค์ในวันหยุดสุดสัปดาห์

สำหรับประเทศไทย ได้เริ่มมีแนวคิดเรื่อง Co-Housing มาใช้กับรูปแบบที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เรียกว่า Senior Co-Housing หรือ ซีเนียร์โคโฮ โดยนายแพทย์สันต์ ใจยอดศิลป์ ในปี 2557 ในพื้นที่ใกล้กับ Health Cottage ที่อำเภอมวกเหล็ก สระบุรี

ซีเนียร์โคโฮ คือ รูปแบบของชุมชนที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีขนาดเล็กไม่เกิน 15 -20 หลัง เป็นบ้านเดี่ยวทั้งหมด โดยมีแนวคิดว่า

1. ทุกคนรู้จักกัน ดูแลกันและกัน (co-care)
2. ทุกคนมั่นหมายจะอยู่ที่นี้จนแก่และจะตายที่นี่ (age in place)
3. ช่วยกันคิดช่วยกันทำ (co-decision) ทุกคนเป็นกรรมการ ไม่จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล คิดจะทำอะไรใหม่ๆนอกเหนือจากที่ตกลงกันไว้ตั้งแต่ก่อตั้ง ต้องได้มติเอกฉันท์
4. มีรั้วปิดล้อมเฉพาะชุมชนไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าไป (gated community)
5. ทุกคนมีบ้านของตัวเอง แต่ก็มีพื้นที่ส่วนกลางร่วมกัน (privacy & shared facilities) รวมทั้งที่พักสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ซึ่งใช้ร่วมกัน

Coho-1 เป็น senior co housing นำร่องแห่งแรก มีเนื้อที่รวม 8 ไร่ เป็นโฉนดแยกกันเป็นแปลงย่อยจำนวน 11 แปลง จากนั้นให้สมาชิกทั้งหมดมาทำความรู้จักกัน ร่วมตัดสินใจร่วมกัน เช่น รั้วของชุมชนจะเป็นรั้วแบบไหน ซึ่งกำหนดระยะเวลาก่อสร้างไว้ 3 ปี ให้แต่ละคนสร้างบ้านของตัวเอง โดยมีข้อตกลงร่วมกันว่าไม่มีรั้วภายใน ความสูงบ้านไม่เกิน 8.5 เมตร เป็นหลังคาทรงจั่ว หลังคาใช้กระเบื้อง shingle เหมือนกันหมด พอเริ่มเข้าสู่ระยะก่อสร้าง ก็พบว่าสมาชิกแต่ละคนต่างมีความต้องการพิเศษบางเรื่องแตกต่างออกไปจากที่เคยตกลงกันไว้ เช่น บางคนไปซื้อบ้านเก่ามาวาง แบบและรูปทรงของบ้านก็ไม่ใช่ที่ตกลงกัน วางลงไปเพื่อนบ้านก็รู้สึกว่ามันสูงและทึบ บางคนก็เป็นแนว minimalist คือไม่ชอบทรงจั่ว แต่ชอบอะไรที่เป็นเล็กๆเป็นกล่องๆ ตัดๆเรียบง่ายมากกว่า บางคนก็ไม่ชอบหลังคา shingle บางคนก็อยากมีรั้วเตี้ยพอก้าวข้ามได้รอบที่ของตัวเอง เพื่อจะได้รู้ว่าเขตที่ตนเองอยู่ตรงไหน ความแตกต่างในความคิดและความต้องการของสมาชิกแต่ละรายเหล่านี้ แม้จะดูเป็นเรื่องธรรมดา แต่ก็ทำให้สมาชิกบางคนเกิดคำถามขึ้นว่า ถ้าสมาชิกปัจจุบันคนใดคนหนึ่งขายที่ดินของตัวเองไป หรือตกทอดเป็นมรดกไป หากเจ้าของที่ดินคนใหม่เกิดไม่ได้สนใจข้อตกลงเดิม เพื่อนบ้านจะไม่แย่งกันไปหมดหรือไม่ บางคนก็มีประสบการณ์กับการถูกคดโกงมาแล้ว โดยผู้รับเหมาบ้าง โดยคู่ค้าบ้าง ก็กังวลไปถึงการจัดการดูแลเงินกลางของโครงการซึ่งเป็นเงินหลายล้าน ซึ่งแม้จะประชุมร่วมกันอีกหลายครั้งก็ยังตกลงเรื่องนิติบุคคลไม่ได้

นอกจากปัญหาข้างต้นยังพบว่า หลังจากขายที่ดินให้กับสมาชิกแล้ว กลายเป็นเรื่องสิทธิขาดในกรรมสิทธิ์ ต่างคนต่างอยู่ ไม่เกิดเป็นชุมชนที่อยู่ร่วมกันดังแนวคิดข้างต้น ดังนั้น จึงมีข้อเสนอว่า การจะสร้างซีเนียร์โคโฮจำเป็นต้องสร้างชุมชนให้เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติก่อน โดยการสร้างชุมชนต้องประกอบไปด้วย คนและกิจกรรม ไม่ใช่เรื่องโครงสร้างที่อยู่อาศัย คือมีการรวมกลุ่มกัน มีผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบการดำรงชีวิต

ประมาณ 4-5 คน จัดกิจกรรมหมุนเวียนเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เน้นเรื่อง Self-management เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอิสระ และช่วยเหลือตนเองให้ได้นานที่สุด รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมโดยรอบให้ปลอดภัยต่อการใช้ชีวิต ในประเทศอเมริกาจะใช้เวลาสร้างชุมชนประมาณ 5 ปี จนได้กลุ่มคนที่มีทัศนคติและรูปแบบการดำรงชีวิตเหมือนกัน เข้ากันได้ ก็จะมีความคิดอยากอยู่ร่วมกัน จึงจะเริ่มสร้างบ้านหรือซื้อบ้านใกล้กัน สำหรับประเทศไทย ตัวอย่างการสร้างชุมชนที่พอจะเห็นได้ คือ ชมรมผู้สูงอายุของเอกชน เช่น ชมรมคาราโอเกะ เป็นต้น ชมรมของเอกชนจะทำได้ดีกว่าภาครัฐ เพราะ ผู้ที่เข้าเป็นสมาชิกจะมีความชื่นชอบในกิจกรรมเดียวกันเป็นหลัก การบริหารจัดการมีวิธีการดึงดูดให้คนเข้ามาใช้บริการ มีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามความสนใจของสมาชิก

บริบทของสังคมสูงอายุไทยเน้นอยู่อาศัยในบ้านตนเอง (aging in place) จึงอาจเป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะเป็นคนจัดกิจกรรมให้เกิดชุมชน โดยต้องมีเป้าหมายเป็นชุมชนสุขภาพดีสำหรับทุกคน ไม่ใช่เฉพาะผู้สูงอายุ มีการกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการวัดอย่างชัดเจน เพราะการที่เราจะมีผู้สูงอายุสุขภาพดีจะต้องผ่านการเตรียมตัวและใช้ชีวิตที่เหมาะสมตั้งแต่วัยทำงาน คาดหวังว่าจะทำอย่างไรให้ช่วงชีวิตสูงอายุมีการดำรงชีวิตอิสระมากที่สุดเป็นลำดับแรก ส่วนเมื่อมีอาการเจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลเล็กน้อย ก็อาจจัดเป็นผู้ดูแลชั่วคราว (part-time caregiver) เข้ามาช่วยเหลือในบางกิจกรรม และเมื่อติดเตียงก็อาจจำเป็นต้องย้ายมาอยู่ nursing care เพื่อให้สะดวกในการดูแลหรือจ้างผู้ดูแลรายบุคคลประจำ (full time caregiver)

5.2.3 บริการดูแลบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยสถานพยาบาล Nursing home

(1) ภัทร์ลวดี เนอร์สซิงโฮม จังหวัดนนทบุรี

ภัทร์ลวดีเนอร์สซิงโฮม เป็นสถานพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน เริ่มเปิดให้บริการที่ตำบลท่าอิฐ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีได้ประมาณ 1 ปี แต่เนื่องจากสถานที่เดิมค่อนข้างไกลจากชุมชน ไม่สะดวกที่ญาติจะเดินทางมาเยี่ยม จึงย้ายมาเปิดที่ปัจจุบันได้ประมาณ 1 ปี ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่มาใช้บริการทั้งสิ้น 7 คน เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ 1 คน ผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ 2 คน ผู้สูงอายุติดเตียง 4 คน ที่ศูนย์สามารถรับดูแลได้สูงสุด 15 คน ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการส่วนใหญ่จะมีภูมิลำเนาอยู่แถวอำเภอปากเกร็ด หลักสี่ บางบัวทอง ที่มาของผู้รับบริการจะเป็นการแนะนำกันระหว่างครอบครัวของผู้สูงอายุและคำแนะนำจากรถฉุกเฉินเอกชน

ลักษณะทางกายภาพของที่พักอาศัย

ลักษณะของศูนย์เป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้นที่ดัดแปลงต่อเติมเพื่อเปิดเป็นศูนย์ดูแล โดยผู้สูงอายุจะอยู่ชั้นล่างของบ้าน ในลักษณะวอร์ตรวมไม่แยกชายหญิง บรรยากาศเงียบสงบ สะอาด มีเจ้าหน้าที่ดูแลตลอด 24 ชั่วโมงและนอนเฝ้าช่วงกลางคืน

ผู้สูงอายุจะนอนเตียงผู้ป่วยทั้งหมด มีตู้เก็บของใช้ส่วนตัวอยู่ข้างเตียง ถ้าคนไหนติดเตียงทางศูนย์จะจัดที่นอนลมเสริมให้ มีเครื่องดูดเสมหะสำหรับผู้สูงอายุที่เจาะคอและจำเป็นต้องดูระบายเสมหะ มีถังออกซิเจนสำรองไว้กรณีผู้สูงอายุหอบเหนื่อย

ทำเลที่ตั้งอยู่ในซอยเวรตี 16 ถนนค่อนข้างแคบ ที่จอดรถน้อย อยู่ในแหล่งชุมชน ใกล้สถานีรถไฟฟ้าสามารถเดินทางได้สะดวก กรณีฉุกเฉินสามารถส่งโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่มีระยะทางห่างจากศูนย์ประมาณ 5 กิโลเมตร

บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ

- ที่พักพร้อมอาหาร 3 มื้อ โดยเจ้าของศูนย์เป็นผู้ปรุงอาหารและควบคุมคุณภาพเองทั้งหมด
- บริการช่วยเหลือและจัดการกิจวัตรประจำวัน
- บริการซัก อบ รีด
- บริการการพยาบาลเบื้องต้น เช่น วัดสัญญาณชีพ ระดับน้ำตาลในเลือด ทำแผล เป็นต้น โดยทางศูนย์จะมีสมุดบันทึกข้อมูลการดูแล สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละวัน เพื่อให้ญาติสามารถติดตามสอบถามอาการได้
- บริการพาไปพบแพทย์ตามนัดหมาย โดยมีเจ้าหน้าที่ของศูนย์ไปด้วยทุกครั้ง มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในส่วนค่ารถรับ-ส่ง
- บริการส่งต่อผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน ทางศูนย์จะใช้บริการรถฉุกเฉินเอกชนพาไปโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ส่วนถ้าไม่ฉุกเฉินมาก เช่น ไม่สบาย มีไข้ เป็นต้น จะส่งโรงพยาบาลรามาริบัติเป็นหลัก โดยทางศูนย์จะโทรแจ้งญาติก่อนทุกครั้ง และญาติจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เอง

เงื่อนไขการเข้าอยู่

ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการฟื้นฟู อาจช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องการการช่วยเหลือปานกลาง หรือต้องการการช่วยเหลือมาก ไม่รับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช

กำลังคน

มีพยาบาลวิชาชีพเป็นที่ปรึกษาและให้บริการดูแลนอกเวลา 1 คน มีเจ้าหน้าที่ดูแลจำนวน 5 คน สัดส่วนการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้สูงอายุคือ 1: 3 เงื่อนไขเจ้าหน้าที่ให้บริการต้องจบหลักสูตรผู้ช่วยเหลือคนไข้หรือหลักสูตรผู้ดูแล 450 ชั่วโมง

ต้นทุนฝั่งผู้รับบริการ

- พักพื้นระยะยาว ราคาเริ่มต้นที่เดือนละ 15,000 บาท สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการการช่วยเหลือปานกลาง และ เดือนละ 18,000 บาท สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมาก เช่น ใส่สายอาหาร เจาะคอ
- พักพื้นรายวัน (Day care) วันละ 800 บาท สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการการช่วยเหลือปานกลาง และ 1,000 บาท สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมาก เช่น ใส่สายอาหาร เจาะคอ
- บริการอื่นๆ เช่น ค่ารถรับ-ส่ง ครั้งละ 1,000-1,500 บาท ขึ้นกับระยะทาง

ต้นทุนฝั่งผู้ให้บริการ ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

เจ้าหน้าที่ที่ดูแลเปลี่ยนบ่อย เนื่องจากเป็นงานที่ต้องดูแลตลอด 24 ชั่วโมง งานมีลักษณะซ้ำๆ ในทุกๆ วัน ทำให้เบื่อง่าย จำเป็นต้องมีความเข้าใจและรักในงานมากพอสมควร

องค์กรสนับสนุน ไม่มีองค์กรสนับสนุน

(2) ที่พักฟื้นผู้สูงอายุ บ้านลุงสนธิ จังหวัดราชบุรี

บ้านลุงสนธิ เป็นที่พักฟื้นผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยเอกชน ไม่ได้มุ่งแสวงกำไร เปิดให้บริการมา 38 ปี และมีการจดทะเบียนองค์กรในรูปแบบมูลนิธิเมื่อต้นปี 2561 การดำเนินงานที่พักรักษาผู้สูงอายุเริ่มต้นจากการที่คุณ

ลุงสนิทเปิดเป็นบ้านหมอนวดแผนไทย ช่วยให้ผู้ป่วยหลายรายอาการดีขึ้น จึงมีคนพาผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย อัมพาตไปให้ลุงสนิทนวดแทบทุกวัน แต่เรื่องนี้ก็กลับกลายเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหา เพราะมีคนเอาพ่อแม่หรือญาติมาฝาก เนื่องจากอยู่ไกล เดินทางลำบาก หรือไม่มีเงินค่ารถ หลายคนฝากไว้แล้วก็หายไปเลย ไม่มารับกลับ คุณลุงเกิดความสงสารจึงดูแลเรื่อยมา จนกลายเป็นสถานที่ดูแลผู้สูงอายุไปในที่สุด

ปัจจุบันทางศูนย์ไม่ได้ดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ แต่ยังคงดูแลคนพิการด้วย รวมทั้งสิ้นจำนวน 98 คน ไม่สามารถรับคนมาอยู่เพิ่มได้ เนื่องจากภาระเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ผู้สูงอายุและคนพิการในศูนย์ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ไร้ญาติ แม้แรกเริ่มจะมีญาติพามา แต่สุดท้ายพบว่าไม่สามารถติดต่อญาติได้ พบเป็นผู้สูงอายุที่ยังติดต่อญาติได้เพียง 6 คนเท่านั้น อายุของผู้สูงอายุและคนพิการที่ดูแลตอนนี้มากที่สุดคือ 107 ปีและน้อยที่สุดคือ 40 ปี

ลักษณะทางกายภาพของที่พักอาศัย

ที่พักอาศัยเป็นอาคาร 2 หลัง หลังแรกเป็นอาคารส่วนต่อเติมจากที่พักอาศัยปกติ มีห้องแยกชายหญิงชัดเจน สำหรับผู้สูงอายุหรือคนพิการที่ต้องการการดูแลหรือติดเตียง โดยแต่ละห้องมีลักษณะเป็นห้องโถง และวางเตียงผู้ป่วยไว้ โดยเว้นระยะห่างระหว่างเตียงไว้พอให้สามารถเดินระหว่างเตียงได้ ส่วนอาคารหลังที่สองเป็นอาคารใหม่อยู่ห่างจากอาคารแรกประมาณ 1 กิโลเมตร สำหรับผู้สูงอายุและคนพิการเพศชายที่พอช่วยเหลือตนเองได้ เป็นอาคารชั้นเดียว หลังคาสูง รูปแบบห้องโถงรวม รองรับผู้สูงอายุได้ 40-50 คน ห้องน้ำรวม มีทางเข้าออกทางเดียว ทั้งสองอาคารมีระบบกล้องวงจรปิดทั่วบริเวณ

ผู้สูงอายุหรือคนพิการจะนอนเตียงผู้ป่วยทั้งหมด มีตู้เก็บของใช้ส่วนตัวอยู่ข้างเตียง อากาศภายในศูนย์ทั้งสองอาคารค่อนข้างร้อนอบอ้าว และอากาศไม่ค่อยถ่ายเท

ทำเลที่ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองห่างจากโรงพยาบาลราชบุรีประมาณ 10 กิโลเมตร

บริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ

- ที่พักและอาหาร 3 มื้อ
- การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ
- ของใช้ส่วนตัว เสื้อผ้ารวมถึงผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป
- บริการซักผ้า
- บริการพาไปพบแพทย์ตามนัดหมาย
- บริการดูแลด้านการพยาบาลเบื้องต้น เช่น ทำแผล
- บริการพี่เลี้ยงดูแลตลอด 24 ชั่วโมง
- บริการฌาปนกิจศพ

เงื่อนไขการเข้าอยู่

- เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลปานกลาง-มาก
- ญาติหรือครอบครัวมีความลำบากหรือไม่มีเวลาดูแล
- ต้องยินยอมที่จะย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ที่นี่เพื่อรับสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี

กำลังคน

มีพยาบาลเกษียณดูแลช่วงกลางวัน 1 คน เจ้าหน้าที่จำนวน 15 คนมีทั้งอยู่ประจำและไป-กลับ สัดส่วนเจ้าหน้าที่กับผู้สูงอายุที่ต้องดูแลอยู่ที่ 1 : 13 คน นอกจากนี้ผู้สูงอายุหรือคนพิการที่ช่วยเหลือตนเองได้ ก็จะมาช่วยงานของศูนย์ เช่น แจกข้าวเพื่อน เป็นต้น

ต้นทุนฝั่งผู้รับบริการ

ไม่มีค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ญาติสามารถจ่ายค่าดูแลในรูปแบบเงินบริจาคเป็นรายเดือนหรือเป็นครั้งคราวได้

ต้นทุนฝั่งผู้ให้บริการ

เดือนละ 230,000 บาท แหล่งที่มาของรายได้เป็นเงินบริจาคทั้งหมด ทั้งนี้ต้นทุนอาจลดลงเมื่อมีคนมาเลี้ยงอาหารผู้สูงอายุ หรือนำของใช้ที่จำเป็นมาบริจาคให้ รายละเอียดได้แก่

- ค่าสาธารณูปโภค (ค่าน้ำ ค่าไฟ) ประมาณ 20,000 บาท
- ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ 15 คน วันละ 400 บาท/คน เป็นเงิน 180,000 บาท
- ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าซ่อมบำรุงอุปกรณ์ต่างๆ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ประมาณ 30,000 บาท

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

- ผู้สูงอายุและผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกทอดทิ้ง ติดต่อกฎาไม่ได้ บางครั้งประสบอุบัติเหตุหรือไม่สบายต้องได้รับการผ่าตัดด่วน ญาติต้องมาเซ็นยินยอม ก็จะเป็นปัญหาเพราะไม่สามารถติดต่อกฎาได้
- มีภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมากในแต่ละเดือน ซึ่งงบประมาณมาจากเงินบริจาคทั้งหมด
- หน่วยงานของรัฐจากทั่วประเทศ เช่น โรงพยาบาล สถานีตำรวจ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง หน่วยกู้ภัย มูลนิธิ นำผู้สูงอายุและคนไร้บ้านมาฝากให้ที่ศูนย์ดูแล โดยไม่เคยเข้ามาช่วยเหลือหรือสนับสนุนใดๆ
- คุณลุงสนิทอายุมากขึ้นและเริ่มป่วยหลายโรค มีความกังวลว่าใครจะมารับดูแลศูนย์นี้ต่อ
- เมื่อต้นปี 2561 ได้จัดตั้งเป็นมูลนิธิเพื่อหวังว่าจะมีประโยชน์กับผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ปรากฏว่าในปี 2563 มูลนิธิพบเรื่องทุจริตเงินบริจาคและทรัพย์สินต่างๆ เป็นเงินกว่า 40 ล้านบาท ขณะอยู่ในชั้นศาล ส่งผลต่อสภาพจิตใจของลุงสนิทเป็นอย่างมาก

องค์กรสนับสนุน

1. โรงพยาบาลราชบุรี อำนวยความสะดวกเมื่อมีผู้สูงอายุจากศูนย์เข้ารับรักษา
2. สมาชิกสังคมออนไลน์ต่างๆ เช่น facebook ที่จะบริจาคเงินและสิ่งของต่างๆ ให้เสมอเมื่อทางศูนย์ร้องขอ

5.2.4 บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยโรงพยาบาล long term care Hospital

ในการศึกษา พบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยโรงพยาบาล long term care Hospital ในส่วนของบ้านเฟื่องฟ้า ซึ่งดำเนินการโดยโรงพยาบาลผู้สูงอายุแมคเคน สถาบันแมคเคน และโรงพยาบาลธนบุรี บูรณา ซึ่งอยู่ในโครงการฉัตร เวลบีอิง เคาน์ตี้ จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีรายละเอียด ในข้อ 5.2.1

5.3 บทวิเคราะห์รูปแบบบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน

จากการศึกษา รูปแบบบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท จะพบว่าบริการที่อยู่อาศัยดังกล่าว จะมีบริการสนับสนุน (Supportive Service) หลากหลายรูปแบบ สามารถสรุปบริการสนับสนุนที่มีในแต่ละบริการได้ดังในตารางที่ 5. 1

ตารางที่ 5. 1 แสดงประเภทบริการสนับสนุนของบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละโครงการ

บริการ	สถาน สงเคราะห์	มูลนิธิ มิตรภาพ	บ้านร่วมใจ แม่เตน	บ้านดอกแก้ว แม่เตน	สว่างนิเวศ	อึ้ง เคาต้ อึ้ง เคาต้	ศูนย์ ใจบ่อต๊พีต	Wellness we care	เบอรัลซึ่งโฮม	บ้านลุงสนิท
1. บริการด้านความมั่นคงทางกายภาพ (Physical Security)										
- บริการปรับสภาพแวดล้อม และอุปกรณ์ภายในบ้าน	☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑		☑	☑
- บริการดูแลรักษาบ้าน (Home maintenance services)	☑			☑	+	+	☑		☑	☑
- บริการจัดหาอาหาร	☑	☑	☑	☑		+	☑		☑	☑
- บริการส่งอาหารถึงที่พัก (Meal Delivery Services)			☑	☑		+			☑	☑
- บริการจัดหาเครื่องนุ่งห่ม และของใช้ในชีวิตประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุ	☑	☑							☑	☑
- บริการทำความสะอาดเสื้อผ้า	☑			☑	+	+	+		☑	☑
- สิทธิในการรักษาพยาบาล	☑	☑	☑	☑	☑	+			☑	☑
- มีสถานพยาบาลที่รับดูแล ผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้า ใช้บริการได้ทันที	☑	☑	☑	☑	☑	+				☑
- บริการรับส่งสำหรับนำ ผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาลใน ภาวะฉุกเฉิน	☑	☑	☑	☑	☑	+			☑	☑
- บริการรับส่งสำหรับนำ ผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาลใน กรณีที่ไม่ฉุกเฉิน	☑	+	☑	☑	☑	+				☑
- บริการผู้ช่วยเหลือพาผู้สูงอายุ ไปสถานพยาบาล	☑	+	☑	☑	☑	+				☑
- บริการจัดยาให้ผู้สูงอายุ									☑	☑
- บริการผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย		+			+	+			☑	☑
- บริการการเข้าถึงอุปกรณ์ที่ จำเป็นในการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ					☑	+				☑
2. บริการด้านความมั่นคงทางสังคม (Social Security)										
- บริการเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ		☑	☑	☑						☑
- บริการอาชีพเสริม	☑	☑								
- บริการจัดการสินทรัพย์และ พินัยกรรม	☑			☑	☑	☑				☑
- บริการช่วยผู้สูงอายุในการทำ ธุรกรรม	☑		☑	☑						☑

บริการ	สถาน สงเคราะห์	มูลนิธิ มิตรภาพ	บ้านร่วมใจ แม่เตตน	บ้านดอกแก้ว แม่เตตน	สว่างคนเฒ่า	จิตต์ อึ้ง เคาน์ตี้	สุขใจบ่อตีต	Wellness we care	เนอรัลซึ่งโฮม	บ้านลุงสนิท
- บริการข้อมูลข่าวสาร	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						
- บริการด้านการศึกษา										
3. บริการด้านความมั่นคงทางจิตใจและจิตวิญญาณ (Mental and Spiritual Security)										
- บริการจัดกิจกรรมทางสังคม	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
- บริการจัดกิจกรรมพาผู้สูงอายุ ออกไปนอกสถานที่		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	+					
- บริการดูแลค่าใช้จ่ายรายวัน ของผู้สูงอายุ		<input checked="" type="checkbox"/>								
- การจัดบริการฅาปนกิจ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>
4. บริการด้านการจัดการความเสี่ยง (Risk management services)										
- บริการ Daily check-in	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		+			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- บริการ Emergency call				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
- บริการรักษาความปลอดภัย		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
- บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>	+				

หมายเหตุ : มีการให้บริการ มีการให้บริการแบบไม่เป็นทางการ + ให้บริการแต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม



ให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียง

ช่องว่าง ไม่มีให้บริการ

จากตารางข้างต้นจะเห็นว่าบริการสนับสนุนในแต่ละประเภทที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ มีทั้งรูปแบบรายการสนับสนุนที่จัดไว้ให้อย่างเป็นทางการ บริการสนับสนุนที่จะทำเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหาในการให้บริการ รวมถึงบริการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายค่าใช้จ่ยเพิ่มเติม ซึ่งจากประเภทของบริการสนับสนุนข้างต้นสามารถนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนต่อไป

5.4 ข้อมูลผู้รับบริการของบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท

ผู้วิจัยทำการศึกษาผู้รับบริการของบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท โดยการใช้แบบสอบถาม ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้าใช้บริการในบริการที่อยู่อาศัย โดยในโครงการตั้งเป้าหมายที่จะเก็บข้อมูลศูนย์บริการละ 30 ชุด 12 ศูนย์บริการ แต่เนื่องจากประสบปัญหาการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ COVID-19 จึงทำให้สามารถเก็บข้อมูลผู้รับบริการของบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุจากหน่วยงานได้เพียง 7 แห่ง รวมทั้งสิ้น 149 ชุด จากข้อมูลในแบบสอบถามสามารถนำมาสรุปภาพรวมของผู้รับบริการได้ดังในตารางที่ 5. 2

ตารางที่ 5. 2 แสดงจำนวนและร้อยละผู้เข้ารับบริการในบริการที่อยู่อาศัยแต่ละโครงการ จำแนกเพศและอายุ

ผู้เข้ารับบริการ	มูลนิธิ มิตรภาพ สงเคราะห์ คนชราหญิง ติวานนท์		ภัทรสวัสดิ์ ซอยเรวดี 16		สว่างค นิเวศ		บ้านลุงสนิท		แมคเคน (บ้านร่วม ใจ)		แมคเคน (บ้านดอก แก้ว)		บ้านเขา บ่อแก้ว		รวม	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
จำนวน	31	20.81	3	2.01	29	19.46	26	17.45	18	12.08	2	1.34	40	26.85	149	100
ชาย	0	0	1	33.33	2	6.90	24	92.31	10	55.56	0	0	20	50	57	38.26
หญิง	31	100	2	66.67	27	93.10	2	7.69	8	44.44	2	100	20	50	92	61.74
อายุ (ปี)																
เฉลี่ย	75.61±6.24		84.00±6.08		79.31±8.65		60.35±11.95		78.72±7.5		76.50±9.19		78.88±7.18		75.10±10.78	
Max	87		88		94		86		92		83		92		94	
min	63		77		65		39		68		70		60		39	

จากข้อมูลจะพบว่า ผู้รับบริการของบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 75 ปีโดยพบว่า อายุน้อยที่สุดที่เข้าพักคือ 39 ปี และอายุมากที่สุดอยู่ที่ 94 ปี สาเหตุที่พบผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีเข้ารับบริการ เกิดจากกรณีบ้านลุงสนิทซึ่งให้บริการทั้งผู้สูงอายุและผู้พิการนั่นเอง เหตุนี้ทำให้อายุเฉลี่ยของผู้รับบริการของบ้านลุงสนิทจึงอยู่ที่ 60 ปีเท่านั้น ในส่วนของเพศ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าพักในบริการที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยพบที่ 61.74 เปอร์เซ็นต์ อย่างไรก็ตาม เงื่อนไขการรับผู้เข้าอยู่อาศัยของแต่ละโครงการที่อยู่อาศัย น่าจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การกระจายตัวของเพศของผู้เข้าพักอาศัยค่อนข้างไปทางเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อนึ่งมีข้อสังเกตในกรณีบ้านลุงสนิท ซึ่งรับดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีรายได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะพบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาในเชิงคุณภาพจะพบว่า ผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีรายได้น้อยส่วนใหญ่เหล่านี้เมื่อมีความพิการ ไม่สามารถสร้างรายได้ให้กับครอบครัว จะถูกนำมาฝากไว้ที่บ้านลุงสนิทนี้ และเมื่อสอบถามถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว จะพบว่ากลุ่มผู้รับบริการเหล่านี้มักมีสายสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่แน่นแฟ้นมากนักนี้อาจจะเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุและผู้พิการเพศหญิงไม่ถูกนำมาฝากไว้ที่บ้านลุงสนิทมากนัก

ตารางที่ 5. 3 จำนวนและร้อยละผู้เข้ารับบริการในบริการที่อยู่อาศัยแต่ละประเภท จำแนกตามสถานภาพสมรส การมีบุตร การพักอาศัยก่อนหน้า และเหตุผลหลักที่มาอยู่ที่นี่

ผู้เข้ารับบริการ	บริการที่พักอาศัยที่ไม่มี ค่าใช้จ่าย		บริการที่พักอาศัยที่มี ค่าใช้จ่าย		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
สถานภาพ						
โสด	45	39.13%	17	50.00%	62	41.61%
สมรส	10	8.70%	5	14.71%	15	10.07%
หม้าย	37	32.17%	8	23.53%	45	30.20%
หย่าร้าง	14	12.17%	4	11.76%	18	12.08%
แยกกันอยู่	9	7.83%	0	0.00%	9	6.04%
การมีบุตร/บุตรบุญธรรม						
ไม่มีบุตร	67	58.26%	26	76.47%	93	62.42%

ผู้เข้ารับบริการ	บริการที่พักอาศัยที่ไม่มีค่าใช้จ่าย		บริการที่พักอาศัยที่มีค่าใช้จ่าย		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
มีบุตร	48	41.74%	8	23.53%	56	37.58%
ก่อนหน้าที่จะมาอยู่ที่นี้ พักอาศัยอยู่กับใคร						
อยู่คนเดียว	36	31.30%	12	35.29%	48	32.21%
อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง	41	35.65%	14	41.18%	55	36.91%
มีบุตร หรือวัยแรงงานอาศัยอยู่ในบ้าน	38	33.04%	8	23.53%	46	30.87%
เหตุผลหลักที่มาอยู่ที่นี้						
อยู่ตัวคนเดียวและไม่มีบ้านของตนเอง	40	34.78%	5	14.71%	45	30.20%
หากอยู่ที่บ้านจะไม่มีใครเป็นผู้ดูแล เพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานกันหมด	17	14.78%	8	23.53%	25	16.78%
ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลด้านการพยาบาลอย่างใกล้ชิด	13	11.30%	5	14.71%	18	12.08%
ลูกหรือครอบครัวให้มาอยู่ที่นี้	14	12.17%	0	0.00%	14	9.40%
อยู่ตัวคนเดียวไม่มีครอบครัว แต่มีบ้านของตนเอง	3	2.61%	9	26.47%	12	8.05%
อยู่บ้านอาจเป็นภาระแก่ลูกได้	9	7.83%	1	2.94%	10	6.71%
เป็นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเฉพาะ เช่น โรคเรื้อรัง	9	7.83%	0	0.00%	9	6.04%
ไม่สามารถอยู่กับลูกหลานได้ เพราะมีปากเสียงกันบ่อยครั้ง	4	3.48%	0	0.00%	4	2.68%
เหงา ต้องการเข้าสังคมและมีกิจกรรมทำ	4	3.48%	0	0.00%	4	2.68%
มีความปลอดภัย	0	0.00%	4	11.76%	4	2.68%
มีญาติมาอยู่ก่อน	1	0.87%	0	0.00%	1	0.67%
คู่สมรสดูแลไม่ไหว	0	0.00%	1	2.94%	1	0.67%
สะดวกสบาย	0	0.00%	1	2.94%	1	0.67%
หน่วยงานราชการส่งมา	1	0.87%	0	0.00%	1	0.67%
อื่นๆ ได้แก่	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลสถานะสมรสจะพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ามาพักอาศัยในบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุดังกล่าว ส่วนใหญ่มีสถานะสมรสเป็นโสดถึงร้อยละ 41.61 รองลงมาเป็นหม้ายร้อยละ 30.20 และหย่าร้าง ร้อยละ 12.08 พบผู้สูงอายุที่มีคงสถานะสมรสอยู่เพียงร้อยละ 10.07 เท่านั้น บ่งบอกถึงลูกค้ำที่แท้จริงของบริการที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่คือ กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งอยู่เพียงลำพังนั่นเอง และเมื่อพิจารณาถึงกรณีการมีบุตรหรือบุตรบุญธรรม ก็จะพบว่า ร้อยละ 62.42 ของผู้สูงอายุไม่มีบุตร จากข้อมูลทั้งสองกรณีบ่งบอกถึง ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัวจะส่งผลต่อความต้องการบริการที่อยู่อาศัยเป็นอย่างยิ่ง และเมื่อพิจารณาถึงข้อมูลผู้สูงอายุว่าก่อนที่จะเข้ามาอยู่ที่บ้านพักนี้พักอาศัยอยู่กับใคร ก็จะพบข้อเท็จจริงว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการจะพักอาศัยอยู่ตัวคนเดียว หรือพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือญาติที่มีอายุมากกว่า หรืออยู่กับคู่สมรส ซึ่ง

เป็นวัยพึ่งพิง ส่วนน้อยเท่านั้นซึ่งอาศัยอยู่กับลูก หรือมีวัยแรงงานอาศัยอยู่ในบ้าน เมื่อสอบถามถึงเหตุผลหลักที่มาพักอาศัยอยู่ในบ้านพัก จะพบว่าสาเหตุอันดับ 1 ได้แก่การที่ผู้สูงอายุผู้นั้นอยู่คนเดียว รองลงมาระบุว่าหากอยู่ที่บ้านเดิมจะไม่มีผู้ดูแล เนื่องจากลูกหลานต้องออกไปทำงานกันหมด

ตารางที่ 5. 4 จำนวนและร้อยละผู้เข้ารับบริการในบริการที่อยู่อาศัยแต่ละประเภท จำแนกภูมิลำเนา ก่อนหน้าที่มาอยู่ที่นี่

ผู้เข้ารับบริการ	บริการที่พักอาศัยที่ไม่มีค่าใช้จ่าย		บริการที่พักอาศัยที่มีค่าใช้จ่าย		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
	จังหวัดที่อยู่มาก่อนจะมาอยู่บ้านพักอยู่ใน/ใกล้บ้านพัก					
ไม่ใช่	50	43.48%	3	8.82%	53	35.57%
ใช่	65	56.52%	31	91.18%	96	64.43%

เมื่อพิจารณาถึงภูมิลำเนาของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ จะพบว่าร้อยละ 64.43 จะมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดใกล้เคียงกับบริการที่อยู่อาศัยที่ผู้สูงอายุเลือกเข้ารับบริการ อย่างไรก็ตาม พบผู้สูงอายุถึงร้อยละ 35.57 ซึ่งไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดใกล้เคียงกับบ้านพักที่เข้ารับบริการ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าบริการที่พักอาศัยที่มีการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุน่าจะมีการกระจายตัวที่ไม่เพียงพองจะรองรับผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาคนั่นเอง

ตารางที่ 5. 5 จำนวนและร้อยละผู้เข้ารับบริการในบริการที่อยู่อาศัยแต่ละประเภท จำแนกระดับการศึกษา อาชีพ สติกรรมการรักษาพยาบาล รายได้ และสินทรัพย์

ผู้เข้ารับบริการ	บริการที่พักอาศัยที่ไม่มีค่าใช้จ่าย		บริการที่พักอาศัยที่มีค่าใช้จ่าย		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
	ระดับการศึกษา					
ไม่เคยเรียน	13	11.30%	1	2.94%	14	9.40%
ประถมศึกษา	73	63.48%	5	14.71%	78	52.35%
มัธยมศึกษา/ปวช.	26	22.61%	2	5.88%	28	18.79%
อนุปริญญา/ปวส.	3	2.61%	2	5.88%	5	3.36%
ปริญญาตรี	0	0.00%	19	55.88%	19	12.75%
ปริญญาโท	0	0.00%	4	11.76%	4	2.68%
ปริญญาเอก	0	0.00%	1	2.94%	1	0.67%
ก่อนหน้านี้นประกอบอาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	5.22%	0	0.00%	6	4.03%
ธุรกิจส่วนตัวมีลูกจ้าง	4	3.48%	2	5.88%	6	4.03%
ธุรกิจส่วนตัวไม่มีลูกจ้าง	20	17.39%	5	14.71%	25	16.78%
รับราชการ	5	4.35%	14	41.18%	19	12.75%
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	1.74%	4	11.76%	6	4.03%
พนักงานเอกชน	16	13.91%	5	14.71%	21	14.09%
เกษตรกร/ประมง	14	12.17%	0	0.00%	14	9.40%
รับจ้างทั่วไป	42	36.52%	2	5.88%	44	29.53%
อื่นๆ	6	5.22%	2	5.88%	8	5.37%

ผู้เข้ารับบริการ	บริการที่พักอาศัยที่ไม่มีค่าใช้จ่าย		บริการที่พักอาศัยที่มีค่าใช้จ่าย		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
สิทธิรักษาพยาบาลที่ใช้จริง						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)	107	93.04%	12	35.29%	119	79.87%
ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	5	4.35%	0	0.00%	5	3.36%
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	1	0.87%	15	44.12%	16	10.74%
รัฐวิสาหกิจ	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
ประกันสุขภาพเอกชน	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
จ่ายเงินเอง	1	0.87%	7	20.59%	8	5.37%
ไม่ทราบ	1	0.87%	0	0.00%	1	0.67%
รายได้ต่อปีก่อนหน้า						
ไม่มีรายได้	11	9.57%	0	0.00%	11	7.38%
น้อยกว่า 40,000 บาท	64	55.65%	10	29.41%	74	49.66%
40,000-500,000 บาท	40	34.78%	20	58.82%	60	40.27%
มากกว่า 500,000 บาท	0	0.00%	4	11.76%	4	2.68%
ลักษณะของสินทรัพย์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
ไม่มีสินทรัพย์	96	83.48%	5	14.71%	101	67.79%
เงินออม	9	7.83%	27	79.41%	36	24.16%
ทอง	2	1.74%	2	5.88%	4	2.68%
พันธบัตร	0	0.00%	5	14.71%	5	3.36%
รถยนต์	1	0.87%	7	20.59%	8	5.37%
บ้าน	9	7.83%	8	23.53%	17	11.41%
ที่ดิน	4	3.48%	4	11.76%	8	5.37%
ประกันชีวิต	0	0.00%	5	14.71%	5	3.36%

เมื่อศึกษาถึงระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ จะพบว่า บริการที่อยู่อาศัยที่มีค่าใช้จ่าย มักจะมีวงเงินค่อนข้างสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการจึงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีวุฒิการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีขึ้นไปถึงร้อยละ 70.59 ในขณะที่บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าพักอาศัย จะมีวุฒิการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาถึงอาชีพของผู้สูงอายุ ก่อนที่จะเข้าพักอาศัยในบ้านพัก ก็พบว่า บริการที่อยู่อาศัยที่มีค่าใช้จ่าย ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัทเอกชน เป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าพักในบริการที่พักอาศัยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จะพบว่า อาชีพของผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัย ส่วนใหญ่จะมีอาชีพรับจ้างทั่วไป เกษตรกร ธุรกิจส่วนตัวที่ไม่มีลูกจ้าง ซึ่งในส่วนนี้ก็มีความสอดคล้องกับสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบว่าในกลุ่มบริการที่อยู่อาศัยที่มีค่าใช้จ่าย เช่น สว่างคนิवास ลูกค้ำส่วนใหญ่มิสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิข้าราชการ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยในบริการที่พักอาศัยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น

ในส่วนของคุณมูลรายได้และสินทรัพย์ของผู้สูงอายุจะพบความสอดคล้องกัน กล่าวคือผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยในบริการที่พักอาศัยที่มีค่าใช้จ่าย เช่น สว่างคนิवास บ้านดอกแก้วของสถาบันแมคเคน จะมีรายได้ค่อนข้างสูงมากกว่า 40,000 บาทต่อปีขึ้นไป และมีสินทรัพย์ส่วนใหญ่เป็นเงินออมและอื่นๆ ในขณะที่ผู้สูงอายุ

ที่เข้าพักอาศัยในบริการที่พักรักษาที่ไม่มีค่าใช้จ่ายจะมีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปีและในบางรายถึงขั้นไม่มีรายได้เลยด้วยซ้ำและส่วนใหญ่ไม่มีสินทรัพย์เลย

จากข้อมูลผู้รับบริการที่เข้ารับบริการที่อยู่อาศัยในแต่ละประเภท น่าจะสามารถสรุปได้ชัดเจนว่า “ลูกค้าที่แท้จริง” ของบริการที่อยู่อาศัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง รวมถึงผู้สูงอายุที่ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับวัยพึ่งพิง ซึ่งแน่นอนว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในอนาคตมีโอกาสที่จะอยู่ตามลำพังในภายหลัง ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าข่ายดังกล่าว ได้แก่ผู้สูงอายุที่มีสถานะโสด หรือมีสถานะสมรสแต่ไม่มีบุตรนั่นเอง

อนึ่งเมื่อเจาะลึกลงไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและมีสินทรัพย์น้อย ก็พบข้อเท็จจริงว่า บริการที่อยู่อาศัยมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและมีรายได้หรือสินทรัพย์น้อยเป็นอย่างยิ่ง การพัฒนาในอนาคตถึงบริการที่อยู่อาศัย จึงควรจะมีตัวเลือกสำหรับบริการที่อยู่อาศัยทั้งสำหรับผู้ที่มีสินทรัพย์เพียงพอที่จะเลือกใช้บริการ และขณะเดียวกันจะต้องมีบริการที่อยู่อาศัยสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยร่วมด้วยเสมอ

บทที่ 6

ว่าด้วยอุปสงค์ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

ความนำ

เนื้อหาบทนี้ เป็นการนำเสนอผลการศึกษาศาสนาการณผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐที่โครงการดำเนินการ ทั้งส่วนที่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (2106 ชุด) และผลการศึกษาเชิงคุณภาพในส่วนของผู้อายุยากจนแบบสุดโต่ง รวมไปถึงความยากลำบากของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ในการนำเสนอแต่ละส่วน จะนำเสนอข้อค้นพบและบทวิเคราะห์ไปพร้อมๆ กัน โดยจัดลำดับการนำเสนอ ดังนี้

6.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

6.2 สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ทั้งที่เป็นสถานะทางเศรษฐกิจ สุขภาพ รูปแบบการอยู่อาศัย และบทสรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

6.3 ความต้องการบริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ซึ่งแบ่งเป็นความต้องการเป็น 3 กลุ่มคือ บริการที่อยู่อาศัย บริการสนับสนุนและบริการด้านสุขภาพ

6.4 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพในกรณีผู้อายุแบบสุดโต่ง และผลกระทบต่อสถานการณ์โควิด-19 ต่อผู้สูงอายุยากจนที่มีรายได้น้อยทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

6.5 เป็นการนำเสนอบทสรุปและข้อเสนอแนะจากข้อค้นพบเรื่องอุปสงค์ ซึ่งประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ สรุปความต้องการในปัจจุบันและอนาคตตามการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขด้านสุขภาพและรูปแบบการอยู่อาศัย (future scenario) ข้อพิจารณาการจัดเกณฑ์ในการจัดลำดับความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย รวมไปถึงข้อเสนอการจัดลำดับความสำคัญของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ

6.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive service) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ คณะผู้วิจัยได้กำหนดการคัดเลือกพื้นที่ และขนาดตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกตามกรอบระเบียบวิธีการศึกษาที่ได้นำเสนอแล้วในบทที่ 3 การกำหนดพื้นที่ศึกษาประกอบด้วย

1) พื้นที่เมืองมหานคร ได้แก่ กรุงเทพมหานคร

2) พื้นที่เขตเมืองและเขตชนบทของตัวแทนจังหวัดในกลุ่มเมืองหลักและจังหวัดในกลุ่มเมืองรองใน 4 ภูมิภาค (ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้) ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดลำปาง จังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดสงขลา และจังหวัดปัตตานี

	เมืองมหานคร	ภาคเหนือ	ภาคกลาง	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
เมืองหลัก	กรุงเทพมหานคร	เชียงราย	อุตรดิตถ์	อุบลราชธานี	สงขลา
เมืองรอง		ลำปาง	นครสวรรค์	มหาสารคาม	ปัตตานี

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดไว้ทั้งสิ้นจำนวน 2,500 คน โดยแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่กรุงเทพมหานครจำนวน 500 คน และกลุ่มตัวอย่างใน 4 ภูมิภาคจำนวน 500 คน/ภูมิภาค (จังหวัดละ 250 คน) กระบวนการเก็บข้อมูลมีระยะเวลาการดำเนินงานในระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่กำลังเกิดการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ในประเทศไทย ส่งผลกระทบให้การดำเนินการเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่ทำได้ด้วยความยากลำบาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเปราะบาง และมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดเชื้อโรคของภาครัฐที่มีการจำกัดการเดินทาง เคลื่อนย้ายและควบคุมพื้นที่ต่าง ๆ อย่างเข้มงวด ส่งผลให้คณะทำงานไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ในบางพื้นที่ ทำให้จำนวนตัวอย่างที่เก็บข้อมูลรวมทั้งสิ้น 2,106 คน แบ่งเป็นในพื้นที่กรุงเทพมหานครจำนวน 498 คน ในพื้นที่ภาคกลางจำนวน 377 คน ภาคเหนือจำนวน 497 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 486 คน และภาคใต้จำนวน 248 คน ดังที่แสดงในตารางที่ 6.1 1 ข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายกับจำนวนที่เก็บได้จริง เมื่อพิจารณาขนาดกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามเขตที่อยู่อาศัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้ในเขตเมืองและเขตชนบทมีจำนวน 1,236 คน และ 870 คน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัดเป้าหมายพบว่าส่วนใหญ่สามารถเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ต่ำกว่าจำนวนรวมที่กำหนดไว้ และมี 1 จังหวัดที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ คือ จังหวัดสงขลา เนื่องจากพบอุปสรรคตามข้อจำกัดที่กล่าวไว้ข้างต้น มี 2 จังหวัดที่สามารถเก็บได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดลำปางซึ่งเก็บได้จังหวัดละ 251 คน เมื่อพิจารณาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จากการสุ่มตัวอย่างตามโควตาที่กำหนดที่แบ่งตามสถานสุขภาพ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง และกำหนดตามรูปแบบการอยู่อาศัยพบว่า สามารถเก็บข้อมูลตัวอย่างกลุ่มติดบ้านได้มากกว่าจำนวนเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเก็บได้จำนวน 137 คน ขณะที่กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคมสามารถเก็บข้อมูลได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ 96 คนและ 1,873 คน ตามลำดับ

ตารางที่ 6.1. 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริงเปรียบเทียบกับเป้าหมาย

คุณลักษณะที่ใช้การในการกำหนดโควตา	กลุ่มตัวอย่าง	
	เป้าหมาย	ที่เก็บได้จริง
ภูมิภาค		
กรุงเทพมหานคร	500	498
ภาคกลาง	500	377
ภาคเหนือ	500	497
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	500	486
ภาคใต้	500	248
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	1,500	1,236
เขตชนบท	1,000	870
จังหวัด		
กรุงเทพมหานคร	500	498
อยุธยา	250	126
นครสวรรค์	250	251

คุณลักษณะที่ใช้การในการกำหนดโควตา	กลุ่มตัวอย่าง	
	เป้าหมาย	ที่เก็บได้จริง
เชียงใหม่	250	246
ลำปาง	250	251
อุบลราชธานี	250	243
มหาสารคาม	250	243
สงขลา	250	-
ปัตตานี	250	248
สถานสุขภาพ + รูปแบบการอยู่อาศัย		
ติดบ้าน	120	137
ติดเตียง	120	96
ติดสังคม	2,260	1,873
อยู่คนเดียว	260	237
อยู่กันสองคนกับคู่ครอง	440	318
อยู่เฉพาะวัยฟุ้งฟิง	140	101
อื่นๆ	1,420	1,217
จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม	2,500	2,106

หมายเหตุ: เป็นการรวบรวมข้อมูลในช่วงการระบาดของโควิด 19 โดยใช้การกำหนดคุณสมบัติของตัวอย่างในแต่ละภูมิภาค เลือกจังหวัดเมืองหลัก 1 จังหวัด และจังหวัดเมืองรอง 1 จังหวัด

ในการสำรวจนี้คณะผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุยากจน คือ ผู้ที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือมีรายได้ไม่น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี การกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้นั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจประชากรสูงอายุ (SOP) ปี 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า การกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะตัวอย่างเป็นไปในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยจะพบว่าในด้านโครงสร้างของอายุและเพศ รวมถึงสถานภาพสมรสของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนจากกลุ่มตัวอย่าง และการสำรวจ SOP เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในขณะที่ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันเล็กน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการคนจน ซึ่งตามเกณฑ์คือ มีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาทต่อปี ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่เคยทำงานประจำหรือเป็นข้าราชการ แต่ในปัจจุบันได้รับเงินบำนาญเพียงเล็กน้อย ดังที่แสดงในตารางที่ 6.1 2

ตารางที่ 6.1. 2 การกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเปรียบเทียบกับการสำรวจ SOP

คุณลักษณะตัวอย่าง	ผู้สูงอายุยากจน	
	จากการสำรวจนี้	การสำรวจ SOP
เพศ		
ชาย	35.42	38.44
หญิง	64.58	61.56
กลุ่มอายุ		
55-59 ปี	11.92	18.36
60-69 ปี	41.45	37.83
70-79 ปี	30.29	28.29
80 ปีขึ้นไป	16.33	15.52
ค่าเฉลี่ย	69.77	68.87
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.95	9.35
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	15.95	12.52
ประถมหรือเทียบเท่า	71.32	80.57
มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	5.32	2.52
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	3.47	2.58
สายอาชีพ ปวช. ปวส	3.04	
ปริญญาตรี	0.85	1.82
สูงกว่าปริญญาตรี	0.05	
สถานภาพสมรส		
โสด	7.50	5.24
กำลังสมรส/มีคู่สมรส	47.44	59.39
เป็นหม้าย	37.37	32.01
หย่าร้าง	6.03	1.66
แยกกันอยู่	1.66	1.69
รวม	100.00	100.00
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ไม่ถ่วงน้ำหนัก)	2,106	25,510

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

หมายเหตุ: ในการสำรวจนี้กำหนดให้ผู้สูงอายุยากจน คือ ผู้ที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือมีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี ส่วนในการสำรวจประชากรสูงอายุ (SOP) ปี 2560 เป็นผู้ที่มียาได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี

6.2 สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

6.2.1 สถานะทางเศรษฐกิจของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

ในส่วนนี้เป็นการพิจารณาสถานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยมิติด้านรายได้ สถานภาพการทำงาน และการรับภาระค่าใช้จ่ายในบ้าน เพื่อค้นหากลุ่มผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับบริการสนับสนุนเพื่อให้สามารถอาศัยอยู่ที่เดิมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในมิติด้านรายได้ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้คือ ผู้สูงอายุยากจน ซึ่งใช้เกณฑ์พิจารณาสถานะยากจนจากการมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือหากไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ผู้สูงอายุต้องมีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี¹³ อย่างไรก็ตาม ภายในกลุ่มผู้สูงอายุยากจนเองนั้นก็ยังมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จึงทำให้ต้องมีการหาเกณฑ์ในการจัดแบ่งระดับความยากจนของผู้สูงอายุอีกครั้ง โดยผลจากการสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุยากจนและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เท่ากับ 2,160.45 บาท (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1,574.94 บาท) ซึ่งถือว่าต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนตามเส้นความยากจนที่กำหนดโดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ 2,710 บาท ผู้สูงอายุที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.6 มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ในขณะที่ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่ไม่อยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการนี้ร้อยละ 29.4 นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้านรายได้ภายในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐด้วยตัวเองแล้ว พบว่ามีผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 40,000 บาทต่อปีประมาณร้อยละ 85.8 ในขณะเดียวกันก็ยังพบว่ามีผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยสูงกว่า 40,000 บาทต่อปีประมาณร้อยละ 14.2 (ดูตารางที่ 6.2 1)

ตารางที่ 6.2. 1 การกระจายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

(n=2,106)

การจัดกลุ่มรายได้ของผู้สูงอายุ	ร้อยละ
รายได้ของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อเดือนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	2,160.45
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1,574.94
ค่ามัธยฐาน	2,000
ค่าฐานนิยม	3,000
ค่าสูงสุด	20,000
ค่าต่ำสุด	100
การมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	
ไม่มี	29.4
มี	70.6
รายได้เฉลี่ย/เดือน < 40,000 บาท	85.8
รายได้เฉลี่ย/เดือน > 40,000 บาท	14.2

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

¹³ เกณฑ์รายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี คำนวณจากรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อคนตามเส้นความยากจน (Poverty line) ของพื้นที่กรุงเทพฯ ปี 2561 ซึ่งเป็นเส้นความยากจนที่สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ

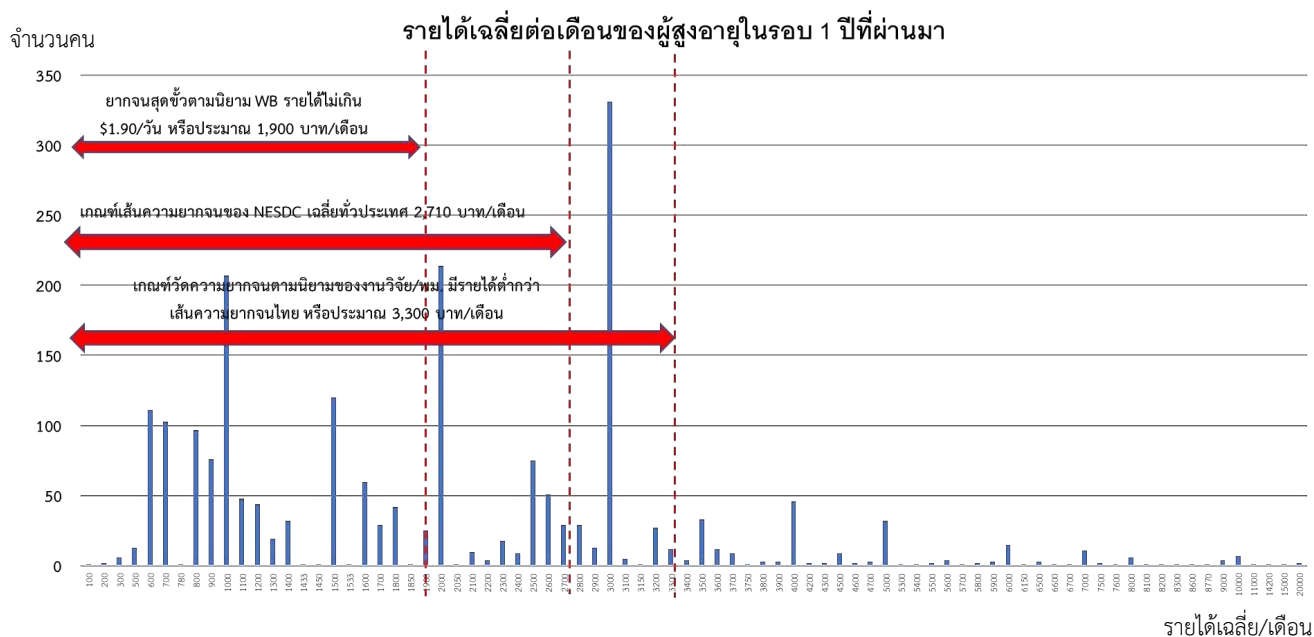
การจัดกลุ่มความยากจนของผู้สูงอายุ เพื่อค้นหากลุ่มเปราะบางที่สุด หรือกลุ่มยากจนแบบสุดขีด (extremely poor) ในบริบทของไทย คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างการใช้เกณฑ์แบ่งกลุ่มความยากจนจากแหล่งต่างๆ เกณฑ์แรกคือ การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุยากจนตามนิยามของงานวิจัย ซึ่งใช้เกณฑ์ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีไม่เกิน 40,000 บาท แต่เนื่องจากการคำนวณจากฐานของเส้นความยากจนในพื้นที่กรุงเทพฯ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดตกไปอยู่ใต้เส้นความยากจนเกือบร้อยละ 90 ส่วนเกณฑ์ที่สองที่เลือกนำมาวิเคราะห์ คือ ใช้เกณฑ์ของ World Bank 2021: Extreme poverty ซึ่งกำหนดให้เกณฑ์วัดความยากจนแบบสุดขีด คือ ผู้ที่มีรายได้ขั้นต่ำวันละ 1.90 เหรียญสหรัฐฯ หรือประมาณ 63 บาท/วัน = 1,900 บาท/เดือน ผลจากการวิเคราะห์เพื่อจัดแบ่งกลุ่มออกมาทำให้เห็นว่าสัดส่วนของกลุ่มยากจนสุดขีดในเมืองกับชนบทแทบจะไม่มี ความแตกต่างกัน โดยมีผู้สูงอายุที่ตกเป็นกลุ่มยากจนแบบสุดขีด ร้อยละ 49.4 ในขณะที่กลุ่มยากจนปกติ มีประมาณร้อยละ 50.6 สำหรับเกณฑ์สุดท้ายที่คณะผู้วิจัยตัดสินใจเลือกใช้เกณฑ์นี้ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุยากจน และเป็นเกณฑ์ที่ให้ผลการแบ่งกลุ่มอยู่ระหว่างกลางของ 2 เกณฑ์แรก (ดูภาพที่ 6.2. 1) คือ เส้นแบ่งความจน (poverty line) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ปี พ.ศ. 2561 ซึ่งได้คำนวณบนฐานของเส้นความยากจนที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ด้วย (เขตเมือง/เขตชนบทในแต่ละภูมิภาค) เนื่องจากผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ย่อมมีรายได้และค่าครองชีพที่แตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของพื้นที่ ผลจากการใช้เกณฑ์ดังกล่าวทำให้จัดแบ่งผู้สูงอายุยากจนออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ร้อยละ 72.3 และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน ร้อยละ 27.7 (ดูตารางที่ 6.2 2)

ตารางที่ 6.2 การกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความยากจนที่แบ่งตามเกณฑ์จากแหล่งต่างๆ

(n=2,106)

ระดับความยากจน	ร้อยละ
จำแนกตามนิยามผู้สูงอายุยากจนของงานวิจัย (<40,000 บาท/ปี)	
รายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี	88.9
รายได้มากกว่า 40,000 บาทต่อปี	11.1
จำแนกตามเส้นแบ่งความยากจนสุดขีดของธนาคารโลก (2564)	
กลุ่มยากจนสุดขีด (มีรายได้ต่ำกว่าวันละ \$1.90) (<=1,900 บาท/เดือน)	49.4
กลุ่มยากจน (> 1,900 บาท/เดือน)	50.6
จำแนกตามเส้นแบ่งความยากจนของ NESDC (2561)	
กลุ่มรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน	72.3
กลุ่มรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน	27.7

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ



ภาพที่ 6.2. 1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามเกณฑ์การแบ่งความยากจนแบบต่างๆ ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัย, 2564

สำหรับการจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุยากจนโดยใช้เส้นแบ่งความยากจนของ สศช. ปี 2561 ในรายพื้นที่ จะยิ่งเห็นความเปราะบางของกลุ่มผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาคชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพฯ ซึ่งมีความเป็นเมืองสูง กลับมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนสูงถึงร้อยละ 84.8 รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุยากจนในภาคใต้¹⁴ที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนถึงร้อยละ 84.7 และภาคกลางที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ร้อยละ 74.1 (ดูตารางที่ 6.2 3)

ตารางที่ 6.2. 3 สัดส่วนของผู้สูงอายุ จำแนกตามเส้นแบ่งความยากจนของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2561

ภูมิภาค	รายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน	รายได้สูงกว่าเส้นความยากจน
กรุงเทพฯ	84.8	15.2
ภาคกลาง	74.1	25.9
ภาคเหนือ	59.4	40.6
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	66.7	33.3
ภาคใต้	84.7	15.3

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ในมิติด้านสถานภาพการทำงาน ผู้สูงอายุยากจนบางส่วนยังคงต้องทำงานและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้านเป็นหลัก ซึ่งในภาพรวมผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 66 ไม่ได้ทำงานอยู่ ณ ปัจจุบัน (รวมกลุ่มว่างงานและเกษียณอายุ) ในขณะที่มีบางส่วนยังคงต้องทำงานอยู่ ประมาณร้อยละ 34 โดยส่วนใหญ่อยู่ภาคนอกระบบ ได้แก่ รับจ้างทั่วไป ค้าขาย และทำงานในภาคเกษตร ทั้งนี้ กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่ประมาณ ร้อยละ 59.9

¹⁴ พื้นที่เก็บข้อมูลของภาคใต้ คือ จังหวัดปัตตานี ซึ่งมีกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่งสูงใกล้เคียงกับพื้นที่กรุงเทพฯ แต่ในบริบทที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานีมีความเปราะบางและด้อยโอกาส โดยเฉพาะในกลุ่มที่อาศัยในเขตชนบท

จะมีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน ในขณะที่ บางส่วนแม้ยังทำงานอยู่แต่ก็มีรายได้น้อยมากคือ ต่ำกว่าเส้นความยากจนประมาณร้อยละ 24.3 สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานแล้วและมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนมีมากถึงร้อยละ 75.7 ถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่สุดอีกกลุ่มหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีครอบครัวสนับสนุน ซึ่งมีกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยคนเดียว หรืออยู่ด้วยกันเฉพาะวัยฟุ้งเฟ้อ และไม่บุตรอยู่บ้านใกล้เคียง อีกทั้งมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนประมาณร้อยละ 23.7

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาพร้อมกับปัจจัยด้านอายุร่วมด้วย พบว่ามีกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) ที่ยังคงทำงานอยู่ประมาณร้อยละ 23 และที่น่าสนใจคือ มีผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ยังคงทำงานอยู่ประมาณร้อยละ 4 ซึ่งเมื่อพิจารณาความแตกต่างในระดับพื้นที่ พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทรายงานว่า ยังคงทำงานอยู่สูงกว่าในเขตเมืองเล็กน้อย ประมาณร้อยละ 38.4 และ 31.2 ตามลำดับ ส่วนภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุยากจนยังคงทำงานอยู่มากที่สุดคือ ภาคกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ภาคเหนือ ร้อยละ 38.0 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 31.1

ในมิติการพึ่งพาตนเองด้านรายได้ ซึ่งพิจารณาจากข้อความเรื่องการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้านเป็นหลัก ในภาพรวม ผู้สูงอายุยากจนมีคนอื่นจ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านให้เป็นหลักสูงกว่าไม่มีเพียงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 51.7 และ 48.3 ตามลำดับ ในขณะที่พบข้อมูลที่น่าสนใจคือ กลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนและยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก มีมากถึงร้อยละ 43.5 และเมื่อนำเฉพาะกลุ่มนี้ไปวิเคราะห์ห้ร่วมกับการมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือไม่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก อีกทั้งเป็นกลุ่มที่ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐประมาณร้อยละ 13.7 (ดูตารางที่ 6.2 4)

ตารางที่ 6.2. 4 สัดส่วนของผู้สูงอายุยากจน จำแนกตามสถานะการทำงานและการพึ่งพาตนเองด้านรายได้

(n=2,106)

สถานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ	รายได้ต่ำกว่า		รวม
	เส้นความยากจน	เส้นความยากจน	
สถานการณทำงาน			
ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน/เกษียณ	75.7	40.1	65.9
ยังคงทำงานอยู่	24.3	59.9	34.1
การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้าน (การพึ่งพาตนเองด้านรายได้)			
คนอื่นจ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านให้เป็นหลัก	56.5	38.9	51.7
ผู้สูงอายุจ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก	43.5	61.1	48.3
การอยู่อาศัยของครัวเรือนผู้สูงอายุ			
อาศัยอยู่เฉพาะวัยฟุ้งเฟ้อ และไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	23.7	21.7	22.2
อาศัยอยู่เฉพาะวัยถึงฟุ้ง แต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	11.3	11.2	11.3
มีบุตร หรือวัยแรงงานอาศัยอยู่ในบ้าน	65.0	67.1	66.5
รวม	100.0	100.0	100.0

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

โดยสรุปผลจากการวิเคราะห์สถานะทางเศรษฐกิจของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนในการศึกษานี้ด้วยตัวแปรด้านระดับรายได้ สถานภาพการทำงาน และการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก ทำให้เห็นภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐอย่างเร่งด่วนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุยากจนกลุ่มอื่นๆ ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจเกือบ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 29.4) ที่ต้องเร่งให้ความช่วยเหลือกลุ่มคนที่หลุดจากระบบสวัสดิการพื้นฐานสำหรับคนยากจนของรัฐนี้
- 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ร้อยละ 27.7 เป็นกลุ่มที่ยากจนที่สุดในบรรดากลุ่มคนยากจนด้วยกัน เนื่องด้วยความเป็นผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชากรวัยอื่นโดยเปรียบเทียบ ถือเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการใช้ศักยภาพตัวเองเพื่อสร้างความมั่นคงด้านรายได้ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้
- 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานแล้วและมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนมีมากถึงร้อยละ 75.7 ถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่สุดอีกกลุ่มหนึ่ง โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีบุตรหลานหรือครอบครัวสนับสนุนอยู่
- 4) กลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน และยังคงรับภาระค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 43.5

6.2.2 สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

การสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและการบริการสนับสนุน (supportive service) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ คณะผู้วิจัยได้กำหนดให้แบบสอบถามมีการจำแนกการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุออกเป็น กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยจำแนกตามลักษณะภายนอกที่พบเห็นในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุนั้นๆ หนึ่งในแบบสอบถามเองได้มีการนำข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นมาตรฐานสากลและเป็นที่ยอมรับในประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขก็ได้นำดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) นี้มาใช้เป็นเกณฑ์ในการจำแนกสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังปรากฏในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งผลิตโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยระบุว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) 0-4 คะแนน ถือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนนเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งเมื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่จัดเก็บได้ในการศึกษาครั้งนี้พบข้อมูลดังตารางที่ 6.2 5)

ตารางที่ 6.2. 5 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามสถานะที่พบเห็นโดยผู้สัมภาษณ์เปรียบเทียบกับค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จากแบบสอบถาม

สถานะที่พบเห็นโดยผู้สัมภาษณ์	Barthel ADL index (BI)			
	BI<=4	BI 5-11	BI>=12	Total
ติดสังคม	0	5	1887	1892
ติดบ้าน	5	20	116	141
ติดเตียง	56	32	11	99
รวม	61	57	2014	2132

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลข้างต้นจะสังเกตว่า เมื่อจำแนกผู้สูงอายุโดยใช้ค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพียงลำพัง จะพบว่ามิใช่ตลาดเคลื่อนในการประเมินสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุกลุ่มที่ติดบ้านมีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ส่วนใหญ่มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป ซึ่งหากประเมินด้วยเกณฑ์ของกรมอนามัยดังกล่าวก็จะถือว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มติดสังคม มิใช่ติดบ้านแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามในแบบสอบถามดังกล่าวได้มีการเพิ่มเติมข้อคำถาม เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมที่สนับสนุนชีวิตประจำวันทั้งภายในบ้านและชุมชนที่มักมีความซับซ้อนมากขึ้น (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) (มุทิตา พนาสภิตย์, 2560) IADL จะเป็นกิจกรรมที่สนับสนุนชีวิตประจำวันทั้งภายในบ้านและชุมชนที่มักมีความซับซ้อนมากขึ้น มีการใช้เครื่องมือที่ต้องอาศัยการวางแผน ความจำ การแก้ปัญหา การใช้เหตุผล เช่น การไปซื้อของ การเดินทาง การประกอบอาหาร การจัดการเรื่องยา เป็นต้น จึงนิยมประเมิน IADL ในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อตอบเรื่องความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างอิสระ การไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ IADL ยังเป็น ตัวชี้วัดสุขภาพที่สำคัญที่สามารถทำนายความบกพร่องทางสติปัญญา ภาวะสมองเสื่อม และอัตราการตายในผู้สูงอายุได้อีกด้วย (Pashmdarfard M, 2020) ทั้งนี้เมื่อนำข้อคำถาม IADL ในเรื่องของความสามารถในการเดินทางด้วยตนเอง มาผนวกเพิ่มเข้ากับค่าดัชนี Barthel ADL index ที่เก็บข้อมูลได้ โดยพิจารณาผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนดัชนี Barthel ADL index มากกว่า 12 คะแนนแต่ไม่สามารถเดินทางได้ด้วยตนเองถือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน จะจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุได้ดังตารางที่ 6.2 6)

ตารางที่ 6.2. 6 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามสถานะที่พบเห็นโดยผู้สัมภาษณ์เปรียบเทียบกับเมื่อจำแนกตามค่าดัชนี Barthel ADL index ร่วมกับความสามารถในการเดินทางด้วยตนเอง

สถานะที่พบเห็นโดยผู้สัมภาษณ์	จำแนกตามค่าดัชนี Barthel ADL index ร่วมกับความสามารถในการเดินทางด้วยตนเอง			
	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม	Total
ติดสังคม	0	441	1451	1892
ติดบ้าน	5	116	20	141
ติดเตียง	56	43	0	99
รวม	61	600	1471	2132

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลในตารางจะพบว่า ข้อมูลผู้ป่วยติดบ้านที่ได้จากการสังเกตโดยผู้สัมภาษณ์มีความใกล้เคียงกับการจำแนกตามเกณฑ์มากยิ่งขึ้น จากลักษณะดังกล่าวบ่งบอกว่า การจำแนกสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยอาศัยค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพียงลำพัง น่าจะไม่สามารถจำแนกสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องมากเพียงพอ เนื่องจากค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เป็นเพียงการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันตามศักยภาพของร่างกายเท่านั้น ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีความเสื่อมถอยในเรื่องของสุขภาพจิตและสติปัญญาร่วมด้วย เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ เป็นต้น ซึ่งกรณีเหล่านี้ไม่สามารถคัดกรองได้โดยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพียงลำพัง ดังนั้นการประเมินสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต ควรมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์ในการจำแนกสถานะผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่ปรากฏ

จุดสังเกตอีกจุดหนึ่งที่ได้จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก็คือ ยังมีความคลาดเคลื่อนของการประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) อยู่ ดังจะพบว่าผู้สูงอายุบางคนมีดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อย แต่ถูกจำแนกไว้ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน เป็นต้น แม้ว่าแบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาให้ง่ายขึ้น จนกระทั่งกรมอนามัยนำไปใช้เป็นแบบประเมินหลักในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีการสำรวจแบบประเมินดังกล่าวโดยสม แต่จากจุดสังเกตที่พบดังกล่าวจึงควรมีการสร้าง ความเข้าใจในกลุ่มบุคคลที่จะนำแบบประเมินดังกล่าวนี้ไปใช้ เพื่อให้มีมาตรฐานในการประเมินที่แม่นยำถูกต้องมากยิ่งขึ้น

การกล่าวถึงสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคตต่อไปนี้จะจำแนกสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยอาศัยเกณฑ์การประเมินค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และความสามารถในการเดินทางด้วยตนเองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และติดสังคมตามลำดับต่อไป

เมื่อพิจารณาถึงสถานะสุขภาพโดยภาพรวมของผู้สูงอายุ ได้ทำการสอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของตนเองโดยภาพรวมเป็นอย่างไร โดยจำแนกตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ผลดังตารางที่ 6.2 7

ตารางที่ 6.2. 7 ร้อยละของผู้สูงอายุถึงความรู้สึกต่อสุขภาพร่างกายของตนเองโดยภาพรวมเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

สถานะสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของตนเอง โดยรวมเป็นอย่างไร					รวม
	ไม่ดีอย่างมาก	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	
ติดเตียง	5.00	28.30	48.30	18.30	0.00	100.00
ติดบ้าน	1.20	22.70	49.10	23.70	3.40	100.00
ติดสังคม	0.90	10.60	43.50	36.60	8.40	100.00
รวม	1.10	14.50	45.20	32.50	6.70	100.00

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากตารางข้างต้นจะพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าคุณภาพในรอบหนึ่งปีของตนเองโดยภาพรวมมีสุขภาพในระดับปานกลางถึงไม่ดีอย่างมาก ผู้สูงอายุส่วนน้อยเท่านั้นที่ระบุว่าตนเองมีสุขภาพดี ซึ่งพบลักษณะดังกล่าวนี้ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ติดบ้าน หรือแม้กระทั่งในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมเองก็ตาม

เมื่อสอบถามว่าในระหว่าง 1 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอะไรบ้างพบว่า ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่ามีปัญหาสุขภาพดังในตารางที่ 6.2 8

ตารางที่ 6.2. 8 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจำแนกรายปัญหา ในระหว่าง 1 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล เปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม
มีโรคประจำตัว	73.30	61.40	50.10
มีการเจ็บปวดเรื้อรัง	36.70	27.70	22.70
เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก	58.30	36.40	12.70
มีปัญหาด้านสายตา	25.00	28.30	18.40
มีปัญหาด้านการฟังเสียง	23.30	16.80	6.40
มีปัญหาเรื่องฟันบดเคี้ยว	28.30	21.50	13.00
ท้องผูก นอนไม่หลับ หน้ามืด ไม่มีแรง	16.70	23.20	15.90
อื่นๆ ระบุ	8.30	8.00	4.30
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	1.70	8.50	23.20

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลในตาราง จะพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องของโรคประจำตัวในทุกประเภทผู้สูงอายุ เฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเท่านั้นที่ระบุว่า ไม่มีปัญหาสุขภาพสูงถึงร้อยละ 23 ซึ่งมากเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ในขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงระบุว่าไม่มีปัญหาสุขภาพเป็นอันดับสุดท้าย ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ปัญหาสุขภาพที่พบรองลงมา ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ปัญหาเรื่องสายตาและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ปัญหาสุขภาพที่พบรองลงมา ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก การเจ็บป่วยเรื้อรังและปัญหาเรื่องฟันบดเคี้ยว

เมื่อสอบถามถึงความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มได้ข้อมูลดังตารางที่ 6.2 9

ตารางที่ 6.2. 9 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพแต่ละประเด็นเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

ความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพ	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม
จะติดเชื้อโควิด 19	43.33	64.81	64.54
จะไปตรวจและรักษาพยาบาลไม่ได้	13.33	13.87	11.13
จะไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล	23.33	24.87	20.14
จะมีอุปสรรคการเดินทางไป รพ	28.33	22.00	12.58
ปัญหาสุขภาพทางกายจะแย่ลง	71.67	57.87	46.74
อื่นๆ ระบุ	10.00	9.64	15.46

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลในตาราง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมจะมีความกังวลใจในเรื่องของปัญหาการติดเชื้อโควิด 19 รองลงมาเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพทางกายที่จะแย่ลง เช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงจะมีความกังวลใจในเรื่องของปัญหาสุขภาพทางกายที่จะแย่ลงเป็นอันดับ 1 รองลงมาเป็นเรื่องการติดเชื้อโควิด 19

ในส่วนของโรคประจำตัวของผู้สูงอายุจากการสำรวจพบข้อมูลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ดังตารางที่ 6.2 10

ตารางที่ 6.2. 10 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจำแนกตามจำนวนโรคประจำตัวที่เป็น เปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จำนวนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุเป็น	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ			รวม
	ดีเยี่ยม	ดีปาน	ดีสังคม	
0	3.30	11.50	26.30	21.50
1	31.70	29.40	31.90	31.20
2	26.70	23.00	21.50	22.10
3	26.70	21.30	14.30	16.60
4	11.70	8.60	4.70	6.00
5	-	3.60	1.00	1.70
6	-	1.20	0.10	0.40
7	-	1.20	0.10	0.40
10	-	0.20	-	0.00
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลในตาราง จะพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างน้อย 1 โรค มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 21.5 เท่านั้น ที่ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ เลย และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มดีสังคม พบผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมากที่สุดคือจำนวน 10 โรค เมื่อพิจารณาแยกรายกลุ่มผู้สูงอายุ จะพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุดีเยี่ยมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค รองลงมาจะมี 2 และ 3 โรคตามลำดับ พบว่าผู้สูงอายุดีเยี่ยมไม่มีโรคประจำตัวเลยน้อยมาก ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยดีปาน ส่วนใหญ่จะมีจำนวนโรคประจำตัว 1 โรค รองลงมาคือ 2 และ 3 โรค ตามลำดับ ผู้ป่วยดีปานที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีสัดส่วนอยู่ในอันดับ 4 ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุดีสังคมร้อยละ 31.5 มีโรคประจำตัว 1 โรค รองลงมาคือไม่มีโรคประจำตัวเลยร้อยละ 26.3 และเมื่อจำแนกแยกรายโรคที่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยพบข้อมูลในตารางที่ 6.2 11

ตารางที่ 6.2. 11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจำแนกตามรายโรคประจำตัวที่เป็นเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ			รวม
	ดีเยี่ยม	ดีปาน	ดีสังคม	
โรคหลอดเลือดสมอง	23.30	8.00	1.90	4.20
โรคอัลไซเมอร์ หรือสมองเสื่อม	16.70	3.40	0.50	1.80
โรคข้อเข่าเสื่อม	15.00	16.80	9.40	11.60
โรคกระดูกทับเส้น/กระดูกเสื่อม	5.00	10.00	4.20	5.80
โรคต่อกระจก	3.30	10.70	5.20	6.70
โรคต่อหีน	0.00	3.40	1.60	2.10
โรคไตวายเรื้อรัง	6.70	4.40	2.60	3.20
โรคความดันโลหิตสูง	53.30	61.80	48.50	52.40
โรคเบาหวาน	23.30	29.80	22.80	24.80
โรคไขมันในเลือดสูง	28.30	34.00	26.50	28.70
อื่นๆ ระบุ	36.70	26.70	19.90	22.30

โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ			รวม
	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม	
ไม่มี	3.30	11.50	26.30	21.50

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลในตาราง จะพบว่าโรคที่ผู้สูงอายุป่วยมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบผู้สูงอายุจากการสำรวจถึงร้อยละ 52 ที่ป่วยด้วยโรคดังกล่าว รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ไม่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มของผู้สูงอายุ และเมื่อศึกษาลงไปในรายละเอียดพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวมีจำนวนร้อยละ 20.56 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่พบโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 12.68 และผู้สูงอายุที่พบทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 10.87

ในส่วนของประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ พบข้อมูลดังตารางที่ 6.2 12 ตารางที่ 6.2. 12 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประวัติดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ			รวม	
	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม		
ประวัติสูบบุหรี่	ยังสูบบุหรี่อยู่	1.7	7.1	13.6	11.4
	เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	31.7	25.0	19.1	21.1
	ไม่เคยสูบบุหรี่	66.7	67.9	67.3	67.4
ประวัติดื่มแอลกอฮอล์	ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่	0.0	6.3	18.1	14.3
	เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	28.3	30.3	23.8	25.8
	ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	71.7	63.5	58.0	59.9

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลในตารางพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 67.4 ไม่เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 59.9 ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเพียงร้อยละ 11.4 ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ และร้อยละ 14.3 ที่ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ เมื่อพิจารณาแยกรายกลุ่มสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่เคยสูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่แตกต่างกันมากนัก อย่างไรก็ตาม พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เคยสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ปัจจุบันเลิกแล้วสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม

ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุได้มีการบันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงโดยประมาณ และได้นำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และแบ่งระดับค่าดัชนีมวลกายที่คำนวณได้ออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนหรือผอมเกินไป (กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค , 2564)¹⁵ พบว่าข้อมูลดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุเป็นดังตารางที่ 6.2 13

¹⁵ กลุ่มพัฒนานโยบายสาธารณะและสื่อสารความเสี่ยง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, Know Your Numbers & Know Your Risks รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.

ตารางที่ 6.2. 13 ร้อยละของผู้สูงอายุตามระดับดัชนีมวลกายเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับดัชนีมวลกาย	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ			รวม
	ดีเยี่ยม	ดีปาน	ดีสังคม	
BMI<18.5 (ผอม)	35.00	13.40	7.60	10.00
BMI 18.5-22.9 (ปกติ)	41.70	38.10	36.10	36.80
BMI 23-24.9 (น้ำหนักเกิน)	8.30	17.90	20.00	19.10
BMI 25-29.9 (อ้วนระดับ 1)	13.30	21.70	28.50	26.20
BMI>30 (อ้วนระดับ 2)	1.70	9.00	7.80	8.00

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลในตาราง จะพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ รองลงมาจะเป็นกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 และเมื่อพิจารณาแยกตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ จะพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ดีสังคมมีสัดส่วนค่าดัชนีมวลกายที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์จนถึงอ้วนระดับ 1 และอ้วนระดับ 2 มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยดีเยี่ยมมีสัดส่วนค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มผอมมากเป็นพิเศษ ซึ่งน่าจะสอดคล้องจากภาวะดีเยี่ยมของผู้สูงอายุนั้นเอง

สำหรับประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์พบข้อมูลดังตารางที่ 6.2 14

ตารางที่ 6.2. 14 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

มีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมา	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ			รวม
	ดีเยี่ยม	ดีปาน	ดีสังคม	
ไม่ใช่	73.30	65.50	76.40	73.30
ใช่	26.70	34.50	23.60	26.70

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลในตารางจะพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 26.7 จะมีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมาใกล้เคียงกันในทุกประเภทผู้สูงอายุ

เมื่อสอบถามถึงการได้รับบริการสนับสนุนด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุเคยได้รับบริการหรือไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ดังตารางที่ 6.2 15

ตารางที่ 6.2. 15 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เคยได้รับบริการสนับสนุนด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

บริการสนับสนุนด้านสุขภาพ		สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ			รวม
		ดีเยี่ยม	ดีปาน	ดีสังคม	
การจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวก	เคยใช้	35.00	9.80	2.50	5.50
	ไม่มีบริการ	5.00	11.00	9.10	9.50
สะดวกด้านสุขภาพ เช่น รถเข็น	เคยใช้	60.00	79.20	88.50	85.00
	ไม่เคยใช้	60.00	79.20	88.50	85.00
การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย	เคยใช้	51.70	18.80	10.70	14.10
	ไม่มีบริการ	5.00	6.10	4.50	5.00
	ไม่เคยใช้	43.30	75.10	84.80	80.90

บริการสนับสนุนด้านสุขภาพ		สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ			รวม
		ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม	
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ ชุมชน เช่น กายภาพบำบัด	เคยใช้	45.00	13.50	5.40	8.80
	ไม่มีบริการ	6.70	12.20	10.00	10.50
	ไม่เคยใช้	48.30	74.30	84.50	80.60
บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ทางไกล	เคยใช้	15.00	6.90	7.30	7.40
	ไม่มีบริการ	11.70	16.60	9.60	11.60
	ไม่เคยใช้	73.30	76.50	83.20	81.00

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ในแบบสอบถาม มีการสอบถามถึงบริการสนับสนุนด้านสุขภาพ 4 บริการ ได้แก่ การจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านหรือชุมชน และบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล ผลจากการสอบถามพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงจะมีสัดส่วนการใช้บริการสนับสนุนด้านสุขภาพดังกล่าวสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นในทุกประเภทของบริการ และพบว่าบริการการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเคยใช้บริการมากเป็นอันดับ 1 รองลงมาเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านหรือชุมชน และบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกลตามลำดับ อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมตัวเลขผู้สูงอายุที่เคยใช้บริการดังกล่าวสูงสุดก็เพียงแค้อยู่ละ 14.1 เท่านั้น ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงเคยใช้บริการดังกล่าวถึงร้อยละ 50 ของกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงด้วยกัน จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุว่าภาครัฐควรจัดบริการสนับสนุนอะไรบ้างให้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพพบข้อมูลในตารางที่ 6.2 16

ตารางที่ 6.2. 16 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเห็นว่าภาครัฐควรจัดบริการสนับสนุนด้านสุขภาพแต่ละบริการเปรียบเทียบกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

บริการสนับสนุนด้านสุขภาพ	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ			รวม
	ติดเตียง	ติดบ้าน	ติดสังคม	
การจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ เช่น อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เครื่องช่วยหายใจ รถเข็น	85.00	75.30	78.00	77.40
การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย	80.00	68.00	71.70	70.90
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน	68.30	52.60	57.30	56.30
บริการคำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล	56.70	42.10	46.60	45.60
บริการผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน	60.00	36.00	30.00	32.60
บริการจัดเตียง	35.00	30.80	28.40	29.20
บริการพาไปหาหมอ.	70.00	64.80	65.60	65.50
สถานบริการรับดูแลผู้สูงอายุ	33.30	38.40	42.70	41.30
ไม่ควรจัดบริการ	1.70	2.40	3.40	3.00

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลในตาราง จะพบว่าแม้ว่าในข้อมูลก่อนหน้านี้ผู้สูงอายุส่วนน้อยเท่านั้นที่เคยได้รับบริการสนับสนุนด้านสุขภาพ แต่เมื่อสอบถามผู้สูงอายุเพิ่มเติมว่า มีความเห็นว่าภาครัฐควรจัดบริการหรือไม่ ก็พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ภาครัฐควรจัดบริการสนับสนุนด้านสุขภาพ โดยพบว่า บริการด้านการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพเป็นบริการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่าภาครัฐควร

จัดบริการสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย และบริการพาผู้สูงอายุไปหาหมอ ทั้งนี้ผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยประมาณร้อยละ 3 ที่มีความเห็นว่าภาครัฐไม่ควรจัดบริการเหล่านี้เลย และมีข้อสังเกตว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงมีความเห็นว่าภาครัฐควรจัดบริการสนับสนุนด้านสุขภาพเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ บริการสนับสนุนด้านสุขภาพที่กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงมีความเห็นว่าต้องการให้มีบริการดังกล่าวแตกต่างกันอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ได้แก่ บริการผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงมีความเห็นว่าบริการผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันจำเป็นที่ภาครัฐควรจัดให้สูงถึงร้อยละ 60 ในขณะที่ผู้สูงอายุติดเตียงสังคมนองว่าบริการดังกล่าวมีความจำเป็นที่ภาครัฐต้องจัดบริการเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น และในทางกลับกัน พบว่าบริการสถานบริการรับดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงมีความเห็นว่าภาครัฐควรจัดบริการดังกล่าวนี้้น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม

6.2.3 รูปแบบการอยู่อาศัย

การสำรวจความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน (supportive service) สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่มีความจำเป็นได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ คณะผู้วิจัยได้กำหนดโควตากลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดจําแนกตามรูปแบบการอยู่อาศัยเป็นสำคัญ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี 2560 เป็นฐานในการกำหนดโควตา และแบ่งรูปแบบการอยู่อาศัยออกเป็น 4 กลุ่มรายการ คือ 1) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว 2) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่ครองเท่านั้น 3) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับวัยพึ่งพิง เช่น หลานอายุน้อยกว่า 15 ปี พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ เป็นต้น และ 4) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีบุตร หรือ หลานวัยแรงงาน

ผลการรวบรวมข้อมูลผ่านเครือข่ายที่ทำงานกับชุมชนในช่วงการระบาดของโควิด 19 พบว่า การกระจายตัวของตัวอย่างที่ได้จากการสำรวจ จําแนกตามรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ มีความคล้ายคลึงกับการกระจายตามรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทในการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี 2560 (รายละเอียดดังแสดงตารางที่ 6.2 17)

ตารางที่ 6.2. 17 การกระจายตัวของผู้สูงอายุยากจน จําแนกตามรูปแบบการอยู่อาศัย

รูปแบบการอยู่อาศัย	เก็บจริง	โควตา
1. อาศัยอยู่คนเดียว	12.01	11.50
+ ไม่มีบุตรที่มีชีวิต	3.75	
+ มีบุตรที่มีชีวิต แต่ไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	4.89	
+ มีบุตรที่มีชีวิต และมีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	3.37	
2. อาศัยอยู่กับคู่ครองเท่านั้น	16.10	19.47
+ ไม่มีบุตรที่มีชีวิต	2.47	
+ มีบุตรที่มีชีวิต แต่ไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	6.55	
+ มีบุตรที่มีชีวิต และมีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	7.08	
3. อาศัยอยู่กับวัยพึ่งพิง เช่น หลานอายุน้อยกว่า 15 ปี พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ เป็นต้น	5.37	6.19
+ ไม่มีบุตรที่มีชีวิต	3.09	
+ มีบุตรที่มีชีวิต แต่ไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	1.47	
+ มีบุตรที่มีชีวิต และมีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	0.81	
4. มีบุตร หรือหลานวัยแรงงานในบ้าน	66.52	62.83
รวม	100.00	100.00
จำนวนตัวอย่าง	2,106	2,500

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

สำหรับบริบทของเอเชีย รูปแบบการอยู่อาศัย (Living arrangement) เป็นปัจจัยกำหนดความต้องการความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและการบริการสนับสนุนเช่นเดียวกับการมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน หรือการมีบุตร (Availability of a domestic helper or children) (Fu and Chui, 2020) ส่วนถัดจากนี้ไปเป็นการจัดกลุ่มรายการใหม่ของตัวเองแปรรูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนผู้สูงอายุ ให้สะท้อนถึงการมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุในอนาคตด้วย

เมื่อพิจารณาเฉพาะภายในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว (ประมาณร้อยละ 12 ของตัวอย่างจากการสำรวจ) พบว่า ประมาณร้อยละ 28 มีบุตรที่มีชีวิตอาศัยอยู่บ้านใกล้เคียงที่หน้าที่เป็นผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุในอนาคตได้ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวส่วนใหญ่อาจประสบปัญหาไม่มีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันในช่วงท้ายของชีวิต กล่าวคือ ประมาณ 1 ใน 3 ของครัวเรือนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวไม่มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน เป็นกลุ่มที่ชุมชนและภาครัฐจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่วนกลุ่มที่ยังมีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน แต่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านใกล้เคียง (ประมาณร้อยละ 40) ในอนาคตหากมีการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุอาจมีความจำเป็นที่ชุมชนและภาครัฐต้องเข้ามาดูแลด้วยเช่นกัน

เมื่อพิจารณาเฉพาะภายในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่ครองเท่านั้น (ประมาณร้อยละ 16 ของตัวอย่างจากการสำรวจ) พบว่า ผลการวิเคราะห์แตกต่างไปจากกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวอย่างชัดเจน กล่าวคือ สัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบันต่ำกว่าอย่างเห็นได้ชัด (ประมาณร้อยละ 15 เปรียบเทียบกับร้อยละ 28) ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีบุตรที่มีชีวิต แต่ไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียงอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 40)

เมื่อพิจารณาเฉพาะภายในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับวัยพึ่งพิง เช่น หลานอายุน้อยกว่า 15 ปี พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ เป็นต้น (ประมาณร้อยละ 5 ของตัวอย่างจากการสำรวจ) พบว่า ผลการวิเคราะห์มีแนวโน้มไปในทางเดียวกันกับกลุ่มครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว กล่าวคือ ประมาณร้อยละ 58 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบันต่ำ และประมาณร้อยละ 27 ยังมีบุตรที่มีชีวิต แต่ไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง เห็นได้ว่า สัดส่วนผู้ที่ชุมชนและรัฐอาจจำเป็นต้องเข้าไปดูแลค่อนข้างสูงในกลุ่มครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับวัยพึ่งพิง เช่น หลานอายุน้อยกว่า 15 ปี พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ เป็นต้น โดยมีเพียงร้อยละ 15 ที่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียงจะทำหน้าที่ผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในช่วงท้ายของชีวิต

ข้อสังเกตจากการเก็บรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ภายในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนอาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง (ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่อาศัยอยู่กับคู่ครอง หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่อาศัยอยู่กับวัยพึ่งพิง เช่น หลานอายุน้อยกว่า 15 ปี พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ เป็นต้น) มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันในอนาคตค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน (ประมาณร้อยละ 28) หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบุตร แต่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่บ้านใกล้เคียง (ประมาณร้อยละ 39) โดยมีเพียงร้อยละ 33 ที่มีบุตรอาศัยอยู่ในบริเวณบ้านใกล้เคียงที่อาจทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในอนาคต

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้น คณะผู้วิจัยตัดสินใจจัดกลุ่มรายการตัวแปรรูปแบบการอยู่อาศัยใหม่ โดยพิจารณาจากองค์ประกอบของสมาชิกในครัวเรือน และโอกาสของการมีบุตรทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในอนาคต แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มรายการ คือ 1) อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง และไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง 2) อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง แต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง และ 3) มีบุตร หรือวัยแรงงานอาศัยอยู่ในบ้าน

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้สูงอายุที่ตกเป็นตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีบุตร หรือ หลานวัยแรงงาน รองลงมาคือ อาศัยอยู่ในครัวเรือนเฉพาะวัยพึ่งพิง และไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง และอาศัยอยู่ในครัวเรือนเฉพาะวัยพึ่งพิง แต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง ตามลำดับ (ดังแสดงตารางที่ 6.2 18)

ตารางที่ 6.2. 18 รูปแบบการอยู่อาศัยของครัวเรือนผู้สูงอายุ

	รวม	กทม.	ภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย					
			กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	เขตเมือง	เขตชนบท
อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง และไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	22.22	21.69	27.59	24.14	20.37	14.92	21.41	23.22
อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง แต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	11.25	6.22	10.08	12.88	12.14	18.15	12.74	12.87
มีบุตร หรือวัยแรงงานอาศัยอยู่ในบ้าน	66.52	72.09	62.33	62.98	67.49	66.94	65.85	63.91
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
จำนวนตัวอย่าง	2,106	498	377	497	486	248	738	870

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

6.2.4 บทสรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

เมื่อพิจารณาถึงจำนวนของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การจำแนกผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ จะต้องพิจารณาจากองค์ประกอบของการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจ สถานะทางสุขภาพ และรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งการจำแนกดังกล่าวจะสามารถนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุแต่ละราย ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่ยากจน มีสถานะสุขภาพเป็นผู้ป่วยติดเตียงและอาศัยอยู่เพียงลำพัง กลุ่มนี้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐอย่างเร่งด่วน เป็นต้น การสำรวจข้อมูลในการศึกษานี้ พบข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 3 ได้ดังตารางที่ 6.2 19

ตารางที่ 6.2. 19 ร้อยละของสูงอายุจำแนกตามสถานะทางเศรษฐกิจ สถานะทางสุขภาพ และรูปแบบการอยู่อาศัย

	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง	รวม
รายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน				
อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง และไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	11.68	3.75	0.24	15.67
อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง แต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	5.84	2.23	0.05	8.12
มีบุตร หรือวัยแรงงานอาศัยอยู่ในบ้าน	29.01	17.38	2.14	48.53
รายได้สูงกว่าเส้นความยากจน				
อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง และไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	5.65	0.85	0.05	6.55
อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง แต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	2.56	0.47	0.09	3.13
มีบุตร หรือวัยแรงงานอาศัยอยู่ในบ้าน	14.34	3.37	0.28	18.00
รวม				
อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง และไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	17.33	4.61	0.28	22.22
อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง แต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง	8.40	2.71	0.14	11.25
มีบุตร หรือวัยแรงงานอาศัยอยู่ในบ้าน	43.35	20.75	2.42	66.52
รวม	69.09	28.06	2.85	100.00

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลในตารางสามารถจัดกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุยากจนที่ควรได้รับการที่อยู่อาศัยในรูปแบบต่างๆ จากปัจจัย 3 ประการข้างต้นได้ดังนี้

กลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่ควรได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน/การช่วยเหลือให้เข้ารับบริการในสถานพักผู้สูงอายุของรัฐหรือของชุมชน

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน มีสถานะสุขภาพเป็นผู้ป่วยติดเตียง และอาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิงโดยไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง มีจำนวนเป็นร้อยละ 0.24 ของจำนวนผู้สูงอายุที่ทำการศึกษ ในขณะเดียวกัน พบผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน มีสถานะสุขภาพเป็นติดบ้าน และอาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิงโดยไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียงพบร้อยละ 3.75 ซึ่งผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มนี้แม้จะพบเป็นจำนวนไม่มาก แต่ทั้งสองกลุ่มก็เป็นผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐอย่างเร่งด่วน

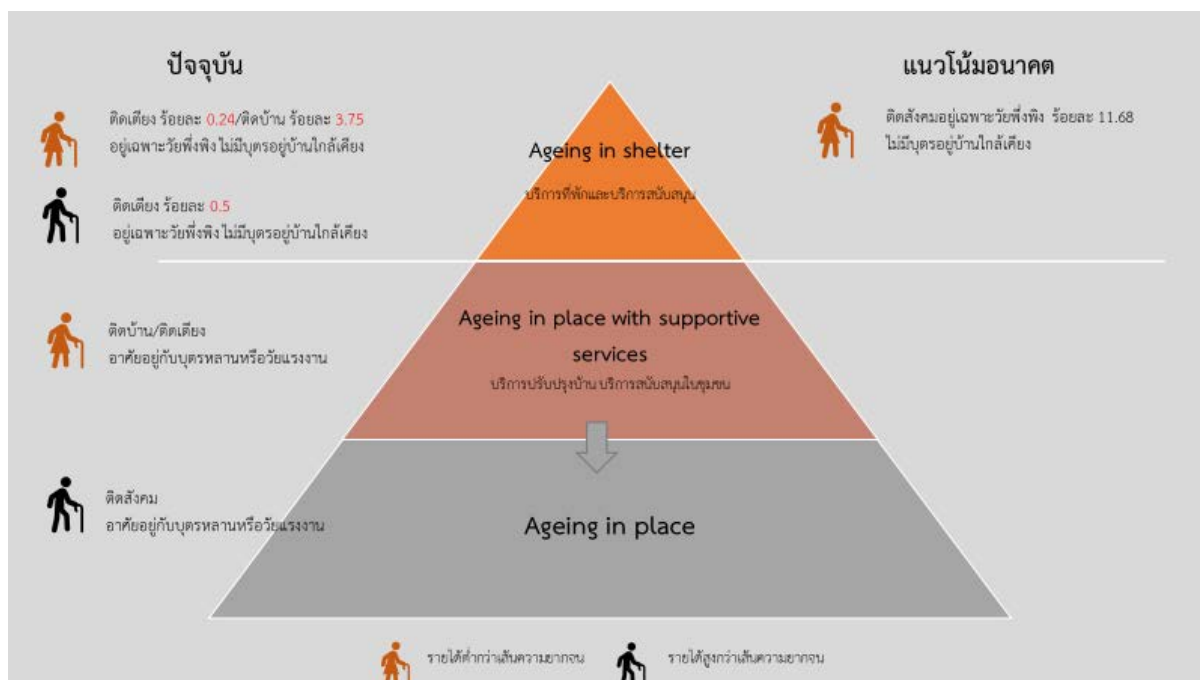
2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพติดเตียงและอาศัยอยู่ตามลำพัง แม้ว่าจะมีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน โดยมีสัดส่วนอยู่ร้อยละ 0.05 กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้ก็มีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างไรก็ดี เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน จึงเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวจะมีสถานะทางเศรษฐกิจเพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการดังกล่าว เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคม อย่างไรก็ตาม การศึกษาคั้งนี้ดำเนินการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ดังนั้น แม้พบว่าผู้สูงอายุดังกล่าวมีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่ในข้อเท็จจริงรายได้ดังกล่าวอาจจะไม่เพียงพอที่จะใช้ในการซื้อบริการดังกล่าวก็ได้

3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน แม้จะมีสถานะสุขภาพดี แต่ก็อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิงและไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 11.68 ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้แม้ยังไม่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน แต่หากมองภาพรวมในอนาคต ที่สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องถดถอยลง ย่อมหมายถึงภาระของภาครัฐในอนาคตที่จะต้องวางแผนจัดระบบบริการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวนี้เพิ่มเติมด้วย

กลุ่มผู้สูงอายุที่ควรได้รับความช่วยเหลือให้รับบริการแบบ Ageing in Place และบริการสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในที่เดิมได้

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่รายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน แต่ยังมีอาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือมีวัยแรงงานที่คอยเกื้อหนุนผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว ทั้งนี้ แม้ผู้สูงอายุจะมีสถานะติดเตียงหรือติดบ้าน แต่หากภาครัฐหรือองค์กรชุมชน สามารถจัดบริการสนับสนุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็ยังสามารถทำให้กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถดำเนินชีวิตในบ้านเดิมได้

2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน อาศัยอยู่กับบุตร หรือมีวัยแรงงานอยู่ในบ้าน รวมถึงเป็นกลุ่มติดสังคม ยังมีกำลังในการทำงานและดูแลตัวเอง กลุ่มนี้ภาครัฐหรือองค์กรชุมชน สามารถจัดบริการสนับสนุนพื้นฐาน โดยเฉพาะให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตัวเองได้ในเชิงเศรษฐกิจ รวมถึงมีการเตรียมความพร้อมด้านที่พักอาศัย (การปรับปรุงเพื่อให้เป็นมิตรกับการใช้ชีวิตในยามชราภาพ)



ภาพที่ 6.2. การจัดกลุ่มความต้องการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จำแนกตามสถานะเศรษฐกิจ สุขภาพและรูปแบบการอยู่อาศัย

ที่มา: ประมวลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ภาพที่ 6.2. 2 ประมวลให้เห็นภาพรวมความต้องการบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย โดยสามารถแยกได้เป็น 3 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 Ageing in Shelter - เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องจัดหาที่พักและบริการสนับสนุนทั้งหมด (อย่างเร่งด่วน) เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง/ติดบ้านที่อยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง ไม่มีบุตรหลานอยู่บ้านใกล้เคียง ไม่มีคนดูแล ในปัจจุบันมีสัดส่วนอยู่ไม่มากนัก แต่ในอนาคตจำเป็นต้องประเมินแนวโน้มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิงเพิ่มเติมด้วย

กลุ่มที่ 2 Ageing in Place with Supportive Services- เป็นกลุ่มผู้สูงอายุยังสามารถอาศัยอยู่ในที่เดิมได้ แต่ต้องมีการจัดการปรับปรุงที่พักและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และจัดบริการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงคุณภาพชีวิตที่ดีได้

กลุ่มที่ 3 Ageing in Place - สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงอยู่ (ติดสังคม) ที่อาศัยอยู่กับลูกหลานหรือวัยแรงงาน หากชุมชนสามารถจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ก็สามารภให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้เช่นเดียวกัน

การจำแนกข้อมูลผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้นเป็นการจำแนกข้อมูลผู้สูงอายุ ณ ขณะที่ทำการสำรวจ แต่เนื่องจากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุเป็นข้อมูลที่มีการเคลื่อนไหวตามระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น การระบุจำนวนความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐ จึงจำเป็นต้องมีการคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงของสถานะขององค์ประกอบแต่ละด้านที่มีผลต่อความต้องการการช่วยเหลือจากภาครัฐของผู้สูงอายุร่วมด้วย ตัวอย่าง เช่น การคาดการณ์ถึงสถานะสุขภาพที่จะเปลี่ยนแปลงไป การคาดการณ์ถึงรูปแบบการอยู่อาศัยในอนาคตเมื่อคู่สมรสเสียชีวิต หรือการคาดการณ์การอยู่อาศัยในกรณีที่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย เป็นต้น ใน

การศึกษานี้ได้มีการสอบถามเพิ่มเติมถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวว่า ผู้สูงอายุจะตัดสินใจเกี่ยวกับอนาคตของตัวเองอย่างไร เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ซึ่งปรากฏข้อมูลดังตารางที่ 6.2 20

ตารางที่ 6.2. 20 ข้อมูลการตัดสินใจในการเลือกที่อยู่อาศัย ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆ ในอนาคต

	กรณีอายุมากขึ้น แต่สุขภาพ ยังคงเหมือนในปัจจุบัน	กรณีอายุมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ร่างกาย	กรณีคู่สมรสเสียชีวิต	กรณีคู่สมรสจำเป็นต้องได้รับการ ดูแลเป็นพิเศษ เช่น ป่วยอัม พฤกษ์ อัมพาต และสมองเสื่อม
ไม่มีคู่สมรส	-	-	52.71	52.71
ยังอยู่ จะปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม	41.17	42.36	20.09	21.37
ยังอยู่ ไม่ต้องปรับอะไร ตีอยู่แล้ว	46.77	43.87	20.23	20.18
ยังไม่ตัดสินใจ	6.27	7.74	4.08	3.61
อยากย้ายที่อยู่ไปที่อื่น	5.79	6.03	2.90	2.14
บ้านบุตร/หลาน/ญาติ	2.18	3.23	1.61	1.14
บ้านเพื่อน	0.05	0.24		0.05
สถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือเอกชน	0.14	0.14		
บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (รัฐ).	0.09	0.05		0.57
วัดหรือสถานปฏิบัติธรรม	0.05	0.05		0.38
ยังไม่ตัดสินใจ	3.28	2.33	1.29	

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

จากข้อมูลในตาราง คณะผู้วิจัยได้สอบถามผู้สูงอายุถึงสถานการณ์ในอนาคตว่า ผู้สูงอายุมีการเตรียมการและตัดสินใจต่อการดำรงชีวิตอย่างไร ในสถานการณ์ที่มีสถานะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป และในสถานการณ์ที่รูปแบบการอยู่อาศัยมีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจากการศึกษาจะพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกที่จะยังคงดำรงชีวิตอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิมเป็นส่วนใหญ่ โดยครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเห็นว่า อาจต้องปรับปรุงสภาพบ้านให้มีความเหมาะสมเพิ่มเติม มีผู้สูงอายุส่วนน้อยเท่านั้นที่จะตัดสินใจย้ายไปอยู่ที่อื่น จากลักษณะของข้อมูลที่ปรากฏบ่งบอกถึงการ “ติดที่” ของผู้สูงอายุ และไม่ต้องการโยกย้ายไปสู่ที่อยู่อาศัยใหม่ ประเด็นดังกล่าวบ่งบอกถึงการที่ผู้สูงอายุอยากดำรงชีวิตอยู่ในสถานที่เดิม Aging in Place มากกว่าที่จะอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยอื่น ดังนั้น บริการความช่วยเหลือจากภาครัฐที่ผู้สูงอายุต้องการ จึงน่าจะเป็นบริการที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสถานที่เดิมได้ Aging in Place ได้อย่างแท้จริง

แม้ว่าข้อมูลจากการศึกษาจะไม่สามารถนำไปใช้ในการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐโดยตรงได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางสถิติของการศึกษาที่แตกต่างจากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้สามารถนำไปสู่การคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการความช่วยเหลือจากภาครัฐได้ โดยการสำรวจเพิ่มเติมในองค์ประกอบทั้ง 3 ประเด็นในการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุของสำนักสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติในอนาคต

6.3 ความต้องการบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

รายงานส่วนนี้มุ่งนำเสนอผลการศึกษาอุปสงค์หรือความต้องการบริการที่อยู่อาศัยและสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ทั้งที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีลำดับการนำเสนอ ดังนี้

- **ความต้องการบริการที่อยู่อาศัย** ประกอบด้วย ความต้องการบริการจัดหาที่พักอาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย และความต้องการบริการปรับปรุงบ้าน
- **ความต้องการบริการสนับสนุน** ประกอบด้วย (1) บริการด้านอาหาร (2) บริการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (3) บริการผู้ดูแลพิเศษ (4) บริการทำความสะอาดบ้านและซักล้าง (5) บริการดูแลสัตว์เลี้ยงและต้นไม้ (6) บริการซื้อของและจัดส่งถึงบ้าน (7) บริการจ่ายค่าสาธารณูปโภค (8) บริการรับส่งเพื่อไปพบแพทย์ (9) บริการรับส่งที่พิกัดระบบขนส่ง (10) บริการรับพาออกไปพักผ่อนนอกที่พิกัดอาศัย (11) การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ในส่วนนี้แนะนำให้เสนอเฉพาะผลสำรวจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพติดบ้าน/ติดเตียงเท่านั้น
- **ความต้องการบริการสุขภาพ** ประกอบด้วย (1) บริการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ (2) การให้ความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย (3) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและชุมชน (4) บริการให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ ซึ่งแนะนำให้เสนอเฉพาะผลสำรวจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพติดบ้าน/ติดเตียงเท่านั้น

6.3.1 ความต้องการบริการที่อยู่อาศัย

ความต้องการบริการที่พักอาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย แบ่งออกได้เป็นความต้องการ 2 ประเภท คือ บริการจัดหาที่พัก และบริการการปรับปรุงที่พักอาศัยให้เหมาะสมและปลอดภัย

(1) บริการจัดหาที่พักอาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย

สำหรับการกำหนดเกณฑ์เรื่องบริการจัดหาที่พักอาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย ถอดบทเรียนจากการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในปัจจุบัน พบว่า เหตุผลหลักที่ผู้สูงอายุต้องมาอาศัยในสถานดูแลเป็นเพราะ “ขาดความมั่นคงในสิทธิที่อยู่อาศัย” ไม่ว่าจะเป็นสิทธิในบ้านหรือที่ดิน ดังนั้น การมีสิทธิในที่อยู่อาศัยที่ไม่มั่นคงจึงเป็นเกณฑ์แรกในการพิจารณา สิทธิที่อยู่อาศัยที่ไม่มั่นคง ในที่นี้ หมายถึง ผู้สูงอายุไม่มีสิทธิในบ้านหรือที่ดินของตนเอง อาศัยอยู่กับคนอื่นโดยไม่เสียค่าเช่า อยู่ในที่เช่าระยะสั้น และอยู่ในที่บุกรุก ประกอบกับเกณฑ์ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ (living arrangement) โดยพิจารณาถึงผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้สูงที่อาศัยอยู่โดยลำพัง รวมไปถึงสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน/ติดเตียงและไม่มีคนดูแล

การนำเสนอผลการสำรวจในส่วนนี้ จะแสดงให้เห็นผลการสำรวจจากโครงการ ก่อนที่จะคาดประมาณความต้องการภาพรวมของประเทศโดยอาศัยข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ 2560

ตารางที่ 6.3. 1 ผลการสำรวจความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยและความต้องการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ จำแนกพื้นที่

	รวม	กทม.	ภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย					
			กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	เขตเมือง	เขตชนบท
ความมั่นคงด้านสิทธิในบ้านและที่ดิน								
มั่นคง	57.83	28.71	63.4	65.39	63.79	81.05	62.6	70.46
ค่อนข้างมั่นคง	11.87	5.22	18.57	16.7	11.73	5.65	14.09	13.79
ไม่มั่นคง	30.29	66.06	18.04	17.91	24.49	13.31	23.31	15.75
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100
จำนวนตัวอย่าง	2,106	498	377	497	486	248	738	870

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

หากพิจารณาตารางที่ 6.3.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.29 เป็นผู้ที่ไม่มีความมั่นคงด้านสิทธิในที่อยู่อาศัย โดยในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ใน กทม. และเขตเมืองจะมีปัญหาเรื่องความไม่มั่นคงมากกว่า (ร้อยละ 66.06 และร้อยละ 24.49 หากพิจารณาจำแนกรายภูมิภาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างในภาคกลางและภาคเหนือที่มีสิทธิในที่อยู่อาศัยไม่มั่นคงอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 18.04 และร้อยละ 17.91 ในขณะที่ผู้สูงอายุในภาคใต้ประสบปัญหาความไม่มั่นคงในสิทธิที่อยู่อาศัยน้อยกว่าภูมิภาคอื่นๆ

(2) บริการปรับปรุงที่พักที่เหมาะสมและปลอดภัย (บริการปรับปรุงบ้าน)

การกำหนดความต้องการบริการปรับปรุงที่พักที่เหมาะสมและปลอดภัย (บริการปรับปรุงบ้าน) จะพิจารณาจากสภาพกายภาพของที่อยู่อาศัยในปัจจุบันของผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยกรณีที่ต้องได้รับความปรับปรุงที่อยู่อาศัย ได้แก่ กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างสะดวกสบาย ใน 4 กรณีได้แก่ (1) ที่นอนอยู่ชั้นล่าง ผู้สูงอยู่ชั้นบน (2) ที่นอนอยู่ชั้นบน ห้องน้ำอยู่ชั้นล่าง หรือใต้ถุนบ้าน (3) ผู้สูงอายุนอนใต้ถุนบ้าน (โดยไม่มีผนังกัน) และ (4) กรณีที่ผู้สูงอายุระบุว่าที่อยู่อาศัยไม่สะดวกสบาย และกรณีสุดท้ายที่จำเป็นต้อง

เตรียมที่พัก (shelter) ให้ผู้สูงอายุ เพราะที่อยู่อาศัยปัจจุบันไม่เหมาะสม บ้านมีขนาดเล็กมาก ไม่นั่นคงแข็งแรง ผลการสำรวจทำให้เห็นภาพความต้องการปรับปรุงบ้านได้ดังตารางที่ 6.3 2

ตารางที่ 6.3. 2 ความต้องการบริการปรับปรุงบ้านของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ

	รวม	กทม.	ภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย					
			กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	เขตเมือง	เขตชนบท
ความต้องการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย								
ไม่ต้องทำอะไร	85.54	85.15	84.1	86.01	87.1	84.15	86.44	85.54
ปรับปรุงบ้าน	11.04	14.59	13.68	12.96	12.5	15.04	12.18	11.04
เตรียมสถานที่ให้ผู้สูงอายุ	3.41	0.27	2.21	1.03	0.4	0.81	1.38	3.41
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100
จำนวนตัวอย่าง	2,106	498	377	497	486	248	738	870

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

แม้ผลการสำรวจจะแสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.54) ไม่ได้ต้องการบริการปรับปรุงบ้าน แต่ยังมีผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ร้อยละ 11.04 ต้องการบริการปรับปรุงบ้าน โดยเป็นผู้สูงอายุใน กทม. ร้อยละ 14.59 สำหรับในพื้นที่อื่น พบว่าความต้องการการปรับปรุงที่อยู่อาศัยในเขตเมืองและชนบทมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ เขตเมืองร้อยละ 12.18 เขตชนบท ร้อยละ 11.04 และเมื่อพิจารณาในภูมิภาคอื่นๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในภาคกลาง ร้อยละ 13.68 ภาคเหนือ ร้อยละ 12.96 ภาคอีสาน ร้อยละ 12.5 และภาคใต้ร้อยละ 15.04

ตารางที่ 6.3 3 แสดงให้เห็นการเข้าถึงโครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยของรัฐ ซึ่งประกอบด้วย โครงการของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.7 เข้าถึงบริการดังกล่าว และเมื่อจำแนกพื้นที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในเขต กทม. เข้าถึงน้อยที่สุด คือร้อยละ 2.2 กลุ่มตัวอย่างในภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้ เข้าถึงได้มากกว่าภาคอีสาน ในขณะที่เดียวกันเมื่อเปรียบเทียบพื้นที่เมือง-ชนบท กลุ่มตัวอย่างในเขตเมืองเข้าถึงโครงการได้มากกว่าชนบทเล็กน้อย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.6 เคยมีการลงทุนเพื่อปรับปรุงที่อยู่อาศัยด้วยเงินตนเอง ซึ่งหากเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างในภาคกลางเป็นกลุ่มที่เคยปรับปรุงที่อยู่อาศัยมากที่สุดคือ ร้อยละ 47.2 ภาคเหนือ ร้อยละ 36.2 ภาคอีสาน ร้อยละ 29.4 กรุงเทพฯ ร้อยละ 23.7 ภาคใต้ร้อยละ 19.0 โดยกลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทมีการปรับปรุงมากกว่าเขตเมืองเล็กน้อย (ร้อยละ 33.8 และร้อยละ 30.1 ตามลำดับ) เมื่อสอบถามถึงความต้องการปรับปรุงบ้าน กลุ่มตัวอย่างในภาพรวมให้ความสำคัญกับการทำราวจับเพื่อความปลอดภัย โถส้วมแบบชักโครก และพื้นกันลื่นในห้องน้ำ

ตารางที่ 6.3. 3 การเข้าถึงโครงการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของภาครัฐและความต้องการบริการปรับปรุงที่อยู่อาศัย

	รวม	กทม.	ภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย					
			กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	เขตเมือง	เขตชนบท
การได้รับบริการจากภาครัฐในการปรับปรุงหรือซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ								
ไม่รู้ว่ามีบริการ	18.6	14.7	10.9	25.6	21.0	19.8	19.6	17.2
ไม่เคยใช้บริการ	77.7	83.1	83.8	69.4	76.5	76.2	76.6	79.2
เคยใช้บริการ เช่น ซ่อมหลังคา ปรับปรุงห้องน้ำ ซ่อมฝาบ้าน เป็นต้น	3.7	2.2	5.3	5.0	2.5	4.0	3.8	3.6
การปรับปรุงหรือซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุด้วยเงินของตนเอง								
ไม่เคย	57.1	73.1	39.5	49.7	65.0	50.8	60.8	51.7
ไม่เคย แต่วางแผนจะปรับปรุง	11.3	3.2	13.3	14.1	5.6	30.2	9.1	14.5
เคย เช่น ต่อเติมชั้นล่าง ปรับปรุง ห้องน้ำ	31.6	23.7	47.2	36.2	29.4	19.0	30.1	33.8
โดยทั่วไป ท่านคิดว่า ภาครัฐควรจัดบริการปรับปรุงหรือซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)								
ราวจับ	58.5	66.7	52.8	53.5	66.9	44.4	63.4	51.5
ส้วมชักโครก	58.9	54.8	64.7	52.1	71.2	47.6	58.3	59.7
ประตูเลื่อน	26.2	15.9	21.5	24.1	48.1	15.3	26.8	25.4
ที่นอนชั้นล่าง	26.9	13.7	35.5	28.6	40.9	9.7	24.8	29.9
พื้นกันลื่นในห้องน้ำ	63.1	69.5	55.4	63.4	68.9	49.6	68.0	56.1
พื้นกันลื่นในห้องครัว	33.5	33.7	23.6	33.4	44.0	27.4	35.1	31.1
ความแข็งแรงของตัวบ้าน	38.9	29.9	49.9	35.8	46.3	32.3	37.0	41.7
อื่นๆ เช่น ถมดินเพิ่มความสูงเพื่อ ป้องกันน้ำท่วม ทำทางลาดเข้าตัวบ้าน เป็นต้น	5.8	1.6	9.5	5.0	8.2	5.2	5.6	6.1
ไม่ควรจัดให้มีบริการ	12.0	15.7	10.6	11.5	8.0	15.3	12.2	11.6
จัดอันดับความสำคัญของประเภทที่ ภาครัฐต้องจัดบริการปรับปรุงหรือ ซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่ อาศัยของผู้สูงอายุโดยทั่วไป	1.ราวจับ 2.ส้วมชัก โครก 3.พื้นกัน ลื่นห้องน้ำ	1.ราวจับ 2.พื้นกัน ลื่น ห้องน้ำ 3. ส้วม ชักโครก	1.ความ แข็งแรง ของตัว บ้าน 2.ส้วมชัก โครก 3. พื้นกัน ลื่น ห้องน้ำ	1.ส้วม ชักโครก 2.พื้น กันลื่น ห้องน้ำ 3.พื้น กันลื่น ใน ห้องครัว	1.ความ แข็งแรง ของตัว บ้าน 2.ส้วมชัก โครก 3.พื้นกัน ลื่นใน ห้องครัว	1.ส้วม ชักโครก 2.พื้น กันลื่น ห้องน้ำ 3. พื้น ชักโครก กันลื่น ใน ห้องครัว	1.ราวจับ 2.พื้นกัน ลื่น ห้องน้ำ 3.ส้วม ชักโครก	1.ราวจับ 2.ส้วมชัก โครก 3.พื้นกัน ลื่น ห้องน้ำ
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ในส่วนของความต้องการที่พัก (shelter) ในภาพรวม มีความต้องการร้อยละ 3.41 โดยเป็นความต้องการในเขต กทม. ร้อยละ 3.41 เขตเมือง ร้อยละ 1.38 และเขตชนบท ร้อยละ 3.41 โดยเมื่อพิจารณาความ

ต้องการจำแนกรายภูมิภาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างในภาคกลางมีความจำเป็นต้องได้รับบริการนี้มากที่สุด คือ ร้อยละ 2.21 รองลงมาเป็นภาคเหนือ ร้อยละ 1.03 ภาคใต้ ร้อยละ 0.81 และภาคอีสาน ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 6.3. 4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการบริการด้านที่อยู่อาศัย

(n =2,106)

	ความมั่นคงด้านสิทธิของบ้านและที่อยู่อาศัย			ความต้องการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย		
	มั่นคง	ค่อนข้างมั่นคง	ไม่มั่นคง	ไม่ต้องทำอะไร	ปรับปรุงบ้าน	เตรียมสถานที่
การอยู่อาศัย						
เฉพาะวัยพึ่งพิง	52.56	10.47	36.97	83.76	13.03	3.21
เฉพาะวัยพึ่งพิง + มีบุตรใกล้ๆ	71.73	10.55	17.72	83.97	12.66	3.38
มีบุตร/วัยแรงงานในบ้าน	57.24	12.56	30.19	86.22	12.92	0.86
สถานะทางการเงิน						
รายได้สูงกว่าเส้นความยากจน	64.15	11.84	24.01	85.93	13.04	1.03
รายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน	55.42	11.88	32.70	85.23	12.87	1.90
สถานะสุขภาพ						
ดีดั่งคน	59.38	11.82	28.80	83.57	14.64	1.79
ติดบ้าน	54.82	11.51	33.67	89.00	9.48	1.52
ติดเตียง	50.00	16.67	33.33	95.00	5.00	-

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 6.3 4 เป็นตารางไขว้ แสดงถึงผลสำรวจสถานการณ์อยู่อาศัย/สถานะทางการเงินและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกับความต้องการบริการที่อยู่อาศัย โดยแสดงให้เห็นใน 2 มิติ คือมิติความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยและความต้องการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ผลการสำรวจพบว่า กลุ่มที่เสี่ยงที่จะสูญเสียที่อยู่อาศัย คือ ผู้สูงอายุที่มีความไม่มั่นคงในสิทธิที่อยู่อาศัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง ร้อยละ 36.97 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ร้อยละ 32.70 ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ร้อยละ 33.67 ผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 33.33 ในส่วนของความต้องการด้านที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง ร้อยละ 13.03 ต้องการบริการปรับปรุงบ้าน ร้อยละ 3.21 ต้องการบริการเตรียมสถานที่ (shelter) ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าและต่ำกว่าเส้นความยากจน มีความต้องการปรับปรุงบ้านใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 13.04 และร้อยละ 12.87 ตามลำดับ) รวมไปถึงบริการเตรียมที่อยู่อาศัยด้วย (ร้อยละ 1.03 และ 1.90) หากพิจารณาความแตกต่างด้านสถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 14.64 ต้องการบริการปรับปรุงบ้าน ร้อยละ 1.79 ต้องการบริการสถานที่อยู่อาศัย (shelter) ส่วนผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 9.48 ต้องการบริการปรับปรุงบ้าน ร้อยละ 1.52 ต้องการบริการสถานที่

ตารางที่ 6.3. 5 ค่า Odds ratio ของความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

(n =2,106)

	ความไม่มั่นคงด้านสิทธิของบ้าน และที่อยู่อาศัย	ความต้องการเกี่ยวกับที่อยู่ อาศัย
การอยู่อาศัย		
เฉพาะวัยพึ่งพิง	1.686 ***	1.125
เฉพาะวัยพึ่งพิง + มีบุตร ใกล้ชิด	0.664 *	1.136
มีบุตร/วัยแรงงานในบ้าน		
สถานะทางการเงิน		
รายได้สูงกว่าเส้นความ ยากจน		
รายได้ต่ำกว่าเส้นความ ยากจน	1.055	1.191
สถานะสุขภาพ		
ดีดั่งคน		
ดีดบ้าน	1.555	0.613 ***
ดีดเตียง	1.558	0.266 **
ภูมิภาค		
กทม	6.835 ***	0.842
ภาคกลาง		
ภาคเหนือ	0.913	1.106
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.399 *	0.957
ภาคใต้	0.684 *	0.811
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง		
เขตชนบท	0.599 ***	0.827
ค่า Pseu do r2	0.1701	0.0125

ที่มา: ประมวลจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

หมายเหตุ	ตัวแปรตาม	0 = มีความมั่นคงด้านสิทธิ หรือค่อนข้างมั่นคง 1 = ไม่มั่นคง
		0 = ไม่ต้องทำอะไร 1 = ต้องปรับปรุงบ้าน หรือเตรียมสถานที่ให้ผู้สูงอายุ
	*	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1
	**	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
	***	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 6.3 5 เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างในเรื่องความต้องการที่อยู่อาศัย 2 แบบ แบบที่ 1 พิจารณาความแตกต่างในเรื่องความมั่นคงในที่อยู่อาศัย โดยวิเคราะห์ความแตกต่างจากตัวแปร 3 กลุ่ม กลุ่มแรกคือสถานะการอยู่อาศัย ใช้ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีบุตร/วัยแรงงานในบ้านเป็นฐาน สถานะทางการเงิน ใช้ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าความยากจนเป็นฐาน ความแตกต่างในด้านภูมิภาค ใช้ข้อมูลผู้สูงอายุภาคกลางเป็น

ฐาน ในส่วนของเขตที่อยู่อาศัยใช้ข้อมูลผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองเป็นฐาน ผลการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ดังนี้

- (1) ความไม่มั่นคงด้านสิทธิของบ้านและที่อยู่อาศัย สถานการณ์อยู่อาศัยเฉพาะวัยพึ่งพิง มีความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตร/วัยแรงงานในบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.689) ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขต กทม. มีความไม่มั่นคงมากกว่าภาคกลาง เกือบ 6 เท่า (6.835) และผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยมากกว่าเขตเมือง (0.599)
- (2) ความต้องการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย มีตัวแปรเรื่องสถานะสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่ติดบ้านมีความต้องการที่อยู่อาศัยมากกว่าผู้สูงอายุติดสังคม (0.613)

สถานะเศรษฐกิจ	สถานะสุขภาพ	สถานการณ์อยู่อาศัย	เกณฑ์เพิ่มเติม
รายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี	-	อยู่คนเดียว อยู่ลำพัง (ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ในครัวเรือนหรือบริเวณใกล้เคียง)	สิทธิไม่มั่นคงด้านที่อยู่อาศัย

ดังนั้น การกำหนดความต้องการเรื่องการจัดบริการที่พักอาศัย จึงใช้สิทธิที่ไม่มั่นคงในที่อยู่อาศัย เป็นเกณฑ์หลัก คือ ร้อยละ 30.29 เมื่อนำเกณฑ์ข้างต้นมาประกอบกับเกณฑ์ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุและสถานะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และคาดประมาณโดยใช้ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ทำให้เห็นความต้องการที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือตามตารางที่ 6.3 6

ตารางที่ 6.3. 6 คาดประมาณความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของประชากรสูงอายุที่มีรายได้น้อยและต้องการความช่วยเหลือจากรัฐ

ประเภทของผู้สูงอายุ	ร้อยละ	จำนวน
ประชากรอายุ 55 ปีขึ้นไป	100.00	16.358 ล้านคน
ประชากรอายุ 55 ปีขึ้นไป + ยากจน *	44.38	7.235 ล้านคน
ประชากรที่อาศัยอยู่คนเดียว	4.97	8.108 แสนคน
ประชากรที่อาศัยอยู่กับคู่ครองเท่านั้น	8.53	1.390 ล้านคน
ประชากรที่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ในครัวเรือน หรืออาศัยอยู่ใกล้เคียง	16.40	2.673 ล้านคน
ประชากรที่ไม่มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน	3.83	6.249 แสนคน
ประชากรที่อาศัยอยู่คนเดียว + ไม่มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน	0.95	1.547 แสนคน
ประชากรที่อาศัยอยู่กับคู่ครองเท่านั้น + ไม่มีบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน	0.66	1.076 แสนคน
ประชากรที่มีสถานะสุขภาพติดสังคม	39.19	6.388 ล้านคน
ประชากรที่มีสถานะสุขภาพติดบ้าน **	4.62	7.528 แสนคน
ประชากรที่มีสถานะสุขภาพติดเตียง	0.58	9.464 หมื่นคน
ประชากรที่ไม่มี ความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย (บ้านไม่ใช่ของตนเองหรือคู่สมรส / พ่อแม่ / บุตร)	3.47	5.658 แสนคน

ประเภทของผู้สูงอายุ	ร้อยละ	จำนวน
ประชากรที่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ในครัวเรือน หรืออาศัยอยู่ใกล้เคียง + ไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย	2.15	3.502 แสนคน
ประชากรที่อยู่คนเดียว + ไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย	0.32	5.153 หมื่นคน
ประชากรที่อยู่กับคู่ครองเท่านั้น + ไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย	0.26	4.210 หมื่นคน

ที่มา: วิเคราะห์จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประกอบกับการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560

หมายเหตุ * มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี

** รวมกลุ่มที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ปกติ แต่ไม่สามารถเดินทางโดยขึ้นรถ/ลงเรือด้วยตนเองได้เลย (ประมาณ 3.41%)

6.3.2 ความต้องการบริการสนับสนุน

ความต้องการบริการสนับสนุนที่โครงการสำรวจ ประกอบด้วยบริการสนับสนุน 11 รายการ ได้แก่ (1) บริการด้านอาหาร (2) บริการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (3) บริการผู้ดูแลพิเศษ (4) บริการทำความสะอาดบ้านและซักล้าง (5) บริการดูแลสัตว์เลี้ยงและต้นไม้ (6) บริการซื้อของและจัดส่งถึงบ้าน (7) บริการจ่ายค่าสาธารณูปโภค (8) บริการรับส่งเพื่อไปพบแพทย์ (9) บริการรับส่งที่พักกับระบบขนส่ง (10) บริการรับพาออกไปพักผ่อนนอกที่พักอาศัย (11) การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ในส่วนนี้นำเสนอเฉพาะผลสำรวจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพติดบ้าน/ติดเตียงเท่านั้น

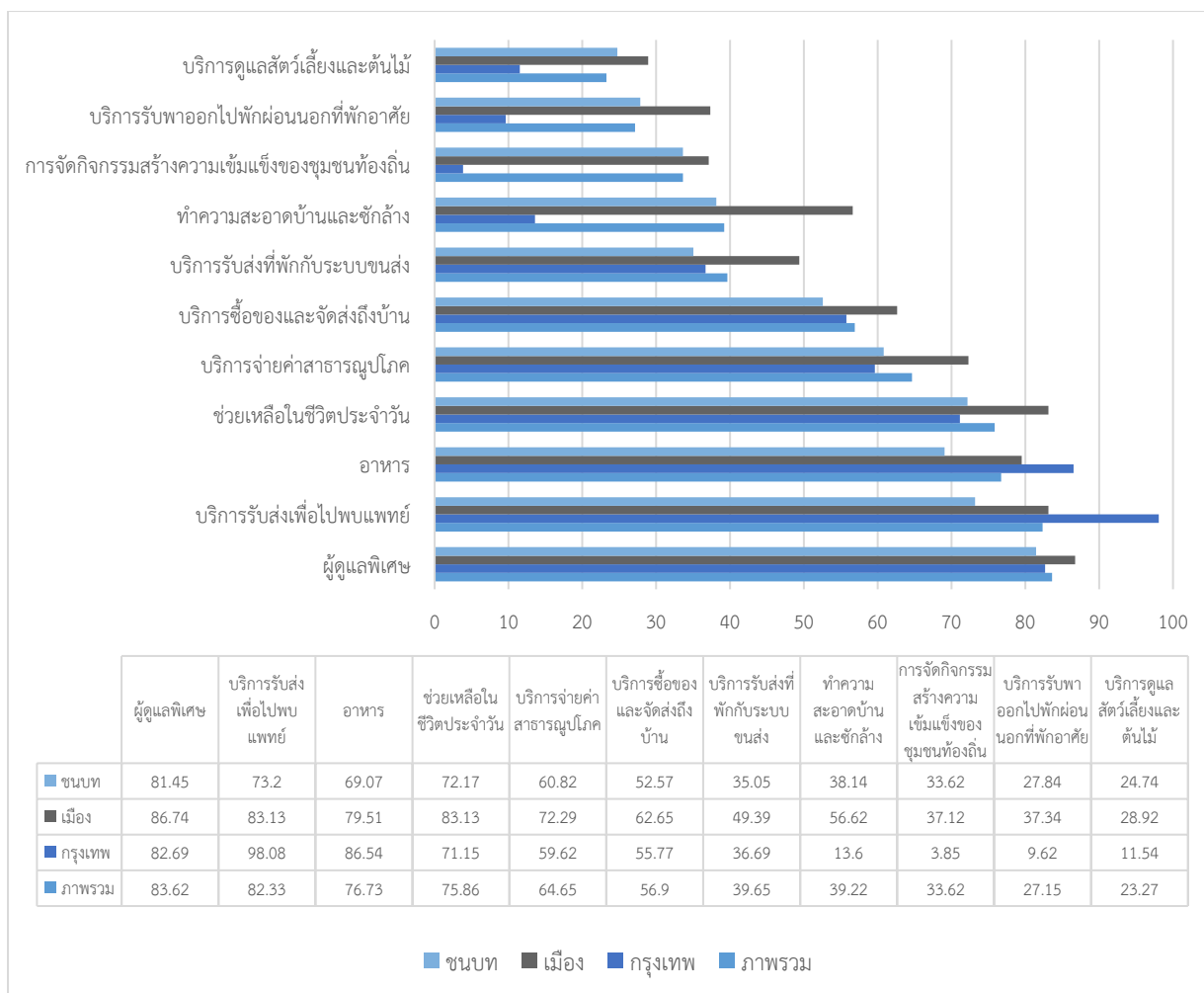
สถานะเศรษฐกิจ	สถานะสุขภาพ	สถานการณ์อยู่อาศัย	เกณฑ์เพิ่มเติม
รายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี	- ติดบ้าน	- อยู่คนเดียว - อยู่ลำพัง (ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ในครัวเรือนหรือบริเวณใกล้เคียง)	ผู้สูงอายุที่มีความต้องการที่อยู่อาศัยในข้อ 1
	- ติดเตียง	ทุกกรณี	

กรอบการประเมินความต้องการบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุ พิจารณาจากเกณฑ์สามเกณฑ์ประกอบด้วย คือสถานะทางเศรษฐกิจ คือมีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี มีสถานะสุขภาพติดบ้าน/ติดเตียง ที่อยู่ลำพัง ทั้งนี้รวมไปถึงผู้สูงอายุที่มีความต้องการที่อยู่อาศัยในข้อ 1 ด้วย

ภาพที่ 6.3.1 แสดงให้เห็นผลสำรวจความต้องการบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีสถานะติดบ้านและติดเตียงในปัจจุบัน ผลสำรวจสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ กลุ่มที่*ต้องการบริการ* พิจารณาจากกลุ่มที่เคยใช้บริการในปัจจุบัน และต้องการใช้บริการในอนาคต กลุ่มที่สองคือกลุ่มที่*ไม่ต้องการบริการ* คือกลุ่มที่ตอบว่าไม่ต้องการบริการให้อีก

ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่า ในภาพรวม บริการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุที่มีสถานะติดบ้าน/ติดเตียงต้องการมากที่สุดคือ*บริการผู้ดูแลพิเศษ* (ร้อยละ 83.62) อันดับรองลงมาคือ *บริการรับ-ส่งเพื่อไปพบแพทย์* (ร้อยละ 82.33) *บริการด้านอาหาร* และ*บริการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน* มีผู้ตอบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 76.73 และร้อยละ 75.86 ลำดับถัดไปเป็น*บริการจ่ายค่าสาธารณูปโภค* ร้อยละ 64.65 *บริการซื้อของและจัดส่งถึงบ้าน* (ร้อยละ 56.9) ในขณะที่ความต้องการบริการด้านอื่น ๆ ความต้องการส่วนใหญ่ไม่ถึงครึ่ง

หากพิจารณาแยกเป็นเป็นลักษณะพื้นที่ จะเห็นความต้องการที่ต่างกันอย่างเล็กน้อย ความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ กทม. 3 ลำดับแรกเป็นเรื่อง บริการรับส่งเพื่อไปพบแพทย์ (ร้อยละ 98.08) บริการด้านอาหาร (ร้อยละ 86.54) บริการผู้ดูแลพิเศษ (ร้อยละ 82.69) ในขณะที่ความต้องการของผู้สูงอายุในเมือง และชนบท มีความต้องการบริการคล้ายกันคือ บริการผู้ดูแลพิเศษ อันดับรองลงมาคือ บริการรับ-ส่งเพื่อไปพบแพทย์ บริการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และบริการอาหาร (รายละเอียดดูในภาพที่ 6.3 1)



ภาพที่ 6.3. 1 ความต้องการบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จำแนกตามลักษณะพื้นที่
ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

นอกจากการแสดงให้เห็นภาพรวมความต้องการบริการแล้ว ตารางที่ 6.3 7 ยังแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์เคยใช้/เข้าถึงบริการแต่ละประเภท โดยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะติดบ้าน/ติดเตียงในพื้นที่ลักษณะใด เคยใช้ หรือเข้าถึงบริการประเภทใดบ้างโดยพบว่า ในภาพรวม บริการที่ผู้สูงอายุเคยใช้บริการหรือเข้าถึงบริการมากที่สุดเป็นเรื่อง *บริการผู้ดูแลพิเศษ* (ร้อยละ 43.53) โดยผู้สูงอายุในชนบทเคยใช้บริการนี้มากกว่าผู้สูงอายุในเมืองและใน กทม. (ร้อยละ 51.55, 45.78 และ 25.00 ตามลำดับ) ลำดับถัดมาเป็น *บริการรับส่งเพื่อไปพบแพทย์* ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ร้อยละ 17.24 เคยใช้/เข้าถึงบริการ ซึ่งหากจำแนกตามลักษณะพื้นที่ ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงในเขตเมือง เคยใช้บริการลักษณะนี้มากกว่าเขตชนบทและ กทม. (ร้อยละ 25.30, 17.53 และ 3.85 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาบริการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง เคยใช้หรือเข้าถึงน้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ บริการรับพาออกไปพักผ่อนนอกที่พักอาศัย (ร้อยละ 0.43) ซึ่งผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงใน กทม. และชนบทไม่เคยได้รับบริการนี้เลย บริการทำความสะอาดบ้านและซักล้าง (ร้อยละ 0.86) ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงในพื้นที่อื่นราร้อยละ 1 เข้าถึงบริการนี้ แต่ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงใน กทม. ไม่เคยได้รับบริการ ลำดับที่สาม เป็นบริการรับส่งที่พักที่ระบบขนส่ง (ร้อยละ 1.29) ซึ่งผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงนอก กทม. เคยได้รับบริการนี้ (เมือง ร้อยละ 1.20 ชนบท ร้อยละ 2.06) แต่ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงใน กทม. ไม่เคยใช้บริการนี้เลย

ในส่วนของตารางที่ 6.3 8 เป็นการแสดงให้เห็นความต้องการบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงเชิงอัตวิสัย จำแนกตามที่อยู่อาศัยและสถานะทางการเงิน ซึ่งพบว่า ไม่ว่าผู้สูงอายุที่อยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง มีบุตรอยู่ใกล้ๆ รวมทั้งกลุ่มที่มีบุตร/วัยแรงงานในบ้าน ก็ต้องการบริการสนับสนุนเช่นเดียวกัน โดยแบ่งบริการที่ต้องการสูงสุด 3 อันดับแรก ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่มีสถานการณ้อยู่อาศัยแตกต่างกันดังนี้ (ร้อยละ)

ผู้สูงอายุที่อยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง	ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับวัยพึ่งพิงและมีบุตรอยู่ใกล้ๆ	ผู้สูงอายุที่มีบุตร/วัยแรงงานในบ้าน
บริการรับ-ส่งไปพบแพทย์ (6.20) บริการผู้ดูแลพิเศษ บริการอาหาร (5.77) บริการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (5.34)	บริการรับ-ส่งไปพบแพทย์ (5.06) บริการผู้ดูแลพิเศษ บริการอาหาร บริการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (4.64)	บริการผู้ดูแลพิเศษ (11.13) บริการรับ-ส่งไปพบแพทย์ (10.71) บริการอาหาร บริการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (9.99)

ตารางที่ 6.3 9 เป็นการวิเคราะห์ให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความต้องการบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงในเขตที่อยู่อาศัยต่าง ๆ ที่ต้องการ และไม่ต้องการบริการสนับสนุน (Y) จำแนกตามบริการต่างๆ ในส่วนของความแตกต่างทางภูมิภาค ใช้ภาคกลางเป็นฐานในการคำนวณ และความแตกต่างด้านที่อยู่อาศัย ในที่อยู่อาศัยในเขตเมืองเป็นฐาน โดยนำเสนอเฉพาะประเด็นที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนี้ ความต้องการบริการด้านอาหาร ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3.803) ความต้องการบริการทำความสะอาดบ้าน ในภาคใต้ (6.590) บริการซื้อของ/จัดส่งของในภาคใต้ (5.495) บริการจ่ายค่าสาธารณูปโภคในภาคใต้ (9.438) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3.676) บริการรับ-ส่งไปพบแพทย์ ในกรุงเทพฯ (20.752) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3.929) ในส่วนนี้น่าสนใจมากกว่าความต้องการบริการรับ-ส่งไปพบแพทย์ใน กทม. มีมากกว่าภาคกลางเกือบ 20 เท่า บริการกิจกรรมชุมชนในภาคใต้ (8.890) ในส่วนของความแตกต่างที่แตกต่างระหว่างพื้นที่เมือง-ชนบท ไม่พบประเด็นที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 6.3. 7 ผลสำรวจความต้องการบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย มีสถานะสุขภาพติดบ้านและติดเตียง

	รวม	กทม.	ภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย					
			กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	เขตเมือง	เขตชนบท
1 บริการอาหาร								
เคยใช้บริการ	6.47	9.62	7.50	7.27	4.92	-	10.84	1.03
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	70.26	76.92	50.00	61.82	80.33	83.33	68.67	68.04
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	23.28	13.46	42.50	30.91	14.75	16.67	20.48	30.93
2 บริการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน								
เคยใช้บริการ	12.5	-	22.50	16.36	13.11	12.50	14.46	17.53
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	63.36	71.15	50.00	54.55	70.49	70.83	68.67	54.64
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	24.14	28.85	27.50	29.09	16.39	16.67	16.87	27.84
3 บริการผู้ดูแลพิเศษ								
เคยใช้บริการ	43.53	25.00	55.00	32.73	59.02	50.00	45.78	51.55
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	40.09	57.69	27.50	34.55	37.70	41.67	40.96	29.90
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	16.38	17.31	17.50	32.73	3.28	8.33	13.25	18.56
4 บริการทำความสะอาดบ้านและซักล้าง								
เคยใช้บริการ	0.86	-	-	3.64	-	-	1.20	1.03
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	38.36	13.46	35.00	30.91	52.46	79.17	55.42	37.11
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	60.78	86.54	65.00	65.45	47.54	20.83	43.37	61.86
5 บริการดูแลสัตว์เลี้ยงและต้นไม้								
เคยใช้บริการ	1.29	-	7.50	-	-	-	-	3.09
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	21.98	11.54	17.50	16.36	24.59	58.33	28.92	21.65
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	76.72	88.46	75.00	83.64	75.41	41.67	71.08	75.26
6 บริการซื้อของและจัดส่งถึงบ้าน								
เคยใช้บริการ	3.45	-	5.00	1.82	8.20	-	4.82	4.12
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	53.45	55.77	42.50	47.27	52.46	83.33	57.83	48.45
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	43.10	44.23	52.50	50.91	39.34	16.67	37.35	47.42

	รวม	กทม.	ภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย					
			กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	เขตเมือง	เขตชนบท
7 บริการจ่ายค่าสาธารณูปโภค								
เคยใช้บริการ	1.72	-	5.00	1.82	1.64	-	4.82	-
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	62.93	59.62	47.50	45.45	80.33	91.67	67.47	60.82
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	35.34	40.38	47.50	52.73	18.03	8.33	27.71	39.18
8 บริการรับส่งเพื่อไปพบแพทย์								
เคยใช้บริการ	17.24	3.85	20.00	14.55	21.31	37.50	25.30	17.53
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	65.09	94.23	42.50	58.18	67.21	50.00	57.83	55.67
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	17.67	1.92	37.50	27.27	11.48	12.50	16.87	26.80
9 บริการรับส่งที่พิกัดกับระบบขนส่ง								
เคยใช้บริการ	1.29	-	5.00	1.82	-	-	1.20	2.06
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	38.36	32.69	25.00	34.55	50.82	50.00	48.19	32.99
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	60.34	67.31	70.00	63.64	49.18	50.00	50.60	64.95
10 บริการรับพาออกไปพักผ่อนนอกที่พิกาศัย								
เคยใช้บริการ	0.43	-	-	-	1.64	-	1.20	-
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	26.72	9.62	25.00	29.09	29.51	54.17	36.14	27.84
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	72.84	90.38	75.00	70.91	68.85	45.83	62.65	72.16
11 การจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น								
เคยใช้บริการ	5.17	-	10.00	5.45	6.56	6.02	7.22	5.17
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	28.45	3.85	25.00	23.64	36.07	42.17	29.90	28.45
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	66.38	96.15	65.00	70.91	57.38	51.81	62.89	66.38
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
จำนวนตัวอย่าง	232	52	40	55	61	24	83	97

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 6.3. 8 ร้อยละของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ความต้องการบริการสนับสนุนด้านอาหาร จำแนกตามการอยู่อาศัย และสถานะทางการเงิน

(n =232)

	อาหาร	ช่วยเหลือใน ชีวิตประจำวัน	ผู้ดูแล พิเศษ	ทำความเข้าใจ สะอาด บ้าน	ดูแลสัตว์ เลี้ยง/ ต้นไม้	บริการซื้อ ของ/จัดส่ง ของ	จ่ายค่า สาธารณูปโภค	รับ-ส่งไป พบแพทย์	รับ-ส่งที่ พัก/ระบบ ขนส่ง	พาไป พักผ่อน นอกที่พัก	กิจกรรม ชุมชน
การอยู่อาศัย											
เฉพาะวัยพึ่งพิง	5.77	5.34	5.77	3.85	1.92	4.06	4.91	6.20	3.42	2.78	2.56
เฉพาะวัยพึ่งพิง + มีบุตร ใกล้เคียง	4.64	4.64	4.64	2.95	1.27	3.38	4.22	5.06	2.53	1.27	2.11
มีบุตร/วัยแรงงานในบ้าน	9.99	9.99	11.13	4.71	3.00	7.49	8.35	10.71	5.00	3.35	4.35
สถานะทางการเงิน											
รายได้สูงกว่าเส้นความ ยากจน	4.46	4.63	5.32	3.43	2.06	3.43	4.29	4.97	2.92	2.23	3.09
รายได้ต่ำกว่าเส้นความ ยากจน	9.98	9.78	10.70	4.66	2.76	7.35	8.21	10.64	4.92	3.28	3.94

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 6.3. 9 ค่า Odds ratio ของความต้องการบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

	อาหาร	ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน	ผู้ดูแลพิเศษ	ทำความสะอาดบ้าน	ดูแลสัตว์เลี้ยง/ต้นไม้	บริการซื้อของ/จัดส่งของ	จ่ายค่าสาธารณูปโภค	รับ-ส่งไปพบแพทย์	รับ-ส่งที่พักร/ระบบขนส่ง	พาไปพักผ่อนนอกที่พัก	กิจกรรมชุมชน
(n =232)											
การอยู่อาศัย											
เฉพาะวัยพึ่งพิง	1.020	0.695	0.558	1.779	1.167	.841	1.024	1.152	1.254	1.610	.894
เฉพาะวัยพึ่งพิง + มีบุตรใกล้ๆ	0.959	0.993	0.436	1.356	0.579	0.788	1.037	0.992	1.025	0.585	0.674
มีบุตร/วัยแรงงานในบ้าน											
สถานะทางการเงิน											
รายได้สูงกว่าเส้นความยากจน											
รายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน	1.322	1.322	0.929	0.616	0.612	1.199	0.906	0.990	0.781	0.751	0.638
ภูมิภาค											
กทม	3.201 **	0.554	0.666	0.194 ***	0.352 *	1.020	0.912	20.752***	0.823	0.254 **	0.056 ***
ภาคกลาง											
ภาคเหนือ	1.572	0.869	0.387 *	0.836	0.521	1.011	0.736	1.475	1.199	1.072	0.668
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3.803 ***	1.729	4.081 *	1.828	0.881	1.614	3.676 ***	3.929 ***	2.202 *	1.192	1.252
ภาคใต้	3.629 **	1.821	2.311	6.590 ***	4.122 **	5.495 ***	9.438 ***	3.978 **	2.166	3.460 **	8.890 ***
เขตที่อยู่อาศัย											
เขตเมือง											
เขตชนบท	0.569	0.493*	0.532	0.458**	0.753	0.633	0.535*	0.541	0.550*	0.641	0.583
ค่า Pseu do r2	0.0691	0.0326	0.1058	0.1523	0.0879	0.0411	0.1007	0.1344	0.0359	0.0821	0.2020

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

หมายเหตุ ตัวแปรตาม

0 = ไม่เคยใช้ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต

1 = เคยใช้ หรือต้องการใช้ในอนาคต

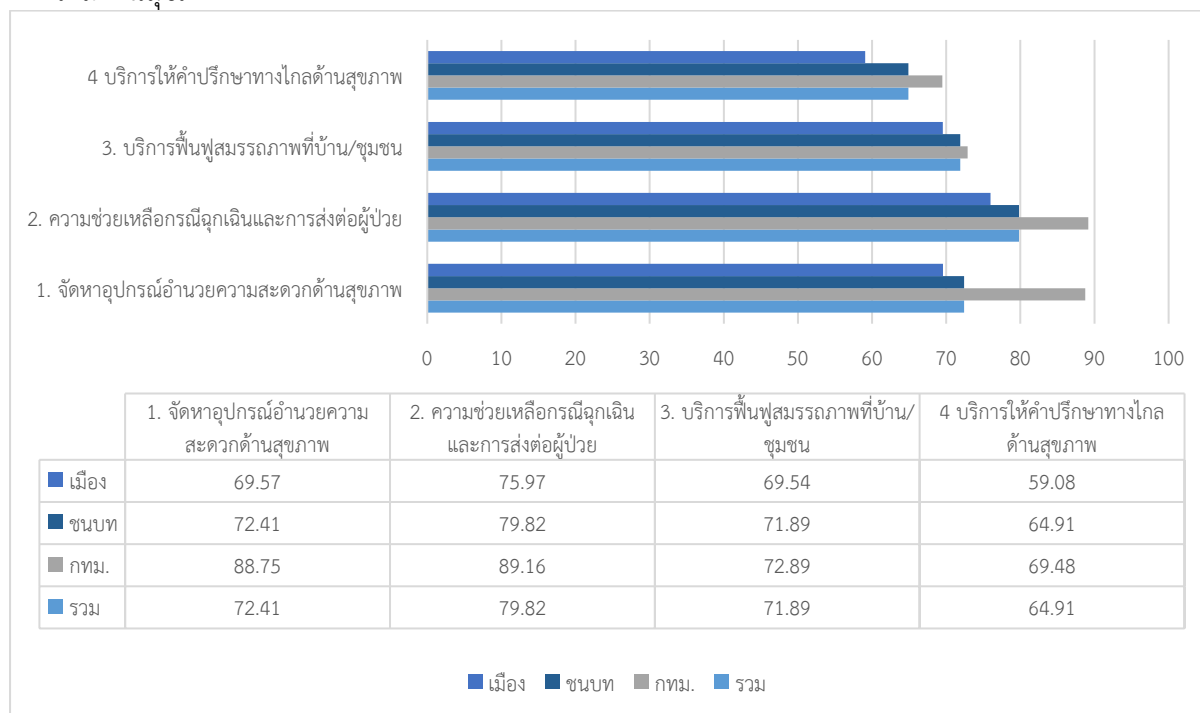
* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6.3.3 ความต้องการบริการด้านสุขภาพ

โครงการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยทั้งหมด ความต้องการบริการสุขภาพแบ่งเป็นบริการ 4 ประเภท ได้แก่ (1) บริการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ (2) บริการความช่วยเหลือฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย (3) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน (4) บริการให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ



ภาพที่ 6.3. 2 ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จำแนกตามพื้นที่ที่อยู่อาศัย
ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ภาพที่ 6.3 2 แสดงให้เห็นความต้องการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีความต้องการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพทุกประเภท โดยในภาพรวมบริการที่ต้องการมากที่สุดเป็นบริการความช่วยเหลือฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 79.82) ลำดับถัดมาเป็นบริการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ (ร้อยละ 72.41) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน (ร้อยละ 71.89) และบริการให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพอยู่ในลำดับน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 64.91

เมื่อพิจารณาจำแนกรายภาค พบว่ากลุ่มตัวอย่างในทุกภาคมีความต้องการบริการความช่วยเหลือฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย ระดับสูงที่สุดในทุกภาค รองลงมาเป็นบริการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน แต่หากพิจารณาจำแนกรายบริการ พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างใน กทม. มีความต้องการสูงที่สุดในทุกบริการ และกลุ่มตัวอย่างในชนบทมีความต้องการมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในเมืองทุกรายการ

ตารางที่ 6.3 10 แสดงให้เห็นภาพรวมความต้องการบริการ และแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์เคยใช้/เข้าถึงบริการแต่ละประเภท โดยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในพื้นที่ลักษณะใด เคยใช้ หรือเข้าถึงบริการประเภทใดบ้างโดยพบว่า ในภาพรวม บริการที่ผู้สูงอายุเคยใช้บริการหรือเข้าถึงบริการมากที่สุดเป็นเรื่อง บริการความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 14.10) โดยเมื่อพิจารณาจากความแตกต่างเชิงพื้นที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในภาคอีสานเคยใช้บริการนี้ในสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 24.49) บริการ

พื้นที่สมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน ผู้สูงอายุในภาคอีสาน (ร้อยละ 14.40) และผู้สูงอายุในเขตเมือง (ร้อยละ 10.92) เข้าถึงได้มากกว่าพื้นที่อื่น ๆ โดยผู้สูงอายุใน กทม. เข้าถึงเพียงร้อยละ 2.21 บริการให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างในภาคใต้ (ร้อยละ 10.16) และกลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง (ร้อยละ 10.92) เข้าถึงได้มากกว่าพื้นที่อื่น ๆ บริการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างในภาคกลาง (ร้อยละ 7.96) และเขตเมือง (ร้อยละ 5.63) เข้าถึงได้มากกว่า

ตารางที่ 6.3. 10 ความต้องการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จำแนกตามที่อยู่อาศัย

	รวม	กทม.	ภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศไทย					
			กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	เขตเมือง	เขตชนบท
1. จัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ								
เคยใช้บริการ	5.46	5.22	7.96	3.82	5.35	5.42	5.63	5.46
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	66.95	83.53	65.52	47.89	69.14	63.55	60.34	66.95
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	27.59	11.24	26.53	48.29	25.51	31.03	34.02	27.59
2. ความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย								
เคยใช้บริการ	14.10	10.04	14.85	8.05	24.49	18.29	12.87	14.10
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	65.72	79.12	71.09	53.72	59.26	59.76	63.10	65.72
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	20.18	10.84	14.06	38.23	16.26	21.95	24.02	20.18
3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน								
เคยใช้บริการ	8.83	2.21	13.00	5.63	14.40	10.84	10.92	8.83
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	63.06	70.68	64.72	48.89	63.99	63.14	58.62	63.06
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	28.11	27.11	22.28	45.47	21.60	26.02	30.46	28.11
4. บริการให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ								
เคยใช้บริการ	7.41	2.21	2.39	3.42	9.26	10.16	8.05	7.41
ไม่เคยใช้บริการ แต่ต้องการใช้ในอนาคต	57.50	67.27	59.15	45.27	60.08	58.54	51.03	57.50
ไม่เคยใช้บริการ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต	35.09	30.52	38.46	51.31	30.66	31.30	40.92	35.09
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
จำนวนตัวอย่าง	2,106	498	377	497	486	248	738	870

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 6.3. 11 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการบริการด้านสุขภาพ

(n =2,106)

	บริการ 1	บริการ 2	บริการ 3	บริการ 4
การอยู่อาศัย				
เฉพาะวัยพึ่งพิง	72.22	82.69	70.94	60.90
เฉพาะวัยพึ่งพิง + มีบุตรใกล้ๆ	62.03	71.31	64.98	60.34
มีบุตร/วัยแรงงานในบ้าน	74.23	80.30	73.38	67.02
สถานะทางการเงิน				
รายได้สูงกว่าเส้นความยากจน	67.75	78.73	66.38	57.98
รายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน	74.20	80.24	74.00	67.56
สถานะสุขภาพ				
ติดสังคม	70.38	79.24	70.31	64.60
ติดบ้าน	75.97	80.37	73.94	65.14
ติดเตียง	86.67	88.33	90.00	70.00

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ตารางที่ 6.3. 12 ค่า Odds ratio ของความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n =2,106)

	บริการ 1	บริการ 2	บริการ 3	บริการ 4
การอยู่อาศัย				
เฉพาะวัยพึ่งพิง	1.013	1.273 *	0.965	0.824 *
เฉพาะวัยพึ่งพิง + มีบุตรใกล้ๆ	0.658 ***	0.688 **	0.682 **	0.729 **
มีบุตร/วัยแรงงานในบ้าน				
สถานะทางการเงิน				
รายได้สูงกว่าเส้นความยากจน				
รายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน	0.945	0.803 *	1.184	1.257 **
สถานะสุขภาพ				
ติดสังคม				
ติดบ้าน	1.483 ***	1.208	1.196	.991
ติดเตียง	2.782 **	2.030 *	3.376 ***	1.091
ภูมิภาค				
กทม	2.535 ***	1.197	0.624 ***	1.022
ภาคกลาง				
ภาคเหนือ	0.365 ***	0.247 ***	0.335 ***	0.569 ***
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.001	0.813	1.007	1.348 **
ภาคใต้	1.118	0.694 *	1.355	3.183 ***
เขตที่อยู่อาศัย				
เขตเมือง				
เขตชนบท	0.831 *	0.806 *	0.767 **	0.659 ***
ค่า Pseu do r ²	0.0834	0.0711	0.0523	0.0516

ที่มา: ประมวลผลจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

หมายเหตุ	ตัวแปรตาม	0 = ไม่เคยใช้ และไม่ต้องการใช้ในอนาคต 1 = เคยใช้ หรือต้องการใช้ในอนาคต
	*	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1
	**	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
	***	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สำหรับตารางที่ 6.3 11 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มต้องการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพ ในระดับที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ไม่ว่าจะมีสถานะการอยู่อาศัย สถานะทางการเงินและสถานะสุขภาพแบบใดก็ตาม

ตารางที่ 6.3 12 เป็นการวิเคราะห์ให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความต้องการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่มีสถานการณ์อยู่อาศัย สถานะทางเศรษฐกิจ สถานะสุขภาพ ภูมิภาค และเขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน (x) ที่อยู่อาศัยต่าง ๆ ที่ต้องการ และไม่ต้องการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพ (y) จำแนกตามบริการต่างๆ ในส่วนของความแตกต่างด้านลักษณะการอยู่อาศัย ใช้ผู้สูงอายุที่มีบุตร/วัยแรงงานในบ้านเป็นฐาน สถานะสุขภาพ ใช้ผู้สูงอายุที่ติดสังคมเป็นฐาน ความแตกต่างด้านภูมิภาค ใช้ภาคกลางเป็นฐาน และความแตกต่างด้านที่อยู่อาศัย ในที่อยู่อาศัยในเขตเมืองเป็นฐาน โดยนำเสนอเฉพาะประเด็นที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนี้

(1) *บริการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ* ผู้สูงอายุที่อาศัยเฉพาะวัยพึ่งพิง แต่มีบุตรอยู่ใกล้ๆ มีความต้องการน้อยกว่า (0.658) ผู้สูงอายุที่ติดบ้านมีความต้องการมากกว่า (1.483) ผู้สูงอายุใน กทม. มีความต้องการมากกว่า (2.535) ผู้สูงอายุในภาคเหนือมีความต้องการน้อยกว่า (0.365) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท

(2) *บริการความช่วยเหลือฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย* พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกรณีเดียวคือ ภาคเหนือที่มีความต้องการน้อยกว่าภาคกลางนิดหน่อย (0.247)

(3) *บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน* พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในพื้นที่ กทม. (0.624) และภาคเหนือ (0.247) ที่มีความต้องการต่ำกว่าภาคกลาง

(4) *บริการให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ* พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาคใต้ (3.183) ที่มีความต้องการมากกว่าภาคกลาง และภาคเหนือที่มีความต้องการน้อยกว่าภาคกลาง (0.569) และยังพบว่า เขตชนบท มีความต้องการน้อยกว่าเขตเมืองด้วย (0.659)

6.4 ความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่งและผู้สูงอายุยากจนในภาวะวิกฤติโควิด-19

6.4.1 กลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง: ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ทีมวิจัยส่วนกลางและทีมวิจัยในพื้นที่ศึกษาได้ร่วมกันพัฒนาแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (Structured in-depth interview) รวมถึงเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าข่ายเป็นกลุ่มสุดโต่งในแต่ละพื้นที่ โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

1. ผู้สูงอายุยากจนที่อยู่คนเดียว มีปัญหาสุขภาพ หรือผู้สูงอายุยากจนที่มีบุตรหลานอยู่นอกครัวเรือน เคยได้รับ/ไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุนหรือที่อยู่อาศัย
2. ผู้สูงอายุยากจนที่อยู่กับผู้สูงอายุด้วยกันในครัวเรือน เคยได้รับ/ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือใดๆ

3. ผู้สูงอายุไร้บ้าน/มีบ้านที่ไม่มั่นคง เคยได้รับ/ไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุนหรือที่อยู่อาศัย
4. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ยังคงต้องทำงานหาเลี้ยงตัวเอง และครอบครัว ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือใดๆ
5. ผู้สูงอายุยากจนสุดโต่งกลุ่มอื่นๆ ที่มีลักษณะเฉพาะในพื้นที่และระบุเหตุผลการเลือก

ในขั้นตอนของการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้สูงอายุยากจนหรือจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐแบบสุดโต่ง เริ่มอบรมทีมเก็บข้อมูลในพื้นที่ช่วงเดือนพฤษภาคม 2564 จากนั้นดำเนินการคัดเลือกและสัมภาษณ์กรณีศึกษาในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2564 หลังเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามเสร็จแล้วในแต่ละพื้นที่ และด้วยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้ได้ข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะเข้าข่ายกลุ่มเป้าหมายจนสามารถคัดเลือกและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ตามที่กำหนดไว้ โดยเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายจาก 7 จังหวัด จังหวัดละ 5 ราย (ได้แก่ เชียงราย ลำปาง อุตรดิตถ์ อุบลราชธานี มหาสารคาม ปัตตานี) และกรุงเทพฯ อีก 10 ราย รวมจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 45 ราย ยกเว้นจังหวัดสงขลา เนื่องจากมีอุปสรรคสำคัญในการลงพื้นที่เข้าพบผู้สูงอายุคือ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 (โควิด-19) อย่างหนักและกระจายทั้งในเขตเมืองและชนบท ทำให้มีการปิดชุมชนและห้ามคนภายนอกเข้าในบางพื้นที่ ดังนั้น พนักงานสัมภาษณ์จึงไม่สามารถเข้าชุมชนเพื่อเก็บข้อมูลได้เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุและตัวพนักงานสัมภาษณ์เองด้วย

เป้าหมายของการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง เพื่อค้นหาความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่มีลักษณะเฉพาะและเพิ่มเติมไปจากกลุ่มผู้สูงอายุยากจนทั่วไป รวมถึงเงื่อนไขปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการอาศัยอยู่ในที่เดิม (Ageing in place: AIP) แบบมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถจัดกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่งนี้ตามรูปแบบการอยู่อาศัย สถานะทางสุขภาพ และพื้นที่อยู่อาศัย ได้เป็น 5 กลุ่มหลัก ดังนี้

รูปแบบที่ 1: ผู้สูงอายุยากจนที่อยู่คนเดียว หรือผู้สูงอายุยากจนที่มีบุตรหลานอยู่นอกครัวเรือน มีปัญหาสุขภาพและมีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย

รูปแบบที่ 2: ผู้สูงอายุที่อยู่กับวัยพึ่งพิงด้วยกัน (โดยเฉพาะอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน) มีปัญหาสุขภาพและมีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย

รูปแบบที่ 3: ผู้สูงอายุไร้บ้าน/อยู่ในพื้นที่เช่าและบ้านเช่า/สร้างในพื้นที่สาธารณะ และมีปัญหาสุขภาพ

รูปแบบที่ 4: ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ยังคงต้องทำงานหาเลี้ยงตัวเอง และครอบครัว และมีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย

รูปแบบที่ 5: ผู้สูงอายุยากจนในเมือง (กรุงเทพฯ) ที่ไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย

ผู้สูงอายุในรูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 2 เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางเนื่องจากรูปแบบการอยู่อาศัย (living arrangement) ไม่มีผู้ดูแลหลัก และมีปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุในรูปแบบที่ 3 เป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านความมั่นคงในที่อยู่อาศัย ทั้งปัญหาความไม่มั่นคงของตัวบ้านเชิงกายภาพ และปัญหาการครอบครองสิทธิในที่อยู่อาศัย ซึ่งอาจกลายเป็นความเสี่ยงให้ผู้สูงอายุต้องไร้บ้านหรือไม่มีที่อยู่อาศัยในอนาคต สำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่ 4 คือ กลุ่มที่ไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย และยังคงต้องทำงานเพื่อยังชีพและหาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งอาจมีความต้องการที่แตกต่างออกไปจากกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และกลุ่มสุดท้ายคือ ผู้สูงอายุในรูปแบบที่ 5 “กลุ่มคนจนเมือง” โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ถือเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ เนื่องด้วยภายใต้สภาพแวดล้อมแบบเมือง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนและกลไก

การช่วยเหลือกันภายในชุมชนแตกต่างกันไปจากในพื้นที่ชนบท ซึ่งผลจากการเก็บข้อมูลภาคสนามสามารถสรุปคุณลักษณะสำคัญของแต่ละกลุ่มเป้าหมายได้ดังตารางที่ 6.4. 1

ตารางที่ 6.4. 1 คุณลักษณะสำคัญของกลุ่มเป้าหมายสัมภาษณ์เชิงลึก

คุณลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุ	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3	รูปแบบที่ 4	รูปแบบที่ 5
เพศ	หญิง = 8 คน ชาย = 2 คน	หญิง = 4 คน ชาย = 3 คน	หญิง = 9 คน ชาย = 1 คน	ชาย = 4 หญิง = 4	ชาย = 6 หญิง = 4
กลุ่มอายุ	60-69 ปี = 1 คน 70-79 ปี = 4 คน 80 ปี+ = 5 คน	60-69 ปี = 3 คน 70-79 ปี = 3 คน 80 ปี+ = 1 คน	60-69 ปี = 6 คน 70-79 ปี = 3 คน 80 ปี+ = 1 คน	55-59 ปี = 2 60-69 ปี = 4 70-79 ปี = 0 80 ปี+ = 2	55-59 ปี = 1 60-69 ปี = 1 70-79 ปี = 5 80 ปี+ = 3
รูปแบบการอยู่อาศัย	- อยู่ลำพัง มีเพื่อนบ้านคอยดูแลบ้าง - อยู่ลำพัง แต่มีบ้านญาติอยู่ใกล้เคียง - อยู่กับบุตร แต่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีและไม่ได้รับการดูแล	- อยู่กับคู่สมรสที่สูงวัยเหมือนกัน - อยู่กับผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ลูกที่พิการ เป็นต้น	- อยู่ลำพัง - อยู่กับลูก แต่ไม่ได้รับการดูแลจากลูก - อยู่กับคู่สมรสที่สูงวัยเหมือนกัน	- อยู่ลำพัง - อยู่กับคู่สมรสที่สูงวัย - อยู่กับบุตร - อยู่กับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิง (คู่สมรสพิการ / หลานพิการ)	- อยู่ลำพัง - อยู่กับคู่สมรสที่สูงวัย - อยู่กับบุตรและสมาชิกในครัวเรือนที่มีภาวะพึ่งพิง (คู่สมรสสูงวัย/มารดาสูงวัย) - อยู่กับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิง (คู่สมรสพิการ/บุตรหลานวัยเรียน)
ปัญหาด้านสุขภาพ	- มีความพิการทางสายตา และพิการทางการเคลื่อนไหว (4 คน) - โรค NCDs เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน - โรคไขข้อเสื่อม - โรคเก๊าท์ - โรคต่อกระจุก - โรคสมองเสื่อม - โรคอัลไซเมอร์ - โรคซึมเศร้า - เคยหกล้ม จนมีปัญหาการ	- โรค NCDs เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง - โรคหลอดเลือดสมองตีบ - โรคหัวใจ - โรคไทรอยด์เป็นพิษ - โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ - โรคมะเร็งลำไส้ (อยู่ระหว่างการให้คีโม) - ประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ถูกตัดนิ้วมือ	- โรค NCDs เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง - โรคกระดูกพรุน - โรคเก๊าท์ ไขข้อเสื่อม - โรคไทรอยด์ - โรคภูมิแพ้ หอบหืด - ผู้ป่วยติดเตียง แขนขาลีบ	ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด ริดสีดวงทวาร ต้อกระจก หูตึง (ไม่ค่อยได้ยินเสียง) กระดูกทับเส้นประสาท ข้อเข่าเสื่อม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก ปวดเมื่อยร่างกาย	ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมองตีบ โรคหัวใจ โรคโลหิตจาง โรคคอติด โรคไทรอยด์ อัมพาตครึ่งซีก ข้อเข่าเสื่อม มีปัญหาการเดิน (เดินไม่ไหวต้องคลาน) สายตามองเห็นไม่ชัดเจน หูตึง ไม่ค่อยได้ยินเสียง

คุณลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุ	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3	รูปแบบที่ 4	รูปแบบที่ 5
	เคลื่อนไหวร่างกาย				มีอาการเจ็บไหล่เรื้อรังจากอุบัติเหตุและการผ่าตัดปวดเมื่อยร่างกาย เวียนศีรษะ
ผู้ดูแลหลัก	ไม่มีผู้ดูแลหลัก แม้บางรายจะมีบุตรที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน พี่น้อง หลาน เพื่อนบ้าน และ อสม. มาช่วยดูแลบ้างเมื่อขอความช่วยเหลือ	- ดูแลตัวเองเป็นหลัก และดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการในครอบครัวด้วย - คู่สมรสที่สูงวัยเหมือนกันเป็นผู้ดูแลหลัก	- ไม่มีผู้ดูแลหลัก ดูแลตัวเอง - ดูแลตัวเองและดูแลคู่สมรส/ลูกที่พิการ - มีคู่สมรสและลูกช่วยกันดูแล	- ไม่มีผู้ดูแลหลัก ต้องดูแลตนเอง - ดูแลตนเองและดูแลสมาชิกในครัวเรือน (คู่สมรส/บุตร/หลาน) - มีคู่สมรส หรือบุตรเป็นผู้ดูแล	- ไม่มีผู้ดูแลหลัก ดูแลตัวเอง - คู่สมรสเป็นผู้ดูแล - บุตรเป็นผู้ดูแล
จำนวนกรณีศึกษา	10 คน	7 คน	10 คน	8 คน	10 คน

ที่มา: การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

หมายเหตุ: ผู้ดูแลหลัก มีหน้าที่ดูแล/ช่วยเหลือผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำ สม่ำเสมอ ในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การเงิน และสุขภาพ

รูปแบบที่ 1

ผู้สูงอายุยากจนที่อยู่คนเดียว หรือผู้สูงอายุยากจนที่มีบุตรหลานอยู่นอกครัวเรือน และมีปัญหาสุขภาพ

รูปแบบการอยู่อาศัยมีผลต่อความเปราะบางของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่คนเดียว หรือแม้มีบุตรอยู่ด้วย แต่ไม่ได้รับการดูแล ก็เปรียบเสมือนอาศัยอยู่เพียงลำพังในบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ประสบปัญหาซ้ำซ้อน ทั้งปัญหาเรื่องปากท้องและการไม่มีผู้ดูแลหลัก ในขณะที่บางรายอาจจะมีปัญหาสุขภาพเพิ่มเข้ามาด้วย ทั้งนี้ ผลจากการสำรวจในเชิงปริมาณพบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยนี้ ร้อยละ 12 และสำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง มีจำนวน 10 กรณีศึกษา ซึ่งพบว่าเกือบทั้งหมดของกรณีศึกษาเป็นเพศหญิง และอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางขึ้นไป (อายุ 70 ปีขึ้นไป) มีผู้สูงอายุตอนต้นเพียง 1 คน (อายุ 60-69 ปี)

1.1) ข้อมูลพื้นฐาน

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว หรือเสมือนอยู่ลำพัง เพราะแม้จะมีบุตรหลานแต่ไม่ได้รับการดูแล ถือเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางสูง โดยกลุ่มเป้าหมายที่ให้สัมภาษณ์เกือบทั้งหมดอยู่ในกลุ่มอายุผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย (อายุ 70 ปีขึ้นไป) และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มีบางรายที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ทุกคนเริ่มมีปัญหาสุขภาพที่มาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ซึ่งเป็นความเสื่อมถอยตามอายุ (Age-related decline) ซึ่งโรคหรือความเสื่อมของร่างกายเหล่านี้ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น โรคไขข้อเสื่อม เป็นต้น กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตอยู่ภายในบ้าน เช่น ไม่สามารถเดินขึ้น-ลงบันไดได้ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกัน ก็มีปัญหาสุขภาพคือ โรคเรื้อรังที่ต้องตรวจติดตามและไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ต้องมีผู้ดูแลพาไปในกรณีเป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียง สำหรับโรค NCDs ที่พบมากในกลุ่มนี้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ยังมี

ปัญหาสุขภาพที่สที่สุดต่างคือ เคยประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจนพิการหรือทุพพลภาพ โดยมีผู้สูงอายุ 6 คนจากจำนวนทั้งหมด 10 คนของกลุ่มที่อยู่คนเดียวนี้ มีความพิการทางการเคลื่อนไหว และพิการทางสายตา ประกอบกับไม่มีผู้ดูแลหลัก ทำให้ต้องช่วยเหลือตัวเองทุกอย่าง นอกจากนี้ มีผู้สูงอายุรายหนึ่งที่พิการทางสติปัญญาแต่ต้องอาศัยอยู่ในกระต้อบนขนาดเล็กคนเดียว โดยมีผู้ดูแลหลักเป็นคนข้างบ้านที่คอยช่วยเหลือกันมาตั้งแต่ในสมัยที่ยังอายุน้อย

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เคยใช้ร่างกายหนักในยามที่เป็นวัยทำงาน เช่น เคยเป็นเกษตรกรมาก่อน หรือเป็นแรงงานรับจ้างในภาคเกษตรจนกระทั่งเลยวัยเกษียณก็ยังคงทำงานอยู่ เพียงแต่เป็นงานที่ใช้แรงน้อยลงด้วยข้อจำกัดของร่างกาย บางคนเคยทำงานรับจ้างแทบทุกอย่างในภาคเกษตร เช่น ทำไร่ ทำนา ถางหญ้า ไปจนถึงเป็นแรงงานรับจ้างทั่วไปในภาคงานอื่นๆ เช่น ก่อสร้าง ถือเป็นอาชีพที่ทำหมุนเวียนไปตามที่ได้รับการว่าจ้าง ในขณะที่ มีผู้สูงอายุบางส่วนที่เคยย้ายถิ่นไปทำงานในเมืองตั้งแต่สมัยหนุ่มสาว จนเมื่อถึงวัยกลางคนก็ย้ายกลับมาทำไร่ที่บ้านเกิดของตัวเองหรือที่ดินของคู่สมรส บางคนก็ได้นำทักษะจากตอนทำงานในเมืองมาใช้ประกอบอาชีพอิสระเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพในยามชราด้วย เช่น ผู้สูงอายุคนหนึ่งเคยทำงานในโรงงานเย็บผ้ามาก่อน หลังจากประสบอุบัติเหตุจนต้องตัดขา เลยย้ายกลับมารับจ้างเย็บผ้าอยู่กับบ้าน มีรายได้เพียงวันละ 200 บาทถ้ามีคนจ้าง เป็นต้น แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในปัจจุบันคือ ต้องพึ่งพาสวัสดิการของรัฐเป็นหลัก ได้แก่ เงินจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ และบางรายได้เงินจากเบี้ยยังชีพคนพิการด้วย ซึ่งรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยประมาณ ไม่เกิน 2,000 บาท มีผู้สูงอายุบางคนที่ยังดำรงชีวิตอยู่ด้วยเงินจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเท่านั้น (600-700 บาทต่อเดือน) เพราะไม่รู้ช่องทางไปสมัครบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือเงินช่วยเหลือจากรัฐในรูปแบบอื่นๆ อีกทั้งไม่มีบุตรหลานส่งเงินให้ใช้ด้วย ตอนนี้อาจต้องอาศัยเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือในยามที่ไม่มีอาหาร หรือพึ่งพาข้าวและอาหารจากวัด

ปัญหาสำคัญอีกประการที่ส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินของผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ การประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน (หรือ shock) จนทำให้ต้องสูญเสียทั้งความสามารถทางร่างกายและ/หรือสูญเสียเงินก้อนใหญ่ไปกับการรักษาพยาบาลของตนเองหรือคนในครอบครัว ยกตัวอย่างเช่น

“ลุงเคยทำงานได้รายได้รายวัน หลังจากอายุมาก มีคนจ้างงานน้อยลง และแล้วก็ยังมาประสบอุบัติเหตุทางรถเมื่อ 3 ปีที่ผ่านมา ทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวกและไม่สามารถออกไปทำงานได้อีก ต้องเอาเงินเก็บออกมาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาตนเองในยามเจ็บป่วยอีกด้วย” (สัมภาษณ์กรณีศึกษาจังหวัดลำปาง, กรกฎาคม 2564)

“ก่อนหน้านี้น้า ป้าก็ค้าขายมีเงินเก็บ แต่เกิดวิกฤติในชีวิต 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 คือ แม่ป่วยต้องเอาเงินเก็บมารักษาและหยุดงานมาดูแล และครั้งที่ 2 คือ ตัวเองต้องผ่าตัด ใช้เงินจำนวนมากในการรักษา และสภาพร่างกายไม่เหมือนเดิม จนกระทั่งมาเจอโควิด-19 ทำให้ต้องหยุดขายของและขาดรายได้” (สัมภาษณ์กรณีศึกษาจังหวัดเชียงราย, กรกฎาคม 2564)

เมื่อผู้สูงอายุต้องสูญเสียความสามารถในการทำงานไปพร้อมกับเงินออม หรือบางรายก็กู้เงินมาเพื่อใช้จ่ายในช่วงที่ต้องรักษาตัว และไม่สามารถทำงานได้ ในขณะเดียวกัน ก็ไม่มีที่พึ่งทางเศรษฐกิจจากแหล่งอื่น เช่น บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องติดอยู่ในวงจรความยากจน มีเงินไม่พอแม้แต่ซื้ออาหาร รวมถึงไม่มีทรัพยากรเพียงพอที่จะปรับปรุงที่อยู่อาศัยของตนเองได้

1.2) รูปแบบการอยู่อาศัยและลักษณะการอยู่อาศัย

ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้เกือบทั้งหมดอาศัยอยู่คนเดียวในบ้าน โดยอาจจะมีย่านญาติพี่น้องอยู่ในบริเวณใกล้เคียง หรือสร้างบ้านบนพื้นที่เดียวกัน ส่วนใหญ่กลุ่มนี้มีสถานภาพโสด หรือเป็นหม้าย หรือหย่าร้าง หากมี

ลูกก็แยกครอบครัวไปแล้ว และอาศัยอยู่คนละพื้นที่ ไม่ได้ติดต่อกันมาเป็นเวลานาน ในขณะที่บางส่วนเป็นกลุ่มที่ “เสมือนอยู่ลำพัง” คือ มีบุตรหลานอยู่ด้วยในบ้าน แต่ไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุ ในบางรายก็มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบุตรหลาน มีการทะเลาะกันบ่อยครั้ง จึงเสมือนว่าผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้ใช้ชีวิตลำพังในบ้าน ไม่มีผู้ดูแลหลัก และต้องดูแลตัวเอง มีเพียงบางรายที่เพื่อนบ้าน และ อสม. มาช่วยดูแลบ้างเมื่อขอความช่วยเหลือ ด้วยรูปแบบการอยู่คนเดียวและไม่มีผู้ดูแลหลักแบบนี้ ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบาง เพราะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อีกทั้ง ไม่สามารถขอความช่วยเหลือได้ในทันที ซึ่งจากการสัมภาษณ์ก็พบว่าตัวอย่างว่ามีบางกรณีเคยหกล้มมากกว่า 6 ครั้ง บางรายยังมีสติสามารถร้องขอความช่วยเหลือได้ แต่หากเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหมดสติก็อาจจะเกิดอันตรายร้ายแรงได้ เพราะไม่ค่อยมีคนเข้ามาหา หรือมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุเท่าที่ควร

“ยายเขายู่ลำพัง มีเพื่อนบ้านคอยดูแลบ้าง ส่วนลูกสาวที่เหลือน้อยคนเดียวก็แต่งงานไปอยู่อีกจังหวัด ไม่เคยกลับมาเยี่ยม เพราะคิดว่าแม่เป็นบ้า เราเองก็แก่แล้ว ไม่รู้จะมีแรงดูแลได้นานแค่ไหน ก็หวังให้ไปอยู่สถานสงเคราะห์จะได้มีคนดูแล” (สัมภาษณ์กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี (เพื่อนบ้านเป็นผู้ให้ข้อมูล), กรกฎาคม 2564)

นอกจากนี้ เมื่อไม่มีผู้ดูแลหลักทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาเครือข่ายทางสังคมที่มีอยู่ค่อนข้างสูง ดังนั้น การได้รับความช่วยเหลือขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์กับบุตรหลาน ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน หากมีความสัมพันธ์ที่ดี ก็ทำให้มั่นใจได้ว่าจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อยามที่ต้องการ ในขณะที่ยังไม่มียาบริการจากภาครัฐที่จะเข้ามาดูแลและสนับสนุนการใช้ชีวิตในบ้านเพียงลำพังของผู้สูงอายุได้ในทุกมิติ มีเพียง อสม. ที่เป็นกลไกสำคัญในระดับชุมชนเข้ามาทำหน้าที่แทนสมาชิกในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุเป็นครั้งคราว

“ลุงใช้ชีวิตคนเดียว ต้องดูแลตัวเอง มีบางครั้งก็พึ่งพาน้องชายที่ปลูกบ้านในพื้นที่เดียวกันบ้าง อสม. หรือ อบ.พร. บ้าง ความสัมพันธ์กับน้องชาย ญาติคนเดียวที่เหลืออยู่ก็ไม่ค่อยดีเท่าไร ทำให้ไม่มีคนดูแล รู้สึกทุกขใจที่ออกไปทำงานเลี้ยงตัวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทำให้บางครั้งก็อยากตาย” (สัมภาษณ์กรณีศึกษาจังหวัดลำปาง, กรกฎาคม 2564)

สำหรับความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

(1) **กลุ่มที่มีสิทธิในที่อยู่อาศัย** เนื่องจากช่วงที่ยังทำงานได้เก็บออมเงินและซื้อบ้านและที่ดินไว้ แต่แม้จะมีบ้านและที่ดินเป็นของตัวเอง แต่สภาพบ้านของผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษาทุกคนอยู่ในสภาพทรุดโทรม มีปัญหาเรื่องหลังคารั่ว ปลูกขึ้นบ้าน สภาพห้องนอนอับแสง ไม่มีอากาศถ่ายเท ส่วนห้องน้ำส่วนใหญ่จะอยู่นอกตัวบ้าน และไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตให้กับผู้สูงอายุ เช่น ราวจับในห้องน้ำ ส้วมแบบชักโครก หรือส้วมแบบนั่งห้อยขา อีกทั้งสภาพโดยรวมของบ้านทุกรายไม่สะอาด มีฝุ่นจับหนาเหมือนไม่ได้ทำความสะอาดมาเป็นเวลานาน เพราะผู้สูงอายุทำเองไม่ไหว และไม่มีคนมาช่วยเหลือทำความสะอาดให้ บางรายต้องนอนท่ามกลางกองขยะ หรือกล่องข้าวที่รับประทานแล้วทิ้งไว้รอบตัว



ภาพที่ 6.4. 1
 ที่นอนของผู้สูงอายุในจังหวัด
 เชียงราย (ต้องย้ายลงมานอนชั้น
 ล่างติดบันได เพราะบ้านชั้นบน
 ปลูกขึ้น และไม่แข็งแรง)
 ที่มา: ถ่ายโดยทีมวิจัยภาคสนาม
 จังหวัดเชียงราย, 2564.



ภาพที่ 6.4. 2 สภาพห้องน้ำ และห้องครัวในบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 ที่มา: ถ่ายโดยทีมวิจัยสนามจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2564.

(2) กลุ่มที่ไม่มีสิทธิในที่อยู่อาศัย แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย *กลุ่มแรก*คือ กลุ่มที่สร้างบ้านในพื้นที่มรดกหรือพื้นที่ของญาติพี่น้อง กลุ่มนี้ไม่ต้องเสียค่าเช่า แต่หากเกิดการเปลี่ยนแปลงเรื่องกรรมสิทธิ์ที่ดินในอนาคต เช่น มีการโอนที่ดินให้ไปเป็นของบุตรหลานคนใดคนหนึ่ง หรือมีการขายที่ดิน อาจจะทำให้เกิดข้อพิพาทในกรณีที่เจ้าของใหม่ไม่ต้องการให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่เดิม *กลุ่มที่สอง* คือ กลุ่มที่นำบ้านและที่ดินไปจำนอง กลุ่มที่สร้างบ้านในพื้นที่ของวัด หรือพื้นที่สาธารณะ หรือสร้างบ้านในพื้นที่ของเอกชนและต้องเสียค่าเช่า กลุ่มนี้มีความไม่มั่นคงในที่อยู่อาศัยสูง หากมีการเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์ในการเช่าที่ของเจ้าของที่ดิน หรือหากผู้สูงอายุไม่สามารถจ่ายเงินกู้หรือค่าเช่าที่ได้ ก็มีโอกาสดังต้องพึ่งพาสถานสงเคราะห์ของภาครัฐ หรือในกรณีที่ไม่มีญาติพี่น้องและบุตรหลานให้พึ่งพาแล้วก็อาจหลุดไปสู่การเป็นผู้สูงอายุไร้บ้านในอนาคต

สำหรับการวางแผนด้านที่อยู่อาศัยในอนาคตของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่อยากอาศัยอยู่ในที่เดิม แม้จะไม่ใช้ที่ดินของตัวเอง และไม่คาดหวังให้ญาติพี่น้องหรือคนอื่น ๆ ต้องมาดูแล นอกจากนี้ มีรายหนึ่งที่มีความต้องการเฉพาะซึ่งสะท้อนมาจากเพื่อนบ้านที่ทำหน้าที่ดูแลแทนคนในครอบครัว คือ ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ลำพัง ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และไม่มีญาติพี่น้องรับไปดูแลนี้ ต้องการให้สถานสงเคราะห์ของรัฐเป็นที่อยู่สุดท้ายที่จะช่วยดูแล

1.3) ประสบการณ์การได้รับความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน และความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน

ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้บางส่วนเคยได้รับความช่วยเหลือในการปรับปรุงบ้าน และซ่อมแซมห้องน้ำให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ไม่มีรายใดเลยที่ได้รับความช่วยเหลือภายใต้โครงการ “การปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย” ดำเนินงานโดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในขณะที่ผลจากการสัมภาษณ์ พบว่าหน่วยงานหลักที่ให้ความช่วยเหลือคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล และดำเนินการปรับปรุงเฉพาะห้องน้ำเป็นหลัก นอกจากนี้ มีผู้สูงอายุที่ได้รับการสร้างบ้านใหม่เนื่องจากบ้านเดิมถูกน้ำท่วมภายใต้โครงการบ้านท้องถิ่นไทยเทิดไถ่องค์ราชัน 80 พรรษา รวมถึงผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือในการซ่อมแซมบ้านจากกลุ่มจิตอาสาของมหาวิทยาลัยในพื้นที่ และจากชาวบ้านในชุมชนเรียโรเงินกันเพื่อซ่อมแซมบ้านให้ผู้สูงอายุยากจนและอยู่คนเดียวสามารถใช้ชีวิตอยู่ในบ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การซ่อมหลังคาที่รั่ว ปรับปรุงห้องน้ำ โดยทำราวจับ และเปลี่ยนเป็นชักโครก เป็นต้น

สำหรับประสบการณ์ได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุน มีผู้สูงอายุรายหนึ่งเคยได้รับบริจาคไม้ค้ำยันจากทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ก็ไม่เหมาะกับการใช้งานของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีน้ำหนักมาก ผู้สูงอายุจึงไม่ได้ใช้งานและเปลี่ยนมาไม้ค้ำยันที่ทำจากอลูมิเนียมแทน รวมถึงเคยได้รับขาเทียมมา ก็มีน้ำหนักมากเช่นกันและใส่แล้วเจ็บบริเวณที่สวม ส่วนรถเข็นที่บางรายเคยได้รับมาก็ใช้ยาก เพราะสภาพแวดล้อมรอบบ้านและถนนบริเวณบ้านไม่เอื้ออำนวยให้ใช้รถเข็นได้ เช่น ไม่เรียบและไม่มีทางลาด เป็นต้น ดังนั้น ในอนาคตจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวัสดุของกายอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ รวมถึงควรพิจารณาการมอบกายอุปกรณ์ รถเข็น หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุไปพร้อมๆ กับการวางแผนปรับสภาพแวดล้อมของบ้านและพื้นที่โดยรอบให้เหมาะสมด้วย

ในด้านความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ทุกคนตอบตรงกันว่าอยากใช้ชีวิตสูงวัยในบ้านเดิมของตัวเอง และอยากซ่อมแซมบ้านให้มีความมั่นคง เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตในบ้านได้อย่างสะดวกสบาย แต่มีอุปสรรคสำคัญคือ ไม่มีเงิน และไม่รู้จะหาเงินหรือขอความช่วยเหลือจากที่ใดได้ ดังนั้น จึงต้องการให้รัฐช่วยซ่อมแซมบ้านให้มั่นคงแข็งแรง โดยเฉพาะหลังคาป้องกันการรั่วซึมจากน้ำฝน และซ่อมประตูหน้าต่างเพื่อความปลอดภัยอย่างไรก็ตาม ในกลุ่มที่ไม่มีกรรมสิทธิ์ในบ้านและที่ดิน จะติดปัญหาเรื่องการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านที่ไม่สามารถดำเนินการเองได้ หรือไม่สามารถได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐได้โดยตรง ดังเช่นในกรณีโครงการ “การปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย” หรือ “เงินซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ” ของกรมกิจการผู้สูงอายุที่ตั้งเกณฑ์การรับความช่วยเหลือว่าต้องเป็นบ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุ หรือบุตรหลาน (ไม่ใช่บ้านเช่า) ซึ่งตั้งอยู่ในที่ดินของตนเอง หรือบุตรหลาน หรือหากไม่ใช่ที่ดินของผู้สูงอายุหรือบุตรหลาน จะต้องได้รับอนุญาตให้ใช้ให้ใช้ที่ดินจากเจ้าของที่ดินโดยถูกต้องตามกฎหมาย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563)

“ยายอายุ 85 ปีแล้ว ยังไงก็จะอยู่ที่เดิม แม้ไม่ใช่ของตัวเอง เพราะน้องชายเอาไปจำนอง เจ้าของที่ใจดียังยอมให้อยู่ต่อได้ ในอนาคต อยากซ่อมแซมให้มีความมั่นคงและสะดวกสบายมากขึ้น

เพราะบ้านมันทรุดโทรมมาก แต่ติดตรงที่ที่ดินไม่ใช่ของตนเอง ทำให้มีปัญหาเรื่องการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านของตัวเอง” (สัมภาษณ์กรณีศึกษาจังหวัดมหาสารคาม, กรกฎาคม 2564)

ส่วนความต้องการบริการสนับสนุน กลุ่มผู้สูงอายุที่ไร้ผู้ดูแลหลักนี้ มีความต้องการให้ภาครัฐ (ทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. เป็นต้น) จัดบริการที่เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุเป็นหลัก เริ่มจากการจัดให้มีบริการตรวจสุขภาพถึงที่บ้านแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย ควรจัดให้มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน เพราะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกไปข้างนอกไม่ไหว รวมถึงควรจัดบริการผู้ดูแลพิเศษประจำตัวผู้สูงอายุที่ติดเตียงติดบ้านแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย และนำส่งยาถึงบ้านโดยผู้สูงอายุไม่ต้องเดินทางไปรับยาด้วยตนเอง ในขณะที่ บางรายอยากได้เป็นเงินช่วยเหลือจากภาครัฐเพื่อมาซื้อบริการเอง เช่น นำเงินมาจ้างญาติพี่น้องให้ช่วยดูแลตัวเองในยามแก่ชราไปมากกว่านี้ เป็นต้น

1.4) ปัญหาสำคัญ

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือไม่มีผู้ดูแลหลักต้องประสบกับปัญหาที่ทับซ้อนกันอยู่หลายประการ ได้แก่

- **รูปแบบการอยู่อาศัยและความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว** กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีผู้ดูแลหลักหรือผู้ที่คอยดูแลการใช้ชีวิตประจำวันและโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย จะได้รับความช่วยเหลือต่อเมื่อร้องขอหรืออยู่ในช่วงวิกฤตจริงๆ เช่น กรณีผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางที่อาศัยอยู่คนเดียว และเคยประสบอุบัติเหตุจนพิการ จะได้รับความช่วยเหลือจากน้องชายที่อยู่บ้านใกล้เคียงหรือเพื่อนบ้าน ต่อเมื่อร้องขอเท่านั้น ไม่มีคนคอยติดตามหรือตรวจสอบสถานะสุขภาพหรือความเสี่ยงจากการใช้ชีวิตอยู่ในบ้านคนเดียว และไม่ได้ติดต่อหรือปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมเป็นประจำ

- **ความไม่มั่นคงด้านรายได้** ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการทำงานทำให้ไม่สามารถพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจได้ ซึ่งอาจจะมาจากปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ความพิการและทุพพลภาพ ส่งผลให้มีปัญหาการเคลื่อนไหวทั้งภายในบ้านและเมื่อต้องเดินทางไปนอกบ้าน ผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในความยากจนนี้ เมื่อเกิดเหตุไม่คาดฝัน ต้องจ่ายเงินก้อนไปกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสมาชิกในครอบครัว หรือตัวเอง ทำให้เงินออมที่เก็บไว้ในยามชราหมดไป ในขณะที่ ความสามารถในการทำงานและช่วยเหลือตนเองลดลง ทำให้ไม่มีกำลังทรัพย์พอที่จะปรับปรุงที่อยู่อาศัยของตัวเองได้

- ผลกระทบที่ตามมาจากการไร้ที่พึ่งและติดอยู่ในวงจรความยากจน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องใช้ชีวิตในยามสูงวัยอยู่บ้านที่มีสภาพไม่เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบ้านของผู้สูงอายุในที่สุด ปัญหาสำคัญนอกจากสภาพทางกายภาพของบ้านที่ทรุดโทรม ไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังแล้ว บ้านส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะไม่ถูกสุขลักษณะ เต็มไปด้วยฝุ่นและสิ่งของที่ไม่ได้ใช้แล้วทิ้งไว้รอบที่อยู่อาศัย เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีแรงจะทำความสะอาดบ้านด้วยตัวเอง และไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่จะมาคอยช่วยเหลือดูแลบ้านให้ ในกรณีที่เป็บ้าน 2 ชั้น และห้องนอนผู้สูงอายุอยู่ชั้นบน ก็มีความเสี่ยงที่จะพลัดตกหกล้ม หากต้องขึ้นลงบันไดทุกวัน โดยเฉพาะถ้าห้องน้ำอยู่ชั้นล่างหรืออยู่นอกตัวบ้าน ซึ่งหากเกิดอุบัติเหตุขึ้นมา ก็มีความเสี่ยงที่ผู้สูงอายุจะได้รับความช่วยเหลือช้าเกินไป หรือไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย ถ้าไม่มีผู้ที่เกี่ยวข้องมาคอยตรวจเยี่ยมที่บ้าน

รูปแบบที่ 2

ผู้สูงอายุที่อยู่กับวัยพึ่งพิงด้วยกัน (โดยเฉพาะอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน) และมีปัญหาสุขภาพ

กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกัน โดยเฉพาะอาศัยอยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน หรืออาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ที่มีเป็นผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางเนื่องจากไม่มีวัยแรงงานที่จะคอยช่วยเหลือทั้งในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลด้านที่อยู่อาศัย และการดูแลด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่ผู้สูงอายุในบ้านต่างมีปัญหาสุขภาพและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะยิ่งส่งผลให้การใช้ชีวิตร่วมกันของผู้สูงอายุในบ้านมีความลำบากมากยิ่งขึ้น สำหรับกรณีศึกษาที่พบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีจำนวน 7 ราย เกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน มีเพียง 1 รายที่เป็นหม้ายและต้องดูแลบุตรสาวที่พิการเพียงลำพัง

2.1) ข้อมูลพื้นฐาน

กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับวัยพึ่งพิงด้วยกันกลุ่มนี้ มีหลากหลายกลุ่มอายุ ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ส่วนใหญ่สมรสและมีบุตรที่อยู่ในวัยทำงานแล้ว โดยบุตรก็แต่งงานและแยกครอบครัวออกไป บางรายก็ย้ายไปอยู่ต่างจังหวัด บางรายยังคงอาศัยในพื้นที่ใกล้เคียง แต่ด้วยภาระของครอบครัวตัวเอง ทำให้บุตรไม่ได้กลับมาส่งเสียเลี้ยงดูพ่อแม่ ในขณะที่ผู้สูงอายุต้องทำหน้าที่เป็นทั้งหัวหน้าครอบครัว และเลี้ยงดูหลานให้กับบุตรไปด้วย นอกจากนี้ มีบางรายที่บุตรเสียชีวิตไปหมดแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตกันตามลำพัง

สำหรับแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บางคนมีรายได้เป็นเบี้ยคนพิการและบัตรสวัสดิการแห่งรัฐด้วย และมีบางส่วนที่บุตรส่งเงินกลับมาให้ใช้บ้าง แต่ไม่ประจำทุกเดือน กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นที่ร่างกายยังแข็งแรงจะมีรายได้เพิ่มจากการทำงานของตัวเองและคู่สมรส เช่น รับจ้างในภาคเกษตรขายของ เก็บของเก่าขาย เป็นต้น เมื่อมีปัญหารายได้ไม่พอใช้ บางรายยังสามารถขอเงินจากบุตรได้ หรือคู่สมรสจะออกไปทำงานหาเงินมาเพิ่ม ซึ่งหากพิจารณาจากรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและการมีที่พึ่งในยามลำบากของผู้สูงอายุกลุ่มนี้แล้ว ถือว่ามีสถานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ยกเว้นในกรณีที่บางรายมีค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากต้องดูแลคู่สมรส และบุตรที่เจ็บป่วยอยู่

ในมิติด้านสุขภาพ ความลำบากของผู้สูงอายุกลุ่มนี้นอกจากจะมีปัญหาสุขภาพของตัวเองแล้ว ยังมีภาระที่ต้องดูแลคู่สมรส และบุตรที่เจ็บป่วยและพิการด้วย ซึ่งปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ประสบส่วนใหญ่เป็นคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน บางรายเคยประสบอุบัติเหตุขณะที่ทำงานจนทำให้มีภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ส่วนสิทธิรักษาพยาบาลทั้งหมดใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับกลุ่มที่เคยทำงานก็ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม ทำให้ไม่เคยได้รับเงินชดเชยเมื่อประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน

ทั้งนี้ สถานะทางเศรษฐกิจและสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุและคู่สมรสต่างส่งผลซึ่งกันและกัน เพราะส่วนใหญ่สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแย่ง เนื่องจากจากคู่สมรสได้ล้มป่วยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องแบ่งเวลามาดูแลด้วยส่งผลให้รายได้ลดลง อีกทั้งตัวผู้สูงอายุเองยังต้องรับผิดชอบแบกรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดภายในบ้าน ตัวอย่างกรณีศึกษาจังหวัดปัตตานี ที่เคยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลของคู่สมรสที่ล้มป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม และโรคเบาหวานกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ส่งผลให้ในช่วงนั้นต้องค้างค่าเช่าบ้านเป็นเวลาเกือบ 3 เดือน และเมื่อคู่สมรสล้มป่วยลง ทำให้ต้องแบ่งเวลามาดูแลรักษาผู้สมรส จนกระทบต่อการทำงาที่รับจ้างรายวัน เมื่อไม่ไปทำงานก็ไม่มีเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว อีกทั้งไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบคุ้มครองทางสังคมใดๆ เลย โดยเฉพาะไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ไม่มีเบี้ยผู้สูงอายุ และไม่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานใด ๆ ทั้งภาครัฐ

และเอกชน เนื่องจากประกอบอาชีพหาเช้ากินค่ำ ไม่มีเวลาไปติดต่อ หรือประสานงานกับภาครัฐ อีกทั้งไม่เคยรู้ว่า มีบริการอะไรบ้าง และต้องดำเนินการอย่างไร

2.2) รูปแบบการอยู่อาศัยและลักษณะการอยู่อาศัย

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับวัยพึ่งพิงเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับคู่สมรสที่อายุมากเช่นเดียวกัน บางรายต้องเลี้ยงดูหลานให้กับบุตรที่ไปทำงานต่างถิ่นด้วย มีเพียง 1 รายที่มีสถานภาพหม้าย และต้องเลี้ยงดูบุตรสาวที่พิการเพียงลำพัง นอกจากนี้จะไม่มีผู้ดูแลหลักแล้ว ผู้สูงอายุต้องดูแลทั้งตัวเองและคู่สมรสด้วย เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นหัวหน้าครอบครัวและต้องดูแลภรรยาที่ป่วยติดบ้านด้วย หรือเป็นภรรยาที่ยังสามารถดูแลตัวเองได้ แต่ถ้าเจ็บป่วยหนักก็จะมีสามีเป็นคนดูแลหลักในทุกเรื่อง ทั้งเรื่องจัดหาอาหารให้ ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น พยายามเข้าห้องน้ำ รวมถึงพาไปหาหมอด้วย ส่วนบุตรหลานนั้น มาคอยช่วยเหลือบ้าง และพาไปหาหมอในบางครั้ง

สำหรับความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับวัยพึ่งพิงนี้แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

(1) กลุ่มที่มีสิทธิในที่อยู่อาศัย โดยเป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน ซึ่งมีเพียงรายเดียวจากกรณีศึกษาทั้งหมด 7 ราย จากการสังเกตของทีมนักวิจัยสนาม แม้ขนาดของบ้านจะไม่ได้คับแคบ แต่มีลักษณะทรุดโทรม หลังคาสังกะสีมีรู และรอยรั่วจำนวนมาก ทำให้เวลาฝนตกน้ำหยดลงมา ห้องนอนก็อยู่ในสภาพชำรุดทรุดโทรมมากเช่นกัน โดยเฉพาะผนังห้องแตกร้าว มีหน้าต่างแต่ไม่สามารถเปิดระบายอากาศได้ พื้นปูนมีฝุ่นอยู่ทั่วบริเวณบ้าน อีกทั้งสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ใกล้กับบ่อขยะของตำบล บางครั้งจะมีกลิ่นเหม็นโชยมา และมักจะมีควันจากการเผาขยะมา ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าไม่เคยซ่อมแซมปรับปรุงบ้านมากกว่า 20 ปีแล้ว เนื่องจากไม่มีเงิน



ภาพที่ 6.4. 3 ห้องนอนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง
ที่มา: ถ่ายโดยทีมนักวิจัยภาคสนามจังหวัดนครสวรรค์, 2564

(2) กลุ่มที่ไม่มีสิทธิในที่อยู่อาศัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม *กลุ่มแรก* เป็นกลุ่มที่ปลูกบ้านในที่ดินมรดกของพ่อแม่ ซึ่งยังไม่ได้มีการแบ่งทรัพย์สิน แบ่งกับพี่น้องปลูกบ้านใกล้กัน แต่ไม่ได้แบ่งโฉนดกันชัดเจน ปัญหาสำคัญคือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังไม่เคยได้รับความช่วยเหลือในการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านจากภาครัฐเลย ทั้งจากสาเหตุที่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหรือความช่วยเหลือ และติดปัญหาเรื่องที่ต้องมีเอกสารยืนยันสิทธิในบ้านและที่ดิน เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีเอกสารสิทธินี้ *กลุ่มที่สอง* เป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในห้องเช่า หรือปลูกบ้านในพื้นที่

วัด/พื้นที่เอกชนที่ต้องเสียค่าเช่าที่ ถือเป็นกลุ่มที่ไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย และเสี่ยงต่อการถูกไล่ที่ หรือให้ย้ายออกจากห้องเช่า หากไม่สามารถจ่ายค่าเช่าได้ ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างหวาดระแวงและกังวลใจ เพราะหากมีอายุมากขึ้นไม่สามารถทำงานหรือบุตรไม่ส่งเงินให้ จะไม่สามารถรักษาห้องเช่า/พื้นที่เช่าไว้ได้

“ลู่อยู่กับเมียในห้องเช่า ค่าเช่าเดือนละ 1,000 บาท ก็ค่อนข้างกังวล และรู้สึกไม่มีความมั่นคง เพราะบ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านเช่า หากถูกไล่ออกหรือเกิดอะไรขึ้นมาก็ไม่รู้ว่าจะไปอยู่ที่ไหน เพราะตัวเองก็มีรายได้น้อย จนบางเดือนไม่พอจ่ายค่าเช่าบ้านด้วยซ้ำ” (สัมภาษณ์กรณีศึกษา จังหวัดปัตตานี, กรกฎาคม 2564)

สำหรับการวางแผนเรื่องที่อยู่อาศัยในอนาคต แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้สูงอายุกลุ่มแรกมีความมั่นใจว่าจะสามารถอาศัยอยู่ที่เดิมได้ตลอดชีวิต แม้จะไม่ได้เป็นเจ้าของที่ดินและบ้าน หรือยังไม่มีกรรมสิทธิ์ในการเป็นเจ้าของที่ดินอย่างชัดเจนระหว่างพี่น้องก็ตาม สิ่งที่ต้องการทำคือ อยากรับปรุงซ่อมแซมบ้านให้แข็งแรงมั่นคง และสะดวกในการใช้ชีวิตมากขึ้น เช่น ทำห้องนอนชั้นล่าง ปรับปรุงห้องน้ำ เป็นต้น ส่วนอีกกลุ่มที่อาศัยในห้องเช่า กลุ่มนี้ยังไม่มีกรรมสิทธิ์ชัดเจน อีกทั้งไม่รู้ว่าจะไปอาศัยอยู่ที่ใดหากไม่มีเงินจ่ายค่าเช่าต่อไปแล้ว

2.3) ประสบการณ์การได้รับความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน และความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน

ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ยังไม่เคยได้รับความช่วยเหลือในการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านจากหน่วยงานใดๆ เลย ส่วนหนึ่งเป็นเพราะอาศัยอยู่ในห้องเช่า พื้นที่เช่า และที่ดินที่ยังไม่มีการแบ่งโฉนดที่ชัดเจน จึงไม่มีเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในบ้านและที่ดินนั้นๆ อีกส่วนหนึ่งคือ เมื่อพิจารณาแล้วว่ากลุ่มนี้ยังมีคู่สมรสและบุตรหลานคอยช่วยเหลือกันอยู่ จึงไม่เข้าข่ายกลุ่มเปราะบางหรือมีความยากลำบากสูงที่ต้องได้รับความช่วยเหลือก่อน ทั้งที่สภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ก็ทรุดโทรมเช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุยากจนกลุ่มอื่นๆ อีกทั้งด้วยสถานะทางเศรษฐกิจและปัญหาสุขภาพของตัวเองและคู่สมรส ทำให้ไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะหาเงินมาเป็นค่าปรับปรุงซ่อมแซมบ้านได้ตามที่ต้องการ

สำหรับความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ ต้องการชีวิตในยามสูงวัยในบ้านหลังเดิม โดยที่อยากให้อาครรัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาซ่อมแซมบ้านให้มีความมั่นคงแข็งแรง ปรับพื้นที่ใช้สอยในบ้าน รวมถึงติดตั้งอุปกรณ์/สุขภัณฑ์ในบ้านและห้องน้ำเพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในห้องเช่า ต้องการให้รัฐจัดหาบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโดยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ หรืออยากได้เงินมาซ่อมแซมที่อยู่ในปัจจุบันให้ดีขึ้น

ในส่วนของการบริการสนับสนุน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการบริการสนับสนุนทุกอย่างแบบภาครัฐจัดให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพราะอายุมากแล้ว ทำเองไม่ไหว อีกทั้งคู่สมรสและบุตรหลานก็ไม่สามารถช่วยเหลือได้ โดยเฉพาะบริการจัดส่งอาหารให้ เพราะเริ่มทำเองไม่ไหวแล้ว บางครั้งก็ต้องขอข้าววัด โดยให้เพื่อนบ้านเอามาให้ บริการด้านสุขภาพ เช่น บริการรับส่งไปหาหมอแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย และบริการจัดให้มีผู้ดูแลพิเศษประจำตัวผู้สูงอายุที่ติดเตียง และจัดให้มีบริการตรวจสุขภาพถึงที่บ้านแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกต คือ ผู้สูงอายุบางรายไม่ต้องการบริการที่มีคนมาช่วยในกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือบริการซักล้างในบ้าน เพราะคิดว่าไม่ใช่บทบาทของรัฐ และรู้สึกอึดอัดใจถ้ามีคนแปลกหน้าเข้ามาทำงานให้ในบ้าน ซึ่งในอนาคต หากผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้น้อยลง ก็อยากให้บุตรกับคู่สมรสเป็นผู้ดูแลมากกว่าคนนอกครอบครัว

2.4) ปัญหาสำคัญ

กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับวัยพี่งพี่งด้วยกันเป็นอีกกลุ่มที่มีความเปราะบางสูงด้วยรูปแบบการอยู่อาศัยที่ต้องดูแลทั้งตัวเองและวัยพี่งพี่งที่อาศัยอยู่ด้วย ไม่ว่าจะเป็ญคู่สมรสที่สู่วัยเช่นเดียวกัน หรือบุตรที่

เจ็บป่วยหรือพิการไม่สามารถดูแลตัวเองได้ หากผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัวก็ต้องแบกรับภาระการดูแลกลุ่มพึ่งพิงในครอบครัว ในขณะที่ตัวเองก็ประสบปัญหาสุขภาพ ซึ่งทำให้ความสามารถในการทำงานแบบใช้แรงงานเป็นหลักลดลง แต่ก็ไม่สามารถหยุดทำงานเพื่อหารายได้ได้ เนื่องจากเงินจากสวัสดิการของรัฐยังไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุมิได้ใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนในครอบครัว และค่าใช้จ่ายด้านที่อยู่อาศัยด้วย

รูปแบบที่ 3

ผู้สูงอายุไร้บ้านหรือไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย และมีปัญหาสุขภาพ

ความเปราะบางของผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ การประสบกับความไม่มั่นคงด้านที่อยู่อาศัยในวัยชราและมีปัญหาสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถทำงานหาเงินมาเพื่อหาที่อยู่ใหม่ที่มีความมั่นคงกว่าที่เป็นอยู่ได้ ส่งผลให้ทางเลือกในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่อยู่อาศัยเดิมของตัวเอง (Ageing in place) มีอยู่อย่างจำกัด จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบรูปแบบของความไม่มั่นคงด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุหลักๆ คือ การถูกไถ่จากพื้นที่ของเอกชนจนมาอาศัยในพื้นที่สาธารณะ การสร้างบ้านในพื้นที่ของรัฐ/วัด/พื้นที่สาธารณะที่ไม่มีโฉนดและต้องเสียค่าเช่าที่ การสร้างบ้านในป่าที่ไม่มีเอกสารสิทธิ์ การสร้างบ้านในพื้นที่สาธารณะที่เสี่ยงต่อภัยพิบัติ (ไม่เสียค่าเช่า) และสุดท้ายคือ กลุ่มที่อาศัยในห้องเช่า ไม่มีบ้านและที่ดินเป็นของตัวเอง ทั้งนี้ การไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดินและเป็นเจ้าของบ้าน ส่งผลต่อการได้รับความช่วยเหลือปรับปรุงซ่อมแซมบ้านที่ยึดหลักฐานเรื่องเอกสารสิทธิ์เป็นหลัก (หรือได้รับความยินยอมจากเจ้าของที่ดิน) ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบกลุ่มเป้าหมายในรูปแบบนี้ จำนวน 10 ราย

3.1) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่ไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยประกอบไปด้วยหลากหลายกลุ่มอายุ และถึงแม้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) แต่ส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถทำงานได้ ตัวอย่างเช่น กรณีผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์ ปัจจุบันเป็นผู้ป่วยติดเตียง พิกัดแขนขาซ้าย ไม่สามารถเดินได้ มือไม่สามารถหยิบจับอะไรได้ เนื่องจากนิ้วมือคดงอ และไม่มีแรง อาศัยอยู่ในห้องเช่ากับคู่สมรสที่สูงวัยเหมือนกัน โคนไล่ที่มาจากพื้นที่ที่เคยอยู่มานานกว่า 20 ปี เงินที่ได้จากการขายที่ดินและบ้านก็เอาไปลงทุนทำนา แต่ไม่ประสบความสำเร็จเลยไม่มีเงินพอที่จะไปซื้อบ้านใหม่ ต้องมาอาศัยห้องเช่าอยู่ เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหารายได้ได้ ก็ต้องพึ่งเงินจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและบัตรสวัสดิการแห่งรัฐเป็นหลัก ทำให้ไม่มีเงินเพียงพอที่จะหาที่อยู่ใหม่ที่มั่นคงมากกว่าเดิม ในบางรายที่มีบุตร บุตรก็ไม่สามารถช่วยเหลือได้เนื่องจากมีภาระครอบครัวของตัวเองเช่นกัน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะจำยอมต้องอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีความมั่นคงต่อไป แม้กระทั่งบางรายที่สร้างบ้านในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมขังทุกปี ก็ต้องปรับตัวให้อยู่ได้ในช่วงที่น้ำท่วมขังในบ้าน (กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี)

“ป่าสร้างบ้านอยู่ได้สะพาน โคนน้ำท่วมทุกปี จนเทศบาลมาสร้างบ้านให้ใหม่ของโครงการบ้านมั่นคง แต่เวลาน้ำท่วมก็ต้องอพยพไปอยู่ศาลากลางหมู่บ้านอยู่ดี ในอนาคต เทศบาลมีแผนจะทำตลิ่งกันน้ำท่วม อาจจะต้องย้ายที่อยู่ แต่ไม่อยากจะย้าย เพราะไม่มีที่ให้ไป ไม่มีญาติพี่น้องอยู่ที่อื่น มีญาติพี่น้องอยู่ในชุมชนนี้เท่านั้น จะไปอาศัยพี่สาวก็เกรงใจ และบ้านก็คับแคบ” (สัมภาษณ์กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี, กรกฎาคม 2564)



ภาพที่ 6.4. 4 บ้านของผู้สูงอายุที่ได้รับ การสร้างให้ใหม่หลังจากโดนน้ำท่วม (ยังมีร่องรอยน้ำท่วมอยู่ผนังบ้าน) ที่มา: ถ่ายโดยทีมวิจัยภาคสนามจังหวัด อุบลราชธานี

“ตั้งแต่ทำงานมาก็เป็นหนี้สินมาโดยตลอด พอถูกโดนรถชน ก็ต้องเอาเงินทั้งหมดที่มีไปรักษาลูกอีก ส่วนตัวก็ต้องหยุดทำงาน ทำให้ยิ่งขาดรายได้ ปัจจุบันแม้มีเงินจากที่ลูกส่งมาให้บ้าง แต่ก็ยังไม่พอใช้ จะเอาเงินที่ไหนไปซ่อมบ้าน แล้วก็อยู่แบบหวาดกลัวว่าจะโดนไล่ที่” (กรณีศึกษาจังหวัด มหาสารคาม, กรกฎาคม 2564)



ภาพที่ 6.4. 5 สภาพบ้านของผู้สูงอายุที่อาศัยกับบุตรชายที่พิการ สร้างในพื้นที่กรมชลประทาน ที่มา: ถ่ายโดยทีมวิจัยภาคสนามจังหวัดมหาสารคาม

นอกจากนี้ ปัญหาที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ส่วนใหญ่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวทางร่างกาย ในขณะที่สภาพบ้านนั้นทรุดโทรม และไม่ได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มภายในบ้าน

3.2) รูปแบบการอยู่อาศัยและลักษณะการอยู่อาศัย

รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีทั้งกลุ่มที่อาศัยอยู่คนเดียวเป็นหลัก และมีบุตรหลานมาอยู่ด้วยเป็นครั้งคราว และกลุ่มที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และกลุ่มที่พึ่งพิงอื่นๆ เช่น หลาน บัตรีที่พิการไม่สามารถดูแลตัวเองได้ เป็นต้น ดังนั้น ในด้านของผู้ดูแลหลัก จะมีทั้งกลุ่มที่ผู้สูงอายุดูแลตัวเอง และกลุ่มที่มีคู่สมรส หรือบุตรหลานคอยดูแลอยู่ ซึ่งการดูแลจะเน้นนำอาหารและของใช้มาให้ และพาไปหาหมอตามนัด แต่ในส่วนของการทำงานสะอาดที่พิทักษ์ และการปรับปรุงซ่อมแซมที่พิทักษ์ กลุ่มบุตรหลานก็ยังไม่เข้ามาดูแลในส่วนนี้มากนัก ทำให้สภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไม่ถูกสุขลักษณะ วัสดุในการสร้างบ้านไม่มั่นคงแข็งแรง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการสร้างเพื่ออยู่อาศัยบนพื้นที่สาธารณะ จะทำที่พิทักษ์ในแบบชั่วคราว เพราะอาจโดนไล่ที่ได้ตลอดเวลา หรือแม้บางรายจะสร้างแบบใช้วัสดุถาวร เช่น เป็นบ้านปูนชั้นเดียว หรือบ้านไม้ยกสูง แต่สภาพโดยรวมของบ้านก็ทรุดโทรม ไม่ได้รับการซ่อมแซมมานาน

“เคยโดนไล่ที่จากที่เคยอยู่ตั้งแต่เด็ก พอมีสามีเลยมาเช่าที่ของเทศบาลเพื่อปลูกบ้าน เมื่อสามีทั้งบ้านก็ถูกโอนเป็นชื่อของหลานของสามี แต่ก็อยู่มาได้เรื่อยๆ ต้องจ่ายค่าเช่าปีละ 1,000 บาท บ้านเป็นบ้านไม้สองชั้น ยกสูง บันไดผุพังเพราะน้ำท่วม ต้องเอาอิฐมารองแทนคานบันได (จากการสังเกตของทีมวิจัยภาคสนาม: ได้ทุนบ้านจะมีแต่ขยะเต็มได้ทุนบ้าน มีหญ้าขึ้นรกสูง และมีฝุ่นเยอะ” (สัมภาษณ์กรณีศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, กรกฎาคม 2564)



ภาพที่ 6.4. 6 สภาพบ้านของผู้สูงอายุที่ปลูกในพื้นที่ของอดีตสามี มีอาการหลงลืมและอาศัยอยู่คนเดียวในบ้าน
ที่มา: ถ่ายโดยทีมวิจัยภาคสนามจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2564

สำหรับการวางแผนด้านที่อยู่อาศัยในอนาคตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม *กลุ่มแรก* คือ กลุ่มที่อยากอยู่ที่เดิมแม้จะไม่มีที่ดินและบ้านของตัวเอง สาเหตุหลักคือ ไม่รู้จะไปอยู่ที่ไหน ไม่มีทางเลือก และรู้สึกคุ้นเคยกับที่เดิมที่อาศัยอยู่มานาน อีกทั้งไม่คิดที่จะไปอยู่กับบุตรหลาน เพราะไม่อยากไปรบกวนหรือพึ่งพาเขา *กลุ่มที่สอง* คือ อยากให้รัฐจัดสรรที่ดินและสร้างบ้านที่มั่นคงให้ใหม่ หรือถ้าในอนาคต อายุมากและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้แล้วก็อยากเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐแบบที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

“ไม่รู้จะย้ายไปไหน อยากอยู่ที่เดิมเพราะคิดว่าสะดวกดีแล้ว แต่ถ้าวันข้างหน้าไม่มีเงินจ่ายค่าเช่าก็ไม่รู้จะทำอย่างไร” (สัมภาษณ์กรณีศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, กรกฎาคม 2564)

“ตั้งใจว่าจะอยู่ที่นี้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หากในอนาคตตนเองมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวก็ยังไม่รู้ว่าจะให้ใครมาช่วยดูแล ไม่อยากเป็นภาระให้กับลูกหลานเนื่องจากลูกหลานเองอาศัยอยู่ในบ้านเช่าและมีความยากลำบากเช่นเดียวกัน” (สัมภาษณ์กรณีศึกษาจังหวัดปัตตานี, มิถุนายน 2564)

3.3) ประสพการณ์การได้รับความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน และความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน

ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีเพียง 2 รายเคยได้รับความช่วยเหลือจากทางเทศบาล เข้าไปสร้างบ้านใหม่ให้กรณีที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วม และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดช่วยเหลือนำเงินไปปรับปรุงหลังคาบ้านให้กับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ที่เหลืออีก 8 ราย ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือในการปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าเคยมีหน่วยงานเข้ามาสำรวจ แต่เมื่อพบว่าเป็นที่ดินสาธารณะ หรือที่ดินเอกชนให้เช่า ก็ติดเงื่อนไขความเป็นเจ้าของที่ดินและบ้าน ไม่สามารถเข้ามาให้ความช่วยเหลือได้ แม้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความต้องการจะอยู่ในบ้านหลังเดิมไปจนตลอดชีวิต แต่ก็มีความหวังว่าอยากให้รัฐจัดหาที่อยู่ใหม่ที่มีความมั่นคงให้ โดยให้ผู้สูงอายุได้เป็นเจ้าของและอาศัยอยู่ได้โดยไม่ต้องกลัวการไล่ที่ แต่ในกรณีที่รัฐไม่สามารถจัดสรรที่อยู่ใหม่ให้ได้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ก็มีความต้องการเช่นเดียวกับกลุ่มอื่นๆ คือ อยากให้รัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เข้ามาช่วยปรับปรุงซ่อมแซมบ้านให้มีความแข็งแรง ช่วยติดตั้งอุปกรณ์หรือสุขภัณฑ์ที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย

สำหรับความต้องการด้านบริการสนับสนุน มีเพียงบางรายในกลุ่มที่ไม่มีบุตรหลานต้องการบริการจากภาครัฐ เช่น บริการด้านอาหาร การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน บริการรับส่งไปหาหมอ และซื้อของใช้จำเป็นให้แบบไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย ในขณะที่กลุ่มที่มีบุตรอยู่ หรือบางรายมีประสพการณ์ที่ไม่ดีจากการได้รับบริการการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้ไม่ต้องการบริการสนับสนุนใดๆ โดยมองว่าควรเป็นหน้าที่ของบุตรที่จะดูแลผู้สูงอายุมากกว่า ดังนั้น ลักษณะความต้องการบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบการอยู่อาศัยและการมีผู้ดูแลหลักเป็นสำคัญ

3.4) ปัญหาสำคัญ

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ ความไม่มั่นคงด้านที่อยู่อาศัยในลักษณะของการไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดินและไม่ได้เป็นเจ้าของบ้าน ส่งผลให้กรณีศึกษาส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการได้รับความช่วยเหลือในการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านจากภาครัฐ ในขณะเดียวกัน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาทั้งด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ประกอบกับบุตรหลานก็ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีทางเลือกในการอยู่อาศัย จำเป็นต้องใช้ชีวิตในยามสูงวัยในบ้านที่ไม่มั่นคงและเสี่ยงต่อการถูกไล่รื้อในอนาคต

รูปแบบที่ 4

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ยังคงต้องทำงานหาเลี้ยงตัวเอง และครอบครัว และมีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย

4.1) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกรณีศึกษาสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมที่ยังต้องทำงานหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว และไม่ได้รับความช่วยเหลือใดๆ พบว่า เป็นเพศชายจำนวน 4 คน และหญิงจำนวน 4 คน มีอายุระหว่าง 55-59 ปี จำนวน 2 คน อายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 4 คน และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปจำนวน 2 คน โดยเป็นผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 55 ปี และเป็นผู้ที่มีอายุสูงสุดคือ 84 ปี

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ส่วนใหญ่จะมีได้รับการศึกษาเพียงประถมศึกษาปีที่ 4 ทำให้ไม่มีโอกาสในการเลือกประกอบอาชีพที่สามารถสร้างรายได้ที่เพียงพอต่อการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจให้มั่นคงได้ อาชีพที่พบคือ รับจ้างใช้แรงงานทั่วไป รับจ้างในด้านเกษตรกรรม รับจ้างทำความสะอาด ปลูกผักขาย ขายน้ำดื่ม เก็บของเก่าและรับซื้อของเก่าขาย ทำงานพัดเชือกสำหรับซักถุงควาย รับจ้างทำงานก่อสร้าง หาผักและจับสัตว์ที่อยู่ในทุ่งนาไปขาย ทำสวนกล้วยและขายกล้วย

ด้านสถานทางเศรษฐกิจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีฐานะยากจน การหารายได้จากการทำงานเป็นแบบหาเช้ากินค่ำ การหารายได้ไม่มั่นคงสม่ำเสมอ มีสภาพทางเศรษฐกิจในลักษณะที่เรียกว่า “ถูกลู่ถูก มีก็กิน ไม่มีก็ต้องอด” รายได้ที่สามารถหามาได้จะใช้สำหรับการดำรงชีพ ส่วนใหญ่ไม่มีเงินสำรองไว้สำหรับการใช้จ่ายยามฉุกเฉิน ส่งผลให้หลายคนต้องมีหนี้สินจากการกู้ยืมจากบุคคลใกล้ชิด หรือกู้เงินนอกระบบมาจากผู้ปล่อยกู้เอกชน ผู้สูงอายุที่มีหนี้สินโดยเฉพาะพวกนี้นอกระบบจะทำให้สถานภาพทางเศรษฐกิจขาดความมั่นคงยิ่งขึ้น เพราะรายได้ที่หามาได้ด้วยความยากลำบากจะต้องถูกแบ่งออกไปใช้ชำระดอกเบี้ยรายวันให้แก่เจ้าหนี้ในระบบ หากผู้สูงอายุมีภาระต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มาพึ่งพิงด้วยแล้ว ภาระรายจ่ายของผู้สูงอายุจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น

รายได้หลักของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มาจากเงินสวัสดิการที่รัฐจัดสรรให้เป็นรายเดือน ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สิทธิสวัสดิการแห่งรัฐ แม้ผู้สูงอายุจะมีความพยายามหารายได้เสริมจากการทำงาน แต่พบว่ามีความยากลำบากในการหางานทำ โดยเฉพาะงานรับจ้างตามทักษะของผู้สูงอายุ เนื่องจากสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง และไม่มีผู้จ้างทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการทำงานหารายได้มากยิ่งขึ้น

ความยากลำบากในการหางานหารายได้ที่ไม่สมดุลหรือเพียงพอต่อรายจ่ายในการดำรงชีพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีเงินเก็บออมสำหรับอนาคต แม้ผู้สูงอายุจะมีความคิดที่จะเก็บออมแต่ไม่สามารถทำได้ เพราะรายได้ที่สามารถหามาได้ก็ต้องนำมาใช้จ่ายดูแลตนเองและครอบครัวจนหมด

“...ความรู้สึกจากใจจริงๆ ก็คิดอยากวางแผนเก็บเงินไว้ใช้ดูแลตัวเองตอนแก่ชรา เคยคิดวางแผนว่าจะเก็บเงินกับกลุ่มออมทรัพย์ แต่คงเป็นได้แค่การวางแผน เพราะชีวิตจริงไม่พอใช้จ่ายด้วยซ้ำ” (สัมภาษณ์กรณีศึกษาจังหวัดปัตตานี, กรกฎาคม 2564)

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีการวางแผนสำรองเงินไว้ใช้สำหรับจัดการวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง โดยเข้าร่วมกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ เพื่อเก็บเงินสำหรับฌาปนกิจตนเอง

ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น รวมถึงมีอาการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น อาการข้อเข่าเสื่อม อาการมองเห็นไม่ชัดเจน อาการฟังเสียงไม่ชัดเจน เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางคนมีภาวะของโรคเรื้อรังด้วย เช่น มะเร็งปากมดลูก

มะเร็งลำไส้ กระดูกทับเส้นประสาท เป็นต้น ซึ่งต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยใช้วิธีการรักษาฟรีตามสวัสดิการของรัฐ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุบางคนระบุว่าตนไม่มีโรคประจำตัว เนื่องจากไม่เคยไปตรวจร่างกาย และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นไข้ ปวดหัว ตัวร้อน เป็นต้น ก็จะรักษาตัวเองโดยการหาซื้อยารับประทานเองตามร้านสะดวกซื้อใกล้บ้าน หรือไม่ก็จะปล่อยให้อาการไม่สบายหายไปเอง แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีสิทธิการรักษาฟรีตามสวัสดิการของรัฐก็ตาม

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีความสามารถดูแลจัดการธุระส่วนตัวในชีวิตประจำวันของตนเองได้เป็นปกติ สามารถจัดยาและรับประทานยาได้ด้วยตนเอง แม้บางคนจะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วน แต่ก็พยายามดูแลจัดการธุระส่วนตัวของตนเองเป็นหลัก และไม่ได้ร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพัง หรืออาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่ต้องพึ่งพิงผู้สูงอายุ รวมถึงไม่มีลูกหลานคนใดที่มีความสามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา

4.2) รูปแบบการอยู่อาศัยและลักษณะการอยู่อาศัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สามีหรือภรรยา หรือบุตรหลาน มีเพียงบางคนที่อาศัยอยู่ลำพังคนเดียว แม้ว่าผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว แต่ผู้สูงอายุต้องดูแลตัวเองเป็นหลัก ไม่มีสมาชิกในครอบครัวคนใดที่จะสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักได้ เนื่องจากบุตรแต่ละคนต่างมีครอบครัวมีภาระต้องรับผิดชอบดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ต้องการพึ่งพิงและความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุ ดังเช่นกรณีที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยาที่มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย หรือมีหลานที่อยู่ในวัยพึ่งพิง อย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ก็สามารถทำได้เป็นครั้งคราว โดยการร้องขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน พี่น้อง เป็นต้น หรือร้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านใกล้เคียงที่มีความคุ้นเคยสนิทกัน

ลักษณะสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า มีสภาพค่อนข้างทรุดโทรม ขาดการบำรุงรักษา ขาดการจัดสรรพื้นที่ใช้สอยที่เหมาะสมต่อการอยู่อาศัยอย่างถูกสุขลักษณะที่ดี เช่น ผู้สูงบางคนต้องหลับนอนอยู่ในพื้นที่ที่เป็นครัว เนื่องจากพื้นที่ของบ้านมีจำกัดแต่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมาก ทำให้ไม่มีพื้นที่ส่วนตัวเพียงพอสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ขาดการปรับปรุงให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำอยู่นอกตัวบ้านทำให้ผู้สูงอายุต้องเดินไปเข้าห้องน้ำที่อยู่ห่างออกไป โดยต้องเดินตามทางดินซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุลื่นล้มบ่อยครั้ง โถส้วมยังเป็นโถแบบนั่งยอง ไม่มีราวจับพยุงตัว พื้นห้องน้ำมีความเสี่ยงต่อการลื่นล้ม เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยขาดการดูแลด้านความสะอาด และพื้นที่ใช้สอยขาดความเป็นระเบียบเหมาะสมตามสุขลักษณะอนามัยที่ดี รวมถึงเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ที่นอน หมอน ผ้าห่ม มุ้ง พัดลม เป็นต้น มีลักษณะเก่า ไม่อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ หรือเหมาะสมกับการใช้งานอย่างปลอดภัย



ภาพที่ 6.4. 7 สภาพที่อยู่อาศัย ห้องนอน และห้องสุขาของผู้สูงอายุ

ที่มา: ถ่ายโดยทีมวิจัยภาคสนาม, 2564.

ความมั่นคงในด้านสิทธิการอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิในที่ดินและบ้านที่อาศัยอยู่ หรือได้รับอนุญาตจากเจ้าของที่ดินให้สามารถปลูกบ้านอาศัยอยู่ได้ไปตลอดชีวิต เนื่องจากมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด เช่น บุตร พี่น้อง เครือญาติ เป็นต้น หรือผู้สูงอายุกับเจ้าของที่ดินมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมานานตั้งแต่รุ่นปู่ย่าตายาย แต่ก็พบว่าผู้สูงอายุบางคนนำที่ดินของตนไปจำนองเพื่อกู้เงินเจ้าหนี้ในระบบ ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในสิทธิการอยู่อาศัยในที่ดินเดิม ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเสียกรรมสิทธิ์ในที่ดินและบ้านของตน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทุกคนมีความต้องการและเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถอยู่อาศัยที่บ้านของตนเองจนวาระสุดท้ายของชีวิต และไม่คิดย้ายไปอยู่ที่อื่น

4.3) ประสบการณ์การได้รับความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน และความ ต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน

ประสบการณ์การได้รับความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยและความต้องการด้านที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยจากหน่วยงานใด มีเพียงบางคนที่เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐในการซ่อมแซมหลังคาบ้านที่ถูกพายุพัดถล่มเสียหาย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทุกคนมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐให้ช่วยปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้นและแข็งแรงกว่าที่เป็นอยู่ ต้องการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม มีสิ่งอำนวยความสะดวกและปลอดภัยกับตัว ผู้สูงอายุ เช่น การปรับปรุงห้องน้ำให้มีราวจับพยุงตัว เปลี่ยนโถส้วมให้เป็นแบบโถชักโครก ทำพื้นห้องน้ำกัน การลื่นล้ม หรือการปรับพื้นที่ชั้นล่างของบ้านให้เป็นพื้นที่ล้นนอนแทนการขึ้นไปใช้ห้องนอนที่อยู่ชั้นบนของบ้าน เป็นต้น

ประสบการณ์การได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุนด้านสุขภาพ และความต้องการด้าน บริการสนับสนุนด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุนทาง สุขภาพ เนื่องจากยังไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องได้รับความช่วยเหลือ ขณะที่ผู้สูงอายุที่เคยได้รับความช่วยเหลือด้าน บริการสนับสนุนทางสุขภาพจะเป็นการช่วยเหลืออุปกรณ์อำนวยความสะดวกหลังจากที่ต้องเข้ารับการรักษา ตัวจากที่โรงพยาบาล และบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกลในช่วงที่กำลังรักษาตัวอยู่ที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทุกคนมีความเห็นว่า ต้องการให้หน่วยงานรัฐช่วยจัดบริการสนับสนุนด้านสุขภาพต่าง ๆ ให้ใน ลักษณะสวัสดิการที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม เช่น ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากรัฐในการ อำนวยความสะดวกในการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถรับการตรวจสุขภาพได้ที่บ้านหรือที่ชุมชนโดย ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายด้วย ตนเองซึ่งถือเป็นเงินจำนวนมากสำหรับฐานะทางเศรษฐกิจของตน ต้องการให้องค์การปกครองท้องถิ่นของตน (อปต.) จัดบริการให้ความช่วยเหลือพิเศษสำหรับกรณีผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียงโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ต้องการ ให้หน่วยงานรัฐจัดบริการให้ความช่วยเหลือเรื่องอาหารและการได้รับการดูแลในรูปแบบเดียวกันกับที่ โรงพยาบาลดูแลผู้ป่วย ต้องการการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายโดยมีพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลมาคอย ดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุ เป็นต้น ผู้สูงอายุทุกคนตระหนักถึงความเสื่อมถอยทางสุขภาพของตนเอง รวมถึงได้ รับรู้ถึงปัญหาสุขภาพของบุคคลใกล้ตัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลว่าตนเองอาจจะกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านหรือ ติดเตียง ซึ่งต้องการได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุนทางสุขภาพในอนาคต ดังนั้นหากหน่วยงานรัฐมีการ จัดเตรียมบริการสนับสนุนเหล่านี้ไว้ให้ก็จะเป็นสิ่งที่ดี

4.4) ปัญหาสำคัญ

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ ได้แก่

- ผู้สูงอายุไม่มีความมั่นคงด้านรายได้ ไม่มีเงินออม รายได้ที่ได้จากการทำงานและเงินช่วยเหลือตาม สวัสดิการของรัฐก็มีจำนวนน้อยจนยากที่จะสามารถใช้ให้เพียงพอในการดำรงชีพได้ในแต่ละเดือน ส่งผลให้ต้อง ขอยืมเงินจากบุคคลใกล้ชิดหรือติดหนี้ค่าสินค้าอุปโภคและบริโภคบ่อยครั้ง รวมถึงการเป็นหนี้ในระบบ
- ผู้สูงอายุมีภาระต้องรับผิดชอบดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวที่มาอาศัยพึ่งพิงผู้สูงอายุ จึงยัง ต้องทำงานหาเลี้ยงตนเอง และต้องช่วยเหลือค่าจุนลูกและหลานด้วย
- ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความยากลำบากในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือ จากรัฐ เนื่องจากขาดแคลนอุปกรณ์ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน (smart phone) และความรู้และ ทักษะในการใช้อุปกรณ์เพื่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือ การที่หน่วยงานรัฐและเอกชนเน้นใช้ ระบบออนไลน์ และโปรแกรมประยุกต์ (applications) ต่างๆ ที่ต้องใช้กับอุปกรณ์แบบสมาร์ทโฟน เพื่อ

เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและให้ความช่วยเหลือ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือที่ควรจะได้รับนั้น

- ผู้สูงอายุมีความเปราะบางต่อผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ภายนอก ในกรณีของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุต้องประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีพ เช่น ผู้สูงอายุระบุว่ามีความยากลำบากในการออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่มีการจ้างงาน เนื่องจากมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ขาดรายได้แต่มีรายจ่ายที่ต้องจ่ายอยู่เช่นเดิม และรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการขึ้นราคาสินค้าอุปโภคบริโภค ยิ่งส่งผลกระทบต่อสถานภาพทางการเงินและชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีความไม่สบายใจ มีความกังวลและหวาดระแวง กลัวว่าบุตรหลานจะติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้สูงอายุระบุว่าต้องมีรายจ่ายเพิ่มจากการเรียนออนไลน์ของหลาน ทำให้ต้องเสียค่าบริการสัญญาณอินเทอร์เน็ต และจำเป็นต้องช่วยเหลือค่าเงินทางการเงินให้แก่บุตรที่ตกงาน เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้น

รูปแบบที่ 5 ผู้สูงอายุยากจนในเมือง (กรุงเทพฯ) ที่ไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย

5.1) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกรณีศึกษาสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่อาศัยในเมือง (กรุงเทพมหานคร) พบว่าเป็นเพศชายจำนวน 6 คน และเพศหญิงจำนวน 4 คน มีอายุระหว่าง 55-59 ปี จำนวน 1 คน อายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 1 คน อายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 5 คน และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปจำนวน 3 คน โดยเป็นผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 57 ปี และเป็นผู้ที่มีอายุสูงสุดคือ 84 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ย้ายถิ่นฐานจากต่างจังหวัดมาอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ โดยผู้สูงอายุที่มีถิ่นกำเนิดที่ต่างจังหวัดมีจำนวน 6 คน ขณะที่ผู้สูงอายุที่เป็นคนกรุงเทพฯ แต่กำเนิดมีจำนวน 4 คน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ส่วนใหญ่จะมีได้รับการศึกษาเพียงประถมศึกษาปีที่ 4 ทำให้ไม่มีโอกาสในการเลือกประกอบอาชีพที่สามารถสร้างรายได้ที่เพียงพอต่อการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจให้มั่นคงได้ อาชีพเดิมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง เช่น รับจ้างเป็นแรงงานก่อสร้าง รับจ้างทำความสะอาด ช่างไม้ ช่างรับจ้าง เป็นต้น ปัจจุบันผู้สูงอายุทุกคนไม่ได้ประกอบอาชีพหลัก เนื่องจากมีปัญหาด้านสุขภาพ หลายคนสามารถเดินได้อย่างเป็นปกติต้องใช้กายอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย บางคนที่ยังสามารถเดินได้ก็จะทำงานเก็บของเก่าขายเพื่อหารายได้เสริม

สถานทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีฐานะยากจน ส่วนใหญ่ครอบครัวมีฐานะยากจนมาตั้งแต่เดิม หลายรายต้องอพยพย้ายถิ่นฐานจากต่างจังหวัดเข้ามาทำงานทำในกรุงเทพฯ แต่การประกอบอาชีพรับจ้างใช้แรงงานหรือค้าขายก็ไม่สามารถสร้างฐานะครอบครัวให้มีความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจได้ ขณะที่ผู้สูงอายุบางคนอาจไม่ได้มีฐานะยากจนมาตั้งแต่เดิม มีฐานะพออยู่พอกิน ไม่ได้ร่ำรวยแต่ก็ไม่ได้ยากจน ในช่วงเวลาหนึ่งก็พอมีเงินเก็บออมไว้บ้าง แต่ต้องประสบกับอุบัติเหตุชีวิตที่ไม่คาดคิดที่ส่งผลให้ต้องสูญเสียทั้งเงินเก็บออมและความสามารถในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ทำให้มีฐานะยากจนในปัจจุบัน ทั้งนี้จากข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุกลุ่มนี้ สามารถเสนอสาเหตุสำคัญของการเป็นผู้มีฐานะยากจนได้พอสังเขป ดังนี้

ประการแรก ลักษณะการประกอบอาชีพหารายได้เป็นไปในลักษณะ “หาเช้ากินค่ำ” และการเป็นหนี้สิน กล่าวคือ การที่ประกอบอาชีพรับจ้างใช้แรงงานโดยได้รับค่าจ้างขั้นต่ำและอำนาจการจ้างงานขึ้นต่อนายจ้าง หรืออาชีพค้าขายที่มีต้นทุนและต้องใช้เงินทุนหมุนเวียน ส่งผลต่อจำนวนรายได้ที่ได้รับและความไม่มั่นคงสม่ำเสมอของรายได้ที่ได้รับในแต่ละวันหรือเดือน ขณะที่ผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายสำหรับต้องเลี้ยงดูตนเองและ

ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ ทำให้บางช่วงเวลาก็มีรายได้พอมีพอกิน แต่บางช่วงเวลาก็มีรายได้ไม่พอกิน ทำให้ผู้สูงอายุต้องกู้เงินจากกลุ่มเงินกู้นอกระบบมาใช้จ่ายหรือเป็นเงินทุนหมุนเวียนในการประกอบอาชีพ

“ไม่เคยคิดเก็บเงินเลย เพราะกู้มาลงทุน พอขายได้ก็ใช้เขา หมุนไปหมุนไปไม่เหลือเก็บ แค่ออกกินไปวันๆ” (สัมภาษณ์กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร, กรกฎาคม 2564)

ภาระหนี้ในระบบและรายจ่ายในการเลี้ยงดูครอบครัวเป็นเหตุผลสำคัญที่ผู้สูงอายุอธิบายถึงการไม่สามารถวางแผนเก็บออมเงินไว้สำหรับอนาคตของตนเองได้

ประการที่สอง การประสบอุบัติเหตุชีวิต กล่าวคือ ผู้สูงอายุบางคนสามารถหารายได้ในระดับที่มีฐานะพออยู่พอกิน ไม่ได้ร่ำรวยแต่ก็ไม่ไต่ยากจน และในช่วงเวลาหนึ่งก็พอมีเงินเก็บออมไว้บ้าง แต่ต้องประสบกับอุบัติเหตุชีวิตที่ไม่คาดคิด เช่น กรณีที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็งซึ่งต้องเข้ารับการรักษาเป็นเวลานานและมีอาการข้างเคียงจากโรคทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ หรือกรณีที่ประสบอุบัติเหตุจนทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายอย่างปกติได้ หรือกรณีที่ต้องโทษคดีความทางอาญาจากการขับรถชนผู้อื่นเสียชีวิตจนทำให้ถูกยึดใบขับขี่และไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เป็นต้น เหตุการณ์เช่นนี้เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียทั้งเงินเก็บออม และความสามารถในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ แต่ยังคงมีรายจ่ายที่ต้องใช้เพื่อการดำรงชีพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว

ประการที่สาม การไร้ญาติขาดมิตรผู้เป็นที่พึ่งพิงหลัก กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่เพียงลำพัง บางคนไม่มีบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง บางคนแม้จะมีบุตรหลานแต่กลับมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบุตรหลาน หรือบุตรหลานไม่มีความสามารถที่จะดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องการเงินได้ เนื่องจากต่างคนต่างมีครอบครัวและภาระอื่น ๆ ที่ต้องรับผิดชอบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือด้านการเงินได้จากลูกหลาน และญาติพี่น้องได้ หรืออยู่ในภาวะที่ “ไม่สะดวกใจ หรือลำบากใจ” ที่จะร้องขอความช่วยเหลือจากบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง เมื่อผู้สูงอายุประสบปัญหาหารายได้ไม่พอใช้จ่าย ผู้สูงอายุจึงเลือกที่จะยืมเงินจากบุคคลอื่น เช่น ผู้ปล่อยเงินกู้นอกระบบ คนรู้จักที่อยู่ในระแวกใกล้เคียงกัน เป็นต้น รวมถึงเลือกที่จะอดทนให้ตนเองอยู่อย่างอดอยากและขาดแคลน เช่น การรับประทานอาหารเพียงมื้อเดียวต่อวัน การรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเป็นประจำ เป็นต้น

“ขอใครไม่ได้ พึ่งใครไม่ได้เลย ถ้าขอลูกเขาก็ด่าเอา ว่าย้ายไปกวนเขาเป็นภาระ ยายก็จะอดเอารอบैयाผู้สูงอายุออกก็อาศัยกินที่เขาซื้อมาให้” (ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 9)

“เวลาที่ไม่มีเงินก็ใช้วิธีการนอนตื่นนอนสายๆ แล้วยอนนิ่งๆ อยู่คนเดียวฟังวิทยุ จนถึงบ่ายๆ หรือเย็นก็จะลงไปช้อนน้ำร้อนจากร้านขายจอร์ ร้านค้าแถวบ้าน เพื่อมาต้มมาฆ่าใส่น้ำตาล เพื่อกินในมื้อเย็นกันไม่ให้ท้องหิว ก่อนนอน จะได้นอนหลับ” (สัมภาษณ์กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร, กรกฎาคม 2564)

รายได้หลักของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มาจากเงินสวัสดิการที่รัฐจัดสรรให้เป็นรายเดือน ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สิทธิสวัสดิการแห่งรัฐ และเบี้ยความพิการหรือเบี้ยยังชีพคนพิการ แต่ยังคงพบว่า ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถได้รับประโยชน์จากสิทธิสวัสดิการที่ตนได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากถูกผู้ใกล้ชิด เช่น บุตร หลาน เป็นต้น ฉกฉวยใช้ประโยชน์จากสิทธิของผู้สูงอายุแทน

“บัตรสวัสดิการจากรัฐ 300 บาท บัตรอยู่กับลูก เขาเอาบัตรไปซื้อของมาใช้ แล้วก็เอาข้าวมาให้ยายวันละกล่องแทน.....ได้เงินช่วยเหลือที่เข้าบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ว่าเอาไปให้ลูกหมด เพราะเขาซื้อข้าวมาให้ทุกวัน” (สัมภาษณ์กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร, กรกฎาคม 2564)

ผู้สูงอายุก็ยังมีพยายามช่วยเหลือตนเองด้วยการทำงานหารายได้เสริม เช่น การเก็บของเก่าขาย เป็นต้น แต่ผู้สูงอายุก็ยังพบความยากลำบากในการหางานทำ เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพและความเสื่อม

สมรรถนะทางร่างกายของผู้สูงอายุที่เป็นอุปสรรคในการทำงาน และในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยิ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการทำงานหารายได้มากยิ่งขึ้น

สถานะด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดในสมองตีบ เบาหวาน โรคหัวใจ โรหิตจาง เป็นต้น ผู้สูงอายุหลายคนมีปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การเป็นอัมพาตร่างกายครึ่งซีก อาการข้อเข่าเสื่อม อาการขาอ่อนแรง เป็นต้น ส่งผลให้บางคนไม่สามารถเดินได้จนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง บางคนยังสามารถเดินได้แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีอาการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น อาการมองเห็นไม่ชัดเจน อาการฟังเสียงไม่ชัดเจน เป็นต้น การรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิในการรักษาฟรี ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการจะได้รับสิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้พิการด้วย ซึ่งผู้สูงอายุได้ใช้ประโยชน์จากสิทธิการรักษาพยาบาลฟรีเพื่อเอาชีวิตรอดจากภาวะความเจ็บป่วยวิกฤตได้ แต่สิทธิการรักษาพยาบาลฟรีไม่สามารถช่วยสนับสนุนในเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และสามารถกลับมาดำรงชีพอย่างเป็นปกติได้ เห็นได้จากกรณีศึกษาที่ผู้สูงอายุมีชีวิตรอดจากการรักษาโรคร้ายแรงมาแล้ว เช่น โรคมะเร็ง ภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ เป็นต้น แต่ยังคงต้องเผชิญกับสภาวะที่ร่างกายไม่สามารถฟื้นฟูกลับมาใช้การได้อย่างเป็นปกติดั้งเดิม ผู้สูงอายุบางคนกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงและผู้สูงอายุหลายคนมีปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการและจำเป็นต้องได้รับดูแลจากบุคคลอื่น และต้องการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น อุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกายภาพบำบัด การได้รับอาหารที่ถูกหลักโภชนาการตามอาการของโรค หรืออุปกรณ์เสริมช่วยเรื่องการขับถ่าย เป็นต้น แต่จากการศึกษาพบว่า การได้รับดูแลจากบุคคลอื่นและบริการสนับสนุนด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ขาดแคลนอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง ต้องช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยความยากลำบากและไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง แม้จะมีผู้ดูแลหลักแต่ผู้ดูแลก็มีข้อจำกัดในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลเป็นภรรยาซึ่งก็เป็นผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน และยังมีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง หรือผู้ดูแลเป็นบุตรสาวแต่บุตรสาวต้องไปทำงานนอกบ้านทำให้ไม่สามารถอยู่ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียงได้ตลอดเวลา เป็นต้น

5.2) รูปแบบการอยู่อาศัยและลักษณะการอยู่อาศัย

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมีจำนวน 6 คน ซึ่งไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวมีจำนวน 4 คน ซึ่งมีจำนวน 2 คนที่ต้องทำหน้าที่ดูแลหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว เป็นผู้สูงอายุที่อยู่กับบุคคลวัยฟุ้งเฟ้อ และมีจำนวน 2 คนที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียงต้องพึ่งพาบุตรและภรรยาช่วยดูแล จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดผู้ดูแลใกล้ชิด จำเป็นต้องพึ่งพาตนเองเป็นหลัก รวมถึงยังมีบทบาทหน้าที่เป็นที่พึ่งพิงหรือเสาหลักของครอบครัวด้วยในบางกรณี สาเหตุที่ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลใกล้ชิดมาจากหลายเหตุผล ดังนี้

(1) ผู้สูงอายุมีสถานภาพโสด ไม่มีบุตรหลานทางสายเลือดโดยตรง ทำให้ผู้สูงอายุบางคนอาจสามารถอาศัยพึ่งพาหรือร้องขอความช่วยเหลือญาติหรือเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงกันเป็นครั้งคราว แต่การอาศัยพึ่งพานี้ ผู้สูงอายุอาจจำเป็นต้องให้ค่าตอบแทนน้ำใจ หรืออาจเป็นการว่าจ้างให้ช่วยเหลือบ้าง

(2) ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหรือครอบครัวของบุตร ซึ่งพบว่ามีหลายกรณีศึกษาที่ผู้สูงอายุกับบุตรหรือลูกสะใภ้หรือลูกเขย มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวของบุตรได้ จึงจำเป็นต้องออกมาอาศัยอยู่เพียงลำพัง ปัญหาด้านความสัมพันธ์ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือในเรื่องการเงิน และการช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของ

ผู้สูงอายุได้ แม้ในยามที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย ผู้สูงอายุก็ยังคงมีความลำบากใจหรือไม่กล้าที่จะร้องขอความช่วยเหลือจากบุตร โดยเหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่ร้องขอความช่วยเหลือจากบุตรมีหลายประการ เช่น ตนเกรงใจบุตรไม่ต้องการให้บุตรลำบากใจที่ต้องแบ่งเงินหรือเวลามาดูแลตน หรือบุตรไม่เคยมาหาดูแลเลยไม่รู้และไม่แน่ใจว่าตนจะได้ได้รับความช่วยเหลือหรือไม่หากร้องขอความช่วยเหลือจากบุตร หรือเมื่อร้องขอความช่วยเหลือไปบุตรมักจะว่ากล่าวหรือใช้คำพรูสาทหรือพูดรุนแรงกับผู้สูงอายุเสมอซึ่งยิ่งบั่นทอนกำลังใจของผู้สูงอายุให้แย่ลง เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการวางแผนในอนาคตหากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานทางสายเลือดมีความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือดูแลจากภาครัฐ โดยระบุว่าต้องการเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานทางสายเลือดเหลืออยู่ ก็ยังคงคาดหวังว่าบุตรหลานจะให้ความช่วยเหลือดูแลตน แม้จะมีความไม่แน่ใจต่อความเป็นจริงของความคาดหวังนั้น และยังพบว่าผู้สูงอายุบางคนมีความคิดที่จะทำอัตวินิบาตกรรมด้วยการรับประทานยาที่ตนสะสมเอาไว้เพื่อไม่ให้ตนกลายเป็นภาระแก่บุตรหลาน

“ยายสะสมยาหมดอายุไว้ คิดว่าถ้าติดเตียงจะแคะกินสัก 100 เม็ด ก็คงตายไปเอง ไม่อยากเป็นภาระใคร เพราะไปอยู่กับลูกก็ไม่ได้...” (สัมภาษณ์กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร, กรกฎาคม 2564)

ลักษณะสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีลักษณะที่ไม่เหมาะสมกับการใช้อาศัยได้อย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ กล่าวคือ ที่อยู่อาศัยตั้งอยู่ในบริเวณที่สิ่งแวดล้อมมีความเสื่อมโทรม แออัด เช่น ช่างบ้านหรือที่พักมีน้ำขังเน่าเหม็น บริเวณใต้บ้านหรือที่พักเต็มไปด้วยขยะมูลฝอย เป็นต้น สภาพแวดล้อมขาดความปลอดภัยต่อร่างกายและทรัพย์สิน สภาพโครงสร้างและตัวบ้านหรือที่พักไม่แข็งแรง เช่น โครงสร้างเอียง พื้นบ้านผุพังเป็นรู ไม่มีผนังบ้าน หลังคารั่ว เป็นต้น บ้านหรือที่พักขาดองค์ประกอบสำหรับใช้สอยที่จำเป็น เช่น ไม่มีห้องน้ำ ไม่มีห้องครัว เป็นต้น ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ ไฟฟ้า ประปา ขาดการดูแลความสะอาดและจัดระเบียบที่พักที่หลับนอนให้ถูกสุขลักษณะอนามัยที่ดี ต้องเผชิญกับสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคต่างๆ เช่น หนู แมลงสาบ ยุงลาย แมลงวัน เป็นต้น ทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพและสวัสดิภาพร่างกาย

“ห้องเช่า ที่เจ้าของบ้านเขากั้นหลังบ้านแบ่งให้เช่า ทางเดินเข้าเป็นแผ่นไม้เก่าๆ แผ่นประตูเก่าๆ วางเรียงกัน มีน้ำขัง เอาพาเรทพลาสติกมาปู เอาถังพลาสติกมาทำเป็นบันไดขึ้นบ้าน ไม่นั่นคงพื้นบ้านผุพัง ในบ้านเต็มไปด้วยข้าวของเครื่องใช้วางเต็มพื้นบ้าน ผาบ้านเป็นกระเบื้อง สลัดกับไม้อัดบางช่วง ของวางระเกะระกะเต็มพื้นที่ แทบจะไม่มีทางเดิน ใช้กระป๋องสี่แทนเก้าอี้...ห้องน้ำเป็นส้วมซึม ที่วางอยู่บนพื้นบ้าน โดยมีปูนยึดไว้เพียงเล็กน้อย ไม่มีประตู อยู่ติดกับประตูเข้าบ้านที่อาบน้ำก็ไม่มีประตู มีแค่ถังน้ำ ตั้งใกล้ๆกับที่ทำอาหาร

(สัมภาษณ์กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร, กรกฎาคม 2564)

“บ้านไม้ชั้นเดียว สภาพทรุดโทรม มีน้ำท่วมขังบริเวณพื้น สภาพบ้านมีลักษณะเป็นห้อง 1 ห้อง ไม่มีห้องน้ำและสุขา ไม่มีห้องครัว โดยใช้พื้นที่บริเวณหน้าประตูทางเข้าบ้านเป็นที่ประกอบอาหารและอาบน้ำ มีตู้เย็นที่สภาพเก่าสำหรับเก็บวัตถุดิบที่ซื้อมา ที่นอนใช้เสื่อน้ำมันปูและใช้ผ้าปูนอน ไม่มีเตียงและฟูก กางมุ้งอยู่ตลอดเวลาเพราะไม่สามารถเก็บมุ้งเองได้ โดยบริเวณที่นอนอยู่ร่วมกับอุปกรณ์ทำครัวและของใช้ต่างๆ ไม่มีห้องน้ำและสุขา โดยผู้สูงอายุจะอาบน้ำบริเวณหน้าบ้าน มีโอ่งน้ำและสายยางสำหรับใช้อาบน้ำ ส่วนการปัสสาวะ/อุจจาระจะใส่ลงในถุงและนำไปทิ้งถังขยะหรือถ้ามีคนบริจาคแอมเพิร์สมาให้จะใช้แอมเพิร์ส ไม่เคยซื้อเองเนื่องจากราคาค่อนข้างสูง”

(สัมภาษณ์กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร, กรกฎาคม 2564)

“ในชุมชนชี่ยาเยอะ...ตายายอยู่ในห้องแบ่งเช่า ชั้นล่างของบ้านไม้ 2 ชั้น มีหน้าต่างที่เป็นไม้ร่องๆ ขนาดห้องเช่าเป็นขนาด 12 ตารางเมตร มีชอกเล็กๆ ที่เป็นทางยาวเข้าไปไว้ให้อาบน้ำ เข้าห้องนี้ ต้องเดินลงบันไดลงไปประมาณ 2 ชั้น ทำให้หกล้มอยู่บ่อยครั้ง ผู้สูงอายุ นอน กินอยู่ในห้องเช่า นั้น ไม่มีการแบ่งเป็นสัดส่วน ห้องเช่าเต็มไปด้วยกลิ่นของอุจจาระ ปัสสาวะเนื่องจากคุณตาใส่ แอมเฟิร์ส มีของวางระเกะระกะเต็มพื้นที่ มีทางเดินเล็กๆ งานขามที่ไม่ได้ล้างและอาหารวางกอง กับพื้นมีฝุ่นและหยากไย่เต็มห้องเช่า ห้องนอนขนาดประมาณ 12 ตารางเมตร เต็มไปด้วยกระเป๋า เสื้อผ้าและข้าวของเครื่องใช้เก๋ๆ ต้องกางมุ้งนอนกันยุง มีที่นอนบางๆขนาดประมาณ 5 ฟุต ไม่มีเตียง เป็นผืนไม้ 2 ด้าน และอีก 2 ด้านเป็นผืนไม้อัด พื้นเป็นไม้กระดานร่องๆ ปูเสื่อน้ำมันแค่ ครึ่งเดียว เสื่อกับมุ้ง ได้มาโดยการเอาของเก๋ๆเสียๆไปแลกเขามา...ยุง หนู แมลงสาบเยอะ ต้อง เปิดไฟนอนไล่หนูมันมากันหลายตัว เพราะว่าเรากินอยู่ในนี้ บ้านไม้มีตู้เย็น ก็ต้องวางๆไว้ หนูมันก็ มาปิดไฟนอนไม่ได้ ต้องเปิดไฟนอน... ห้องน้ำแคบ ๆ ขนาดประมาณ 150 x 80 เซนติเมตร ไม่มี ประตู ทางเดินไปกว้างเพียง 60 เซนติเมตร พื้นทางเดินเป็นไม้กระดานที่ไม่แข็งแรง มีชักโครก แบบนั่งราบอยู่ติดกับประตู จนแทบจะเดินลงไปไม่ได้ ทำให้หกล้ม และกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง”

(สัมภาษณ์กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร, กรกฎาคม 2564)

“บ้านไม้ 2 ชั้น มองจากภายนอก ตัวบ้านเอียงไปมาก ด้วยโครงสร้างที่เก่า และเริ่มผุพัง บริเวณ ชั้นล่าง เป็นห้องน้ำกั้นสังกะสีเก๋ๆ ทางเดินเป็นแผ่นไม้พาดมีความเปียกชื้น น้ำซัง มีกลิ่นเหม็น ไม่มีผืนหนังหลังบ้าน มีกองขยะที่เก็บมาเพื่อแยกของเก่าไปขาย บันไดขึ้นชั้น 2 ก็ผุพัง เวลาเดินขึ้น ต้องก้มศีรษะ เหมือนเจาะพื้นชั้น 2 เพื่อแทรกบันไดเข้าไป สุดทางบันไดชั้นสุดท้าย เป็นกระดาน แผ่นเดียวที่สามารถยืน เพราะพื้นข้างหน้าผุพัง มีเพียงบานประตูเก๋ๆ วางพาดไว้แบบไม่มีน๊อง ฝาผนังบ้านหายไป 2 ด้าน ฝนสาด หลังคาสังกะสีก็รั่วหลายจุด...ห้องน้ำเป็นส้วมแบบนั่งราบ มีถัง รองน้ำ และสายชำระที่เก็บของขยะมาเอาเป็นเป็นฝักบัว พื้นไม้ได้ปูกระเบื้อง ผืนหนังน้ำพังหมด ต้องเอาสังกะสีเก๋ๆ พลาสติกเก๋ๆ หรือแผ่นไม้เก๋ๆ มาปิด หลังคาก็เอียงแทบจะล้ม ฝนตกก็ เปียก เลยเอาไว้นิลเก๋ๆมาชิงไว้”

(สัมภาษณ์กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร, กรกฎาคม 2564)

“บ้านที่ตายอยู่ เดิมเป็นที่ทิ้งขยะของคนแถวนั้น มีเสาไฟฟ้าตั้งอยู่ มีคนใจดีเข้ามาสร้างบ้านให้ยาย มาล้อมผนังให้ 2 ด้าน ทำหลังคา ไซ้ไม้อัด อยู่อาศัยได้ 1 คน ได้แต่นั่ง ยืนไม่ได้ เป็นที่ของประปา กำลังจะถูกเวนคืน บ้านมีขนาดประมาณ 1.5x3 เมตร มีผนังเพียง 2 ด้าน ด้านหน้า ที่เป็นประตู ไม้อัดกับโครงไม้บางๆ ฝาด้านหัวนอนที่ ด้านข้าง และด้านหลังไม่มีฝาด้าน หลังคาสังกะสีก็รั่วทุก แผ่น ต้องเอาผ้าใบมาชิงรองน้ำฝนไว้ พื้นบ้านเป็นไม้อัดปูพื้นที่มีรูฟุ้งตรงกลาง ไม่มีไฟฟ้า ไม่มี น้ำประปา ไม่มีพัดลม หน้าบ้านมีถังน้ำ 1 ใบ มีโถ่ง 1 ใบ ไว้รองน้ำอาบ หลังคาบ้านสูงจากพื้น ประมาณแค่ 1.5 เมตร ใต้ถุนบ้านมีแต่ขยะ ข้างบ้านซึ่งเป็นบ้านคนอื่น ก็มีแต่ข้าวของเก๋ๆ ขยะ และฝุ่นเต็มไปหมด...เปิดประตูบ้านมาก็เป็นที่นอนเลย มีเสื่อผ้า กะละมังซักผ้า แล้วก็หมอน สีเหลืองกับผ้าห่มเก่า ไม่มีที่นอน กลางคืนก็นอนทนใหญ่ก๊าด...ไม่มีห้องน้ำ ต้องเดินไปเข้าที่วัด ที่อยู่ไกลมาก (หน้าบ้านยายมีกลิ่นเหม็นปัสสาวะ) ยายอาบน้ำหน้าบ้าน จ้างเขาเข็นน้ำมาจากวัด เดือนละ 200 บาท เพราะเดินไปอาบน้ำที่วัดไม่ไหวแล้ว”

(สัมภาษณ์กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร, กรกฎาคม 2564)



ภาพที่ 6.4. 8 ตัวอย่างสภาพที่อยู่อาศัยของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนในกรุงเทพมหานคร
ที่มา: ถ่ายโดยทีมวิจัยภาคสนามกรุงเทพมหานคร

ความมั่นคงในด้านสิทธิการอยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความมั่นคงด้านสิทธิการอยู่อาศัยที่บ้านหรือที่พักที่ตนอยู่ในปัจจุบัน เพราะหลายคนอาศัยอยู่ในบ้านเช่าหรือห้องแบ่งเช่า ผู้สูงอายุบางคนเช่าที่ดินบุคคลอื่นเพื่อสร้างที่พัก รวมถึงมีผู้สูงอายุบางคนสร้างเพิงพักอาศัยบนที่ดินของนิติบุคคลโดยผิดกฎหมายด้วย การไม่มีกรรมสิทธิ์ในบ้านหรือที่พักรวมถึงที่ดินปลูกสร้างส่งผลให้ผู้สูงอายุหลายคนไม่เคยคิดที่จะปรับปรุงบ้านหรือที่พักของตน แม้ว่าผู้สูงอายุจะต้องประสบกับปัญหาความทรุดโทรมและการผูกพันของบ้านหรือที่พักอาศัยและมีความต้องการที่จะปรับปรุงซ่อมแซมบ้านหรือที่พักอาศัยให้มีสภาพที่ดีขึ้นก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถซ่อมแซมเองได้ รวมถึงไม่เคยได้รับความช่วยเหลือในด้านที่พักอาศัยจากหน่วยงานรัฐหรือเอกชนเลย ทั้งนี้ผู้สูงอายุหลายคนก็ไม่สามารถเลือกหรือคิดวางแผนเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยในอนาคตได้ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีทุนทรัพย์เพียงพอที่จะหาบ้านหรือห้องเช่าใหม่ที่มีความมั่นคงแข็งแรงกว่าที่อยู่ปัจจุบัน และผู้สูงอายุมีความคุ้นชินกับสภาพแวดล้อมและบุคคลที่อยู่บริเวณใกล้เคียงทำให้คิดว่าตนยังมีโอกาสได้รับความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อจากบุคคลเหล่านั้นได้ หากตนร้องขอความช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางคนมีความคาดหวังที่จะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐด้วยการให้ตนเข้าไปอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อให้มีความเป็นอยู่ที่ปลอดภัยและมีผู้ดูแลช่วยเหลือ

5.3) ประสบการณ์การได้รับความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน และความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน

ประสบการณ์การได้รับความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยและความต้องการด้านที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าหน่วยงานใดบ้างที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ จึงไม่เคยร้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐ รวมถึงไม่เคยมีบุคคลจากหน่วยงานใดเข้ามาสำรวจหรือสอบถามความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยจากหน่วยงานใด มีเพียงหนึ่งคนที่ระบุว่าเคยขอความช่วยเหลือไปยังสำนักงานเขตโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) และศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานให้ แต่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากหน่วยงานรัฐติดปัญหาด้านงบประมาณและมีติดขัด

ด้านระเบียบกฎหมายที่ต้องขออนุญาตจากเจ้าของที่ดินเพื่อให้การยินยอมสร้างสิ่งปลูกสร้างหรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ปัญหาด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการแก้ไข (ผู้สูงอายุกรณีศึกษาที่ 2) สำหรับความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการความช่วยเหลือ 2 ลักษณะ คือ

(1) ผู้สูงอายุมีความต้องการให้หน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่นใดที่เกี่ยวข้องปรับปรุงซ่อมแซมสภาพบ้านหรือที่พักอาศัยให้ดีขึ้น โดยให้ความแข็งแรง มั่นคง สะดวกและปลอดภัยสำหรับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในระยะยาว โดยที่ผู้สูงอายุไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมปรับปรุงบ้านหรือที่พักอาศัย เช่น การซ่อมแซมหลังคา การสร้างหรือปรับปรุงห้องน้ำให้สะดวกปลอดภัยเหมาะสมกับการใช้งาน เป็นต้น

(2) ผู้สูงอายุมีความต้องการเปลี่ยนที่อยู่อาศัยใหม่ โดยให้หน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่นใดที่เกี่ยวข้องจัดหาที่อยู่ใหม่ที่มีความมั่นคง สะดวกและปลอดภัยให้โดยผู้สูงอายุไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเช่าอยู่อาศัย เช่น การหาบ้านมั่นคงให้อยู่อาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การอยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น

ส่วนประสบการณ์การได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุนด้านสุขภาพ และความต้องการด้านบริการสนับสนุนด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุบางคนเคยมีประสบการณ์ได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุนด้านสุขภาพใน 2 กรณี ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) รถเข็นนั่งสำหรับผู้ป่วย เตียงผู้ป่วย เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น และ 2) ความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินและส่งต่อผู้ป่วย ส่วนการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล เป็นต้น ผู้สูงอายุไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานใดมาก่อน ทั้งนี้ผู้สูงอายุทุกคนมีความเห็นว่า ต้องการให้หน่วยงานรัฐช่วยจัดบริการสนับสนุนด้านสุขภาพต่าง ๆ ให้ในลักษณะสวัสดิการที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม โดยความต้องการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ระบุตรงกันคือ ความต้องการให้มีผู้ดูแล (caregiver) มาดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน

5.4) ปัญหาสำคัญ

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ได้แก่

- ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ที่ไม่มีความมั่นคงด้านรายได้ มีการทำมาหากินในลักษณะ “หาเช้ากินค่ำ” มาโดยตลอด ในอดีตไม่มีการวางแผนเก็บเงินออมไว้สำหรับการดำรงชีพทำให้ในปัจจุบันผู้สูงอายุไม่มีเงินสำรองเพียงพอไว้ใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน รายได้หลักมาจากเงินช่วยเหลือตามสวัสดิการของรัฐที่มีจำนวนน้อยและมีเพียงพอสำหรับการดำรงชีพได้ในแต่ละเดือน ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตด้วยความยากลำบาก แม้ผู้สูงอายุมีความคิดและพยายามทำงานเพื่อหารายได้เสริม แต่ก็ไม่สามารถหารายได้เสริมมาให้เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิตได้ เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพและความไม่สมบูรณ์ปกติทางร่างกาย ขณะที่การร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดเป็นอีกหนทางหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะสามารถทำได้ แต่ด้วยความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากใจและไม่กล้าที่จะร้องขอความช่วยเหลือหรือสามารถร้องขอความช่วยเหลือได้เพียงบางครั้งบางคราวเท่านั้น ผู้สูงอายุหลายคนจึงจำเป็นต้องใช้วิธีกู้ยืมเงินจากบุคคลอื่น หรือติดหนี้ค่าสินค้าอุปโภคและบริโภค หรือการเป็นหนี้ในระบบ

- ผู้สูงอายุบางคนยังมีภาระต้องรับผิดชอบดูแลตนเอง พร้อมกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ยังต้องอาศัยพึ่งพิงผู้สูงอายุ เช่น สามเณรหรือภรรยา บุตร หลาน เป็นต้น จึงยังมีความจำเป็นต้องทำงานหารายได้เลี้ยงดูตนเองและต้องช่วยเหลือค่าจุนสมาชิกในครอบครัวด้วย

▪ ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน แม้ผู้สูงอายุจะระบุว่าตนเองสามารถดูแลตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ผู้สูงอายุก็ยอมรับว่าตนเองประสบความสำเร็จลำบากในการทำกิจวัตรต่าง ๆ ด้วยตนเองโดยไม่มีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ

▪ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด ซึ่งพบว่าส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว เช่น สามีหรือภรรยา บุตร ลูกสะใภ้ หรือลูกเขย ญาติพี่น้อง เป็นต้น ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีตั้งแต่อดีตส่งผลให้ผู้สูงอายุเลือกหรือถูกละทิ้งให้อาศัยและดูแลช่วยเหลือตนเองเพียงลำพัง แม้ว่าบุตรหรือญาติพี่น้องจะไม่ได้ตัดญาติขาดมิตรกับผู้สูงอายุเสียทั้งหมด และผู้สูงอายุจะยังสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากบุตรหรือญาติพี่น้องได้ แต่ผู้สูงอายุไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา และผู้สูงอายุยังมีความลำบากใจที่จะขอความช่วยเหลือจากบุตรหรือญาติพี่น้องด้วย

▪ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ เนื่องจากขาดแคลนอุปกรณ์ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน (smart phone) และความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์เพื่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือ การที่หน่วยงานรัฐและเอกชนเน้นใช้ระบบออนไลน์ และโปรแกรมประยุกต์ (applications) ต่างๆ ที่ต้องใช้กับอุปกรณ์แบบสมาร์ตโฟน เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและให้ความช่วยเหลือ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือที่ควรจะได้รับนั้น

▪ ผู้สูงอายุมีความเปราะบางต่อผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์ภายนอก ในกรณีของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุต้องประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีพ เช่น การไม่สามารถออกไปทำงานรับจ้างหรือเก็บของเก่าขายได้ทำให้ขาดรายได้เสริม การไม่สามารถออกไปรับสิ่งของบริจาคได้ทำให้ผู้สูงอายุขาดแคลนอาหารและสิ่งของจำเป็นต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุก็ได้รับความช่วยเหลือตามมาตรการช่วยเหลือผู้ได้รับความเดือดร้อนจากรัฐในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น การได้รับเงินตามบัตรสวัสดิการแห่งรัฐจำนวน 3,500 บาท การได้รับเงินตามโครงการเราชนะจำนวน 7,000 บาท เป็นต้น โดยต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการเข้าถึงความช่วยเหลือนั้น เช่น การขอให้บุตรหรือญาติช่วยลงทะเบียนในระบบออนไลน์ที่รัฐกำหนด การขอให้บุตรหรือญาติช่วยเบิกเงินช่วยเหลือออกมาจากบัญชีธนาคารของผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้นหากผู้สูงอายุคนใดที่ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือก็จะไม่สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือของรัฐได้

สรุปลักษณะความเปราะบางของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง

1. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่ได้รับการดูแลจากคนที่อยู่ด้วย และ/หรือมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับสมาชิกในครอบครัว/เครือญาติ รูปแบบการอยู่อาศัยและความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง หรือมีบุตรหลานแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน หรือไม่มีบุตรหลานคนใดที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก อาจจะด้วยความห่างไกล ภาระที่บุตรหลานต้องรับผิดชอบ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องที่ไม่ดีนัก ทำให้ขาดผู้ดูแลหลักและไร้ที่พึ่งในยามต้องการความช่วยเหลือ จะเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาบริการสนับสนุนของภาครัฐ (แบบไม่สามารถร่วมจ่ายได้) เป็นหลักในอนาคต

2. ผู้สูงอายุที่ติดอยู่ในวงจรความยากจน เป็นหนี้ และไม่มีเงินเก็บ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวยากจนตั้งแต่ในรุ่นของพ่อแม่ จนกระทั่งมาถึงรุ่นของผู้สูงอายุเอง เมื่อทำงานหาเงินไม่พอที่จะเก็บออม ก็ต้องตกอยู่ในวงจรของการเป็นหนี้สิน หรือบางส่วนสมัยเป็นวัยแรงงานที่ยังสามารถทำงานได้ มีรายได้พอกินพอใช้ แต่เมื่อเข้าวัยสูงอายุ ไม่สามารถทำงานใช้แรงได้เหมือนเดิม รายได้ลดลง ไม่มี

ทรัพยากรเพียงพอที่จะมีสร้างบ้าน/ซื้อบ้าน และมีที่ดินเป็นของตัวเอง ประกอบกับไม่ได้มีการวางแผนด้านที่อยู่อาศัยเมื่อยามชรา ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย และจะยิ่งเสี่ยงต่อการไร้บ้านหรือหลุดออกจากที่อยู่อาศัยในปัจจุบันมากขึ้น หากไม่มีสิทธิครอบครองที่อยู่อาศัย รวมถึงกลุ่มที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะ หรือพื้นที่ของคนอื่น นอกจากนี้ แม้จะมีความต้องการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพในวัยสูงอายุ แต่ด้วยข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วยอย่างน้อย 1-2 โรค ทำให้ไม่สามารถทำงานแบบใช้แรงได้อีกต่อไป ยิ่งทำให้เปราะบางและไร้ความมั่นคงด้านรายได้ในอีกทาง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เมื่อถึงคราวไม่สามารถทำงานได้ จำเป็นต้องพึ่งพาเงินสวัสดิการจากรัฐเป็นหลักเท่านั้น

3. ปัญหาเรื่องการครอบครองสิทธิในที่ดินและบ้านที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย และไม่สามารถเข้าถึงสิทธิในการได้รับการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านจากรัฐ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุบางส่วนสร้างบ้านในพื้นที่สาธารณะในชุมชนแออัดของชุมชนเมือง เช่าที่ดินจากรัฐ (เช่น ที่ราชพัสดุ กรมเจ้าท่า เป็นต้น) ที่ดินของเอกชน ที่ดินวัด หรือที่ดินของญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน เป็นต้น

4. ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ แต่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีทางเลือกในการประกอบอาชีพที่จำกัด กลุ่มผู้สูงอายุบางคนบางส่วนยังต้องการทำงาน หรืองานที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตัวเองทำ เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองในทางเศรษฐกิจได้ แต่เนื่องด้วยงานที่เปิดโอกาสให้กลุ่มคนที่ไม่ได้มีการศึกษามากนัก รวมถึงไม่มีทักษะสูงเป็นงานใช้แรงเป็นหลัก ประกอบกับผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาสุขภาพ รวมถึงความเสื่อมถอยตามวัยของร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ทางเลือกในการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีจำกัดมากยิ่งขึ้นไปอีก ดังนั้น การเปลี่ยนผ่านด้านการทำงานของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งเข้าสู่การทำงานที่ไม่มั่นคง รายได้น้อย เช่น เปลี่ยนจากงานที่มีรายได้สม่ำเสมอแม้จะเป็นรายวัน มาเป็นแรงงานรับจ้างทั่วไป หรือเก็บของเก่าขาย เป็นต้น

ส่วนรายได้ที่พอหาได้ทั้งหมดจะถูกใช้จ่ายไปกับค่าใช้จ่ายจำเป็นในชีวิตประจำวัน เช่น ค่าอาหาร ค่ายารักษาโรค เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถใช้เงินของตัวเองไปเพื่อซ่อมแซม/ปรับปรุงที่อยู่อาศัย หรือปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้ ในขณะที่หากต้องรอความช่วยเหลือจากภาครัฐ ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุก็จะยิ่งทรุดโทรม และอยู่ในสภาพ “ต้องทนอยู่” ต่อไปจนกว่าจะเสียชีวิต โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุในเขตเมือง และในกรุงเทพฯ ที่ประสบปัญหานี้

5. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพเรื้อรัง หรือมีความพิการ ผู้สูงอายุบางคนแบบสุดโต่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้านแล้ว มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือมีความพิการประเภทใดประเภทหนึ่ง แต่ไม่มีผู้ดูแลหลักคอยช่วยเหลือ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านที่ต้องอาศัยอยู่คนเดียวในบ้านที่ทรุดโทรม และไม่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านสุขภาพ ยังทำให้ไม่สามารถทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ หรือช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพนี้เป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่นำไปสู่การติดกับในวงจรความยากจนของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ต้องเสียเงินก้อนใหญ่ไปกับการรักษาโรคร้ายแรง หรืออุบัติเหตุจนทำให้พิการ และบางส่วนที่ยังคงต้องเสียเงินรักษาตัวเองอย่างต่อเนื่องจากโรคเรื้อรัง (ค่ารักษาพยาบาลบางส่วนไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามสิทธิบัตรทอง) นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพที่สะสมมาตั้งแต่สมัยทำงานหนักในช่วงวัยแรงงาน ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมเร็ว และไม่มีทุนทรัพย์มากพอที่จะรักษาความเจ็บป่วยหรือบำรุงรักษาร่างกายได้ เช่น กลุ่มที่เคยทำงานเป็นแรงงานก่อสร้าง รับจ้างแบกหาม หรือทำงานภาคเกษตรแบบเน้นใช้แรงมาตลอดชีวิต

6. ปัญหาเรื่อง Literacy ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าไม่ถึงข้อมูลและความรู้ใดๆ รวมถึงไม่ตระหนักต่อความเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต หากมีปัญหาด้านที่อยู่อาศัยและไม่มีผู้ดูแลในอนาคต เรื่องนี้สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการอยู่อาศัยของตัวเอง

คือ ไม่มีอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถเข้าถึงข้อมูลออนไลน์ได้ เมื่อประกอบกับการขาดปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ในชุมชน และสังคมภายนอก ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำให้เข้าถึงสิทธิต่างๆ ที่ควรได้รับ รวมถึงไม่ให้ความสำคัญต่อการวางแผนด้านที่อยู่อาศัยและการได้รับการดูแลหากอายุและมีความเจ็บป่วยมากขึ้น

ตารางที่ 6.4. 2 สรุปความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนหรือจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐแบบสุดโต่ง

รูปแบบ	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการอยู่อาศัยในที่เดิม (AIP) อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ความต้องการด้านที่อยู่อาศัย	ความต้องการด้านบริการสนับสนุน
รูปแบบที่ 1 (อยู่ลำพัง+ไม่มีผู้ดูแลหลัก+มีปัญหาสุขภาพ)	<ul style="list-style-type: none"> การประสบปัญหาที่ซับซ้อน จากรูปแบบการอยู่อาศัยคนเดียว หรือเสมือนอยู่เพียงลำพัง ทำให้ไม่มีผู้ดูแลหลัก ปัญหาความยากจน และมีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถทำงานเพื่อเลี้ยงชีพได้ และปัญหาความไม่มั่นคงด้านที่อยู่อาศัย หรือที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> ต้องการใช้ชีวิตสูงวัยในบ้านเดิมของตนเอง และอยากให้รัฐช่วยซ่อมแซมบ้านให้มีความมั่นคง มีบ้านขนาดเล็กที่สามารถดูแลและทำความสะอาดได้ด้วยตัวเอง 	<ul style="list-style-type: none"> ต้องการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพเป็นหลัก โดยรัฐจัดให้แบบไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี บริการผู้ดูแลพิเศษสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน เป็นต้น
รูปแบบที่ 2 (อยู่กับวัยพึ่งพิง+มีปัญหาสุขภาพ)	<ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุต้องดูแลทั้งตัวเองและแบกรับภาระดูแลกลุ่มพึ่งพิงครอบครัวด้วย ปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการทำงาน ทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพและการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> ต้องการใช้ชีวิตสูงวัยในบ้านเดิมของตนเอง และอยากให้รัฐช่วยซ่อมแซมบ้านให้มีความมั่นคง 	<ul style="list-style-type: none"> ความต้องการบริการสนับสนุนขึ้นอยู่กับมีบุตรหลานคอยดูแลหรือไม่ ถ้าไม่มีบุตรหลาน ก็อยากได้บริการสนับสนุนทุกรูปแบบโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพราะทั้งตัวผู้สูงอายุและคู่สมรสเริ่มทำไม่ไหวแล้ว แต่หากมีบุตรหลานที่พึ่งพาได้ ก็อยากให้บุตรหลานทำให้มากกว่า
รูปแบบที่ 3 (ผู้สูงอายุไร้บ้าน/บ้านไม่มั่นคง+มีปัญหาสุขภาพ)	<ul style="list-style-type: none"> ปัญหาไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย กลายเป็นข้อจำกัดในการรับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ผู้สูงอายุไม่มีทางเลือกไปอยู่ในที่ใหม่ที่มั่นคงกว่า เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ไม่มีเงินออม ไม่มีบุตรหลานหรือบุตรหลานไม่สามารถช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ต้องการให้รัฐลดเงื่อนไขและเข้ามาช่วยปรับปรุงซ่อมแซมบ้านให้แข็งแรง มีอุปกรณ์/สุขภัณฑ์ที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องการให้รัฐจัดสรรที่ดินและสร้างบ้านที่มั่นคงให้ใหม่ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 	<ul style="list-style-type: none"> ความต้องการบริการสนับสนุนขึ้นอยู่กับรูปแบบการอยู่อาศัยและมีผู้ดูแลหลักหรือไม่ หากผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีผู้ดูแลก็ต้องการบริการสนับสนุนทุกรูปแบบโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะบริการทางด้านสุขภาพ แต่หากมีบุตรหลานหรือมีผู้ดูแลหลักอยู่แล้ว ก็อยากให้สมาชิกในครอบครัวดูแลมากกว่า

รูปแบบ	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการอยู่อาศัยในที่เดิม (AIP) อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ความต้องการด้านที่อยู่อาศัย	ความต้องการด้านบริการสนับสนุน
<p>รูปแบบที่ 4 (ผู้สูงอายุติดสังคม+ยังต้องทำงานหาเลี้ยงตัวเองและครอบครัว)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ การไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย คือ ตั๋วบ้านและ/หรือที่ดิน ทำให้ไม่ได้รับความช่วยเหลือในการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้นจากเดิม ■ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ เช่น การไม่มีรายได้ที่เพียงพอกับการดำรงชีวิต การไม่มีงานทำ การไม่มีเงินเก็บออมสำหรับอนาคต เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดแคลนทุนทรัพย์ในการปรับปรุงพัฒนาที่อยู่อาศัยหรือย้ายที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ■ การเป็นหนี้จํานองที่อยู่อาศัยซึ่งอยู่ระหว่างการขอใช้หนี้สิน ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในกรรมสิทธิ์การอยู่อาศัย 	<ul style="list-style-type: none"> ■ การปรับปรุงซ่อมแซมสภาพที่อยู่อาศัยให้มีความแข็งแรง มั่นคง ปลอดภัยและสะดวกสบายสำหรับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เช่น ซ่อมแซมหลังคาบ้านที่รั่ว ปรับปรุงห้องนอน ปรับปรุงห้องน้ำ เป็นต้น ■ การบริการสิ่งของเครื่องใช้ที่สามารถอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิต และมีความปลอดภัยกับสุขภาพ เช่น เครื่องนอนที่สะอาด เครื่องใช้ไฟฟ้าที่จำเป็น เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ■ การจัดบริการสนับสนุนด้านสุขภาพต่าง ๆ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้แก่ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน และบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล ■ การได้รับบริการดูแลจัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังไม่มีผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง ■ การจัดให้มีบริการจัดผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังไม่มีผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง ■ การบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุที่ชุมชนหรือที่พักอาศัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุไม่ต้องเดินทางไปสถานพยาบาล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง และผู้ป่วยติดเตียง
<p>รูปแบบที่ 5 (ผู้สูงอายุยากจนในเมืองกรุงเทพฯ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ การไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย คือ ตั๋วบ้านและ/หรือที่ดิน เช่น การเช่าที่ดินหรือห้องเช่า การบุกรุกที่ดินเอกชนหรือรัฐเพื่อสร้างที่พักอาศัย เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถปรับปรุงซ่อมแซมที่อยู่อาศัย และไม่ได้รับความช่วยเหลือในการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้ดีขึ้นจากเดิม ■ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ เช่น การไม่มีรายได้ที่เพียงพอกับ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ การปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีความมั่นคง ปลอดภัย และเหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ■ การให้ความช่วยเหลือในการจัดหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ อาทิ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ การช่วยจัดบริการสนับสนุนด้านสุขภาพต่าง ๆ ให้ในลักษณะสวัสดิการที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - การจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ - บริการตรวจสุขภาพที่บ้าน และจัดส่งยาให้ที่บ้าน - บริการรับส่งไปสถานพยาบาล - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่บ้านหรือชุมชน

รูปแบบ	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการอยู่อาศัยในที่เดิม (AIP) อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ความต้องการด้านที่อยู่อาศัย	ความต้องการด้านบริการสนับสนุน
	<p>การดำรงชีวิต การไม่มีงานทำ การไม่มีเงินเก็บออมสำหรับอนาคต เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดแคลนทุนทรัพย์ในการปรับปรุงพัฒนาที่อยู่อาศัยหรือย้ายที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ การขาดผู้ให้ความช่วยเหลือหรือขาดผู้ให้การพึ่งพิง เช่น บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ที่ดีกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องของตนเองได้ จึงจำเป็นต้องอยู่เพียงลำพัง 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดหาห้องพักในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐหรือเอกชนโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว - จัดหาบ้านมั่นคงปลอดภัยที่มีราคาถูกลงและให้มีสิทธิในการครอบครองและอยู่อาศัยในบ้านมั่นคงสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว ▪ การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการอยู่อาศัยอย่างสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น เตียงสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ▪ การจัดสรรสิ่งอุปโภคที่จำเป็นในการอยู่อาศัย ได้แก่ ไฟฟ้า ประปา 	<ul style="list-style-type: none"> - บริการจัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง และผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง - บริการผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง และผู้สูงอายุที่ป่วยติดเตียง* ▪ การย้ายสิทธิการรักษาพยาบาลมายังสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่พักอาศัย ▪ การให้ความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขอนามัยที่ดี อาทิ การทำความสะอาดและจัดระเบียบสิ่งของเครื่องใช้ให้ไม่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคต่าง ๆ หรือการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้จำเป็นสำหรับสุขอนามัยของผู้สูงอายุ เช่น ผ้าอ้อมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น <p>(* คือความต้องการที่ผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ระบุตรงกันในประเด็นความต้องการด้านบริการสนับสนุน)</p>

ที่มา: ประมวลจากสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

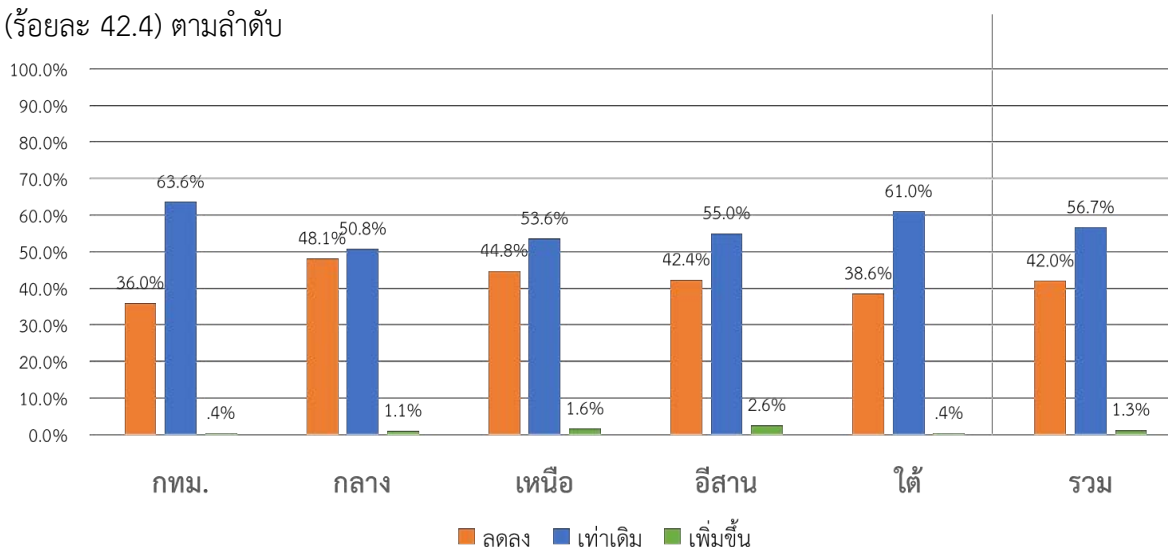
จากการสรุปความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่งข้างต้น มีข้อสังเกตที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การแสดงออกว่า “ไม่ต้องการ” บริการสนับสนุนของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพโดยตรง เมื่อพิจารณาร่วมกับปัจจัย/เงื่อนไขที่ทำให้กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเปราะบางที่สุด ยิ่งสะท้อนให้เห็นว่ามี “ความต้องการแฝง” (latent demand) หรือ “ความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ” อยู่ แต่เนื่องจากการไม่มีข้อมูลหรือเข้าถึงข้อมูล ทำให้ผู้สูงอายุไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงหรือปัญหาด้านที่อยู่อาศัยในอนาคต ประกอบกับความไม่สามารถคาดหวังต่อแหล่งที่พึ่งใดๆ ได้ รวมถึงการประเมินความสามารถในการจ่ายของตัวเองแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้คิดว่าตัวเอง “ไม่ต้องการ” บริการสนับสนุนตามรายการที่เสนอให้ เช่น กรณีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย รายงานว่าตนไม่ต้องการบริการอาสาสมัครพาออกไปพักผ่อนนอกที่พักรักษาตัว รวมถึงไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ซึ่งอาจจะมีความต้องการแฝงว่าอยากออกไปเข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่นๆ ในสังคมเช่นเดียวกัน แต่คิดว่าตัวเองเคลื่อนไหวลำบากเลยไม่อยากออกไปไหน และไม่อยากเป็นภาระใคร นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมี

ลักษณะเฉพาะคือ มีบุคลิกส่วนบุคคลที่ไม่ต้องการเข้าสังคม และไม่เห็นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

6.4.2 ผู้สูงอายุยากจนในภาวะวิกฤติโควิด-19

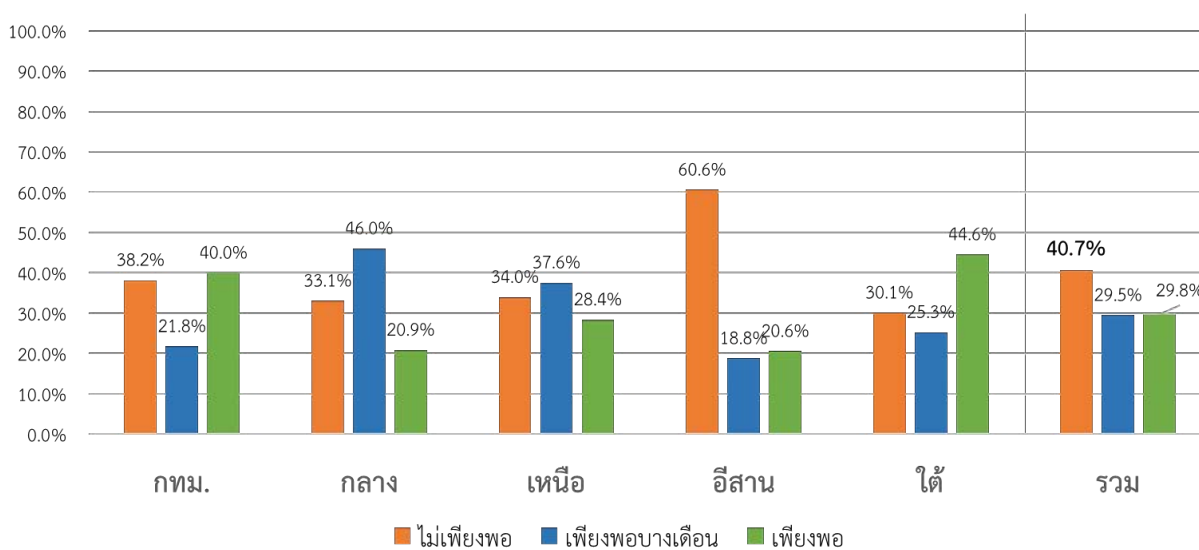
วิกฤติโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการดำรงชีวิตของคนทุกกลุ่มในสังคมอันเนื่องมาจากมาตรการเว้นระยะห่างและมาตรการล็อกดาวน์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มประชากรสูงวัยถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและเสียชีวิตจากโรคระบาดในครั้งนี้ นอกจากนี้ วิกฤติโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้สูงอายุในอีกหลายมิติ ซึ่งผลจากการสำรวจผลกระทบของวิกฤติโควิด-19 ต่อวิถีชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนในช่วงเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2564 หลังจากที่มีการระบาดระลอกที่ 3 สามารถแบ่งผลกระทบได้เป็น 3 มิติสำคัญ ดังนี้

1) ผลกระทบต่อการทำงานและแหล่งรายได้ จากการสำรวจเปรียบเทียบรายได้ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน (ช่วงที่เก็บข้อมูล) กับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 เมื่อต้นปี พ.ศ.2563 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทางการเงินที่ไม่เปลี่ยนแปลงกับกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางลบมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 56.7) รายงานว่าไม่ได้รับผลกระทบมากนักและมีรายได้คงเดิม ในขณะที่ร้อยละ 42 รายงานว่ามีรายได้ลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังคงทำงานอยู่ มีรายได้จากการทำงานลดลงเนื่องจากไม่สามารถออกไปทำงานได้ในช่วงประกาศมาตรการล็อกดาวน์ ลูกค้ายาลดลง หรือมีงานจางน้อยลง ประกอบกับรายได้จากบุตรหลานที่เคยส่งมาให้ก็ลดลงไป เพราะบุตรหลานที่ทำงานในเมืองต่างก็ได้รับผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถส่งเงินกลับมาให้ผู้สูงอายุได้เหมือนเดิม เมื่อพิจารณาความแตกต่างของการได้รับผลกระทบระหว่างพื้นที่พบว่าผลกระทบเช่นเดียวกับในภาพรวม คือ ผู้สูงอายุยากจนในทุกภูมิภาคประมาณครึ่งหนึ่งที่มีรายได้เท่าเดิม ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนเกิดวิกฤติโควิด-19 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากแหล่งรายได้หลักของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนคือ เงินจากสวัสดิการของรัฐทั้งเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ และเบี้ยยังชีพคนพิการ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบทำให้รายได้ลดลง พบว่าผู้สูงอายุยากจนในภาคกลางรายงานว่ามีรายได้ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเกิดวิกฤติโควิด-19 มากที่สุด (ร้อยละ 48.1) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 44.8) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 42.4) ตามลำดับ



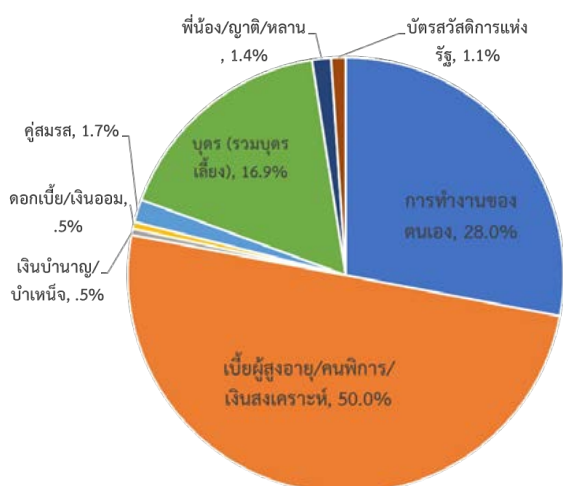
ภาพที่ 6.4.9 เปรียบเทียบรายได้ของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 เมื่อต้นปี พ.ศ. 2563 ที่มา: ประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การประเมินผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ต่อมิติด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุอีกประการ คือ เปรียบเทียบความเพียงพอของรายได้กับในช่วงก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 (ช่วงต้นปี 2563) ซึ่งพบว่า ในภาพรวมของประเทศ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.7) รายงานว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ เมื่อรวมกับกลุ่มที่ รายงานว่ามีรายได้เพียงพอในบางเดือนเท่านั้น (ร้อยละ 29.5) ก็สะท้อนว่าผู้สูงอายุต้องประสบกับความ ยากลำบากในดำเนินชีวิตมากขึ้นหลังจากที่ผ่านเข้าสู่การแพร่ระบาดในระลอกปัจจุบัน ในขณะที่มีเพียงบางส่วน (ร้อยละ 29.8) ที่รายงานมีรายได้เพียงพอ และเมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างพื้นที่จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า กลุ่มผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ประสบกับปัญหารายได้ไม่เพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 60.6 ซึ่งอาจ เนื่องมาจากเป็นกลุ่มที่พึ่งพารายได้จากบุตรหลานที่เข้ามาทำงานในเมือง เมื่อเงินส่งกลับลดลงในขณะที่รายจ่าย ยังคงเดิม ทำให้เกิดปัญหาสภาพคล่องภายในครอบครัว

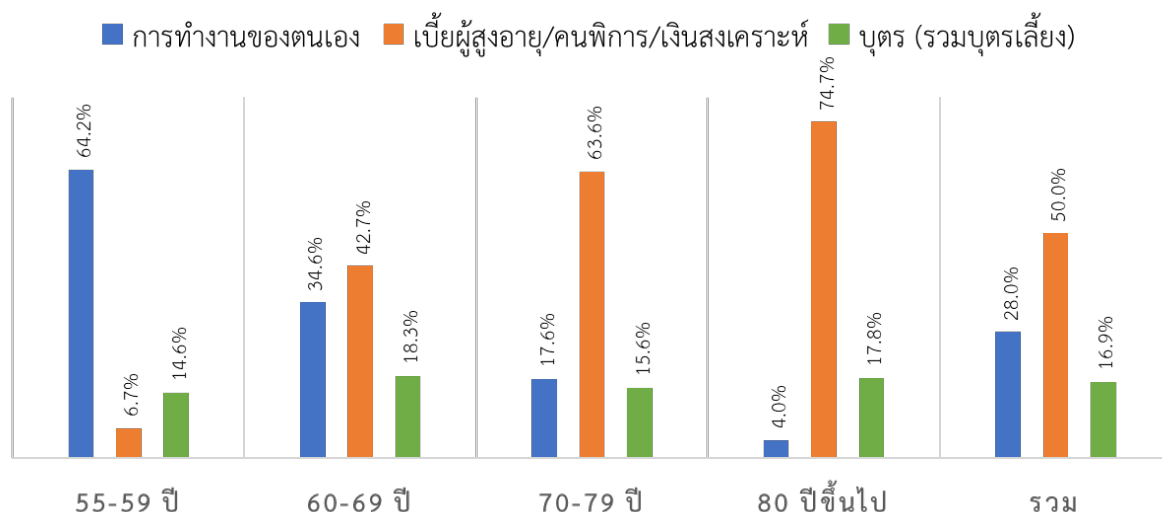


ภาพที่ 6.4. 10 เปรียบเทียบความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุยากจนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
ที่มา: ประมวลผลจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

นอกจากนี้ ผลจากการสำรวจยังพบว่าแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุในช่วง 1 ปีที่ประสบกับวิกฤติโควิด-19 ที่ผ่านมามีประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างพึ่งพาเงินจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยยังชีพคนพิการ/เงินสงเคราะห์จากภาครัฐเป็นหลัก และเมื่อพิจารณาเฉพาะแหล่งรายได้หลัก 3 อันดับแรกของกลุ่มผู้สูงอายุยากจน จะพบว่ายิ่งอายุเพิ่มมากขึ้นยิ่งพึ่งพาเงินสงเคราะห์จากภาครัฐเป็นหลัก



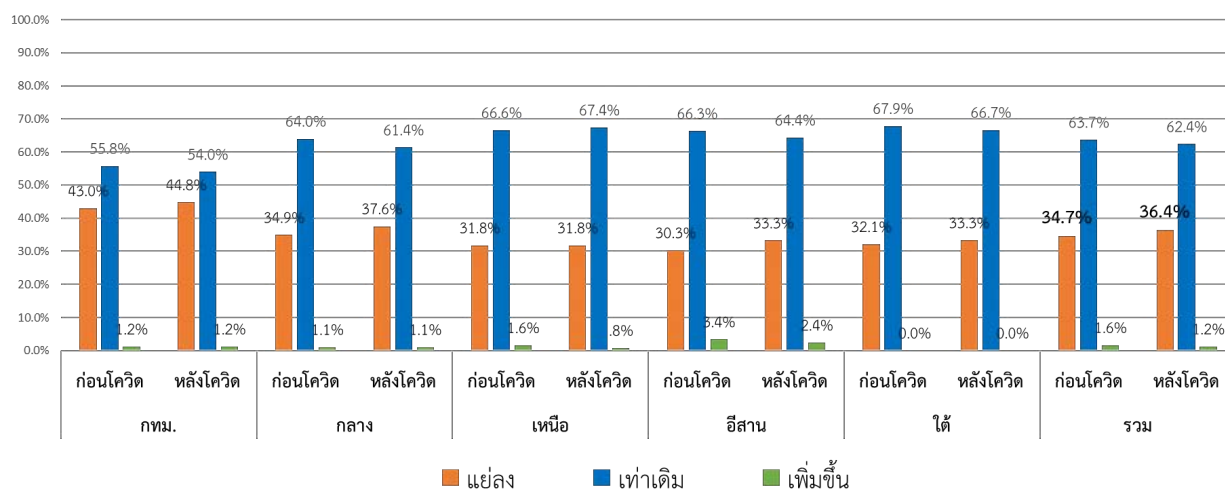
ภาพที่ 6.4. 11 แหล่งรายได้ที่สำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
ที่มา: ประมวลผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ



ภาพที่ 6.4. 12 แหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุด 3 อันดับแรกของกลุ่มผู้สูงอายุยากจนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาจำแนกตามกลุ่มอายุ
ที่มา: ประมวลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2) ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรที่อาศัยนอกครัวเรือน การมาเยี่ยมเยียนหรือไปมาหาสู่ของบุตร รวมถึงการติดต่อพูดคุยนั้นส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในช่วงภาวะวิกฤติเช่นนี้ หากแต่ผลจากการประกาศมาตรการล็อกดาวน์จำกัดการเดินทางของประชาชนทั่วประเทศ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่จังหวัดสีแดงเข้มที่มีการระบอบหนัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ทำงานของแรงงานย้ายถิ่น ส่งผลให้การเดินทางไปมาหาสู่ระหว่างบุตรกับผู้สูงอายุในครอบครัวตามเทศกาลสำคัญต่างๆ ต้องหยุดชะงักไปด้วย ซึ่งจากการสำรวจผลกระทบของวิกฤติโควิด-19 ต่อการมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุของบุตรและการติดต่อกับบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือนหรืออยู่ไกล พบว่าบุตรมีความถี่ในการมาเยี่ยมเยียนลดลงไปประมาณร้อยละ 24.2 หรือประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือนหรืออยู่ไกล ในขณะที่การติดต่อระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรที่อาศัยนอกครัวเรือนผ่านทางโทรศัพท์/ระบบอินเทอร์เน็ตอื่นๆ เช่น ไลน์ เป็นต้น ยังคงเหมือนเดิม ร้อยละ 74 มีเพียงส่วนน้อยที่มีการติดต่อกันลดลงประมาณร้อยละ 17

3) ผลกระทบต่อความกังวลใจและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จากการสำรวจเพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงก่อนวิกฤติโควิด-19 และในช่วงล็อกดาวน์ช่วงแรก (มีนาคม-เมษายน 2563) กับในปัจจุบัน พบว่าในภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจในชีวิตทั้งก่อนและหลังโควิด-19 ไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตเท่าเดิมทั้งในช่วงก่อนวิกฤติโควิด-19 (ร้อยละ 63.7) และหลังจากเกิดวิกฤติโควิด-19 แล้วมาจนถึงปัจจุบัน (ร้อยละ 62.4) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ กลุ่มผู้สูงอายุยากจนในเขตเมืองอย่างในกรุงเทพมหานครกลับมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตลดลงมากกว่าภูมิภาคอื่นๆ



ภาพที่ 6.4.13 เปรียบเทียบความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงก่อนวิกฤตโควิด-19 และในช่วงล็อกดาวน์ช่วงแรก (มีนาคม-เมษายน 2563) กับในปัจจุบัน
ที่มา: ประมวลผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สำหรับประเด็นความกังวลใจของกลุ่มผู้สูงอายุยากจน 5 อันดับแรก ได้แก่ (1) กังวลว่าจะติดเชื้อโควิด-19 (2) กังวลว่าปัญหาสุขภาพทางกายที่เป็นอยู่จะแย่งลง (3) กังวลว่าจะไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล (4) กังวลว่าจะมีอุปสรรคในการเดินทางไปโรงพยาบาล และ (5) กังวลว่าจะรักษาพยาบาลไม่ได้ ทั้งนี้ จากประเด็นความกังวลในอันดับที่ 2 และ 4 สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ เนื่องจากมาตรการป้องกันโควิด-19 และสถานการณ์คนใช้ล้นระบบสาธารณสุขในช่วงวิกฤติกระทบต่อกิจวัตรการเดินทางไปพบแพทย์และการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้สูงอายุยากจนยังมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหากติดเชื้อมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ประกอบกับข้อจำกัดของกลุ่มนี้ที่อาศัยอยู่ในบ้านขนาดเล็ก ไม่มีพื้นที่สำหรับกักตัว และไม่สามารถปรับปรุงที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมให้สามารถเว้นระยะห่างระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้

โดยสรุป กลุ่มผู้สูงอายุยากจนจากผลของการสำรวจนี้พบว่า มีความเปราะบางสูงและมีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบจากวิกฤติการแพร่ระบาดของโควิด-19 มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ด้วย 4 ปัจจัยหลัก คือ สถานะทางเศรษฐกิจที่ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน และพึ่งพาเงินสวัสดิการจากรัฐเป็นหลัก รูปแบบการอยู่อาศัยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก หรืออาศัยอยู่กับกลุ่มที่อยู่ในวัยพึ่งพิงเช่นเดียวกัน สภาพการอยู่อาศัยที่ไม่สามารถเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันเชื้อโควิด-19 ได้ และที่สำคัญ คือ เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุยากจนในเขตเมืองเปราะบางมากกว่าในเขตชนบท ด้วยยังขาดกลไกระดับชุมชนที่จะให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จำเป็นต้องมีการออกแบบระบบการดูแลเป็นพิเศษและทั่วถึงสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง

6.5 บทสรุปและข้อเสนอจากข้อค้นพบด้านอุปสงค์

เนื้อหาในส่วนนี้เป็นการสังเคราะห์ให้เห็นข้อสรุปของสถานการณ์และความต้องการบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ทั้งที่เป็นความต้องการปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต การ

นำเสนอเสนอเกณฑ์ในการพิจารณาจัดลำดับความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และข้อเสนอเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากฐานของข้อเสนอของคณะผู้วิจัย ดังมีรายละเอียดดังนี้

6.5.1 สรุปความต้องการในปัจจุบันและอนาคตตามการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขด้านสุขภาพและรูปแบบการอยู่อาศัย (future scenario)

ในภาพรวมความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยต้องการใช้ชีวิตสูงวัยที่ที่เดิม หรือ Ageing in place แม้บ้านที่อาศัยอยู่จะไม่มี ความมั่นคงทั้งเชิงกายภาพและความมั่นคงในสิทธิที่อยู่อาศัยแต่ด้วยข้อจำกัดด้านการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยไม่มีทางเลือก สำหรับความต้องการด้านที่อยู่อาศัยในอนาคต แม้ไม่ได้มีการวางแผนด้านที่อยู่อาศัยไว้ แต่ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 ตัดสินใจว่าจะยังคงอาศัยอยู่ที่เดิม ในขณะที่เมื่อวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงด้านที่อยู่อาศัยคือ สถานะทางเศรษฐกิจ สถานะทางสุขภาพ และรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ก็สามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะเฉพาะคือ เป็นกลุ่ม “ติดที่” ยังคงเลือกที่จะใช้ชีวิตในที่อยู่อาศัยเดิม โดยภายในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ มีประมาณครึ่งหนึ่งที่เห็นว่าต้องปรับปรุงสภาพบ้านให้มั่นคงแข็งแรง และเหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมากขึ้น ในขณะที่มีผู้สูงอายุส่วนน้อยเท่านั้นที่ตัดสินใจว่าจะย้ายไปอยู่ที่อื่น

นอกจากนี้ ผลจากการวิเคราะห์ Binomial Logistic Regression เพื่อพิจารณาความแตกต่างในเรื่องความมั่นคงและความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย พบว่ารูปแบบการอยู่อาศัย และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้แต่ละกลุ่มมีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยและความต้องการด้านที่อยู่อาศัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในครัวเรือนที่มีเพียงผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับวัยพี่พี่ด้วยกัน มีความไม่มั่นคงด้านที่อยู่อาศัยมากกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน หรือมีวัยแรงงานในครัวเรือน ในขณะที่เดียวกัน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ เป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียง จะมีความต้องการปรับปรุงบ้าน หรือต้องการให้จัดหาที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมให้มากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม และเมื่อพิจารณาความแตกต่างในระดับพื้นที่ ก็พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในเขตเมือง โดยเฉพาะกลุ่มคนจนเมืองที่อาศัยในกรุงเทพฯ จะไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยมากกว่าในภาคกลางถึง 6 เท่าด้วยกัน

เมื่อกลุ่มผู้สูงอายุตัดสินใจอาศัยอยู่ที่เดิมแม้สถานะสุขภาพและรูปแบบการอยู่อาศัยจะเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องหันมาให้ความสนใจการจัดการบริการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตภายในบ้านเดิมได้อย่างปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผลจากการสำรวจภาคสนามเพื่อประเมินความต้องการด้านบริการสนับสนุน (supportive services) ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ สามารถจำแนกรูปแบบบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุได้เป็น 3 ด้าน 17 ประเภทบริการ ดังนี้

(1) ความต้องการบริการสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย ประกอบด้วย (1) ความต้องการบริการจัดหาที่พักอาศัยที่เหมาะสมและปลอดภัย และ (2) ความต้องการบริการปรับปรุงบ้าน

(2) ความต้องการบริการสนับสนุนในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย (3) บริการด้านอาหาร (4) บริการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (5) บริการผู้ดูแลพิเศษ (6) บริการทำความสะอาดบ้านและซักล้าง (7) บริการดูแลสัตว์เลี้ยงและต้นไม้ (8) บริการซื้อของและจัดส่งถึงบ้าน (9) บริการจ่ายค่าสาธารณูปโภค (10) บริการรับส่งเพื่อไปพบแพทย์ (11) บริการรับส่งที่พิกัดระบบขนส่ง (12)

บริการรับพาออกไปพักผ่อนนอกที่พักอาศัย (13) การจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนในชุมชน ในส่วนนี้นำเสนอเฉพาะผลสำรวจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพติดบ้าน/ติดเตียงเท่านั้น

(3) ความต้องการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (14) บริการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ (15) บริการให้ความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย (16) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านและชุมชน (17) บริการให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ ซึ่งนำเสนอเฉพาะผลสำรวจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพติดบ้าน/ติดเตียงเท่านั้น



ภาพที่ 6.5. 1 ชุดบริการสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย การดำเนินชีวิตประจำวัน และสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มา: สังเคราะห์จากผลการศึกษา

เมื่อวิเคราะห์ผลการสำรวจความต้องการที่อยู่อาศัยและชุดบริการสนับสนุนบนฐานของแนวคิดเรื่องการจัดการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดชุดบริการสนับสนุนที่สอดคล้องกับสถานะความเสื่อมถอยของร่างกายพัฒนามาจากแนวคิด The geriatric 'continuum of care' services ทำให้พบว่า การวางแผนด้านการจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในอนาคต จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อาศัยที่ที่อยู่เดิมและชุมชนเดิมตามที่ต้องการ (Ageing in Place) เพื่อลดการพึ่งพิงสถานบริการและโรงพยาบาล รวมถึงลดความกังวลและความกลัวที่จะต้องย้ายไปอยู่ที่ใหม่ที่ตนเองไม่คุ้นเคยในกลุ่ม

ผู้สูงอายุ โดยภาครัฐทั้งในส่วนกลางและระดับท้องถิ่นต้องจัดบริการสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในบ้านได้อย่างปลอดภัย อำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องการ ตลอดจนใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือ In-home Supportive Services ซึ่งการจัดบริการเช่นนี้ จำเป็นต้องดำเนินแบบบูรณาการระบบบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated care for older people) ที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยเฉพาะระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ที่ขยายการดูแลให้ครอบคลุมผู้สูงอายุในช่วงทุกช่วงวัยและทุกสถานะสุขภาพ รวมถึงหากจะถูกส่งต่อไปที่พักอาศัยในรูปแบบอื่นๆ ตามการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ก็ต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

6.5.2 ข้อพิจารณาเกณฑ์ในการจัดลำดับความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

ในการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐด้านที่อยู่อาศัยและบริการที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องพิจารณาจาก 3 ตัวชี้วัดสำคัญ คือ 1) สถานะทางเศรษฐกิจ 2) สถานะสุขภาพ และ 3) รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

สถานะทางเศรษฐกิจ ความยากจนทางการเงินเป็นตัวชี้วัดพื้นฐานสำคัญในการจัดลำดับความสำคัญ โดยการมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการในการจำแนกผู้สูงอายุยากจนที่น่าสนใจ เนื่องด้วยเหตุผลประการแรก เป็นการวัดความยากจนหลากหลายมิติ และใช้การเชื่อมฐานข้อมูลในการตรวจสอบความถูกต้องของผลการประเมินความยากจน แม้ว่าในปัจจุบันจะยังคงมีความไม่สมบูรณ์ถูกต้องครบถ้วนของระบบฐานข้อมูลอยู่บ้างก็ตาม แต่ความพยายามในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้มีความถูกต้องครบถ้วนอย่างต่อเนื่อง ย่อมทำให้การจำแนกคนจนด้วยการมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐมีความน่าสนใจ ประการต่อมาในปัจจุบันภาครัฐกำหนดเกณฑ์รายได้ของผู้ที่มีสิทธิได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐไว้ที่น้อยกว่า 100,000 ต่อปี หรือประมาณ 8,300 บาทต่อเดือน ซึ่งสูงกว่าเส้นความยากจนหรือรายได้ขั้นต่ำสุดในการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานในชีวิต เห็นได้ว่า การใช้เกณฑ์การมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐในการการจำแนกความยากจน ความช่วยเหลือจากรัฐด้านที่อยู่อาศัยและบริการที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุย่อมครอบคลุมผู้สูงอายุได้มากกว่าการใช้เพียงเส้นความยากจนในการจำแนกคนจนขั้นสุด

จากผลการศึกษา คณะผู้วิจัยเสนอว่าการนิยามผู้สูงอายุยากจนขั้นสุดอาจจำเป็นต้องพิจารณาตัวชี้วัดอื่นประกอบ นอกเหนือไปจากการพิจารณาจากการมีรายได้รวมจากทุกแหล่งของรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การมีบุตรให้การสนับสนุนทางการเงิน และการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือนของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดเพิ่มเติมในการจำแนกผู้สูงอายุยากจนขั้นสุด

สถานะสุขภาพ เป็นการวัดระดับความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุจากครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ การจำแนกโดยใช้เกณฑ์การติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ซึ่งเป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ที่ทำงานด้านการดูแลระยะยาวให้กับผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ย่อมเป็นทางเลือกที่เหมาะสม โดยคณะผู้วิจัยมีความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับเกณฑ์ในการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ตามคำแนะนำของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีผลประเมิน 12 คะแนนขึ้นไป (จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคม) แต่ไม่สามารถการดำเนินกิจกรรมที่สนับสนุนชีวิตประจำวันทั้งภายในบ้านและชุมชนที่มักมีความซับซ้อนมากขึ้น (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) อาทิ ไม่สามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องจัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน เพื่อให้สอดคล้องกับระดับความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นของผู้สูงอายุแต่ละคน

รูปแบบการอยู่อาศัย เป็นการวัดระดับการมีสมาชิกในครัวเรือนทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการจัดลำดับความสำคัญของผู้สูงอายุยากจนที่จะได้รับความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยและบริการที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต กลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่กับคู่ครองเพียงสองคน หรืออาศัยอยู่ในบ้านกับพ่อแม่พี่น้องวัยผู้สูงอายุ หรืออาศัยอยู่กับหลานวัยเด็กโดยไม่มีบุตรหรือวัยแรงงานในครัวเรือน ย่อมจำเป็นต้องจัดเป็นกลุ่มแรกที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ แต่บริบทของสังคมไทยที่บุตรมีแนวโน้มพักอาศัยอยู่ในบ้านบริเวณใกล้เคียง ในการจัดลำดับความช่วยเหลือควรจำแนกรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีเฉพาะวัยพึ่งพิง และไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง 2) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีเฉพาะวัยพึ่งพิง แต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง และ 3) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีบุตร หรือวัยแรงงาน

6.5.3 ข้อเสนอแนะทางการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ

การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุยากจนได้อย่างเหมาะสมและตรงกับเงื่อนไขความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ ควรทำการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ โดยเริ่มจากการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือซึ่งใช้เกณฑ์การพิจารณาจากองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ สถานะทางเศรษฐกิจ รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และสถานะทางสุขภาพ แต่ละองค์ประกอบมีตัวแปรที่นำมาใช้เพื่อการจำแนกและจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ ดังนี้

1) *สถานะทางเศรษฐกิจ* แสดงให้เห็นถึงสถานะความเปราะบางในการดำรงชีพของกลุ่มผู้สูงอายุยากจน และความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ตัวแปรที่ควรนำมาพิจารณา ได้แก่

- ระดับรายได้ ประกอบด้วย ระดับรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน และระดับรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน
- สถานภาพการทำงานในปัจจุบัน ประกอบด้วย การยังคงทำงานอยู่ และการไม่มีงานทำหรือการว่างงาน
- การพึ่งพาตนเองด้านรายได้ซึ่งพิจารณาจากการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้านเป็นหลัก ประกอบด้วย ผู้สูงอายุจ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก และผู้อื่นจ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านให้เป็นหลัก

2) *รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ* แสดงให้เห็นถึงความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน และโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลหรือการดูแลจากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้กับผู้สูงอายุ เพื่อพิจารณาถึงความยากลำบากหรือความรุนแรงของปัญหาการอยู่อาศัยที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญในการดำรงชีพ ตัวแปรที่ควรนำมาพิจารณา ได้แก่

- การอาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง และไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง มีความหมายรวมถึงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่อาศัยอยู่กับคู่ครอง หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนกับบุคคลวัยพึ่งพิง เช่น หลานอายุน้อยกว่า 15 ปี พ่อแม่สูงอายุ พี่น้องหรือญาติที่เป็นผู้พิการ เป็นต้น
- การอาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง แต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง
- การอาศัยอยู่กับบุตร หรือมีบุคคลวัยแรงงานอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

3) สถานะทางสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงลักษณะและรูปแบบการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ตัวแปรที่นำมาพิจารณา ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง

การจัดลำดับการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุว่ามีความเร่งด่วนในการได้รับความช่วยเหลือเพียงใด เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน คือ สถานะทางเศรษฐกิจ รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ และสถานะสุขภาพ สามารถเสนอลำดับการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (สีแดง) และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ควรให้ความช่วยเหลือ (สีส้ม) ดังแสดงในตารางที่ 6.5. 1

ตารางที่ 6.5. 1 การจัดลำดับการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุจำแนกตามองค์ประกอบ 3 ด้าน

สถานะทางเศรษฐกิจ	รูปแบบการอยู่อาศัย x สถานะสุขภาพ								
	อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง และไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง			อาศัยอยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง แต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียง			อาศัยอยู่กับบุตร หรือมีบุคคลวัยแรงงานอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน		
	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง
ระดับรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน									
ยังคงทำงานอยู่ + จ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก			X				X		X
ยังคงทำงานอยู่ + ผู้อื่นจ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านให้เป็นหลัก			X				X		X
ไม่มีงานทำ/ว่างงาน + จ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก									
ไม่มีงานทำ/ว่างงาน + ผู้อื่นจ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านให้เป็นหลัก									
ระดับรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน									
ยังคงทำงานอยู่ + จ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก			X				X		X
ยังคงทำงานอยู่ + ผู้อื่นจ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านให้เป็นหลัก			X				X		X
ไม่มีงานทำ/ว่างงาน + จ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก									
ไม่มีงานทำ/ว่างงาน + ผู้อื่นจ่ายค่าใช้จ่ายในบ้านให้เป็นหลัก									

หมายเหตุ: x หมายถึงไม่พบกรณีศึกษา

จากตารางที่ 6.5. 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ควรได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน คือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนร่วมกับการมีรูปแบบการอยู่อาศัยที่อยู่เฉพาะวัยพึ่งพิงและไม่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียงในทุกสถานะสุขภาพ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางในเรื่องรายได้ ต้องแบกรับภาระรายจ่ายและขาดผู้ให้ความพึ่งพิงเป็นหลัก ภาครัฐจึงควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกในการเข้ามาดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนร่วมกับการมีรูปแบบการอยู่อาศัยที่เฉพาะวัยพึ่งพิงแต่มีบุตรอยู่บ้านใกล้เคียงที่มีสถานะสุขภาพแบบติดบ้านและติดเตียงเป็นอีกกลุ่มที่ภาครัฐควรให้ความช่วยเหลือเร่งด่วนเช่นกัน เนื่องจากแม้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือจากบุตรอยู่บ้าง แต่ยังเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางในเรื่องรายได้และยังมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตัวเองค่อนข้างต่ำ มีแนวโน้มที่ต้องการความช่วยเหลือหรือการพึ่งพิงค่อนข้างสูง

บทที่ 7

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

7.1 บทนำ

เนื้อหาบทนี้เป็นสรุป แสดงให้เห็นการสังเคราะห์ผลการศึกษา 3 ส่วนเพื่อแสดงให้เห็นช่องว่างระหว่างมาตรฐานขั้นต่ำ (บทที่ 4) อุปทาน (บทที่ 5) และอุปสงค์ (บทที่ 6) หรือสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และจำเป็นได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ ซึ่งใช้เป็นพื้นฐานก่อนจะการพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยต่อไป

7.2 การวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐานขั้นต่ำ อุปสงค์และอุปทาน

ในการวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างมาตรฐานขั้นต่ำ อุปสงค์และอุปทานในบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยคณะผู้วิจัยใช้ข้อเสนอแนะว่าด้วยมาตรฐานขั้นต่ำในบทที่ 4 เป็นตัวตั้งเพื่อแสดงให้เห็นบริการและผู้ให้บริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ตารางที่ 7. 1 แสดงสถานการณ์ปัจจุบัน โดยให้ความสำคัญกับการมี/ไม่มี แนวทาง นโยบายหรือแนวปฏิบัติในเชิงโครงสร้างปัจจุบัน (existing structural supplies) โดยอาศัยสัญลักษณ์ดังนี้

สีขาว	เป็นบริการที่มีนโยบายและโครงสร้างพื้นฐานรองรับ ทั้งระดับมหภาคและพื้นที่ แต่อาจมีปัญหาในทางปฏิบัติอยู่บ้าง
สีเหลือง	เป็นบริการที่มีนโยบาย แนวปฏิบัติอยู่บ้าง แต่อาจไม่ตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้สูงอายุ เช่น มีบริการแต่ไม่ได้กำหนดความถี่ของบริการ
สีส้ม	เป็นบริการที่ไม่มีการประกาศนโยบายภาพรวม ต่างคนต่างทำขึ้นอยู่กับความพร้อมของพื้นที่
สีแดง	ไม่มีการบริการเลย ไม่มีนโยบาย/แนวปฏิบัติและโครงสร้างพื้นฐาน

ตารางที่ 7. 1 ช่องว่างระหว่างคำแนะนำมาตรฐานขั้นต่ำ อุปทานและอุปสงค์ด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ

ประเภทบริการ	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ความต้องการ (demand)	บริการในปัจจุบัน (supply)	สถานะและผู้ให้บริการ (Service Provider)
1. บริการความมั่นคงทางกายภาพ						
1.1 บริการจัดหาที่พักอาศัยที่เหมาะสม ปลอดภัย						
(1) ที่พักระยะยาว				ผู้สูงอายุที่ไม่มีความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยร้อยละ 3.47 หรือ 5.658 แสนคน		
บริการที่พักราคาถูก				ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และไม่มี ความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย ร้อยละ 0.32 หรือ 5.13 หมื่นคน	บ้านพักผู้สูงอายุ	องค์กรไม่แสวงกำไร
สถานสงเคราะห์				ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองเท่านั้นและ ไม่มี ความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย ร้อย ละ 0.26 หรือ 4.210 หมื่นคน	สถานสงเคราะห์	หน่วยงานภายใต้ กระทรวงพัฒนาสังคม/ องค์กรไม่แสวงกำไร
สถานบริบาล						ภาครัฐกิจ (แสวงกำไร)
					สถานดูแลผู้สูงอายุ	องค์กรไม่แสวงกำไร
(2) ที่พักระยะสั้น		บริการให้การดูแลผู้สูงอายุ ระยะสั้น (Day care services) ให้บริการรับฝาก ดูแลผู้สูงอายุเป็นช่วง ระยะเวลาสั้นๆ เช่น รับฝาก ในช่วงกลางวันที่ครอบครัว ต้องไปทำงาน รับฝากกรณี ครอบครัวมีภารกิจ จำเป็นต้องเดินทางไป ต่างจังหวัดและไม่สามารถนำ ผู้สูงอายุไปด้วยได้ เป็นต้น	บริการให้การดูแลผู้สูงอายุ ระยะสั้น (Day care services) ให้บริการรับฝาก ดูแลผู้สูงอายุเป็นช่วง ระยะเวลาสั้นๆ เช่น รับฝาก ในช่วงกลางวันที่ครอบครัว ต้องไปทำงาน รับฝากกรณี ครอบครัวมีภารกิจจำเป็นต้อง เดินทางไปต่างจังหวัดและไม่สามารถนำผู้สูงอายุไปด้วยได้ เป็นต้น	ประชากรที่มีสถานะติดบ้าน ร้อยละ 4.62	สถานบริบาล	ภาครัฐ (โรงพยาบาล บางแห่ง)
						ภาครัฐกิจ (แสวงกำไร)

ประเภทบริการ	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ความต้องการ (demand)	บริการในปัจจุบัน (supply)	สถานะและผู้ให้บริการ (Service Provider)
1.2 บริการปรับปรุงที่พักอาศัย	บริการปรับสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ในบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้าน	บริการปรับสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ขนาดของประตูต้องกว้างมากพอที่จะนำรถเข็นเข้า-ออกตัวบ้าน เป็นต้น	บริการปรับสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ขนาดของประตูต้องกว้างมากพอที่จะนำรถเข็นเข้า-ออกตัวบ้าน เป็นต้น	ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่มีสภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 11.04	โครงการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัย ผู้สูงอายุของภาครัฐ	ภาครัฐ (โครงการปรับปรุง/สร้างบ้าน ผู้สูงอายุของ พม./โครงการบ้านพอเพียงชนบท -พอช.) โครงการบ้านสบายเพื่อขยายตา (การเคหะแห่งชาติ)
		บริการดูแลรักษาบ้าน (Home maintenance services) เพื่อช่วยให้ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่ดีต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงช่วยผ่อนแรงให้ผู้สูงอายุในการทำงานบ้าน เช่น บริการทำความสะอาดบ้าน บริการเปลี่ยนหลอดไฟ บริการซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้าน บริการดูแลรักษาสวน เป็นต้น	บริการดูแลรักษาบ้าน (Home maintenance services) เพื่อช่วยให้ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่ดีต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงช่วยผ่อนแรงให้ผู้สูงอายุในการทำงานบ้าน เช่น บริการทำความสะอาดบ้าน บริการเปลี่ยนหลอดไฟ บริการซ่อมแซมอุปกรณ์ภายในบ้าน บริการดูแลรักษาสวน เป็นต้น	ยังไม่มีบริการที่เป็นทางการ มีเฉพาะการดูแลจากครอบครัว/เพื่อนบ้านเท่านั้น	ครอบครัว/ชุมชน	

ประเภทบริการ	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ความต้องการ (demand)	บริการในปัจจุบัน (supply)	สถานะและผู้ให้บริการ (Service Provider)
1.3 บริการด้านอาหาร		บริการจัดหาอาหาร รวมทั้ง วัตถุประสงค์ที่ใช้ในการประกอบอาหาร เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงอาหาร โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ หรือแม้กระทั่งเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบอาหาร ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงคุณภาพอาหาร และลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุแต่ละราย	บริการจัดหาอาหาร เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงอาหาร โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ หรือแม้กระทั่งเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบอาหาร ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงคุณภาพอาหาร และลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุแต่ละราย	ผู้สูงอายุติดบ้านที่อยู่คนเดียว หรืออยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง (76.73)	ยังไม่มีบริการที่เป็นทางการ มีเฉพาะการดูแลจากครอบครัว/เพื่อนบ้าน และบริการภาคเอกชน	ชุมชน (เพื่อนบ้าน/วัด)
		บริการส่งอาหารถึงที่พัก (Meal Delivery Services) สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านตนเอง (Aging in Place) หรือถึงเตียงผู้สูงอายุ ในกรณีผู้สูงอายุติดเตียง	บริการส่งอาหารถึงที่พัก (Meal Delivery Services) สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านตนเอง (Aging in Place) หรือถึงเตียงผู้สูงอายุ ในกรณีผู้สูงอายุติดเตียง	ผู้สูงอายุติดเตียง	ยังไม่มีบริการที่เป็นทางการ	ผู้ส่งอาหารภาคเอกชนในเมือง
1.4 บริการเครื่องนุ่งห่ม และของใช้ในชีวิตประจำวัน		บริการจัดหาเครื่องนุ่งห่ม และของใช้ในชีวิตประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุ อาจจำเป็นต้องจำหน่ายในราคาถูกลงสำหรับผู้สูงอายุ หรือในบางกรณีอาจต้องจัดหาให้โดยไม่คิดมูลค่า ตามฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนั้นๆ		ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยทั้งหมด	ยังไม่มีบริการที่เป็นทางการ ¹⁶	ชุมชนตามประเพณี

¹⁶ มีโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก ของกรมกิจการผู้สูงอายุ ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากเดือดร้อน/ประสบปัญหาด้านที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มหรือได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง ในปีงบประมาณ 2563 รายงานประจำปีของกรมกิจการผู้สูงอายุรายงานว่าผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากโครงการนี้ 16,957 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563)

ประเภทบริการ	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ความต้องการ (demand)	บริการในปัจจุบัน (supply)	สถานะและผู้ให้บริการ (Service Provider)
		บริการทำความสะอาดเสื้อผ้าและของใช้ในชีวิตรประจำวัน ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือเพื่อช่วยผ่อนแรงให้ผู้สูงอายุ		ผู้สูงอายุติดบ้านที่อยู่คนเดียว หรืออยู่เฉพาะวัยฟังกิ่ง และผู้สูงอายุติดเตียง	มีเฉพาะบริการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ	ผู้ดำเนินการสถานดูแลผู้สูงอายุ (ทั้งภาครัฐ/องค์กรไม่แสวงกำไร)
1.5 บริการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล		บริการดูแลอนามัยส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ ตัดผม ตัดเล็บ เป็นต้น		ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ที่อยู่เฉพาะวัยฟังกิ่งทั้งหมด (บ้านไม่มีวัยแรงงานเลย)	มีเฉพาะบริการสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามระบบ LTI	ผู้ดำเนินการสถานดูแลผู้สูงอายุ (ทั้งภาครัฐ/องค์กรไม่แสวงกำไร)/ อสม./อาสาสมัคร ปรึกษาท้องถิ่น
1.6 บริการเมื่อเกิดความเจ็บป่วย	สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุต้องสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย			ผู้สูงอายุทั้งหมด	สิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน ยกเว้นกรณีที่ไม่มีสถานะ	ภาครัฐ
	มีสถานพยาบาลที่รับดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าใช้บริการได้ทันที			ผู้สูงอายุทุกคนทั้งหมด	โรงพยาบาลของรัฐ	ภาครัฐ
	บริการรับส่งสำหรับนำผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน			ผู้สูงอายุทั้งหมด (79.82)	มีเฉพาะบริการในสถานการณ์ฉุกเฉิน	ภาครัฐ สพด. 1669
	บริการรับส่งสำหรับนำผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาลในกรณีที่ไม่แพทย์นัด			ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ที่อยู่เฉพาะวัยฟังกิ่งทั้งหมด	อปท./อสม.บางแห่ง ให้บริการ	ท้องถิ่น
	มีผู้ช่วยเหลือพาผู้สูงอายุไปรับบริการตามจุดบริการต่างๆ ในสถานพยาบาล และการให้ประวัติของผู้สูงอายุต่อแพทย์ผู้รักษา			ผู้สูงอายุยากจนที่ติดบ้าน/ติดเตียง อยู่ลำพัง หรืออยู่เฉพาะวัยฟังกิ่ง	อสม.บางแห่ง/อาสาสมัคร ในโรงพยาบาล	อสม.
	บริการจัดยาให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุได้รับประทานยาที่ถูกต้อง (ให้บริการในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการ)			ผู้สูงอายุยากจนที่ติดบ้าน/ติดเตียง อยู่ลำพัง หรืออยู่เฉพาะวัยฟังกิ่ง	อสม.บางแห่ง	ระบบ LTI (สปสช.) occasional
		บริการผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องมีบริการผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย		เฉพาะผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ลำพัง (83.62)	ระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกิ่ง	ระบบ LTI (สปสช.)/ ครอบครัว/ชุมชน/อสม. ในพื้นที่
				บริการ Caregiver	ภาคเอกชน	

ประเภทบริการ	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ความต้องการ (demand)	บริการในปัจจุบัน (supply)	สถานะและผู้ให้บริการ (Service Provider)
		บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)		ผู้สูงอายุจากคนที่ติดบ้าน/ติดเตียง อยู่ลำพัง หรืออยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง (บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน 71.89)	การเยี่ยมบ้านของ อสม. และ รพ.สต. (LTI)/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (COVID-19)	ภาครัฐ/ท้องถิ่น
		บริการการเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการเข้าถึงกายอุปกรณ์เทียมในผู้สูงอายุที่มีความพิการเกิดขึ้น (ให้บริการในกรณีผู้สูงอายุต้องการ)		ประเมินเฉพาะกรณีที่เป็น (72.41)	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ภาครัฐ
2. บริการความมั่นคงด้านสังคม						
2.1 บริการด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ	บริการเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ	บริการเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ	บริการเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุทั้งหมด (ปรับตามสถานะสุขภาพและการอยู่อาศัย)	เงินสวัสดิการผู้สูงอายุ (เฉพาะผู้สูงอายุที่มีบัตรประจำตัว)	ภาครัฐ
	บริการส่งเสริมการมีงานทำและอาชีพเสริม ¹⁷	บริการอาชีพเสริม		ผู้สูงอายุติดสังคม/ติดบ้านที่มีรายได้ น้อย (ตามศักยภาพและความต้องการ)	ฝึกอาชีพ ให้งานไปทำที่บ้าน พัฒนาผลิตภัณฑ์ผู้สูงอายุ	ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ระดับตำบล (พม.) (1,589 แห่ง)/โครงการกระทรวงแรงงาน/สำนักพัฒนาสังคม กทม.
	บริการจัดการสินทรัพย์ วางแผนทางการเงิน รวมไปถึงการทำพินัยกรรม (ให้บริการในกรณีผู้สูงอายุต้องการ)			เป็นบริการทางเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย	ยังไม่มี มีเฉพาะโครงการ Reverse Mortgage สำหรับผู้สูงอายุที่มีบ้านของตนเอง	ธนาคารของรัฐ

¹⁷ ปัจจุบัน กรมกิจการผู้สูงอายุมีการให้บริการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ รายบุคคล คนละไม่เกิน 30,000 บาท รายกลุ่ม จำนวนไม่น้อยกว่า 5 คน วงเงินไม่เกิน 100,000 บาท

ประเภทบริการ	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ความต้องการ (demand)	บริการในปัจจุบัน (supply)	สถานะและผู้ให้บริการ (Service Provider)
					กองทุนสวัสดิการชุมชน 18/กลุ่มฌาปนกิจ สงเคราะห์	ชุมชน
2.2 บริการธุรกรรมทางกฎหมาย	บริการช่วยในการทำธุรกรรม					
	ติดต่อราชการ เช่น ทำบัตรประชาชน			ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ที่อยู่ เฉพาะวัยพึ่งพิงทั้งหมด	บัตรประชาชนสำหรับ ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปใช้ได้ ตลอดชีพ	ผู้นำชุมชน
	ธุรกรรมทางการเงิน					
	การจ่ายค่าสาธารณูปโภค (64.65)					
ช่วยการเดินทางเพื่อไปทำธุรกรรม						
2.3 บริการกิจกรรมทางสังคม	การจัดกิจกรรมทางสังคม ในชุมชน เช่น ชมรม ผู้สูงอายุ กลุ่มทัศนศึกษา กีฬาหรือศิลปะสำหรับผู้ สูงอายุ	การจัดกิจกรรมทางสังคมใน ชุมชนที่อำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือ เคลื่อนย้ายลำบากหรือ อำนวยความสะดวกในการนำ ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมใน ชุมชน		ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดสังคมทุกคน	กิจกรรมของกระทรวง พม./อปท.ในพื้นที่ เช่น ทัศนศึกษาของ อปท. โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรม ผู้สูงอายุ ศูนย์สามวัย	ภาครัฐ
2.4 บริการข้อมูลข่าวสาร	บริการข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อช่องทางต่างๆ เช่น บริการโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ในบ้านพัก ผู้สูงอายุ รวมถึงการติดต่อสื่อสารกับสังคมภายนอก เช่น ได้แก่ บริการ Internet -Wifi สำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น			ผู้สูงอายุทุกคน	รายการโทรทัศน์	ภาคธุรกิจ (แสงกว่าไร)

¹⁸ เฉพาะกองทุนสวัสดิการชุมชนที่สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) สนับสนุน ในปัจจุบันมีกองทุนจำนวน 6,035 กองทุน มีสมาชิกกองทุน 5,942,907 ราย ในจำนวนนี้มีสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 35 (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน), 2563)

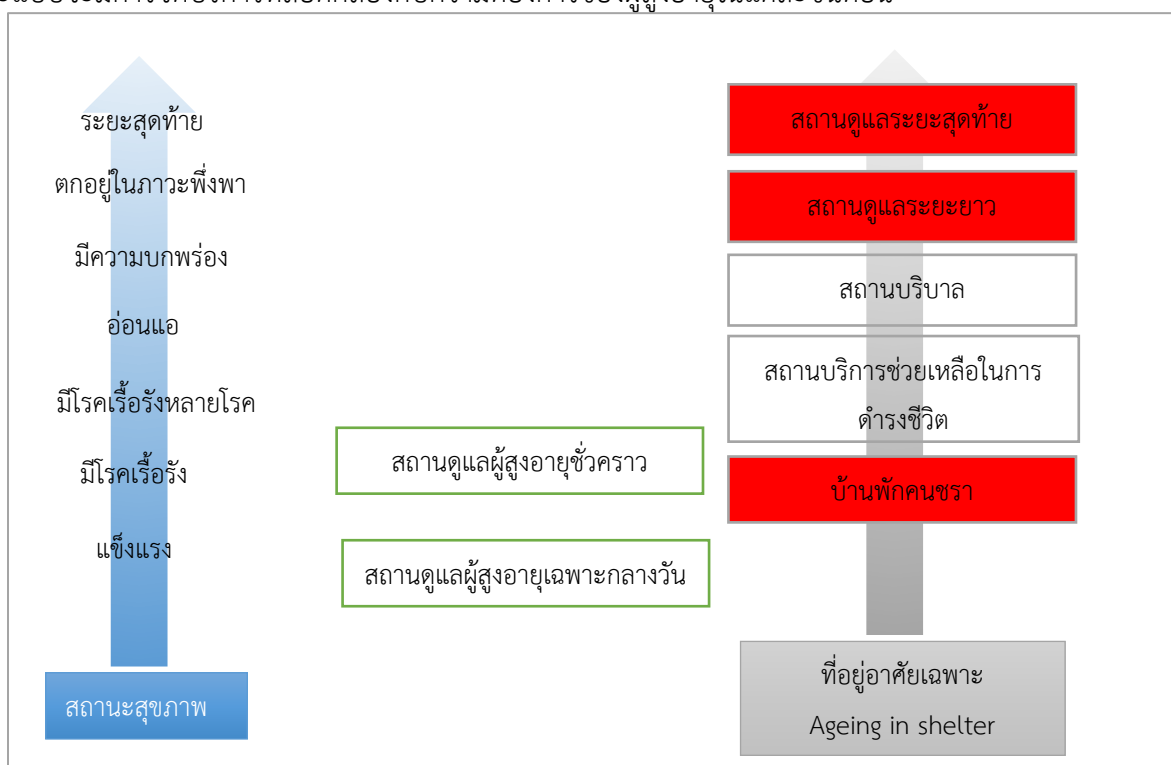
ประเภทบริการ	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ความต้องการ (demand)	บริการในปัจจุบัน (supply)	สถานะและผู้ให้บริการ (Service Provider)
2.5 บริการด้านการศึกษา (Lifelong Learning)	บริการให้การศึกษา หรือฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น หลักสูตรออนไลน์ระยะสั้นหรือหลักสูตรทางเลือกอื่นๆ เป็นต้น			ผู้สูงอายุที่ติดสังคม/ติดบ้านทุกคน	โรงเรียนผู้สูงอายุของกระทรวง พม. (1,100 แห่ง)	ภาครัฐ
3. บริการด้านความมั่นคงทางจิตใจและจิตวิญญาณ						
3.1 บริการกิจกรรมทางสังคม	(เหมือน 2.3)					
3.2 บริการ (พาไปทำ)กิจวัตรนอกสถานที่		บริการจัดกิจกรรมพาผู้สูงอายุออกไปนอกสถานที่ครอบคลุมถึงบริการรับส่งผู้สูงอายุไปทำกิจวัตรนอกสถานที่ เช่น พาไปซื้อของ พาไปเยี่ยมญาติ		ผู้สูงอายุติดบ้านที่อยู่ลำพัง หรืออยู่เฉพาะวัยพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุทั้งหมด	ยังไม่มีบริการที่ชัดเจน ยกเว้นผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพัก	ผู้ดูแลบ้านพักผู้สูงอายุ
3.3 บริการดูแลค่าใช้จ่ายรายวันของผู้สูงอายุ	บริการดูแลค่าใช้จ่ายรายวันของผู้สูงอายุ	บริการดูแลค่าใช้จ่ายรายวันของผู้สูงอายุ		เฉพาะผู้สูงอายุติดสังคม/ติดบ้านที่อยู่ในบ้านพัก	ยังไม่มีบริการที่ชัดเจน ยกเว้นผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพัก/สถานสงเคราะห์	ผู้ดูแลบ้านพักผู้สูงอายุ/สถานสงเคราะห์บางแห่ง
3.4 บริการฌาปนกิจ	การจัดบริการฌาปนกิจ โดยจัดเตรียมและให้บริการฌาปนกิจ เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต ในทุกขั้นตอน			ผู้สูงอายุที่อยู่เฉพาะวัยพึ่งพิงและลำพัง	ค่าฌาปนกิจ 3,000 บาท ในปีงบประมาณ 2563 มีผู้สูงอายุได้รับเงิน 8,807 ราย	กระทรวง พม.
4. บริการด้านการจัดการความเสี่ยง						
4.1 บริการ Daily check-in	ตรวจสอบสภาพความเป็นอยู่รายวันของผู้สูงอายุ มีความจำเป็นอย่างไรโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตตามลำพัง			ผู้สูงอายุทุกคน	เฉพาะในบ้านพักผู้สูงอายุ	
4.2 บริการ Emergency Call	บริการที่ร้องขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ			ผู้สูงอายุทุกคน	เฉพาะในบ้านพักผู้สูงอายุ	

ประเภทบริการ	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ความต้องการ (demand)	บริการในปัจจุบัน (supply)	สถานะและผู้ให้บริการ (Service Provider)
4.3 บริการรักษาความปลอดภัย	บริการดูแลความปลอดภัยในการเดินทางของผู้สูงอายุ เมื่อต้องไปทำกิจกรรมภายนอกที่อยู่อาศัย เช่น บริการรถบริการหรือรถโดยสารที่พนักงานมีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ	บริการรักษาความปลอดภัยจัดให้เป็นบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำเสื่อม โดยต้องมีการบันทึกภาพกล้องวงจรปิดในที่พักตลอดเวลาเพื่อป้องกันผู้สูงอายุพลัดหลงออกไปที่อื่น การปรับสภาพที่พักให้บุคคลที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น เป็นต้น	บริการรักษาความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดเตียง มีกล้องสำหรับมอนิเตอร์ หรือมีผู้ดูแลประกบ 24 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและให้ความช่วยเหลือได้ทันทีในกรณีที่มีอาการเพิ่มเติมจากที่เป็นอยู่ เช่น ความดันโลหิตตก สำลักอาหาร เป็นต้น	ผู้สูงอายุทุกคน	มีเฉพาะในบ้านพักผู้สูงอายุ	
	บริการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่กับวัยพี่งหรืออยู่ลำพัง เช่น จัดเวรยามหรืออาสาสมัครมาดูแลสม่ำเสมอ				ผู้สูงอายุทุกคน	มีเฉพาะในบ้านพักผู้สูงอายุ
4.4 บริการตรวจสุขภาพประจำปี	บริการตรวจสุขภาพประจำปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุทุกคน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุติดเตียง ควรจัดบริการให้ที่บ้านหรือชุมชน			ผู้สูงอายุทุกคน	ผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิ (แต่โรงพยาบาลไม่ให้สิทธิ)	ภาครัฐ/อปท.บางแห่ง
4.5 บริการจัดทำแผนการดูแลระดับบุคคล	บริการจัดทำแผนการดูแลระดับบุคคลสำหรับผู้สูงอายุทุกคน ซึ่งครอบคลุมการทั้งด้านการดูแลสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิต การจัดทำแผนการดูแลระดับบุคคลจะทำให้สามารถจัดการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ			ผู้สูงอายุทุกคน	มีเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ใน LTI และทำเฉพาะแผนดูแลสุขภาพ	

เมื่อพิจารณาสถานการณ์อุปสงค์/อุปทานและข้อเสนอข้างต้น จะเห็นสถานการณ์ที่เป็นช่องว่างในปัจจุบันดังนี้

7.2.1 บริการที่อยู่อาศัย (Ageing in Shelter)

จากการทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ พบว่า บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุมีหลายแบบขึ้นอยู่กับสถานการณ์สุขภาพและสถานะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ บ้านพักคนชราไปจนถึงสถานดูแลระยะสุดท้าย ที่พักแต่ละแบบจะมีการจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละขั้นตอน



ภาพที่ 7. 1 ความหลากหลายของที่พักอาศัยผู้สูงอายุตามสถานะสุขภาพ

หมายเหตุ: พื้นสีแดง หมายถึงบริการที่มีให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ แต่มีอย่างจำกัดมาก

ภาพที่ 7. 1 เป็นตัวอย่างให้เห็นถึงลักษณะที่หลากหลายของบริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่ม Ageing in Shelter เมื่อพิจารณาสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน พบว่า แม้ว่าสังคมไทยจะตระหนักถึงความสำคัญของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เริ่มมีการลงทุนทำบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีบริการครบวงจร หรือ senior complex มากขึ้น เช่น โครงการบ้านพักสวามิเวศน์ (650,000 – 800,000 บาท) โครงการรามมา-ธนารักษ์ (1.82 – 2.99 ล้านบาท) หรือโครงการจิณณ์เวลปี่อิง เคาน์ตี้ (4.3-6.3 ล้านบาท)¹⁹ นอกจากนี้ เนื้อหาในบทที่ 4 ยังแสดงให้เห็นการขยายตัวของธุรกิจผู้สูงอายุและความพยายามของภาครัฐในการควบคุมกำกับกิจการลักษณะ

¹⁹ นอกจากราคาซื้อขายแล้ว จิณณ์ เวลปี่อิง เคาน์ตี้ ยังให้บริการเช่าอยู่อาศัยระยะขั้นต่ำ 1 ปี โดยคิดอัตราค่าเช่ารวมค่าบริการ เดือนละ 40,000 บาท – 85,000 บาท โดยขึ้นอยู่กับขนาดห้องและเลือกซื้อบริการเสริม

ดังกล่าว แต่กลุ่มเป้าหมายของโครงการลักษณะนี้เป็นผู้ที่มีรายได้สูงในระดับหนึ่ง ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจึง “เอื้อมไม่ถึง” ที่อยู่อาศัยประเภทนี้

บริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย มีใน 2 ลักษณะคือ สถานสงเคราะห์ที่ดำเนินการโดยรัฐ และองค์กรไม่แสวงกำไร ซึ่งมีบทบาทเป็นทั้งบ้านพักคนชรา สถานดูแลระยะยาว รวมไปถึงสถานดูแลระยะสุดท้ายด้วย ในปัจจุบันศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (สถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ) จำนวน 12 แห่ง ที่บริหารจัดการโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และบางส่วนถูกถ่ายโอนไปให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดการ เช่นเดียวกับสถานสงเคราะห์ที่ดำเนินการโดยองค์กรไม่แสวงกำไรมีจำนวนไม่มากนัก ปัญหาสำคัญของสถานดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มจำแนกตามประเภทการบริหารจัดการ สำหรับสถานสงเคราะห์ที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ปัญหาใหญ่เป็นเรื่องของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการว่าด้วยความเป็นอิสระ (autonomy) และการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ ในขณะที่ปัญหาสำคัญของสถานดูแลผู้สูงอายุโดยองค์กรไม่แสวงกำไร มีปัญหาสำคัญในเรื่องการจัดหางบประมาณในการดำเนินงาน ซึ่งต้องพึ่งพาเงินบริจาคเป็นหลัก เมื่องบประมาณที่ดำเนินงานไม่เพียงพอหรือขาดความต่อเนื่องย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักอาศัย

แม้ว่าภาพใหญ่ของนโยบายที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุคือการสูงวัยในที่เดิม (ageing in place) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจสถานการณ์ที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยว่า ไม่ว่าจะสถานการณ์สุขภาพหรือสถานะการอยู่อาศัยจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร แต่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมากกว่าร้อยละ 80 ยืนยันจะอาศัยในที่อยู่เดิม มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 5-6 ที่คิดว่าจะต้องย้ายที่อยู่อาศัย และกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าร้อยละ 1 ที่นึกถึงการย้ายไปอยู่สถานสงเคราะห์ของรัฐและเอกชน แต่ข้อมูลจากการสำรวจก็ยืนยันให้เห็นว่าสถานสงเคราะห์ยังมีความจำเป็น สำหรับผู้ที่มีความเดือดร้อนที่เรื่องที่อยู่อาศัยและไร้ที่พึ่ง ดังนั้น โจทย์สำคัญคือ

1. จะพัฒนาศักยภาพที่อยู่อาศัย (สถานสงเคราะห์) ที่มีอยู่ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่านี้ได้อย่างไร โดยเฉพาะในมิติของการดูแลเสมือนอยู่บ้าน (home-liked) โดยปรับฐานคิดเรื่องการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นฐานคิดเรื่อง *สิทธิ* การได้รับความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แทนฐานคิดเรื่อง *การสงเคราะห์*
2. หากรัฐไม่มีกำลังมากพอที่จะดำเนินงาน จะพัฒนาบทบาทขององค์กรไม่แสวงกำไรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยให้มีความต่อเนื่อง ยั่งยืนได้อย่างไร (จะมีการอุดหนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้กับองค์กรไม่แสวงกำไรได้หรือไม่)
3. เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ต้องการย้ายจากที่เดิม และผู้สูงอายุบางส่วนก็มีภาระผูกพัน เช่น ยังต้องทำงานอยู่ หรือต้องดูแลผู้ที่อยู่ในวัยพึ่งพิง (เช่น หลาน หรือบุพการีที่อ่อนแอ) จึงไม่สามารถย้ายไปอยู่ในบ้านพักที่อยู่นอกพื้นที่ได้ ดังนั้น จำเป็นต้องออกแบบระบบบริการที่พักอาศัยที่อยู่ในชุมชน หรืออยู่ใกล้ชุมชน (community shelter) เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
4. การพัฒนาบริการ day care หรือบริการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน รวมไปถึงบริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว (respite care) ในระดับชุมชน ในกรณีที่บุตรหลานไม่อยู่บ้าน เพื่อลดช่องว่างการบริการที่มีอยู่
5. ความเป็นไปได้ในการพัฒนาบทบาทของภาคเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เมื่อธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุในภาคเอกชนมีการขยายตัวมากขึ้นเรื่อยๆ โจทย์สำคัญคือจะผลักดันให้ภาคเอกชนเข้า

มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยได้หรือไม่ โดยผ่านการออกแบบระบบการเงินที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น สิทธิประโยชน์ทางภาษี หรือเงินอุดหนุน เป็นต้น

7.2.2 บริการปรับปรุงบ้าน

บ้านหรือที่อยู่อาศัยเดิมของผู้สูงอายุ ถือเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่สุดในแนวคิดสูงวัยในที่เดิม (Ageing in Place) ข้อมูลจากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ร้อยละ 11.04 มีสภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ เช่น โถส้วมแบบนั่งราบ การมีราวจับกันล้ม ที่นอนที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น บริการปรับปรุงบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นบริการจากภาครัฐเป็นหลัก ซึ่งสามารถดำเนินการได้ราวปีละ 3,000 หลัง ภายใต้โครงการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย ดำเนินการโดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2563 มีงบประมาณรวม 77 ล้านบาทเศษ มีผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ราว 3,202 ราย (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563) โครงการบ้านสบายเพื่ออายุตา ดำเนินการโดยการเคหะแห่งชาติมาตั้งแต่ปี 2553-2564 ดำเนินการได้ 379 หลัง ในส่วนของสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ได้ดำเนินการโครงการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยทั้งในเมืองและชนบท ในปี 2563 ได้ดำเนินการโครงการบ้านมั่นคง (ในเมือง) 3,752 ครัวเรือน ใน 31 ชุมชน 27 จังหวัด ในวงเงิน 318.54 ล้านบาท ส่วนโครงการบ้านพอเพียงชนบท ภายใต้แผนแม่บทการพัฒนาที่อยู่อาศัยระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) มีเป้าหมายในการพัฒนาที่อยู่อาศัยให้กับผู้มีรายได้น้อย โดยการปรับปรุงซ่อมแซมและก่อสร้างที่อยู่อาศัยให้ผู้ด้อยโอกาสรวม 352,000 ครัวเรือน และในช่วงปี 2560-2563 ได้ดำเนินการ รวม 62,795 ครัวเรือน เฉพาะปี 2563 ดำเนินการได้ 23,601 ครัวเรือน (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน), 2563) ซึ่งแน่นอนว่าในจำนวนนี้ มีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยอยู่ด้วย²⁰

เมื่อพิจารณาจากความต้องการของประชากรสูงวัย (อายุ 55 ปีขึ้นไป) ที่มีฐานะยากจน จำนวน 7.235 ล้านคน ข้อมูลจากการสำรวจแสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 11.04 (หรือราว 7.987 แสนราย) มีความจำเป็นต้องได้รับบริการปรับปรุงที่อยู่อาศัย บริการปรับปรุงบ้านที่มีอยู่ของกรมกิจการพัฒนาที่อยู่อาศัยย่อมไม่เพียงพอ ประเด็นที่ต้องพิจารณาดำเนินงานถ่ายโอนภารกิจในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งมีความใกล้ชิดกับพื้นที่มากกว่า ภารกิจดังกล่าวได้แก่

3) การทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและมีความจำเป็นในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยและบูรณาการฐานข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) การปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุในพื้นที่

ภายใต้ข้อเสนอนี้ ในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับภารกิจการเชื่อมโยง ประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการเป็นที่ปรึกษาวิชาการให้หน่วยปฏิบัติมากขึ้น โดยเฉพาะ

3) การส่งเสริมเผยแพร่องค์ความรู้เรื่องมาตรฐานที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุให้กับหน่วยงานรับผิดชอบเรื่องการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย รวมไปถึงหน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับ การสร้างที่อยู่อาศัย

²⁰ ตัวอย่างหนึ่งของการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับชุมชนในชุมชนแออัด ของ พอช. ในโครงการบึงบางซื่อ นอกจากสร้างบ้านสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นคนจนแล้ว ยังมี “บ้านกลาง 4 หลังสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานดูแล” (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน), 2563)

- 4) เชื่อมโยงการดำเนินงานการปรับปรุงที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุกับหน่วยงานอื่นๆ โดยเฉพาะสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) การเคหะแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการบูรณาการเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

7.2.3 บริการสนับสนุนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ บริการสนับสนุนที่จำเป็นถือเป็นหัวใจสำคัญในการสูงอายุในที่เดิม (Ageing in Place) อย่างมีคุณภาพ เมื่อพิจารณาช่องว่างระหว่างอุปทานและความต้องการบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในตารางที่ 7.1 จะเห็นภาพรวมของความครอบคลุมของบริการเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- (1) *บริการที่ให้บริการแบบถาวรแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องปรับปรุงคุณภาพหรือประสิทธิภาพในการให้บริการ* ได้แก่ บริการเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ทั้งในสิทธิในการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลและการรับส่งผู้สูงอายุในสถานการณฉุกเฉิน การเข้าถึงกายอุปกรณ์ที่จำเป็น บริการความมั่นคงทางเศรษฐกิจผ่านการจ่ายเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุ เช่น การเพิ่มจำนวนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามเศรษฐฐานะ (ไม่ใช่ตามลำดับอายุ) การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทุกคนได้ตรวจสอบสุขภาพประจำปี เป็นต้น
- (2) *บริการที่มีให้บริการ แต่ยังไม่ครอบคลุม จำเป็นต้องขยายทั้งในเชิงปริมาณ (ความครอบคลุม) และคุณภาพในการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยให้มากขึ้น* ได้แก่ บริการปรับปรุงบ้าน ซึ่งในปัจจุบันทำได้เฉพาะในกรณีที่เป็นที่ดินของตนเอง และที่ดินที่เจ้าของยินยอมให้ใช้เท่านั้น โดยอาจจำเป็นต้องพิจารณาหาที่ดินเพื่อสร้างบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดินด้วย (เช่น อาศัยในที่สาธารณะ หรือที่บุกรุก) บริการส่งเสริมการมีงานทำและอาชีพเสริม บริการกิจกรรมทางสังคม บริการด้านการศึกษา รวมไปถึงบริการฌาปนกิจด้วย
- (3) *บริการที่ขาดแคลน หรือยังไม่มีบริการ แต่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา และผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ แต่ยังไม่ให้บริการ* เป็นต้องจัดให้มีบริการแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือบริการในราคาถูก โดยเฉพาะการดูแลระดับบุคคล-ครัวเรือน ได้แก่ บริการด้านอาหาร บริการดูแลรักษาบ้าน บริการเครื่องนุ่งห่มและของใช้ในชีวิตประจำวัน บริการดูแลอนามัยส่วนบุคคล บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (จัดยา ดูแลสุขภาพ) บริการพาไปทำธุรกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้การจัดให้มีบริการสนับสนุนที่สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการจัดทำแผนการดูแลระดับบุคคล ในระดับชุมชน จำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบชั่วคราว ทั้งที่เป็นการดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน (daycare) และ respite care การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นบริการ daily check-in บริการ emergency call บริการรักษาความปลอดภัย ในระดับมหภาค จำเป็นต้องพัฒนาบริการการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น เช่น พัฒนารูปแบบโทรศัพท์มือถือให้สอดคล้องกับพัฒนาการของผู้สูงอายุ ไวไฟฟรีสำหรับผู้สูงอายุ รายการโทรทัศน์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น
- (4) *บริการทางเลือกในการช่วยทำธุรกรรมและการจัดการทรัพย์สินสำหรับผู้สูงอายุ* เช่น บริการจัดการสินทรัพย์ วางแผนการเงินและการออม การทำพินัยกรรม เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบัน ยังไม่มีบริการเหล่านี้สำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจน ในขณะที่ แม้จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย แต่ก็ยังมีปัญหาเรื่องการจัดการทรัพย์สิน และถูกหลอกลวงด้วยความไม่รู้ทางด้านการเงินและกรรมสิทธิ์ต่างๆ หากจัดบริการ

ทางเลือกเหล่านี้ให้กับผู้สูงอายุจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางการเงิน และเตรียมความพร้อม หากมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องทรัพย์สิน โดยจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในที่สุด

ประเด็นที่สำคัญในการจัดบริการสนับสนุนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย คือ ใครจะเป็นผู้ดำเนินการ ที่มาของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน ระบบบริหารจัดการ (governance) ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ หากพิจารณาบทบาทของตัวแสดงที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า รัฐโดยเฉพาะภาคราชการ ที่เป็นเจ้าของทรัพยากรหลักยังคงเป็นตัวแสดงที่มีบทบาทหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย แต่ข้อจำกัดที่สำคัญคือ ไม่สามารถบริการได้ทั่วถึง และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น จำเป็นต้องพิจารณาส่งเสริมบทบาทของภาคส่วนอื่น ๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคชุมชน ภาคประชาสังคม รวมไปถึงภาคธุรกิจ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไปพร้อมๆ กัน ดังมีตัวอย่างรูปแบบบริการดังนี้

	บทบาทการจัดบริการสนับสนุน	ที่มาของทรัพยากร
ภาคชุมชน / ประชาสังคม	การพัฒนา Community Shelter/Daycare/Respite care ในชุมชน	รัฐอุดหนุนผ่านองค์กรปกครองท้องถิ่นหรืออุดหนุนโดยตรง
	การให้บริการเพื่อจัดการความเสี่ยงในชุมชน	
ภาคอาสาสมัคร	การให้บริการดูแลระดับบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่	ระบบการดูแลระยะยาว (ต้องเพิ่มสมรรถนะและคุณภาพการดูแลที่มีอยู่ในปัจจุบัน)
ภาคธุรกิจ	การให้บริการส่งอาหาร/สิ่งของที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย การสนับสนุนการเดินทางของผู้สูงอายุ (เช่น Elderly Grab)	รัฐอุดหนุนทางตรงหรือทางอ้อม ในรูปแบบการลดภาษีในส่วนของรายได้ที่มาจากการสนับสนุนผู้สูงอายุ
	การทำรายการโทรทัศน์เพื่อให้การศึกษาหรือข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุ	

7.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

โจทย์วิจัยที่หัวใจสำคัญของการวิจัยครั้งนี้ นโยบายที่เหมาะสมในเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐควรเป็นอย่างไร เมื่อประมวลผลจากการศึกษาทั้งหมด คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

7.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษาทั้งหมดได้แสดงให้เห็นสถานการณ์ความเปราะบางและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในสถานการณ์ปัจจุบัน สถานการณ์การให้บริการรวมถึงผู้ให้บริการในปัจจุบัน มีข้อค้นพบและข้อเสนอแนะนโยบายโดยสรุปดังนี้

4. นโยบายที่เหมาะสมเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545-2565) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ.2563 กำหนดแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในปัจจุบันไว้ว่า “ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้อยู่กับครอบครัวนานที่สุด” (ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มาตราการที่ 3) (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) กล่าวอีกนัยหนึ่ง การสูงวัยในที่เดิม (Ageing in Place) ยังถือเป็นแนวนโยบายหลักซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติ “ติดที่” ของผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สูงวัยในที่เดิมโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องพิจารณาแนวทางการจัดบริการสนับสนุนในระดับชุมชน (community supportive services) โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย มีสถานะสุขภาพไม่ดี และไม่มีบุตรหลานอยู่ในบริเวณใกล้เคียง ในทัศนะนี้ นโยบายที่เหมาะสมเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ จึงเป็นนโยบายสูงวัยในที่เดิมแบบมีบริการสนับสนุนจากชุมชน (Ageing in Place with Community Supportive Services) ดังนั้น ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนต้องให้ความสำคัญทั้งกับบริการทางสุขภาพและบริการสนับสนุนทางสังคมด้วย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องกระจายอำนาจหรือถ่ายโอนภารกิจ รวมไปถึงงบประมาณในการจัดระบบการดูแลและจัดบริการสนับสนุนทางสังคมในระดับชุมชนให้องค์กรปกครองท้องถิ่น รวมไปถึงองค์กรภาคประชาสังคมที่มีศักยภาพในการจัดบริการดังกล่าวในระดับชุมชนด้วย

สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน ติดบ้าน/ติดเตียง และอยู่ลำพัง อาจขยายความการสูงวัยในที่เดิม ให้เป็นการสูงวัยในถิ่นเดิม (Ageing in community) ด้วยการจัดที่พักอาศัยในพื้นที่ใกล้เคียงกับที่อยู่อาศัยเดิมในลักษณะของ Community shelter หรือการจัดที่อยู่อาศัยเชิงสถาบันให้มีสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกับบ้าน หรือถิ่นเดิมมากขึ้น (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในข้อ 3)

5. การพิจารณาผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จำเป็นต้องพิจารณา 3 มิติประกอบกับ ได้แก่ *สถานะทางเศรษฐกิจ* เป็นกลุ่มผู้สูงอายุยากจนที่ไม่มีบัตรสวัสดิการของรัฐ (ร้อยละ 29.4) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยต่ำกว่าเส้นความยากจน (ร้อยละ 27.7) และยังคงรับภาระค่าใช้จ่ายในบ้านเองเป็นหลัก ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานและมีรายได้น้อยต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีบุตรหลานหรือครอบครัวสนับสนุน *สถานะทางสุขภาพ* ต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีสถานะติดบ้านและติดเตียง

โดยพิจารณาร่วมกับรูปแบบการอยู่อาศัยโดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง หรืออยู่กันเฉพาะวัยเพียงในครัวเรือน ทั้งนี้ จำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือเพื่อให้ความสำคัญกับการจัดบริการให้สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้สูงอายุคือ การจัดทำแผนการดูแลระดับบุคคล (Personalized Integrated Care Plan) ที่ครอบคลุมทั้งด้านความมั่นคงทางกายภาพ ความมั่นคงทางสังคม จิตวิญญาณและการบริหารความเสี่ยง โดยจำเป็นต้องมีกลไกในการกำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผนดังกล่าว

6. การให้บริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

6.1 **กรณี Ageing in Shelter** ซึ่งบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแบบดั้งเดิม เป็นการให้บริการร่วมกันทั้งที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน จากข้อมูลที่ค้นพบ ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในปัจจุบันไม่เพียงพอทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยเกือบทั้งหมดก็ไม่ต้องการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ แต่ต้องการอยู่ในที่เดิม ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสูงวัยในที่เดิม (Ageing in Place) จำเป็นต้องปรับสภาพที่อยู่อาศัยในลักษณะนี้ให้มีลักษณะเหมือนบ้าน (home-liked) และพัฒนาคุณภาพการให้บริการในฐานะคิดของสิทธิมากกว่าการสงเคราะห์ เพื่อเป็นที่รองรับสำหรับผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่ง และนอกจากการให้บริการของภาครัฐ จำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพขององค์กรไม่แสวงกำไรในการให้การดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในรูปของการให้เงินอุดหนุนเพื่อเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่

6.2 **กรณี Ageing in Place** หากต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถสูงวัยอยู่ในที่เดิมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ มีความจำเป็นต้องพัฒนาทั้ง 2 ส่วนประกอบกัน คือ ส่วนที่เป็นที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่สอดคล้องกับความจำเป็นของผู้สูงอายุ ในราคาที่คุณสูงอายุเข้าถึงได้

(3) ที่อยู่อาศัย จำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพและความทั่วถึงในการให้บริการปรับปรุงและซ่อมบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในเขตกรุงเทพฯ และเขตเมือง หากมีความจำเป็นต้องพัฒนาบริการ Community Shelter หรือบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นอิสระ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ดีกว่าการย้ายไปอยู่สถานที่ใหม่ที่ไม่น่าเคย

(4) บริการสนับสนุน จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการจัดบริการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ที่มีสถานะติดบ้าน/ติดเตียง และอาศัยอยู่ลำพัง หรืออยู่กับวัยเพียงอย่างเดียว บริการที่มีความทั่วถึงอยู่แล้ว จำเป็นต้องปรับปรุงคุณภาพบริการ และพัฒนาบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็นกับผู้สูงอายุในแต่ละสถานะสุขภาพ โดยที่รัฐไม่จำเป็นต้องดำเนินการเอง แต่สนับสนุนให้ภาคีการพัฒนาอื่นๆ ในพื้นที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ผ่านการอุดหนุนงบประมาณทางตรงหรือทางอ้อม

7.3.2 ตัวแบบนโยบายการพัฒนาที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ: บททดลองเสนอ

ดังที่กล่าวไว้ในบทที่ 4 การกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องพิจารณาออกแบบเชื่อมโยงกันทั้งระบบ ทั้งระบบการเงินการคลังและการบริหารจัดการ และระบบการรับบริการของผู้สูงอายุด้วย คณะผู้วิจัยเสนอตัวแบบนโยบายการพัฒนาที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 พ.ศ.2545-2565 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563 (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) ดังนี้

เป้าหมายเชิงนโยบาย

1. เพื่อพัฒนาที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ
2. เพื่อพัฒนาสมรรถนะการให้บริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่จำเป็นที่เป็นอยู่ให้มีประสิทธิภาพ ทัวถึงและเป็นธรรมมากขึ้น
3. เพื่อสนับสนุนให้ภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ได้แก่ ชุมชน องค์กรไม่แสวงกำไร องค์กรปกครองท้องถิ่น รวมไปถึงภาคส่วนธุรกิจ จัดหาบริการสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุสามารถซื้อบริการได้ในราคา โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการที่เป็นธรรม และมีแนวทางให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงนโยบายข้างต้น คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

มาตรการระยะสั้น

(7) เร่งยกระดับคุณภาพชีวิต ทั้งในมิติที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจน และไม่มีบัตรสวัสดิการของรัฐ โดยขยายความครอบคลุมบัตรสวัสดิการแห่งรัฐให้ถึงผู้สูงอายุเหล่านี้ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจเป็นลำดับแรก ในการดำเนินการดังกล่าว จำเป็นต้องจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยถือเป็นเรื่องสำคัญ โดยให้ความสำคัญทั้งกับสถานะทางเศรษฐกิจ สุขภาพและรูปแบบการอยู่อาศัย

ในฐานะหน่วยงานที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุควรจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย โดยใช้ข้อมูลการลงทะเบียนเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุร่วมกับฐานข้อมูลบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ในขณะเดียวกัน การจ่ายเบี้ยยังชีพปัจจุบันเป็นการจ่ายแบบขั้นบันได ซึ่งพิจารณาตามอายุของผู้สูงอายุ อาจจำเป็นต้องปรับปรุงเกณฑ์ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยพิจารณาสถานะสุขภาพและรูปแบบการอยู่อาศัยประกอบด้วย

(8) เสริมสมรรถนะและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานในสถานดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยทั้งของรัฐและเอกชน โดยให้ความสำคัญกับการพักอาศัยอย่างเป็นอิสระและได้รับความเคารพในศักดิ์ศรี ในส่วนที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนหรือองค์กรที่ไม่แสวงกำไร รัฐจำเป็นต้องอุดหนุนงบประมาณเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย (เป็นรายหัว) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

(9) เร่งให้บริการปรับปรุงบ้านและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน จำเป็นต้องพิจารณามาตรการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การจัดหาที่ดิน หรือการสร้างที่พักร่วมกันในชุมชน (community shelter)

(10) ส่งเสริมบทบาทชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผลักดันให้มีการจัดตั้งศูนย์บูรณาการคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตามมาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน 4 มิติ เพื่อให้เป็นหน่วยบูรณาการการให้บริการในระดับ

พื้นที่ โดยบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC)²¹ กับระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ ผ่านกลไกศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน (สปสช.) กับศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) การเชื่อมโยงบทบาทของหน่วยบริการทั้งสองแบบจะทำให้สามารถจัดบริการสนับสนุนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและอยู่ในภาวะพึ่งพิง (ทั้งในมิติสุขภาพและสังคม) ได้²² โดยอุดหนุนงบประมาณที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานเพื่อจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ ใช้การทำแผนการดูแลรายบุคคล (personalized integrated care plan) ที่รวบรวมไว้ทั้งบริการสุขภาพและบริการทางสังคมที่จำเป็น ในขณะที่เดียวกันก็ต้องสร้างกลไกการกำกับดูแลแผนการดูแลรายบุคคลด้วย โดยพัฒนาศักยภาพของกลไกที่มีอยู่ในพื้นที่ ได้แก่ Care Manager/Caregiver (สปสช.) อาสาสมัครพัฒนาสังคม (อพม.) เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ²³ อาสาสมัครบริหารชุมชน (งบโควิด) ให้มีบทบาทที่เป็นจริงในการจัดบริการสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและอยู่ในภาวะพึ่งพิง

(11) ผลักดันโครงการนำร่องเพื่อให้บริการที่อยู่อาศัย ที่พักชั่วคราว และ daycare รวมถึงบริการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในระดับชุมชน (Community Shelter with Supportive Service) โดยรัฐอุดหนุนงบประมาณที่จำเป็นและส่งเสริมให้มีกลไกการดำเนินงานระดับพื้นที่ (ตามข้อ 4) กำหนดมาตรการประเมินและติดตามผล ก่อนจะถอดบทเรียนและขยายผลในเกิดในทุกพื้นที่ต่อไป

(12) ส่งเสริมให้มีการจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุในราคาถูกลง หรือไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ บริการจัดส่งอาหาร บริการจัดซื้อของ บริการขนส่ง บริการให้คำปรึกษาทางการเงิน บริการข้อมูลข่าวสาร บริการให้การศึกษา รวมไปถึงบริการดูแลช่วงกลางวัน (daycare) ซึ่งสามารถดำเนินการโดยภาคชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่น หรือผู้ประกอบการอื่นๆ โดยรัฐอาจให้การสนับสนุนโดยตรงในรูปของเงินอุดหนุนสำหรับผู้ประกอบการที่สามารถดำเนินการได้มีคุณภาพ หรือสนับสนุนทางอ้อมผ่านมาตรการภาษี

มาตรการระยะยาว

สังคมไทยกำลังก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี 2565²⁴ และข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2560 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.38) มีรายได้น้อยและอยู่ในภาวะพึ่งพิง การดำเนินการเพื่อยกระดับที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

²¹ ในปีงบประมาณ 2561 สปสช. จ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1,159.2 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในพื้นที่เป้าหมาย โดยงบประมาณหลักเป็นการซื้อบริการสาธารณสุขกับสถานบริการสาธารณสุขเฉลี่ยหัวละ 5,000 บาทต่อปี และมีงบประมาณอีกส่วนหนึ่งจ่ายให้ศูนย์บริการเฉลี่ยแห่งละ 100,000 บาท ซึ่งหน่วยบริการประจำในพื้นที่ต้องจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan: CP) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ Invalid source specified.

²² มาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน 4 มิติ ซึ่งคณะรัฐมนตรีเห็นชอบเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2563 ในมติสังคม “บูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล” เพื่อเป็นหน่วยปฏิบัติการในระดับพื้นที่ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563, หน้า 40)

²³ เฉพาะในปี 2563 กรมกิจการผู้สูงอายุได้อบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครพัฒนาสังคม (อพม.) เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3,423 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563)

²⁴ ระดับ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” หรือ “Aged Society” หมายถึง การมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอัตราร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด

จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก และต้องดำเนินการในระยะเวลาต่อเนื่อง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบอภิบาลผู้สูงอายุ ซึ่งรวมไปถึงระบบการเงินการคลังเพื่ออภิบาลผู้สูงอายุไปพร้อมๆ กัน

(4) การพัฒนาระบบอภิบาลผู้สูงอายุในภาพรวม เพื่อกำหนดกฎเกณฑ์และกำกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน ในขณะเดียวกัน ก็ต้องกำหนดเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการให้บริการ²⁵ พร้อมไปกับการพัฒนาเกณฑ์เพื่อประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ซึ่งคณะผู้วิจัยเสนอให้ใช้เกณฑ์สถานะทางเศรษฐกิจ สุขภาพและที่อยู่อาศัยประกอบกัน เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่ควรได้รับความช่วยเหลือ

(5) การพัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่อการอภิบาลสังคมสูงอายุ ยิ่งสังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุมากขึ้นเท่าใด การดูแลผู้สูงอายุย่อมต้องใช้ภาระงบประมาณที่มากขึ้นเป็นเงาตามตัว ในอนาคต จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการเงินการคลังเพื่ออภิบาลสังคมสูงอายุ โดยอาจจัดแบ่งเป็นระบบบริการถ้วนหน้า (ที่ไม่ต้องจ่ายเงิน) ระบบการประกันตนหรือระบบร่วมจ่าย (co-payment) สำหรับผู้มีกำลังซื้อ และระบบฟรีสำหรับผู้สูงอายุยากจนและทุพพลภาพ เป็นต้น ในขณะเดียวกันก็ต้องพัฒนาสมรรถนะของระบบสวัสดิการชุมชนให้สามารถเป็นที่พึ่งพาสำหรับผู้สูงอายุยากจนและมีรายได้น้อยในพื้นที่ด้วย

(6) การกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจการดูแลผู้สูงอายุไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคประชาสังคม และองค์กรชุมชน เพื่อให้สามารถจัดบริการสนับสนุนผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง

²⁵ จากบทเรียนต่างประเทศการสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมี 2 แบบ คือ ให้เงินอุดหนุนผู้สูงอายุเพื่อไปซื้อบริการหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง เช่น ในสหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ หรือการอุดหนุนให้มีบริการแบบไม่คิดค่าใช้จ่าย หรือมีบริการราคาถูก ให้ผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ไปรับบริการ หากเป็นการให้เงินอุดหนุนกับผู้สูงอายุหรือครอบครัวไปซื้อบริการที่มีอยู่ ผู้รับบริการจะเป็นฝ่ายควบคุมมาตรฐานทางอ้อมในการเลือกซื้อบริการในทางกลับกัน หากเป็นการอุดหนุนให้มีบริการ จะต้องมีการควบคุมกำกับให้บริการที่ได้รับการอุดหนุนได้มาตรฐานและมีคุณภาพ ข้อเสนออยู่บนข้อค้นพบของงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าบริการที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถใช้แนวทางที่ผู้ซื้อเป็นผู้กำกับได้ ดังนั้น จึงควรเริ่มต้นด้วยการส่งเสริมให้มีบริการสนับสนุนที่เพียงพอ หรือได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุก่อน

รายการอ้างอิง

- Administration for Community Living-ACL. (2020 6 2017). *Administration on Aging*. เข้าถึงได้จาก ACL- Administration for Community Living: <https://acl.gov/about-acl/administration-aging>
- Administration on Aging, Administration for Community Living. (2016). *FY 2016 Report to Congress: Older American Acts*. Department of Health and Human Services, USA. เข้าถึงได้จาก https://acl.gov/sites/default/files/about-acl/2019-02/FY2016_OAA%20Report%20to%20Congress.pdf
- Aged Care Quality and Safety Commission, Australian Government. (N.A.). *Aged Care Quality Standard*. เข้าถึงได้จาก Aged Care Quality and Safety Commission, Australian Government: <https://www.agedcarequality.gov.au/sites/default/files/media/Aged%20Care%20Quality%20Standards.pdf>
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (10 September 2018). *Older Australia at a Glance*. เข้าถึงได้จาก Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government: <https://www.aihw.gov.au/reports/older-people/older-australia-at-a-glance/contents/health-aged-care-service-use/aged-care>
- Azad A. Pashmdarfard M. (2020). Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran*, 34(33), 1-16.
- Comfort life. (ม.ป.ป.). *Retirement: The Complete Spectrum*. เข้าถึงได้จาก Comfort life: <https://www.comfortlife.ca/retirement-communities>
- Department of Health. (2001). *National Service Framework for Older People: Modern Standards and Service Models*. London: Department of Health.
- Department of Health. (2003). *Care Homes for Older People: National Minimum Standards and The Care Homes Regulation 2001*. London: TSO. เข้าถึงได้จาก https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124064446/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4135403.pdf
- Department of Health, Australian Government. (2020). *2019-20 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997*. Department of Health, Australian Government. เข้าถึงได้จาก https://www.gen-agedcaredata.gov.au/www_aihwgen/media/ROACA/20366-Health-Report-on-the-Operation-of-the-Aged-Care-Act-2019%e2%80%932020-accessible.pdf

- Finlay JM, Gaugler JE and Kane RL. (2020). Ageing in the Margin: Expectations of and Struggles for 'A Good Place to Grow Old' among Low-Income Older Minnesotans. *Ageing & Society*, 40, 759-783. doi:<https://doi.org/10.1017/S0144686X1800123X>
- Government of Canada. (11 07 2019). *Core community supports to age in community*. เข้าถึงได้จาก Canada.ca: <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/seniors/forum/core-community-supports.html>
- Government of Canada. (02 07 2019). *National Senior Council*. เข้าถึงได้จาก Canada.ca: <https://www.canada.ca/en/national-seniors-council.html>
- Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare. (November 2016). *Long-Term Care Insurance System of Japan*. เข้าถึงได้จาก Ministry of Health, Labour and Welfare: Ministry of Health, Labour and Welfare
- IFRC. (2011). *Community-based home care for older people: Minimum Standards of home care for older people in Rescross Red Crescent volunteer-based programing in the Europe Zone*. Budapest: IFRC, Europe Zone Office.
- Jeffrey M. Wooldridge. (2012). *Introductory Econometrics : A Modern Approach*. Mason: South-Western Cengage Learning.
- Josephine Jackisch, Gianna Zamaro, Geoff Green, และ Manfred Huber. (2015). Is a healthy city also an age-friendly city? *Health Promotion International*, 30. doi:108-i117. 10.1093
- Josephine Jackisch, Gianna Zamaro, Geoff Green, และ Manfred Huber. (June 2015). Is a healthy city also an age-friendly city? *Health Promot Int.*, 30 Suppl, i108-i117. doi:10.1093/heapro/dav039.
- Judith Feder, Harriet L. Komisar, และ Marlene Niefeld. (2000). Long-Term Care In The United States: An Overview. *Health Affairs*, 19(3), 40-56.
- Katherine H. Leith. (2006). "Home is where the heart is...or is it?" A phenomenological exploration of the meaning of home for older women in congregate housing. *Journal of Aging Studies*, 20, 317-333.
- M.K. McNabney, P.R.l Fried, L.P. Willging, และ S.C. Durso. (2009). The "Continuum of Care" for Older Adults: Design and Evaluation of an Educational Series. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1088-1095. doi:doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02275.x
- Medicaid.gov. (2021). *Medicaid State Plan Amendments*. เข้าถึงได้จาก Mdicaid.gov Keeping America Healthy: <https://www.medicaid.gov/medicaid/medicaid-state-plan-amendments/index.html>

Medicare.gov. (ม.ป.ป.). *What's Medicare?* เข้าถึงได้จาก Medicare.gov The Official U.S. Government Site for Medicare: <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/your-medicare-coverage-choices/whats-medicare>

Ministry of Health, Labour and Welfare. (ม.ป.ป.). *Long-Term Care, Health and Welfare Services for the Elderly*. เข้าถึงได้จาก Ministry of Health, Labour and Welfare: <https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/index.html?fbclid=IwAR24hJozjVNA9U243UER9p7UMRwHTTEjfXCG-IDZ-nvi12Hrmf68zjuk2KE>

Ministry of Health, Singapore. (ม.ป.ป.). *About ElderShield*. เข้าถึงได้จาก Ministry of Health, Singapore: <https://www.careshieldlife.gov.sg/eldershield/about-eldershield.html>

Ministry of Health, Singapore. (ม.ป.ป.). *CareShieldLife*. เข้าถึงได้จาก Ministry of Health, Singapore: <https://www.careshieldlife.gov.sg/careshield-life/about-careshield-life.html>

Ministry of Social and Family Development. (ม.ป.ป.). *Services & Programmes for Elderly*. เข้าถึงได้จาก Ministry of Social and Family Development: <https://www.msf.gov.sg/policies/Helping-the-Needy-and-Vulnerable/Supporting-Vulnerable-Elderly/Pages/Services-and-Programmes-for-Elderly.aspx>

Mira Ahn. (2017). Introduction to Special Issue: Aging in Place. *Housing and Society*, 44(1-2), 1-3. doi:<https://doi.org/10.1080/08882746.2017.1398450>

National Center for Health Statistics (U.S.). (2019). *Long-term Care Providers and Services Users in the United States, 2015-2016*. Washinton, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.

National Council on Aging (NCOA). (2021). *Meet Our Benefits Enrollment Centers (BECs)*. เข้าถึงได้จาก National Council on Aging (NCOA): <https://www.ncoa.org/article/meet-our-benefits-enrollment-centers>

National Council on Aging. (2020). *Annual Report July 1, 2018 - June 30, 2019*. Arlington, VA: NCOA.

National Institute on Ageing. (2020). *National Seniors Strategy* (พิมพ์ครั้งที่ 3rd). Toronto, ON, Toronto, ON: National Institute of Ageing.

Office of Policy Development and Research. (2013). *Ageing in Place: Facilitating Choice and Independence*. เข้าถึงได้จาก https://www.huduser.gov/portal/about/org_charts.html.

- Richard Mollot. (26 09 2014). *Government Must Enforce Standards for Elder Care*. เข้าถึงได้จาก The New York Times: <https://www.nytimes.com/roomfordebate/2014/09/25/finding-humane-care-at-the-end-of-life/government-must-enforce-standards-for-elder-care>
- Ronald Andersen, และ John F. Newman. (Dec 2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 1-28. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x
- Royal Commission into Aged Care Quality and Safety. (N.A.). *Aged Care Quality Standards*. เข้าถึงได้จาก myagedcare: <https://www.myagedcare.gov.au/aged-care-quality-standards>
- S.B. Green. (1991). How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis. *Multivariate Behav Res.*, 499-510. doi: 10.1207/s15327906mbr2603_7
- Social Development Division, UNESCAP. (2015). *Long-term Care of Older Person in Japan*. เข้าถึงได้จาก <https://www.unescap.org/sites/default/files/SDD%20Working%20Paper%20Ageing%20Long%20Term%20Care%20Japan%20v1-3%20FINAL.pdf>
- The Royal Borough of Kensington and Chelsea. (2015). *Older People's Housing Design Guidance*. London: The Royal Borough of Kensington and Chelsea.
- UNESCAP Social Development Division. (2015). *Long-term Care of Older People in Singapore: A Perspective on the Current Delivery of Health and Long-term Care for Older People in Singapore*. Bangkok: UNESCAP.
- USA.GOV. (10 02 2021). *Housing Help*. เข้าถึงได้จาก USA.GOV: <https://www.usa.gov/housing-help-audiences#item-36852>
- WHO. (2007). *Global Age-Friendly Cities: A Guide*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2017). *Healthy Housing: Raising Standards, Reducing Inequalities*. Geneva: World Health Organization. เข้าถึงได้จาก World Health Organization: https://www.who.int/social_determinants/publications/housing-factsheet/en/
- WHO. (2018). *Housing and Health Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- William H. Thomas, และ Blanchard. (2009). Moving Beyond Place: Aging in Community. *Journal of the American Society on Aging*, 33(2), 12-17.
- Wittgenstein Centre for Demography and Global Capital. (2018). *Wittgenstein Centre Human Capital Data Explorer*. เรียกใช้เมื่อ 14 มีนาคม 2563 จาก Wittgenstein Centre for Demography and Global Capital: <http://dataexplorer.wittgensteincentre.org/wcde-v2/>

- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active Aging: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization [WHO]. เข้าถึงได้จาก https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *WHO Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE)*. เข้าถึงได้จาก World Health Organization: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2019). *How Housing can Improve Health and Well-being (Infographic)*. เข้าถึงได้จาก World Health Organization South-east Asia Region - WHO SEARO: www.facebook.com/WHOSEARO/photos/healthy-housing-means.../1450940741703228/
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. เข้าถึงได้จาก World Health Organization: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326843>.
- Yuan Yuan Fu, และ Ernest Wing Tak Chui. (2020). Determinants of Patterns of Need for Home and Community-Based Care Services Among Community-Dwelling Older People in Urban China: The Role of Living Arrangement and Filial Piety. *Journal of Applied Gerontology*, 39(7), 712-721. doi:10.1177/0733464819871875
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). *สรุปข้อมูลสำคัญผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนในบัตรสวัสดิการแห่งรัฐปี พ.ศ.2560*. เข้าถึงได้จาก กรมกิจการผู้สูงอายุ: <http://www.dop.go.th/th/know/1/139>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *คู่มือการดำเนินโครงการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย ประจำปีงบประมาณ 2564*. กรุงเทพฯ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). *ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุด้านความมั่นคงในชีวิต*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). *รายงานประจำปีกรมกิจการผู้สูงอายุ 2563*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ .

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (ม.ป.ป.). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562*. เรียกใช้เมื่อ 13 มีนาคม 2563 จาก กรมกิจการผู้สูงอายุ: <http://www.dop.go.th/th/know/1/275>
- กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. (7 พฤศจิกายน 2562). *วีรศักดิ์นำทีมลงพื้นที่ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ...ปลุกเอกชน เร่งปั้นธุรกิจรองรับสังคมผู้สูงอายุ หวังเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้คนไทยวัยเกษียณ*. เข้าถึงได้จาก ข่าวกรม (Press Release) ฉบับที่ 24: https://www.dbd.go.th/news_view.php?nid=469416355
- กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. (มีนาคม 2563). *บทวิเคราะห์ธุรกิจ "ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ"*. เข้าถึงได้จาก https://www.dbd.go.th/download/document_file/Statistic/2563/T26/T26_202003.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (3 กันยายน 2563). *กฎหมายคุ้มครองกิจการดูแลผู้สูงอายุ ประกาศใช้แล้ว*. เข้าถึงได้จาก ข่าวประชาสัมพันธ์: https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=3643
- กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค . (2564). *Know Your Numbers & Know Your Risks รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- กองธุรกิจบริการ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า. (25 มกราคม 2562). "พาณิชย์ เร่งแก้ปัญหาคาราคาถกลคนธุรกิจดูแลผู้สูงอายุในไทย". *ข่าวฉบับที่ 44*.
- กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *คู่มือการดำเนินโครงการการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย ประจำปีงบประมาณ 2564*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เข้าถึงได้จาก http://www.dop.go.th/download/formdownload/th1605894262-837_0.pdf
- ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2559). *แนวทางการส่งเสริมการพัฒนาาระบบดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2561). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545-2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2563*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ. (2548). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเคหะการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์และคณะ. (2548). *โครงการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มาสริน ศุกลปักษ์; กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. (2560). องค์ประกอบด้านสุขภาพตามแนวคิดสภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(ฉบับพิเศษ), 53-63.
- มูทิตา พนาสถิตย์. (2560). *การศึกษาความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (L-IADL) และ Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-Brief) ฉบับภาษาไทย*. ปทุมธานี: สาขาจิตเวช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560*. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กองทุนผู้สูงอายุ, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (10 กุมภาพันธ์ 2562). *กรอบการวิจัยท้าทายไทยเรื่อง Active and Productive Ageing ระยะที่ 2*.
- ระวี สัจจโสภณ. (2556). แนวทางการศึกษาเพื่อพัฒนาภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุ. *ว.เกษตรศาสตร์ (สังคม)*, 34(3), 471-490.
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2559). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: J.Print.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา; รัตติยา ภูละออ; ปวีณา ถีตระกูล. (2561). *ระบบสนับสนุนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตมหานคร: บทเรียนสำหรับประเทศไทยจากกรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่นและไต้หวัน*. กรุงเทพฯ: ทุนอุดหนุนการวิจัยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- วรลักษณ์ สงวนแก้ว. (2563). *การจัดบริการที่บ้านให้กับผู้สูงอายุ (Home Care Services for Elderly)*. เอกสารไม่เผยแพร่.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). *รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ระยะที่ 3 (พ.ศ.2555-2559)*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์.
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์; ทศนา ชูวีระธนะปกรณ์; เตือนใจ ภักดีพรหม; เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์; ฝ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2560). *โครงการศึกษารูปแบบการให้บริการการบริหารและการจัดการที่พักสำหรับผู้สูงอายุ*. ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
- สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน). (2563). *รายงานประจำปี 2563 สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน).

- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). (2561). *รายงานทีดีอาร์ไอ* (เล่มที่ 158). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). (2562). *รายงานทีดีอาร์ไอ* (เล่มที่ 138). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- สรารุช ไพฑูรย์พงษ์. (24 07 2558). *การปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น*. เข้าถึงได้จาก Thailand Development Research Institute: <https://tdri.or.th/2015/07/aging-society-in-japan/>
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). *รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- สำนักงานศูนย์วิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2560). *รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาการคาดประมาณความต้องการที่อยู่อาศัยของประเทศไทย ปี 2560 – 2580*. กรุงเทพฯ: การเคหะแห่งชาติ.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. กรุงเทพฯ: สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สิรินทร์ยา พูลเกิด และคณะ. (2563). *รายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1 โครงการทบทวนและวิเคราะห์นโยบายรัฐด้านการจัดการที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (ม.ป.ป.). *ข้อเสนอแนะการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

ภาคผนวก 1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้บริการที่อยู่อาศัย

Site Code.....

Version 2 /22/10/2020

ID

แบบสอบถาม

“ผู้สูงอายุตัวจริงที่มาใช้บริการ” ของบริการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท
โครงการ ศึกษาอุปสงค์และอุปทานเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
และมีความจำเป็นต้องรับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

The Study of Demand and Supply for Housing and Supportive Services for Poor and in Need of
Government Assistance Elderly

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ส่วน รวมทั้งสิ้น 23 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบ
ประมาณ 15 นาทีโดยที่ผู้วิจัยจะเป็นผู้ถามและอธิบายรายละเอียดในแต่ละข้อให้กับผู้สูงอายุเอง ซึ่งมีรายละเอียด
ในแต่ละส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคงทางสุขภาพ	จำนวน 3 ข้อ
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจ	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคงทางสังคม	จำนวน 1 ข้อ
ส่วนที่ 5 การพักอาศัยในที่อยู่สำหรับผู้สูงอายุ	จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- เพศ ชาย หญิง
- อายุปี
- สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่
- จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) ไม่มีบุตร มีบุตร จำนวน.....คน
- จังหวัดที่อาศัยอยู่ก่อนที่จะมาอยู่ที่นี่ โปรดระบุ.....
- ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่เคยเรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. อนุปริญญา/ปวส.
ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก
- ก่อนหน้านี้นประกอบอาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ธุรกิจส่วนตัวมีลูกจ้าง
 ธุรกิจส่วนตัวไม่มีลูกจ้าง รับราชการ
 พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานเอกชน
 เกษตรกร/ประมง รับจ้างทั่วไป
 อื่นๆ ระบุ.....

Site Code.....

Version 2 /22/10/2020

ID

8. อาชีพปัจจุบัน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ประกอบอาชีพเหมือนข้อ 7
 ประกอบอาชีพอื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคงทางสุขภาพ

9. สิทธิรักษาพยาบาลที่ใช้จริง ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)
 ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน
 ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ
 รัฐวิสาหกิจ
 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 ประกันสุขภาพเอกชน
 จ่ายเงินเอง
 ไม่ทราบ

10. โรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัว ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
 เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
 ไช้มันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด
 โรคอื่นๆ ระบุ.....

11. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน: ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

ประเมินความสามารถช่วงก่อนมาอยู่ที่นี้

<p>1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนบ่อนให้ <input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า <input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ</p>	<p>2. Grooming (ล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) <input type="checkbox"/> 0. ต้องการความช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>
<p>3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น <input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึง</p>	<p>4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) <input type="checkbox"/> 0. ช่วยตัวเองไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p>

Site Code.....

Version 2 /22/10/2020

ID

<p>จะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้</p> <p><input type="checkbox"/>2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/>3. ทำได้เอง</p>	<p><input type="checkbox"/>2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>
<p>5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)</p> <p><input type="checkbox"/>0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/>1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้)และจะต้องเข้าออกมห้องหรือประตูได้</p> <p><input type="checkbox"/>2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/>3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>	<p>6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย</p> <p><input type="checkbox"/>1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย</p> <p><input type="checkbox"/>2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)</p>
<p>7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ไม่สามารถทำได้</p> <p><input type="checkbox"/>1. ต้องการคนช่วย</p> <p><input type="checkbox"/>2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)</p>	<p>8. Bathing (การอาบน้ำ)</p> <p><input type="checkbox"/>0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้</p> <p><input type="checkbox"/>1. อาบน้ำเองได้</p>
<p>9. Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p><input type="checkbox"/>0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ</p> <p><input type="checkbox"/>1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p><input type="checkbox"/>2. กลั่นได้เป็นปกติ</p>	<p>10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p><input type="checkbox"/>0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้</p> <p><input type="checkbox"/>1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)</p> <p><input type="checkbox"/>2. กลั่นได้เป็นปกติ</p>
<p>รวมคะแนน แปลผล <input type="checkbox"/>12 คะแนนขึ้นไป =ติดสังคม</p> <p><input type="checkbox"/>5-11 คะแนน=ติดบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/>0-4 คะแนน = ติดเตียง</p>	

Site Code.....

Version 2 /22/10/2020

ID

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจ12. ก่อนที่จะมาอยู่ที่นี้รายได้ที่ได้รับจากทุกแหล่งเฉลี่ยต่อปี

- ไม่มีรายได้ น้อยกว่า 40,000 บาท
 40,000-500,000 บาท มากกว่า 500,000 บาท

13. ก่อนที่จะมาอยู่ที่นี้ แหล่งรายได้ทั้งหมดมาจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มีรายได้ การทำงานด้วยตนเอง
 เงินบำนาญ/บำนาญ กองทุนประกันสังคม
 ดอกเบี้ยเงินออม เงินสวัสดิการของรัฐ
 รายได้ของคู่สมรส รายได้ของบุตร
 รายได้ของพ่อแม่ รายได้ของพี่น้องและญาติ
 อื่นๆ ระบุ.....

14. ปัจจุบันรายได้ที่ได้รับจากทุกแหล่งเฉลี่ยต่อปี

- ไม่มีรายได้ น้อยกว่า 40,000 บาท
 40,000-500,000 บาท มากกว่า 500,000 บาท

15. ปัจจุบันแหล่งรายได้ทั้งหมดมาจาก

- ไม่มีรายได้ แหล่งรายได้เหมือนข้อ 13
 แหล่งรายได้อื่นๆ ระบุ.....

16. ลักษณะของสินทรัพย์ที่เป็นเจ้าของ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มี เงินออม ทอง พันธบัตร รถยนต์ บ้าน
 ที่ดิน ประกันชีวิต อื่นๆ ระบุ.....

17. รวมมูลค่าของสินทรัพย์ทั้งสิ้น

- ไม่มี น้อยกว่า 25,000 บาท 25,000-100,000 บาท
 100,000-500,000 บาท 500,000-1,000,000 บาท 1,000,000- 3,000,000 บาท
 มากกว่า 3,000,000 บาท

Site Code.....

Version 2 /22/10/2020

ID

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคงทางสังคม18. ก่อนหน้าที่จะมาอยู่ที่นี้ พักอาศัยอยู่กับใครในบ้านหลังเดียวกัน

- อยู่กับหลานวัยเด็ก
- อยู่คนเดียว
- อยู่กับเพื่อน
- อยู่กับญาติอายุมากกว่า
- อยู่กับพ่อแม่
- อยู่กับผู้รับจ้างดูแล/คนรับใช้
- อยู่กับบุตรเขย/สะใภ้
- อยู่กับญาติอายุน้อยกว่า
- อยู่กับคู่สมรส
- อยู่กับลูก
- รูปแบบการอยู่อาศัยผสมมีหลายความสัมพันธ์อยู่ด้วยกัน

ส่วนที่ 5 การพักอาศัยในที่อยู่สำหรับผู้สูงอายุ

19. ระยะเวลาที่อยู่อาศัยที่นี่ ปี

20. เหตุผลหลักที่มาอยู่ที่นี้

- หากอยู่ที่บ้านจะไม่มีใครเป็นผู้ดูแล เพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานกันหมด
- ไม่สามารถอยู่กับลูกหลานได้ เพราะมีปากเสียงกันบ่อยครั้ง
- อยู่บ้านอาจเป็นภาระแก่ลูกหลานได้
- อยู่ตัวคนเดียวไม่มีใครรอบครัว แต่มีบ้านของตนเอง
- ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลด้านการพยาบาลอย่างใกล้ชิด
- เหนงา ต้องการเข้าสังคมและมีกิจกรรมทำ
- อยู่ตัวคนเดียวและไม่มีบ้านของตนเอง
- ลูกหรือครอบครัวให้มาอยู่ที่นี้
- อื่นๆ ระบุ.....

21. เหตุผลที่เลือกที่นี่ เรียงลำดับ 3 ข้อ จากมากไปน้อย

.....มีเจ้าหน้าที่ดูแลดี

.....มีเจ้าหน้าที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

Site Code.....

Version 2 /22/10/2020

ID

-มีทีมงานพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุโดยตรงประจำตลอด
-มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยหรือคนชราทั้งร่างกายและจิตใจ
-มีอุปกรณ์หรือสิ่งจำเป็นพร้อมสำหรับเหตุการณ์ฉุกเฉิน
-สภาพแวดล้อมและสถานที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย
-มีกิจกรรมให้ทำอย่างต่อเนื่อง ไม่มีวันเหงาหรือเบื่อหน่าย
-มีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุ
-ตำแหน่งที่ตั้งอยู่ใกล้บ้าน ลูกหลานสามารถมาเยี่ยมได้สะดวก
-ราคาเหมาะสมสามารถจ่ายได้
-มีบริการครบวงจรตั้งแต่อาหาร ชักวีต ถึงบริการทำความสะอาดบ้าน
-บ้านพักขนาดใหญ่ โปร่งโล่งสบาย เย็นสบาย
-ความเป็นส่วนตัว
-มีพื้นที่สีเขียวและสถานที่ออกกำลังกาย
-ไม่เสียค่าใช้จ่าย
-สามารถเข้าอยู่ได้ทันที ไม่ต้องรอคิว
-มีคนรู้จักแนะนำมา
-อื่นๆ ระบุ.....

22. ค่าใช้จ่ายต่อเดือนประกอบด้วยค่าอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มีค่าใช้จ่ายรายเดือน
- ค่าที่พัก
- ค่าอาหาร
- ค่าส่วนกลาง
- ค่าน้ำ ค่าไฟ
- ค่าโทรศัพท์
- ค่ารับบริการพิเศษต่างๆ
- ค่าพาหนะเดินทาง เช่น ไปพบแพทย์ตามนัด
- ค่าใช้จ่ายส่วนตัว
- อื่นๆ ระบุ.....

Site Code.....

Version 2 /22/10/2020

ID

23. ค่าใช้จ่ายต่างๆ จ่ายด้วยงบประมาณส่วนไหนเป็นหลัก

- ไม่มีค่าใช้จ่ายรายเดือน
- เงินเก็บออม/บำนาญ
- เงินบำนาญข้าราชการ
- กองทุนเงินบำนาญชราภาพของประกันสังคม
- เงินประกันชีวิต
- เงินสวัสดิการผู้สูงอายุ
- รายได้จากการประกอบอาชีพของตนเอง
- รายได้ของครอบครัว
- อื่นๆ ระบุ.....

2. แบบสอบถามความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ
กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม

แบบสอบถามหมายเลข.....

เขตที่อยู่อาศัย 1 เขตเมือง 2 เขตชนบท



แบบสอบถามความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน
สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ
กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม

คำชี้แจง: โปรดเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่เลือกในช่องหมวดรหัส ตัวอย่าง เช่น (1) หรือเติมตัวเลข/คำในช่องว่าง

ที่ตั้งครัวเรือน			
ชุมชน/หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....			
ข้อมูลคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม สัมภาษณ์ได้บ้านละ 1 คน			
ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	ไม่ใช่	ใช่
1.	ปัจจุบันท่านมีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป	1	2
2.	ปัจจุบันท่านมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ข้อ 2-3 มีคุณสมบัติตามข้อใดข้อหนึ่ง)	1	2
3.	ปัจจุบันท่านมีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี (ข้อ 2-3 มีคุณสมบัติตามข้อใดข้อหนึ่ง)	1	2
4.	เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม	1	2

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
5.	การอยู่อาศัยในปัจจุบัน	ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว 1 ผู้สูงอายุ + คู่สมรส 2 ผู้สูงอายุ + เด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี 3 ผู้สูงอายุ + พ่อแม่ หรือพี่น้อง หรือบุตรอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป 4 ผู้สูงอายุ + บุตร (ไม่เกิน 60 ปี)..... 5 ผู้สูงอายุ + บุตร + หลาน..... 6 อื่นๆ ระบุ 7	

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม พนักงานสัมภาษณ์: โปรดใช้การสังเกต	ชาย 1 หญิง 2 อื่นๆ.....3	
2.	ปัจจุบันท่านมีอายุเท่าใด โปรดระบุอายุเต็มปี หรืออายุเมื่อวันเกิดครั้งล่าสุด	อายุ.....ปี	
3.	ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดที่ได้รับ พนักงานสัมภาษณ์: กรณีที่เรียนถึงชั้น ม. 2 แล้วออกมาช่วยพ่อแม่ทำนา ให้บันทึก 2 ประถมศึกษาหรือเทียบเท่าป.4/ป.6 /ป.7 ไม่ใช่ 3 มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	ไม่ได้เรียนหนังสือ.....1 ประถมหรือเทียบเท่า ป.4/ป.6/ป.7.....2 มัธยมต้นหรือเทียบเท่า.....3 มัธยมปลายหรือเทียบเท่า.....4 สายอาชีพ ปวช. ปวส.....5 ปริญญาตรี.....6 สูงกว่าปริญญาตรี.....7	
4.	สถานภาพสมรสในปัจจุบันของท่าน พนักงานสัมภาษณ์: กรณีไม่มีทะเบียนสมรส แต่อยู่กินฉันสามีภรรยา และกรณีสมรส แต่อยู่คนละที่เนื่องจากหน้าที่การงาน ให้บันทึก “2 กำลังสมรส”	โสด 1 กำลังสมรส/มีคู่สมรส 2 เป็นหม้าย 3 หย่าร้าง 4 แยกกันอยู่ 5	ข้ามไปข้อ 7 ข้ามไปข้อ 7 ข้ามไปข้อ 7 ข้ามไปข้อ 7
5.	ในกรณีที่มิใช่คู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่ ปัจจุบัน คู่สมรสของท่านมีอายุเท่าใด โปรดระบุอายุเต็มปี หรืออายุเมื่อวันเกิดครั้งล่าสุด	อายุ.....ปี	
6.	ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดที่ได้รับของคู่สมรส พนักงานสัมภาษณ์: กรณีที่เรียนถึงชั้น ม. 2 แล้วออกมาช่วยพ่อแม่ทำนา ให้บันทึก 2 ประถมศึกษาหรือเทียบเท่าป.4/ป.6 /ป.7 ไม่ใช่ 3 มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	ไม่ได้เรียนหนังสือ.....1 ประถมหรือเทียบเท่า ป.4/ป.6/ป.7.....2 มัธยมต้นหรือเทียบเท่า.....3 มัธยมปลายหรือเทียบเท่า.....4 สายอาชีพ ปวช. ปวส.....5 ปริญญาตรี.....6 สูงกว่าปริญญาตรี.....7	
7.	ท่านเกิดที่ใด	จังหวัด.....	
8.	ท่านอาศัยอยู่ในบ้านหลังนี้มาเป็นระยะเวลาานกี่ปี	น้อยกว่า 1 ปี 77 จำนวน.....ปี	ข้ามไปส่วน 2
9.	กรณีอาศัยอยู่ในบ้านหลังนี้น้อยกว่า 1 ปี ท่านย้ายมาอยู่ที่นี่ เพราะการแพร่ระบาดของโควิด 19 ใช่หรือไม่	ไม่ใช่ 1 ใช่ 2	

ส่วนที่ 2: การมีบุตร และความสัมพันธ์กับบุตร

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	ท่านมีบุตร (ทั้งบุตรโดยกำเนิดและบุตรบุญธรรม) <u>ที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันหรือไม่</u> <u>ถ้ามี</u> มีจำนวนกี่คน พนักงานสัมภาษณ์: กรณีไม่มี ให้ระบุจำนวน “0 คน” ในกรณีที่มิ/ไม่มีบุตร ต้องใส่ให้ครบทุกช่อง	บุตรโดยกำเนิด คน บุตรชายจำนวน.....คน บุตรหญิงจำนวน.....คน บุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรมคน บุตรชายจำนวน.....คน บุตรหญิงจำนวน.....คน	
2.	ท่านมีบุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) <u>ที่อาศัยอยู่เป็นประจำในครัวเรือนเดียวกันกี่คน</u> (อยู่ในบ้านเดียวกัน/อยู่ในรั้วเดียวกัน)	จำนวน.....คน กรณีไม่มี ให้ระบุจำนวน “0 คน”	
3.	ท่านมีบุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) <u>ที่อาศัยอยู่นอกครัวเรือนหรือไม่</u>	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 มีบุตรอยู่นอกครัวเรือนจำนวน.....คน	ข้ามไปส่วน 3
4.	ถ้ามี <u>บุตรที่อยู่นอกครัวเรือน</u> อาศัยอยู่ที่ใดบ้าง <u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 อยู่บ้านติดกัน/ใกล้กัน.....1 เขตอำเภอเดียวกัน.....2 อยู่ในจังหวัดเดียวกัน.....3 อยู่คนละจังหวัด.....4 อยู่ต่างประเทศ.....5	ข้ามไปส่วน 3
5.	บุตรที่อยู่นอกครัวเรือนที่อยู่ <u>ใกล้ที่สุด</u> อาศัยอยู่ที่ใด (ไม่นับรวมบุตรที่อยู่บ้านเดียวกัน)	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 อยู่บ้านติดกัน/ใกล้กัน.....1 เขตอำเภอเดียวกัน.....2 อยู่ในจังหวัดเดียวกัน.....3 อยู่คนละจังหวัด.....4 อยู่ต่างประเทศ.....5	ข้ามไปส่วน 3 ข้ามไปส่วน 3
6.	ในกรณีที่ท่านมีบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน ในระหว่าง 12 เดือนก่อนสัมภาษณ์ (เดือนมิถุนายน 2563- พฤษภาคม 2564) ได้ติดต่อกับบุตรโดยการพูดคุยทางโทรศัพท์ และโซเชียลมีเดีย เช่น เฟสบุ๊ค ไลน์ บ้างหรือไม่ และบ่อยครั้งเพียงใด	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน.....77 ไม่เคยติดต่อ.....1 ทุกวัน/เกือบทุกวัน.....2 ทุกสัปดาห์หรือเกือบทุกสัปดาห์.....3 ทุกเดือนหรือเกือบทุกเดือน.....4 อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง.....5	
7.	หากเปรียบเทียบกับก่อนการแพร่ระบาดโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 2563) ท่านติดต่อกับบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนโดยการพูดคุยทางโทรศัพท์ หรือการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน.....77 ลดลง1 เท่าเดิม2 เพิ่มขึ้น3	
8.	ในกรณีที่ท่านมีบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน ในระหว่าง 12 เดือนก่อนสัมภาษณ์ มีบุตรมาเยี่ยมเยือนหรือไม่ บ่อยครั้งเพียงใด	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 ไม่เคยมาเยี่ยมเยือน.....1 ทุกวัน/เกือบทุกวัน.....2 ทุกสัปดาห์หรือเกือบทุกสัปดาห์.....3 ทุกเดือนหรือเกือบทุกเดือน.....4 อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง.....5	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
9.	หากเปรียบเทียบกับก่อนการแพร่ระบาดโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 2563) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา บุตรที่อยู่นอกครัวเรือนมาเยี่ยมเยียนท่าน เพิ่มขึ้น เหมือนเดิม หรือลดลง	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 ลดลง 1 เท่าเดิม 2 เพิ่มขึ้น3	

ส่วนที่ 3: การทำงาน รายได้ และค่าใช้จ่าย

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาอาชีพหลักของท่าน คือ อะไร <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> อาชีพหลัก เป็นอาชีพที่รายได้สูงสุด	ไม่ได้ทำงาน..... 1 ว่างงานและกำลังหางาน..... 2 ทำงานบริษัท/โรงงานอุตสาหกรรม..... 3 รับราชการ..... 4 เกษตรกร/รับจ้างภาคเกษตร.....5 ทำธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย.....6 รับจ้างทั่วไป.....7 เกษียณอายุจากการทำงาน 8 อื่นๆระบุ.....9	
2.	ก่อนการแพร่ระบาดโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 2563) อาชีพหลักของท่าน คือ อะไร <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> อาชีพหลัก เป็นอาชีพที่รายได้สูงสุด	ไม่ได้ทำงาน..... 1 ว่างงานและกำลังหางาน..... 2 ทำงานบริษัท/โรงงานอุตสาหกรรม..... 3 รับราชการ..... 4 เกษตรกร/รับจ้างภาคเกษตร.....5 ทำธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย.....6 รับจ้างทั่วไป.....7 เกษียณอายุจากการทำงาน 8 อื่นๆระบุ.....9	
3.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีรายได้จากแหล่งใดบ้าง <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i> <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> อ่านที่ละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ	การทำงานของตนเอง 1 เงินบำเหน็จ/บำนาญ2 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ3 ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ค่าเช่า ทรัพย์สิน ของตนเอง4 คู่สมรส 5 บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) 6 พ่อ/แม่ 7 พี่น้อง/ญาติ 8 หลาน เหลน โหลน 9 บัตรสวัสดิการคนจน10 อื่นๆ ระบุ..... 11	
4.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีแหล่งรายได้สำคัญที่สุดจากแหล่งใด <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	การทำงานของตนเอง 1 เงินบำเหน็จ/บำนาญ2 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ3	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ค่าเช่า ทรัพย์สิน ของตนเอง 4 คู่สมรส 5 บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) 6 พ่อ/แม่ 7 พี่น้อง/ญาติ 8 หลาน หลาน โทหลาน 9 บัตรสวัสดิการคนจน 10 อื่นๆ ระบุ..... 11	
5.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีรายได้รวมจากทุกแหล่ง ต่อเดือนเท่าใด	โดยเฉลี่ย.....บาท ต่อเดือน	
6.	เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการแพร่ระบาดโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 2563) รายได้ของท่านในปัจจุบันเพิ่มขึ้น เท่าเดิม หรือลดลง	ลดลง1 เท่าเดิม2 เพิ่มขึ้น3	
7.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา รายได้ที่มิในแต่ละเดือนเพียงพอต่อการดำรงชีพหรือไม่	ไม่เพียงพอ 1 มีบางเดือนไม่เพียงพอ 2 เพียงพอ 3	
8.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยต้องอดอาหาร หรือลดจำนวนมื้ออาหาร หรือลดการทานเนื้อสัตว์ลง เนื่องจากไม่มีรายได้มากพอบ้างหรือไม่	ไม่เคย 1 เคย บางเดือน 2 เคย เกือบทุกเดือน 3 อื่นๆ ระบุ	
9.	ในแต่ละเดือนท่านต้องจ่ายเงินกับอะไรต่อไปนี้บ้าง (เฉพาะเงินได้ของผู้สูงอายุ) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พนักงานสัมภาษณ์: อ่านทีละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ	ค่าอาหาร+ของใช้ในชีวิตประจำวัน.....1 ใช้นี้ 2 เก็บเป็นเงินออม เพื่ออนาคต 3 เก็บออมไว้ให้ลูกหลาน 4 หวย / พนัน 5 ทำบุญ / ใ้ซองช่วยงาน 6 ยกให้บุตรจัดการเองทั้งหมด 7 อื่นๆ 8	
10.	ปัจจุบันสมาชิกในบ้านทุกคนมีรายได้รวมจากทุกแหล่ง โดยเฉลี่ยต่อเดือนเท่าใด (หรือระบุไม่รู้/ไม่ตอบ)	จำนวนเงิน.....บาท ต่อเดือน	
11.	ปัจจุบันใครเป็นผู้รับผิดชอบออกเงินค่าใช้จ่ายในบ้านเป็นหลัก เช่น ค่าน้ำค่าไฟ ค่าอาหาร พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ตัวผู้สูงอายุเอง.....1 คู่สมรส.....2 บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม).....3 บุตรเขย/บุตรสะใภ้.....4 บุตรของบุตร (หลาน).....5 พ่อ/แม่.....6 พี่น้อง/ญาติ.....7 อื่นๆ ระบุ8	

ส่วนที่ 4: ที่อยู่อาศัย

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	ลักษณะที่อยู่อาศัยในปัจจุบันของท่านเป็นอย่างไร <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> โปรดใช้การสังเกต	บ้านไม้ยกพื้น.....1 บ้านเดี่ยว.....2 ทาวน์เฮ้าส์.....3 ตึกแถว.....4 คอนโดมิเนียม.....5 อื่นๆระบุ.....6	
2.	ขนาดของพื้นที่ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน (หรือระบุไม่รู้/ไม่ตอบ)	พื้นที่ใช้สอย.....ตร.ม. ต่อชั้น	
3.	บ้านที่ท่านอาศัยอยู่เป็นของใคร <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ผู้สูงอายุเอง/คู่สมรส.....1 พ่อ/แม่ (รวมพ่อ/แม่ของคู่สมรส).....2 บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม/บุตรเขย/ บุตรสะใภ้/บุตรของบุตร).....3 พี่/น้อง/ญาติ.....4 ของหลวง/ราชการ5 บ้านเช่า 6 อื่นๆ ระบุ.....7	
4.	ที่ดินที่บ้านนี้ตั้งอยู่เป็นของใคร <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง.....1 อาศัยผู้อื่นอยู่โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.....2 เช่าระยะยาว (เช่า).....3 เช่ารายเดือน.....4 ของหลวง / ราชการ5 อื่นๆระบุ.....6	
5.	ท่านนอนอยู่ชั้นใดของที่พักอาศัย <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	บ้านชั้นเดียว/ห้องคอนโด..... 1 ใต้ถุนบ้าน 2 <i>กรณีบ้าน 2 ชั้นไป</i> ชั้นบน.....3 ชั้นล่าง.....4	
6.	ห้องน้ำอยู่ชั้นใดของที่พักอาศัย <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	บ้านชั้นเดียว/ห้องคอนโด..... 1 ใต้ถุนบ้าน 2 <i>กรณีบ้าน 2 ชั้นไป</i> ชั้นบน.....3 ชั้นล่าง.....4	
7.	ใครเป็นผู้ดูแลงานบ้านเป็นหลัก เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซัก รีดเสื้อผ้า ทำกับข้าว เป็นต้น <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ทำเองคนเดียว.....1 คนที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน.....2 ลูกจ้างทำงานบ้าน.....3 พี่/น้อง/ญาติจากที่อื่นมาช่วยทำ.....4 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ.....5 อื่นๆระบุ.....6 ช่วยๆ กันทำ 7	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
8.	ที่อยู่ปัจจุบัน ท่านรู้สึกสะดวกสบายหรือไม่	ไม่สะดวกสบาย1 พออยู่ได้ 2 สะดวกสบายดี.....3	ตอบข้อ 9 ข้ามไปข้อ 11 ข้ามไปข้อ 11
9.	เพราะเหตุใด ท่านจึงรู้สึกว่าที่อยู่ปัจจุบันนั้น ไม่สะดวกสบาย ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ขนาดของบ้าน.....1 ความมั่นคงแข็งแรงของบ้าน.....2 อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในบ้าน.....3 สภาพแวดล้อมของบ้าน (สกปรก,ไม่ปลอดภัย).4 ห่างไกลจากร้านค้า.....5 ห่างไกลจากสถานพยาบาล.....6 ห่างไกลจากครอบครัว.....7 ไม่สบายใจ คับข้องใจ อึดอัด8 อื่นๆระบุ.....9	
10.	ถ้าท่านรู้สึกว่าที่อยู่ปัจจุบันไม่สะดวกสบาย ท่านต้องการจะ ปรับปรุงบ้านหรือย้ายไปอยู่ที่อื่นหรือไม่ อย่างไร พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ย้ายที่อยู่อาศัย.....1 อยากย้าย แต่ไปไม่ได้ (ต้องทนอยู่)2 อยากปรับปรุงบ้าน จะทำในอนาคต.....3 อยากปรับปรุงบ้าน ไม่มีแผนว่าจะทำ.....4 ไม่ย้าย คิดว่าทนอยู่ได้.....5 อื่นๆระบุ.....6	ข้ามไปข้อ 12 ข้ามไปข้อ 12 ข้ามไปข้อ 12 ข้ามไปข้อ 12 ข้ามไปข้อ 12 ข้ามไปข้อ 12
11.	เพราะเหตุใด ท่านจึงรู้สึกว่าที่อยู่ปัจจุบันนั้นสะดวกสบายดี ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ได้อยู่กับครอบครัว/ใกล้ครอบครัว.....1 ขนาดของบ้านเหมาะสม.....2 อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี.....3 มีเพื่อนบ้านที่ดี.....4 อยู่ใกล้สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....5 สบายใจ / ไม่อึดอัด6 อื่นๆระบุ.....7	
12.	ในปัจจุบัน ท่านมีปัญหาหรือความกังวลต่อเรื่องที่อยู่อาศัยใน ประเด็นใดบ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ขนาดบ้านเล็กเกินไป.....1 ขนาดบ้านใหญ่เกินไป.....2 มีบันไดเยอะเกินไป.....3 ไม่มีทางลาดสำหรับรถเข็น.....4 ค่าซ่อมแซมบำรุงรักษาบ้านสูง.....5 ห่างไกลจากร้านค้า.....6 ห่างไกลจากสถานพยาบาล.....7 สภาพแวดล้อมในชุมชนไม่ปลอดภัย.....8 อื่นๆระบุ.....9 คิดว่าไม่มีปัญหาอะไร.....10 ไม่มีความกังวลใจ11	
13.	ในอนาคต หากท่านอายุมากขึ้น แต่สุขภาพยังคงเหมือนใน ปัจจุบัน ท่านตั้งใจที่จะอาศัยในที่อยู่ปัจจุบันนี้ต่อไปหรือไม่ อย่างไร พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	อยากย้ายที่อยู่ไปที่อื่น.....1 ยังอยู่ จะปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม.....2 ยังอยู่ อยากปรับปรุง แต่ไม่มีเงิน3 ยังอยู่ ไม่ต้องปรับอะไร ดีอยู่แล้ว4	ข้ามไปข้อ 15 ข้ามไปข้อ 15 ข้ามไปข้อ 15 ข้ามไปข้อ 15

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		อื่นๆระบุ.....5 ยังไม่ตัดสินใจ 6	ข้ามไปข้อ 15
14.	ในอนาคต หากท่านอายุมากขึ้น แต่สุขภาพยังคงเหมือนในปัจจุบัน ท่านวางแผนที่จะย้ายที่อยู่ ท่านตั้งใจจะไปอยู่ที่ใด พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	บ้านบุตร/หลาน/ญาติ1 บ้านเพื่อน 2 สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (Day Care).....3 สถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือเอกชน4 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (รัฐ).....5 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (เอกชน).....6 สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....7 วัดหรือสถานปฏิบัติธรรม8 อื่นๆระบุ.....9 ยังไม่ตัดสินใจ 10	
15.	ในอนาคต หากท่านอายุมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย (ติดบ้าน หรือติดเตียง) ท่านยังคงจะอาศัยในที่อยู่ปัจจุบันนี้หรือไม่ อย่างไร พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	อยากย้ายที่อยู่ไปที่อื่น.....1 ยังอยู่ จะปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม.....2 ยังอยู่ อยากปรับปรุง แต่ไม่มีเงิน3 ยังอยู่ ไม่ต้องปรับอะไร ดีอยู่แล้ว4 อื่นๆระบุ.....5 ยังไม่ตัดสินใจ 6	ข้ามไปข้อ 17 ข้ามไปข้อ 17 ข้ามไปข้อ 17 ข้ามไปข้อ 17 ข้ามไปข้อ 17
16.	ในอนาคต หากท่านอายุมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย (ติดบ้าน หรือติดเตียง) ท่านวางแผนจะย้ายไปอยู่ที่ใด พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	บ้านบุตร/หลาน/ญาติ1 บ้านเพื่อน2 สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (Day Care).....3 สถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือเอกชน4 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (รัฐ).....5 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (เอกชน).....6 สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....7 วัดหรือสถานปฏิบัติธรรม8 อื่นๆระบุ.....9 ยังไม่ตัดสินใจ 10	
17.	หากในอนาคตคู่สมรสเสียชีวิต ท่านยังคงจะอาศัยในที่อยู่ปัจจุบันนี้หรือไม่ อย่างไร พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ปัจจุบันไม่มีคู่สมรส0 อยากย้ายที่อยู่ไปที่อื่น.....1 ยังอยู่ จะปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม.....2 ยังอยู่ อยากปรับปรุง แต่ไม่มีเงิน3 ยังอยู่ ไม่ต้องปรับอะไร ดีอยู่แล้ว4 อื่นๆระบุ.....5 ยังไม่ตัดสินใจ 6	ข้ามไปข้อ 19 ข้ามไปข้อ 19 ข้ามไปข้อ 19 ข้ามไปข้อ 19 ข้ามไปข้อ 19 ข้ามไปข้อ 19
18.	หากในอนาคตคู่สมรสเสียชีวิต ท่านวางแผนจะย้ายไปอยู่ที่ใด พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ปัจจุบันไม่มีคู่สมรส0 บ้านบุตร/หลาน/ญาติ1 บ้านเพื่อน 2 สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน3	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		สถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือเอกชน4 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (รัฐ).....5 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (เอกชน).....6 สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....7 วัดหรือสถานปฏิบัติธรรม8 อื่นๆระบุ.....9 ยังไม่ตัดสินใจ 10	
19.	หากในอนาคตคู่สมรสของท่านจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และสมองเสื่อม ท่านยังคงจะอาศัยในที่อยู่ปัจจุบันนี้หรือไม่ อย่างไร	ปัจจุบันไม่มีคู่สมรส0 ยากย้ายที่อยู่ไปที่อื่น.....1 ยังอยู่ จะปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม.....2 ยังอยู่ อยากปรับปรุง แต่ไม่มีเงิน3 ยังอยู่ ไม่ต้องปรับอะไร ดีอยู่แล้ว4 อื่นๆระบุ.....5 ยังไม่ตัดสินใจ 6	ข้ามไปข้อ 21 ข้ามไปข้อ 21 ข้ามไปข้อ 21 ข้ามไปข้อ 21 ข้ามไปข้อ 21
20.	หากในอนาคตคู่สมรสของท่านจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และสมองเสื่อม ท่านวางแผนจะย้ายไปอยู่ที่ใด <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ปัจจุบันไม่มีคู่สมรส0 บ้านบุตร/หลาน/ญาติ/เพื่อน.....1 สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (Day Care).....2 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (รัฐ).....3 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (เอกชน).....4 สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....5 วัดหรือสถานปฏิบัติธรรม6 อื่นๆระบุ.....7 ยังไม่ตัดสินใจ 8	
21.	ท่านเคยได้รับการบริการจากภาครัฐในการปรับปรุงหรือซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุบ้างหรือไม่ เช่น ราวจับ ส้วมชักโครก ประตูเลื่อน เป็นต้น	ไม่รู้ว่ามีบริการ 1 ไม่เคย 2 เคย3 โปรดระบุ	
22.	ท่านเคยปรับปรุงหรือซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุด้วยเงินของตนเองบ้างหรือไม่ เช่น ราวจับ ส้วมชักโครก ประตูเลื่อน เป็นต้น	ไม่เคย 1 ไม่เคย แต่วางแผนจะปรับปรุง 2 เคย 3 โปรดระบุ.....	
23.	โดยทั่วไป ท่านคิดว่า ภาครัฐควรจัดบริการปรับปรุงหรือซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i> <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> อ่านทีละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ	ราวจับ 1 ส้วมชักโครก 2 ประตูเลื่อน 3 ที่นอนชั้นล่าง 4 พื้นกันลื่นในห้องน้ำ 5 พื้นกันลื่นในห้องครัว 6 ความแข็งแรงของตัวบ้าน 7 อื่นๆ ระบุ 8 ไม่ควรจัดให้มีบริการ9	ข้ามไปส่วน 5

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
24.	กรุณาจัดอันดับความสำคัญของประเภทที่ภาครัฐต้องจัดบริการปรับปรุงหรือซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุโดยทั่วไป <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้รหัสคำตอบจากข้อ 23	อันดับ 1 คือ อันดับ 2 คือ อันดับ 3 คือ	

ส่วนที่ 5: การอยู่อาศัย

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	จำนวนสมาชิกของครัวเรือนนี้มีกี่คน <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> กรณีไม่มี ให้ระบุจำนวน “0 คน” รวมลูกจ้างที่อยู่ประจำกินอยู่หลับนอนด้วย แต่ไม่นับรวมลูกจ้างที่ทำงานแบบไปกลับ	อาศัยอยู่เป็นประจำ คน อายุ 0-5 ปี จำนวน คน อายุ 6-14 ปี จำนวน คน อายุ 15-59 ปี จำนวน คน อายุ 60 ขึ้นไป จำนวน คน กลับมาบางวัน เช่น เสาร์อาทิตย์.....คน อายุ 0-5 ปี จำนวน คน อายุ 6-14 ปี จำนวน คน อายุ 15-59 ปี จำนวน คน อายุ 60 ขึ้นไป จำนวน คน อาศัยอยู่ที่อื่น เช่น ไปเรียน คน อายุ 0-5 ปี จำนวน คน อายุ 6-14 ปี จำนวน คน อายุ 15-59 ปี จำนวน คน อายุ 60 ขึ้นไป จำนวน คน	
2.	ปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่เป็นประจำมีใครบ้าง <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> เฉพาะที่อยู่เป็นประจำเท่านั้น อ่านทีละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ	อยู่คนเดียว.....1 คู่สมรส.....2 บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม).....3 บุตรเขย/บุตรสะใภ้.....4 บุตรของบุตร (หลาน).....5 พ่อ/แม่.....6 พี่/น้อง/ญาติ.....7 เพื่อน.....8 ผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ.....9 ผู้อาศัย/คนรับใช้/ลูกจ้าง/นายจ้าง.....10 อื่นๆระบุ.....11	
3.	ใครเป็นผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันของท่านเป็นหลัก เช่น ช่วยอาบน้ำ แต่งตัว ช่วยป้อนอาหาร ช่วยพาเข้าห้องน้ำ เป็นต้น <u>ตอบได้ข้อเดียว</u> <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	อยู่คนเดียว.....1 ไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล 2 ดูแลตัวเอง3 คู่สมรส.....4 บุตรโดยกำเนิด5	ข้ามไปข้อ 6 ข้ามไปข้อ 6 ข้ามไปข้อ 6

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		บุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม.....6 บุตรเขย/บุตรสะใภ้.....7 บุตรของบุตร (หลาน).....8 พ่อ/แม่.....9 พี่/น้อง/ญาติ.....10 เพื่อน.....11 ผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ..... 12 ผู้อาศัย/คนรับใช้/ลูกจ้าง/นายจ้าง.....13 อื่นๆระบุ.....14 ช่วยๆ กันดู15	ข้ามไปข้อ 6 ข้ามไปข้อ 6
4.	อาชีพหลักของผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันของท่านเป็นหลัก ตอบได้ข้อเดียว	ไม่ได้ทำงาน และไม่ได้หางาน..... 1 วางงานและกำลังหางาน..... 2 ทำงานบริษัท/โรงงานอุตสาหกรรม..... 3 รับราชการ..... 4 เกษตรกร/รับจ้างภาคเกษตร.....5 ทำธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย.....6 รับจ้างทั่วไป.....7 นักเรียน นักศึกษา 8 อื่นๆระบุ.....9	
5.	ผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันของท่านเป็นหลักมีหน้าที่รับผิดชอบ ดูแลใครอีกบ้าง พนักงานสัมภาษณ์:อ่านที่ละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ ถ้าไม่มี ให้ระบุ 0	บุตรหลานในวัยเรียน จำนวน คน ผู้พิการ จำนวน คน ผู้สูงอายุคนอื่นๆ จำนวน คน ผู้ป่วยเรื้อรัง / ติดเตียง จำนวน คน อื่นๆ ระบุ จำนวน คน	
6.	หากท่านอายุมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดในการ เคลื่อนไหวร่างกาย (ติดบ้าน หรือติดเตียง) ท่านวางแผนจะให้ ใครทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันของท่านเป็นหลัก พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ยังไม่ได้วางแผน 1 ไม่น่าจะมีใครมาดูแล / ดูแลตนเอง..... 2 แล้วแต่ลูกหลาน3 คู่สมรส.....4 บุตรโดยกำเนิด5 บุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม.....6 บุตรเขย/บุตรสะใภ้.....7 บุตรของบุตร (หลาน).....8 พ่อ/แม่.....9 พี่/น้อง/ญาติ.....10 เพื่อน.....11 ผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ..... 12 ผู้อาศัย/คนรับใช้/ลูกจ้าง/นายจ้าง.....13 ช่วยๆ กันดู15 อื่นๆระบุ.....16	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
7.	<p>ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น เกิดอุบัติเหตุภายในบ้าน อาการป่วยกำเริบ เป็นต้น ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง</p> <p>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</p> <p><u>พนักงานสัมภาษณ์:</u>อ่านที่ละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ</p>	<p>คนในครอบครัว1</p> <p>เพื่อนสนิท2</p> <p>เพื่อนบ้าน3</p> <p>อสม. อผส.4</p> <p>ประธานชุมชน/ผู้นำชุมชน5</p> <p>ศูนย์รับเหตุฉุกเฉินของรัฐและเอกชน ... 6</p> <p>อื่นๆ ระบุ.....7</p> <p>ไม่มี/ไม่สามารถขอความช่วยเหลือได้....8</p>	
8.	<p>ท่านเป็นสมาชิกของกลุ่มกิจกรรมทางสังคมอะไรต่อไปนี้บ้าง</p> <p>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</p> <p><u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> อ่านที่ละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ</p>	<p>ชมรมผู้สูงอายุ1</p> <p>ชมรมอื่นๆ2</p> <p>กลุ่มสัจจะออมทรัพย์.....3</p> <p>กลุ่มประกอบอาชีพ.....4</p> <p>สหกรณ์ออมทรัพย์.....5</p> <p>กลุ่มไลน์.....6</p> <p>โต๊ะแชร์.....7</p> <p>อื่นๆ ระบุ8</p> <p>ไม่มี9</p>	
9.	<p>โดยทั่วไป ท่านคิดว่า ภาครัฐควรจัดบริการสนับสนุนอะไรบ้างให้กับผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานทำหน้าที่ดูแล</p> <p>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</p> <p><u>พนักงานสัมภาษณ์:</u>อ่านที่ละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ</p>	<p>บริการซื้อหรือจัดส่งอาหาร 1</p> <p>บริการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหารเช้า การเคลื่อนไหวกายในบ้าน 2</p> <p>บริการผู้ดูแลพิเศษ 3</p> <p>ทำความสะอาดบ้าน-บริการซักล้าง 4</p> <p>บริการดูแลสัตว์เลี้ยงและต้นไม้ 5</p> <p>บริการซื้อของและจัดส่งถึงบ้าน 6</p> <p>บริการจ่ายค่าสาธารณูปโภค 7</p> <p>บริการรับ-ส่งเพื่อไปพบแพทย์ 8</p> <p>รับ-ส่งระหว่างที่พักกับระบบขนส่ง 9</p> <p>พาออกไปพักผ่อนนอกที่พัก10</p> <p>ไม่ควรจัดบริการ11</p>	

ส่วนที่ 6: ภาวะสุขภาพ

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	<p>ในระหว่าง 7 วันก่อนสัมภาษณ์ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของตนเองโดยรวมเป็นอย่างไร</p>	<p>ไม่ดีอย่างมาก 1</p> <p>ไม่ดี 2</p> <p>ปานกลาง 3</p> <p>ดี 4</p> <p>ดีมาก 5</p>	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
2.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ก่อนวันสัมภาษณ์ (เดือนมิถุนายน 2563 - พฤษภาคม 2564) ท่านรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของตนเองโดยรวมเป็นอย่างไร	ไม่ดีอย่างมาก 1 ไม่ดี 2 ปานกลาง 3 ดี 4 ดีมาก 5	
3.	เมื่อเปรียบเทียบก่อนการแพร่ระบาดโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 2563) สุขภาพของท่านในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง	แย่ลง1 เท่าเดิม2 ดีขึ้น3	
4.	ในระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ ท่านมีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i> <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	มีโรคประจำตัว1 มีการเจ็บปวดเรื้อรัง.....2 เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก.....3 มีปัญหาด้านสายตา.....4 มีปัญหาด้านการฟังเสียง.....5 มีปัญหาเรื่องฟันบดเคี้ยว.....6 ท้องผูก นอนไม่หลับ หน้ามืด ไม่มีแรง .. 7 อื่นๆ ระบุ.....8 ไม่มีปัญหาสุขภาพ 9	
5.	ในปัจจุบันท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพอะไรบ้าง <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i> <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	จะติดเชื้อโควิด 191 จะไปตรวจและรักษาพยาบาลไม่ได้ 2 จะไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล 3 จะมีอุปสรรคการเดินทางไป รพ. 4 ปัญหาสุขภาพทางกายจะแย่ลง 5 อื่นๆ ระบุ.....6	
6.	โดยปกติท่านต้องเดินทางไปสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา/บำบัดฟื้นฟูร่างกาย หรือตรวจสุขภาพตามนัด บ่อยครั้งเพียงใด	ไม่เคยไปสถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....1 อาทิตย์ละครั้ง.....2 เดือนละครั้ง.....3 2-3 เดือนครั้ง.....4 4-6 เดือนครั้ง.....5 อื่นๆระบุ.....6	
7.	โดยปกติใครเป็นคนหลักที่พาท่านเดินทางไปสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา/บำบัดฟื้นฟูร่างกาย หรือตรวจสุขภาพตามนัด <i>ตอบได้ข้อเดียว</i> <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	อยู่คนเดียว.....1 เดินทางไปด้วยตนเอง2 คู่สมรส.....3 บุตรโดยกำเนิด4 บุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม.....5 บุตรเขย/บุตรสะใภ้.....6 บุตรของบุตร (หลาน).....7 พ่อ/แม่.....8 พี่/น้อง/ญาติ.....9 เพื่อน.....10 ผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ..... 11	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		ผู้อาศัย/คนรับใช้/ลูกจ้าง/นายจ้าง.....12 อสม. / อผส.13 อื่นๆระบุ.....14	
8.	ท่านมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือไม่ ถ้ามี เป็นประเภทใด ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ	ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล.....1 บัตรทอง/หลักประกันสุขภาพ.....2 ประกันสังคม.....3 ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ.....4 รัฐวิสาหกิจ.....5 ซื้อประกันสุขภาพ (เอกชน).....6 บัตรคนพิการ7 อื่นๆระบุ.....8	
9.	เมื่อเตรียมสำหรับอาหารไว้ให้ ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตัวเองหรือไม่	ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้0 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า1 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ.....2	
10.	ท่านสามารถล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดได้เองหรือไม่ รวมทั้งที่ทำได้เมื่อเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้	ต้องการความช่วยเหลือ0 ทำเองได้1	
11.	ท่านสามารถลุกจากที่นอนหรือลุกจากเตียงไปเก้าอี้ได้เองหรือไม่	ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น.....0 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้1 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย2 ทำตัวเอง.....3	
12.	ท่านสามารถใช้ห้องน้ำได้ด้วยตนเองหรือไม่	ไม่สามารถทำได้ ต้องมีคนทำให้0 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง1 ทำได้เองทั้งหมด (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)2	
13.	ท่านสามารถเคลื่อนที่ในบ้านได้เองหรือไม่	เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้0 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง แต่ไม่ต้องมีคนเข็นให้1	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย อย่างน้อย 50 เมตร2 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง3	
14.	ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เองหรือไม่	ทำเองไม่ได้เลย0 ทำเองได้บ้างโดยมีคนช่วย.....1 ทำได้ด้วยตนเอง (ติดกระดุม รูดซิปหรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมได้).....2	
15.	ท่านสามารถขึ้นลงบันได 1 ชั้นได้หรือไม่ (ในกรณีที่บ้านไม่มีบันได แต่ถ้าต้องใช้บันไดในสถานที่อื่น เช่น วัด โรงพยาบาล เป็นต้น สามารถทำได้หรือไม่)	ไม่สามารถทำได้.....0 ทำเองได้บ้างโดยมีคนช่วย หรือช่วยดูความปลอดภัย1 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)2	
16.	ท่านสามารถอาบน้ำได้เองหรือไม่	ต้องมีคนช่วยหรือทำให้0 อาบน้ำเองได้.....1	
17.	การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ0 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)1 กลั่นได้เป็นปกติ.....2	
18.	การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้.....0 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)1 กลั่นได้เป็นปกติ2	
19.	ท่านสามารถจ่ายซื้อของได้ด้วยตนเองหรือไม่ <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> กรณีที่มีคนอื่นทำหน้าที่จ่ายซื้อของให้ถามว่า หากต้องทำด้วยตนเอง ยังสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือไม่	ดูแลการจ่ายซื้อของที่ต้องการทั้งหมดได้ด้วยตัวเอง1 จ่ายซื้อของเล็กๆ น้อยๆ ได้ด้วยตัวเอง...2 ต้องมีผู้ติดตามไปซื้อของทุกครั้ง.....3 ไม่สามารถจ่ายซื้อของเองได้เลย4	
20.	ท่านสามารถเตรียมอาหารได้ด้วยตนเองหรือไม่ <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> กรณีที่มีคนอื่นทำหน้าที่เตรียมอาหารให้ให้ถามว่า หากต้องทำด้วยตนเอง ยังสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือไม่	วางแผน ปรงอาหาร และจัดมื้ออาหารได้ด้วยตัวเองในปริมาณที่เพียงพอ1 หากจัดหาเครื่องปรุงและวัตถุดิบไว้ให้สามารถปรุงอาหารเองได้ในปริมาณที่เพียงพอ.....2 อุ่นและจัดมื้ออาหารที่ปรุงไว้แล้วได้ หรือเตรียมมื้ออาหารได้เองแต่มีปริมาณที่ไม่เพียงพอ (ต้องซื้อเพิ่ม หรือให้คนมาส่ง)...3 ต้องจัดเตรียมและจัดวางอาหารไว้ให้4	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
21.	ท่านสามารถทำงานบ้านได้ด้วยตนเองหรือไม่ <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> กรณีที่มีคนอื่นทำงานบ้านให้ ให้ถามว่า หากต้องทำด้วยตนเอง ยังสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือไม่	ดูแลงานบ้านได้ด้วยตัวเอง หรือต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว ได้แก่ งานบ้านที่หนัก 1 ทำงานบ้านที่เป็นงานเบา ๆ ได้เอง เช่น ล้างจาน จัดเก็บที่นอน2 ทำงานบ้านที่เป็นงานเบา ๆ ได้ แต่ไม่เรียบร้อย.....3 ต้องการความช่วยเหลือในการทำงานบ้านทุกอย่าง.....4 ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงานบ้านได้เลย.....5	
22.	ท่านสามารถเดินทางได้ด้วยตนเองหรือไม่ <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> กรณีปัจจุบันไม่ได้ใช้ขนส่งสาธารณะ ให้ถามว่า หากต้องเดินทางด้วยขนส่งสาธารณะยังสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือไม่	เดินทางได้ด้วยตัวเอง โดยใช้ระบบขนส่งสาธารณะ หรือการขับรถส่วนตัวได้.....1 เดินทางได้ด้วยตัวเอง โดยเรียกรถรับจ้าง แต่ไม่สามารถใช้ขนส่งสาธารณะได้2 เดินทางโดยระบบขนส่งสาธารณะได้ หากได้รับความช่วยเหลือ หรือมีผู้ติดตามไปด้วย3 เดินทางโดยใช้รถรับจ้าง หากได้รับความช่วยเหลือ4 ไม่สามารถเดินทางไปไหนเองได้.....5	
23.	ท่านจัดการเรื่องยาได้ของตนเองได้หรือไม่ <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> กรณีไม่มียา ให้ถามว่า หากต้องกินยา ท่านสามารถจัดยา และกินยาได้ด้วยตนเองหรือไม่	รับผิดชอบการกินยาได้ถูกต้องทั้งขนาดยาและมื้อยา.....1 รับผิดชอบการกินยาได้ ถ้ามีเตรียมยาและจัดมื้อยาไว้ให้ล่วงหน้า2 ไม่สามารถจัดการเรื่องยาของตัวเองได้ ...3	
24.	ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเหล่านี้หรือไม่ <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> อ่านคำตอบที่ละเอียด และบันทึกคำตอบ	โรคหลอดเลือดสมอง1 โรคอัลไซเมอร์ หรือสมองเสื่อม2 โรคข้อเข่าเสื่อม.....3 โรคกระดูกทับเส้น/กระดูกเสื่อม.....4 โรคต่อกระจก.....5 โรคต่อหีน6 โรคไตวายเรื้อรัง.....7 โรคความดันโลหิตสูง.....8 โรคเบาหวาน.....9 โรคไขมันในเลือดสูง.....10 อื่นๆระบุ.....11 ไม่มี12	
25.	ประวัติสูบบุหรี่	ยังสูบบุหรี่อยู่1 เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว.....2 ไม่เคยสูบบุหรี่.....3	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
26.	ประวัติตีพิมพ์แอลกอฮอล์	ยังตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์อยู่.....1 เคยตีพิมพ์ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว.....2 ไม่ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์.....3	
27.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตของท่านในระดับใด	ไม่พอใจอย่างมาก 1 ไม่พอใจ 2 ปานกลาง 3 พอใจ 4 พอใจเป็นอย่างมาก 5	
28.	เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 63) ท่านมีความพึงพอใจกับชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	แย่ลง1 เท่าเดิม2 ดีขึ้น3	
29.	เมื่อเปรียบเทียบกับการแพร่ระบาดของโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ช่วงเดือนมีนาคม -เมษายน 2563) ท่านมีความพึงพอใจกับชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	แย่ลง1 เท่าเดิม2 ดีขึ้น3	
30.	น้ำหนัก และส่วนสูง (ใช้การประมาณได้)	น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม.	
31.	ท่านมีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่	ไม่ใช่.....1 ใช่.....2	

32. ท่านเคยได้รับบริการสนับสนุนต่อไปนี้หรือไม่ (รวมบริการจากทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน)	ประสบการณ์การใช้บริการ			กรณีไม่มีบริการ/ไม่เคยใช้บริการ ให้ถามเพิ่มเติมว่าต้องการหรือไม่
	เคยใช้	ไม่มีบริการ	ไม่เคยใช้	
1. การจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ เช่น รถเข็น เตียง เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น จากใคร	1	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
2. การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย จากใคร	1	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน เช่น กายภาพบำบัด จากใคร	1	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
4. บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล จากใคร	1	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
5. บริการอื่นๆ ระบุ	1	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
33.	<p>โดยทั่วไป ท่านคิดว่า ภาครัฐควรจัดบริการสนับสนุนอะไรบ้างให้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ</p> <p>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</p> <p><u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> อ่านคำตอบทีละข้อ และบันทึกคำตอบ</p>	<p>การจัดการอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ เช่น อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เครื่องช่วยหายใจ รถเข็น 1</p> <p>การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วย 2</p> <p>บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน ... 3</p> <p>บริการคำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล4</p> <p>บริการผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน5</p> <p>บริการจัดยา6</p> <p>บริการพาไปหาหมอ.....7</p> <p>สถานบริการรับดูแลผู้สูงอายุ8</p> <p>อื่นๆ9</p> <p>ไม่ควรจัดบริการ10</p>	

จบการสัมภาษณ์ ขอขอบคุณครับ/ค่ะ

ผู้ตอบแบบสอบถาม

- 1 ผู้สูงอายุตอบด้วยตนเองทั้งหมด
- 2 ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบทั้งหมด
- 3 ผู้สูงอายุและผู้ดูแลร่วมกันตอบ

ส่วนของพนักงานสัมภาษณ์	
ชื่อพนักงานสัมภาษณ์
ความสมบูรณ์ของคำตอบ	1 สมบูรณ์ 2 ไม่สมบูรณ์
ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ น. - น.
วันที่	เดือน พ.ศ.....
ส่วนของบรรณาธิการในพื้นที่	
ความสมบูรณ์ของคำตอบ	1 สมบูรณ์ 2 ไม่สมบูรณ์
ตรวจสอบความถูกต้องโดย
วันที่	เดือน พ.ศ.....
ส่วนของบรรณาธิการในออฟฟิศ	
ความสมบูรณ์ของคำตอบ	1 สมบูรณ์ 2 ไม่สมบูรณ์
ตรวจสอบความถูกต้องโดย
วันที่	เดือน พ.ศ.....

3. แบบสอบถามความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย
และจำเป็นได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง

แบบสอบถามหมายเลข.....

เขตที่อยู่อาศัย 1 เขตเมือง 2 เขตชนบท



แบบสอบถามความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุน
สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและจำเป็นได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ
กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง

คำชี้แจง: โปรดเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่เลือกในช่องหมวดรหัส ตัวอย่าง เช่น 1 หรือเติมตัวเลข/คำในช่องว่าง

ที่ตั้งครัวเรือน			
ชุมชน/หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....			
ข้อมูลคัดกรองผู้ตอบแบบสอบถาม สัมภาษณ์ได้บ้านละ 1 คน			
ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	ไม่ใช่	ใช่
1.	ปัจจุบันท่านมีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป	1	2
2.	ปัจจุบันท่านมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (ข้อ 2-3 มีคุณสมบัติตามข้อใดข้อหนึ่ง)	1	2
3.	ปัจจุบันท่านมีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี (ข้อ 2-3 มีคุณสมบัติตามข้อใดข้อหนึ่ง)	1	2
4.	เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน (ข้อ 4-5 มีคุณสมบัติตามข้อใดข้อหนึ่ง)	1	2
สาเหตุที่ถูกจัดให้เป็นกลุ่มติดบ้าน คือ			
5.	เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง (ข้อ 4-5 มีคุณสมบัติตามข้อใดข้อหนึ่ง)	1	2
เป็นผู้ป่วยติดเตียงมาแล้วจำนวน ปี			

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	เข้าไป
6.	การอยู่อาศัยในปัจจุบัน	ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว 1 ผู้สูงอายุ + คู่สมรส 2 ผู้สูงอายุ + เด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี 3 ผู้สูงอายุ + พ่อแม่ หรือพี่น้อง หรือบุตร อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป 4 ผู้สูงอายุ + บุตร (ไม่เกิน 60 ปี)..... 5 ผู้สูงอายุ + บุตร + หลาน..... 6 อื่นๆ ระบุ 7	

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม พนักงานสัมภาษณ์: โปรดใช้การสังเกต	ชาย 1 หญิง 2 อื่นๆ.....3	
2.	ปัจจุบันท่านมีอายุเท่าใด โปรดระบุอายุเต็มปี หรืออายุเมื่อวันเกิดครั้งล่าสุด	อายุ.....ปี	
3.	ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดที่ได้รับ พนักงานสัมภาษณ์: กรณีที่เรียนถึงชั้น ม. 2 แล้วออกมาช่วยพ่อแม่ทำนา ให้บันทึก 2 ประถมศึกษาหรือเทียบเท่าป.4/ป.6 /ป.7 ไม่ใช่ 3 มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	ไม่ได้เรียนหนังสือ.....1 ประถมหรือเทียบเท่า ป.4/ป.6/ป.7.....2 มัธยมต้นหรือเทียบเท่า.....3 มัธยมปลายหรือเทียบเท่า.....4 สายอาชีพ ปวช. ปวส.....5 ปริญญาตรี.....6 สูงกว่าปริญญาตรี.....7	
4.	สถานภาพสมรสในปัจจุบันของท่าน พนักงานสัมภาษณ์: กรณีไม่มีทะเบียนสมรส แต่อยู่กินฉันสามีภรรยา และกรณีสมรส แต่อยู่คนละที่เนื่องจากหน้าที่การงาน ให้บันทึก “2 กำลังสมรส”	โสด 1 กำลังสมรส/มีคู่สมรส 2 เป็นหม้าย 3 หย่าร้าง 4 แยกกันอยู่ 5	ข้ามไปข้อ 7 ข้ามไปข้อ 7 ข้ามไปข้อ 7 ข้ามไปข้อ 7
5.	ในกรณีที่มีคู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่ ปัจจุบัน คู่สมรสของท่านมีอายุเท่าใด โปรดระบุอายุเต็มปี หรืออายุเมื่อวันเกิดครั้งล่าสุด	อายุ.....ปี	
6.	ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดที่ได้รับของคู่สมรส พนักงานสัมภาษณ์: กรณีที่เรียนถึงชั้น ม. 2 แล้วออกมาช่วยพ่อแม่ทำนา ให้บันทึก 2 ประถมศึกษาหรือเทียบเท่าป.4/ป.6 /ป.7 ไม่ใช่ 3 มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	ไม่ได้เรียนหนังสือ.....1 ประถมหรือเทียบเท่า ป.4/ป.6/ป.7.....2 มัธยมต้นหรือเทียบเท่า.....3 มัธยมปลายหรือเทียบเท่า.....4 สายอาชีพ ปวช. ปวส.....5 ปริญญาตรี.....6 สูงกว่าปริญญาตรี.....7	
7.	ท่านเกิดที่ใด	จังหวัด.....	
8.	ท่านอาศัยอยู่ในบ้านหลังนี้มาเป็นระยะเวลาานานกี่ปี	น้อยกว่า 1 ปี 77 จำนวน.....ปี	ข้ามไปส่วน 2
9.	กรณีอาศัยอยู่ในบ้านหลังนี้น้อยกว่า 1 ปี ท่านย้ายมาอยู่ที่นี้ เพราะการแพร่ระบาดของโควิด 19 ใช่หรือไม่	ไม่ใช่ 1 ใช่ 2	

ส่วนที่ 2: การมีบุตร และความสัมพันธ์กับบุตร

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	ท่านมีบุตร (ทั้งบุตรโดยกำเนิดและบุตรบุญธรรม) ที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันหรือไม่ ถ้ามี มีจำนวนกี่คน	บุตรโดยกำเนิด คน บุตรชายจำนวน.....คน บุตรหญิงจำนวน.....คน	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
	พนักงานสัมภาษณ์: กรณีไม่มี ให้ระบุจำนวน “0 คน” ในกรณีที่มี/ไม่มีบุตร ต้องใส่ให้ครบทุกช่อง	บุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรมคน บุตรชายจำนวน.....คน บุตรหญิงจำนวน.....คน	
2.	ท่านมีบุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) ที่อาศัยอยู่เป็นประจำ ในครัวเรือนเดียวกันกี่คน (อยู่ในบ้านเดียวกัน/อยู่ในรั้วเดียวกัน)	จำนวน.....คน กรณี ไม่มี ให้ระบุจำนวน “0 คน”	
3.	ท่านมีบุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) ที่อาศัยอยู่นอก ครัวเรือนหรือไม่	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 มีบุตรอยู่นอกครัวเรือนจำนวน.....คน	ข้ามไปส่วน 3
4.	ถ้ามี บุตรที่อยู่นอกครัวเรือน อาศัยอยู่ที่ใดบ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 อยู่บ้านติดกัน/ใกล้กัน.....1 เขตอำเภอเดียวกัน.....2 อยู่ในจังหวัดเดียวกัน.....3 อยู่คนละจังหวัด.....4 อยู่ต่างประเทศ.....5	ข้ามไปส่วน 3
5.	บุตรที่อยู่นอกครัวเรือนที่อยู่ใกล้ที่สุดอาศัยอยู่ที่ใด (ไม่นับรวมบุตรที่อยู่บ้านเดียวกัน)	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 อยู่บ้านติดกัน/ใกล้กัน.....1 เขตอำเภอเดียวกัน.....2 อยู่ในจังหวัดเดียวกัน.....3 อยู่คนละจังหวัด.....4 อยู่ต่างประเทศ.....5	ข้ามไปส่วน 3 ข้ามไปส่วน 3
6.	ในกรณีที่ท่านมีบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน ในระหว่าง 12 เดือน ก่อนสัมภาษณ์ (เดือนมิถุนายน 2563- พฤษภาคม 2564) ได้ ติดต่อกับบุตรโดยการพูดคุยทางโทรศัพท์ และโซเชียลมีเดีย เช่น เฟสบุค ไลน์ บ้างหรือไม่ และบ่อยครั้งเพียงใด	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 ไม่เคยติดต่อ.....1 ทุกวัน/เกือบทุกวัน.....2 ทุกสัปดาห์หรือเกือบทุกสัปดาห์.....3 ทุกเดือนหรือเกือบทุกเดือน.....4 อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง.....5	
7.	หากเปรียบเทียบกับก่อนการแพร่ระบาดโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่ แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 2563) ท่านติดต่อกับบุตรที่อยู่นอก ครัวเรือนโดยการพูดคุยทางโทรศัพท์ หรือการติดต่อผ่านระบบ อินเทอร์เน็ตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 ลดลง1 เท่าเดิม2 เพิ่มขึ้น3	
8.	ในกรณีที่ท่านมีบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน ในระหว่าง 12 เดือน ก่อนสัมภาษณ์ มีบุตรมาเยี่ยมเยือนหรือไม่ บ่อยครั้งเพียงใด	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 ไม่เคยมาเยี่ยมเยือน.....1 ทุกวัน/เกือบทุกวัน.....2 ทุกสัปดาห์หรือเกือบทุกสัปดาห์.....3 ทุกเดือนหรือเกือบทุกเดือน.....4 อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง.....5	
9.	หากเปรียบเทียบกับก่อนการแพร่ระบาดโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่ แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 2563) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาบุตรที่ อยู่นอกครัวเรือนมาเยี่ยมเยือนท่าน เพิ่มขึ้น เหมือนเดิม หรือ ลดลง	ไม่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน..... 77 ลดลง 1 เท่าเดิม 2 เพิ่มขึ้น3	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาอาชีพหลักของท่าน คือ อะไร <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> อาชีพหลัก เป็นอาชีพที่รายได้สูงสุด	ไม่ได้ทำงาน..... 1 ว่างงานและกำลังหางาน..... 2 ทำงานบริษัท/โรงงานอุตสาหกรรม..... 3 รับราชการ..... 4 เกษตรกร/รับจ้างภาคเกษตร.....5 ทำธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย.....6 รับจ้างทั่วไป.....7 เกษียณอายุจากการทำงาน 8 อื่นๆระบุ.....9	
2.	ก่อนการแพร่ระบาดของโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 2563) อาชีพหลักของท่าน คือ อะไร <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> อาชีพหลัก เป็นอาชีพที่รายได้สูงสุด	ไม่ได้ทำงาน..... 1 ว่างงานและกำลังหางาน..... 2 ทำงานบริษัท/โรงงานอุตสาหกรรม..... 3 รับราชการ..... 4 เกษตรกร/รับจ้างภาคเกษตร.....5 ทำธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย.....6 รับจ้างทั่วไป.....7 เกษียณอายุจากการทำงาน 8 อื่นๆระบุ.....9	
3.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีรายได้จากแหล่งใดบ้าง <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i> <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> อ่านทีละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ	การทำงานของตนเอง 1 เงินบำเหน็จ/บำนาญ2 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ3 ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ค่าเช่า ทรัพย์สินของ ตนเอง4 คู่สมรส 5 บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) 6 พ่อ/แม่ 7 พี่น้อง/ญาติ 8 หลาน เหลน โหลน 9 บัตรสวัสดิการคนจน10 อื่นๆ ระบุ..... 11	
4.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีแหล่งรายได้สำคัญที่สุดจากแหล่งใด <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	การทำงานของตนเอง 1 เงินบำเหน็จ/บำนาญ2 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/คนพิการ3 ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ค่าเช่า ทรัพย์สินของ ตนเอง 4 คู่สมรส 5 บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม) 6 พ่อ/แม่ 7 พี่น้อง/ญาติ 8 หลาน เหลน โหลน 9 บัตรสวัสดิการคนจน10	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		อื่นๆ ระบุ..... 11	
5.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีรายได้รวมจากทุกแหล่ง ต่อเดือนเท่าใด	โดยเฉลี่ย.....บาท ต่อเดือน	
6.	เมื่อเปรียบเทียบก่อนการแพร่ระบาดโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 2563) รายได้ของท่านในปัจจุบัน เพิ่มขึ้นเท่าเดิม หรือลดลง	ลดลง1 เท่าเดิม2 เพิ่มขึ้น3	
7.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา รายได้ที่มีในแต่ละเดือนเพียงพอต่อการดำรงชีพหรือไม่	ไม่เพียงพอ 1 มีบางเดือนไม่เพียงพอ 2 เพียงพอ 3	
8.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยต้องอดอาหาร หรือลดจำนวนมื้ออาหาร หรือลดการทานเนื้อสัตว์ลง เนื่องจากไม่มีรายได้มากพอบ้างหรือไม่	ไม่เคย 1 เคย บางเดือน 2 เคย เกือบทุกเดือน 3 อื่นๆ ระบุ	
9.	ในแต่ละเดือนท่านต้องจ่ายกับอะไรต่อไปนี้บ้าง (เฉพาะเงินได้ของผู้สูงอายุ) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พนักงานสัมภาษณ์: อ่านทีละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ	ค่าอาหาร+ของใช้ในชีวิตประจำวัน.....1 ใช้หนี้ 2 เก็บเป็นเงินออม เพื่ออนาคต 3 เก็บออมไว้ให้ลูกหลาน 4 ห่วย / พนัน 5 ทำบุญ / ใส่ซองช่วยงาน 6 ยกให้บุตรจัดการเองทั้งหมด 7 อื่นๆ 8	
10.	ปัจจุบันสมาชิกในบ้านทุกคนมีรายได้รวมจากทุกแหล่ง โดยเฉลี่ยต่อเดือนเท่าใด (หรือระบุไม่รู้/ไม่ตอบ)	จำนวนเงิน.....บาท ต่อเดือน	
11.	ปัจจุบันใครเป็นผู้รับผิดชอบออกเงินค่าใช้จ่ายในบ้านเป็นหลัก เช่น ค่าน้ำค่าไฟ ค่าอาหาร พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ตัวผู้สูงอายุเอง.....1 คู่สมรส.....2 บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม).....3 บุตรชาย/บุตรสะใภ้.....4 บุตรของบุตร (หลาน).....5 พ่อ/แม่.....6 พี่/น้อง/ญาติ.....7 อื่นๆ ระบุ8	

ส่วนที่ 4: ที่อยู่อาศัย

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	ลักษณะที่อยู่อาศัยในปัจจุบันของท่านเป็นอย่างไร พนักงานสัมภาษณ์: โปรดใช้การสังเกต	บ้านไม้ยกพื้น.....1 บ้านเดี่ยว.....2 ทาวน์เฮ้าส์.....3 ตึกแถว.....4 คอนโดมิเนียม.....5 อื่นๆระบุ.....6	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
2.	ขนาดของพื้นที่ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน (หรือระบุไม่รู้/ไม่ตอบ)	พื้นที่ใช้สอย.....ตร.ม. ต่อชั้น	
3.	บ้านที่ท่านอาศัยอยู่เป็นของใคร <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ผู้สูงอายุเอง/คู่สมรส.....1 พ่อ/แม่ (รวมพ่อ/แม่ของคู่สมรส).....2 บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม/บุตร เขย/บุตรสะใภ้/บุตรของบุตร).....3 พี่/น้อง/ญาติ.....4 ของหลวง/ราชการ5 บ้านเช่า 6 อื่นๆ ระบุ.....7	
4.	ที่ดินที่บ้านนี้ตั้งอยู่เป็นของใคร <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์เอง.....1 อาศัยผู้อื่นอยู่โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.....2 เช่าระยะยาว (เช่า).....3 เช่ารายเดือน.....4 ของหลวง / ราชการ5 อื่นๆระบุ.....6	
5.	ท่านนอนอยู่ชั้นใดของที่พักอาศัย <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	บ้านชั้นเดียว/ห้องคอนโด..... 1 ใต้ถุนบ้าน 2 <i>กรณีบ้าน 2 ชั้นไป</i> ชั้นบน.....3 ชั้นล่าง.....4	
6.	ห้องน้ำอยู่ชั้นใดของที่พักอาศัย <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	บ้านชั้นเดียว/ห้องคอนโด..... 1 ใต้ถุนบ้าน 2 <i>กรณีบ้าน 2 ชั้นไป</i> ชั้นบน.....3 ชั้นล่าง.....4	
7.	ใครเป็นผู้ดูแลงานบ้านเป็นหลัก เช่น ทำความสะอาดบ้าน ซักรีด เสื้อผ้า ทำกับข้าว เป็นต้น <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ทำเองคนเดียว.....1 คนที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน.....2 ลูกจ้างทำงานบ้าน.....3 พี่/น้อง/ญาติจากที่อื่นมาช่วยทำ.....4 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ.....5 อื่นๆระบุ.....6 ช่วยๆ กันทำ 7	
8.	ที่อยู่ปัจจุบัน ท่านรู้สึกสะดวกสบายหรือไม่	ไม่สะดวกสบาย1 พออยู่ได้ 2 สะดวกสบายดี.....3	ตอบข้อ 9 ข้ามไปข้อ 11 ข้ามไปข้อ 11
9.	เพราะเหตุใด ท่านจึงรู้สึกที่ที่อยู่ปัจจุบันนั้น ไม่สะดวกสบาย <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i> <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ขนาดของบ้าน.....1 ความมั่นคงแข็งแรงของบ้าน.....2 อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในบ้าน.....3 สภาพแวดล้อมของบ้าน (สกปรก,ไม่ปลอดภัย)..4 ห่างไกลจากร้านค้า.....5	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		ห่างไกลจากสถานพยาบาล.....6 ห่างไกลจากครอบครัว.....7 ไม่สบายใจ คับข้องใจ อึดอัด8 อื่นๆระบุ.....9	
10.	ถ้าท่านรู้สึกว่ายู่ปัจจุบันไม่สะดวกสบาย ท่านต้องการจะปรับปรุงบ้านหรือย้ายไปอยู่ที่อื่นหรือไม่ อย่างไร <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ย้ายที่อยู่อาศัย.....1 อยากย้าย แต่ไปไม่ได้ (ต้องทนอยู่)2 อยากปรับปรุงบ้าน จะทำในอนาคต.....3 อยากปรับปรุงบ้าน ไม่มีแผนว่าจะทำ.....4 ไม่ย้าย คิดว่าทนอยู่ได้.....5 อื่นๆระบุ.....6	ข้ามไปข้อ 12 ข้ามไปข้อ 12 ข้ามไปข้อ 12 ข้ามไปข้อ 12 ข้ามไปข้อ 12 ข้ามไปข้อ 12
11.	เพราะเหตุใด ท่านจึงรู้สึกว่ายู่ปัจจุบันนั้นสะดวกสบายดี <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i> <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ได้อยู่กับครอบครัว/ใกล้ครอบครัว.....1 ขนาดของบ้านเหมาะสม.....2 อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี.....3 มีเพื่อนบ้านที่ดี.....4 อยู่ใกล้สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....5 สบายใจ / ไม่อึดอัด6 อื่นๆระบุ.....7	
12.	ในปัจจุบัน ท่านมีปัญหาหรือความกังวลต่อเรื่องที่อยู่อาศัยในประเด็นใดบ้าง <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i> <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ขนาดบ้านเล็กเกินไป.....1 ขนาดบ้านใหญ่เกินไป.....2 มีบันไดเยอะเกินไป.....3 ไม่มีทางลาดสำหรับรถเข็น.....4 ค่าซ่อมแซมบำรุงรักษาบ้านสูง.....5 ห่างไกลจากร้านค้า.....6 ห่างไกลจากสถานพยาบาล.....7 สภาพแวดล้อมในชุมชนไม่ปลอดภัย.....8 อื่นๆระบุ.....9 คิดว่าไม่มีปัญหาอะไร.....10 ไม่มีความกังวลใจ11	
13.	ในอนาคต หากท่านอายุมากขึ้น แต่สุขภาพยังคงเหมือนในปัจจุบัน ท่านตั้งใจที่จะอาศัยในที่อยู่ปัจจุบันนี้ต่อไปหรือไม่อย่างไร <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	อยากย้ายที่อยู่ไปที่อื่น.....1 ยังอยู่ จะปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม.....2 ยังอยู่ อยากปรับปรุง แต่ไม่มีเงิน3 ยังอยู่ ไม่ต้องปรับอะไร ดีอยู่แล้ว4 อื่นๆระบุ.....5 ยังไม่ตัดสินใจ 6	ข้ามไปข้อ 15 ข้ามไปข้อ 15 ข้ามไปข้อ 15 ข้ามไปข้อ 15 ข้ามไปข้อ 15
14.	ในอนาคต หากท่านอายุมากขึ้น แต่สุขภาพยังคงเหมือนในปัจจุบัน ท่านวางแผนที่จะย้ายที่อยู่ ท่านตั้งใจจะไปอยู่ที่ใด <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	บ้านบุตร/หลาน/ญาติ1 บ้านเพื่อน 2 สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (Day Care).....3 สถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือเอกชน4 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (รัฐ).....5 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (เอกชน).....6	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....7 วัดหรือสถานปฏิบัติธรรม8 อื่นๆระบุ.....9 ยังไม่ตัดสินใจ 10	
15.	ในอนาคต หากท่านอายุมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย (ติดบ้าน หรือติดเตียง) ท่านยังคงจะอาศัยในที่อยู่ปัจจุบันนี้หรือไม่ อย่างไร พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	อยากย้ายที่อยู่ไปที่อื่น.....1 ยังอยู่ จะปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม.....2 ยังอยู่ อยากปรับปรุง แต่ไม่มีเงิน3 ยังอยู่ ไม่ต้องปรับอะไร ตีอยู่แล้ว4 อื่นๆระบุ.....5 ยังไม่ตัดสินใจ 6	ข้ามไปข้อ 17 ข้ามไปข้อ 17 ข้ามไปข้อ 17 ข้ามไปข้อ 17 ข้ามไปข้อ 17
16.	ในอนาคต หากท่านอายุมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย (ติดบ้าน หรือติดเตียง) ท่านวางแผนจะย้ายไปอยู่ที่ใด พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	บ้านบุตร/หลาน/ญาติ1 บ้านเพื่อน2 สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (Day Care).....3 สถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือเอกชน4 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (รัฐ).....5 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (เอกชน).....6 สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....7 วัดหรือสถานปฏิบัติธรรม8 อื่นๆระบุ.....9 ยังไม่ตัดสินใจ 10	
17.	หากในอนาคตคุณสมรสเสียชีวิต ท่านยังคงจะอาศัยในที่อยู่ปัจจุบันนี้หรือไม่ อย่างไร พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ปัจจุบันไม่มีคู่สมรส0 อยากย้ายที่อยู่ไปที่อื่น.....1 ยังอยู่ จะปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม.....2 ยังอยู่ อยากปรับปรุง แต่ไม่มีเงิน3 ยังอยู่ ไม่ต้องปรับอะไร ตีอยู่แล้ว4 อื่นๆระบุ.....5 ยังไม่ตัดสินใจ 6	ข้ามไปข้อ 19 ข้ามไปข้อ 19 ข้ามไปข้อ 19 ข้ามไปข้อ 19 ข้ามไปข้อ 19 ข้ามไปข้อ 19
18.	หากในอนาคตคุณสมรสเสียชีวิต ท่านวางแผนจะย้ายไปอยู่ที่ใด พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ปัจจุบันไม่มีคู่สมรส0 บ้านบุตร/หลาน/ญาติ1 บ้านเพื่อน 2 สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน3 สถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือเอกชน4 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (รัฐ).....5 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (เอกชน).....6 สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....7 วัดหรือสถานปฏิบัติธรรม8 อื่นๆระบุ.....9 ยังไม่ตัดสินใจ 10	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
19.	หากในอนาคตคู่สมรสของท่านจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และสมองเสื่อม ท่านยังคงจะอาศัยในที่อยู่ปัจจุบันนี้หรือไม่ อย่างไร	ปัจจุบันไม่มีคู่สมรส0 อยากย้ายที่อยู่ไปที่อื่น.....1 ยังอยู่ จะปรับปรุงบ้านให้เหมาะสม.....2 ยังอยู่ อยากปรับปรุง แต่ไม่มีเงิน3 ยังอยู่ ไม่ต้องปรับอะไร ดีอยู่แล้ว4 อื่นๆระบุ.....5 ยังไม่ตัดสินใจ 6	ข้ามไปข้อ 21 ข้ามไปข้อ 21 ข้ามไปข้อ 21 ข้ามไปข้อ 21 ข้ามไปข้อ 21
20.	หากในอนาคตคู่สมรสของท่านจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และสมองเสื่อม ท่านวางแผนจะย้ายไปอยู่ที่ใด พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ปัจจุบันไม่มีคู่สมรส0 บ้านบุตร/หลาน/ญาติ/เพื่อน.....1 สถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวัน (Day Care).....2 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (รัฐ).....3 บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (เอกชน).....4 สถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....5 วัดหรือสถานปฏิบัติธรรม6 อื่นๆระบุ.....7 ยังไม่ตัดสินใจ 8	
21.	ท่านเคยได้รับบริการจากภาครัฐในการปรับปรุงหรือซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุบ้างหรือไม่ เช่น ราวจับ ส้วมชักโครก ประตูเลื่อน เป็นต้น	ไม่รู้ว่ามีบริการ 1 ไม่เคย 2 เคย3 โปรดระบุ	
22.	ท่านเคยปรับปรุงหรือซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุด้วยเงินของตนเองบ้างหรือไม่ เช่น ราวจับ ส้วมชักโครก ประตูเลื่อน เป็นต้น	ไม่เคย 1 ไม่เคย แต่วางแผนจะปรับปรุง 2 เคย 3 โปรดระบุ.....	
23.	โดยทั่วไป ท่านคิดว่า ภาครัฐควรจัดบริการปรับปรุงหรือซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พนักงานสัมภาษณ์: อ่านทีละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ	ราวจับ 1 ส้วมชักโครก 2 ประตูเลื่อน 3 ที่นอนชั้นล่าง 4 พื้นกันลื่นในห้องน้ำ 5 พื้นกันลื่นในห้องครัว 6 ความแข็งแรงของตัวบ้าน 7 อื่นๆ ระบุ 8 ไม่ควรจัดให้มีบริการ9	ข้ามไปส่วน 5
24.	กรุณาจัดอันดับความสำคัญของประเภทที่ภาครัฐต้องจัดบริการปรับปรุงหรือซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุโดยทั่วไป พนักงานสัมภาษณ์: ใช้รหัสคำตอบจากข้อ 23	อันดับ 1 คือ อันดับ 2 คือ อันดับ 3 คือ	

ส่วนที่ 5: การอยู่อาศัย

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป	
1.	จำนวนสมาชิกของครัวเรือนนี้มีกี่คน พนักงานสัมภาษณ์: กรณีไม่มี ให้ระบุจำนวน “0 คน” รวมลูกจ้างที่อยู่ประจำกินอยู่หลับนอนด้วย แต่ไม่นับรวมลูกจ้างที่ทำงานแบบไปกลับ	อาศัยอยู่เป็นประจำ คน อายุ 0-5 ปี จำนวน คน อายุ 6-14 ปี จำนวน คน อายุ 15-59 ปี จำนวน คน อายุ 60 ขึ้นไป จำนวน คน กลับมาบางวัน เช่น เสาร์อาทิตย์.....คน อายุ 0-5 ปี จำนวน คน อายุ 6-14 ปี จำนวน คน อายุ 15-59 ปี จำนวน คน อายุ 60 ขึ้นไป จำนวน คน อาศัยอยู่ที่อื่น เช่น ไปเรียน คน อายุ 0-5 ปี จำนวน คน อายุ 6-14 ปี จำนวน คน อายุ 15-59 ปี จำนวน คน อายุ 60 ขึ้นไป จำนวน คน		
2.	ปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่เป็นประจำมีใครบ้าง พนักงานสัมภาษณ์: เฉพาะที่อยู่เป็นประจำเท่านั้น อ่านทีละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ	อยู่คนเดียว.....1 คู่สมรส.....2 บุตร (รวมบุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม).....3 บุตรเขย/บุตรสะใภ้.....4 บุตรของบุตร (หลาน).....5 พ่อ/แม่.....6 พี่/น้อง/ญาติ.....7 เพื่อน.....8 ผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ.....9 ผู้อาศัย/คนรับใช้/ลูกจ้าง/นายจ้าง.....10 อื่นๆระบุ.....11		
3.	ใครเป็นผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันของท่านเป็นหลัก เช่น ช่วย อาบน้ำ แต่งตัว ช่วยป้อนอาหาร ช่วยพาเข้าห้องน้ำ เป็นต้น ตอบได้ข้อเดียว พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	อยู่คนเดียว.....1 ไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล 2 ดูแลตัวเอง3 คู่สมรส.....4 บุตรโดยกำเนิด5 บุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม.....6 บุตรเขย/บุตรสะใภ้.....7 บุตรของบุตร (หลาน).....8 พ่อ/แม่.....9 พี่/น้อง/ญาติ.....10 เพื่อน.....11	ข้ามไปข้อ 6 ข้ามไปข้อ 6 ข้ามไปข้อ 6	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		ผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ..... 12 ผู้อาศัย/คนรับใช้/ลูกจ้าง/นายจ้าง.....13 อื่นๆระบุ.....14 ช่วยๆ กันดู15	ข้ามไปข้อ 6 ข้ามไปข้อ 6
4.	อาชีพหลักของผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันของท่านเป็นหลัก ตอบได้ข้อเดียว	ไม่ได้ทำงาน และไม่ได้หางาน..... 1 ว่างงานและกำลังหางาน..... 2 ทำงานบริษัท/โรงงานอุตสาหกรรม..... 3 รับราชการ..... 4 เกษตรกร/รับจ้างภาคเกษตร.....5 ทำธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย.....6 รับจ้างทั่วไป.....7 นักเรียน นักศึกษา 8 อื่นๆระบุ.....9	
5.	ผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันของท่านเป็นหลักมีหน้าที่รับผิดชอบดูแล ใครอีกบ้าง พนักงานสัมภาษณ์:อ่านที่ละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ ถ้าไม่มี ให้ระบุ 0	บุตรหลานในวัยเรียน จำนวน คน ผู้พิการ จำนวน คน ผู้สูงอายุคนอื่นๆ จำนวน คน ผู้ป่วยเรื้อรัง / ติดเตียง จำนวน คน อื่นๆ ระบุ จำนวน คน	
6.	หากท่านอายุมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดในการ เคลื่อนไหวร่างกาย (ติดบ้าน หรือติดเตียง) ท่านวางแผนจะให้ ใครทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันของท่านเป็นหลัก พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	ยังไม่ได้วางแผน 1 ไม่น่าจะมีใครมาดูแล / ดูแลตนเอง..... 2 แล้วแต่ลูกหลาน3 คู่สมรส.....4 บุตรโดยกำเนิด5 บุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม.....6 บุตรเขย/บุตรสะใภ้.....7 บุตรของบุตร (หลาน).....8 พ่อ/แม่.....9 พี่/น้อง/ญาติ.....10 เพื่อน.....11 ผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ..... 12 ผู้อาศัย/คนรับใช้/ลูกจ้าง/นายจ้าง.....13 ช่วยๆ กันดู15 อื่นๆระบุ.....16	
7.	ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น เกิดอุบัติเหตุภายในบ้าน อาการป่วยกำเริบ เป็นต้น ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจาก ใครได้บ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พนักงานสัมภาษณ์:อ่านที่ละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ	คนในครอบครัว1 เพื่อนสนิท2 เพื่อนบ้าน3 อสม. อผส.4 ประธานชุมชน/ผู้นำชุมชน5 ศูนย์รับเหตุฉุกเฉินของรัฐและเอกชน ... 6 อื่นๆ ระบุ.....7	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		ไม่มี/ไม่สามารถขอความช่วยเหลือได้.....8	
8.	<p>ท่านเป็นสมาชิกของกลุ่มกิจกรรมทางสังคมอะไรต่อไปนี้บ้าง ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</p> <p><u>พนักงานสัมภาษณ์</u>: อ่านทีละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ</p>	ชมรมผู้สูงอายุ1 ชมรมอื่นๆ2 กลุ่มสัจจะออมทรัพย์.....3 กลุ่มประกอบอาชีพ.....4 สหกรณ์ออมทรัพย์.....5 กลุ่มไลน์.....6 โตะแชร์.....7 อื่นๆ ระบุ8 ไม่มี9	

9. ท่านเคยได้รับบริการสนับสนุนต่อไปนี้หรือไม่ (รวมบริการจากทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน)	ประสบการณ์การใช้บริการ			กรณีไม่มีบริการ/ไม่เคยใช้บริการ ให้ถามเพิ่มเติมว่าต้องการหรือไม่
	เคยใช้	ไม่มีบริการ	ไม่เคยใช้	
1. บริการด้านอาหาร เช่น ซื้อและจัดส่ง จัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการเฉพาะ เป็นต้น	1 จากใคร	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
2. บริการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหารและการเคลื่อนไหวภายในบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น	1 จากใคร	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
3. บริการผู้ดูแลพิเศษ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล อสม. ที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น	1 จากใคร	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
4. ทำความสะอาดบ้านและบริการซักล้างต่างๆ	1 จากใคร	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
5. บริการดูแลสัตว์เลี้ยงและต้นไม้	1 จากใคร	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
6. บริการซื้อของและจัดส่งถึงบ้าน	1 จากใคร	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
7. บริการจ่ายค่าสาธารณูปโภค	1 จากใคร	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
8. บริการรับ-ส่งเพื่อไปพบแพทย์ หรือไปทำกิจกรรมทางสังคมต่างๆในชุมชน	1 จากใคร	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
9. รับ-ส่งระหว่างที่พักอาศัยกับระบบขนส่งสาธารณะต่างๆ	1 จากใคร	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
10. อาสาสมัครพาออกไปพักผ่อนนอกที่พำนัก	1 จากใคร	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
11. การจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น เช่น กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น	1 จากใคร	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
10.	โดยทั่วไป ท่านคิดว่า ภาครัฐควรจัดบริการสนับสนุนอะไรบ้างให้กับผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานทำหน้าที่ดูแล <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i> พนักงานสัมภาษณ์:อ่านที่ละตัวเลือก และบันทึกคำตอบ	บริการซื้อหรือจัดส่งอาหาร 1 บริการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหารและยา การเคลื่อนไหวกายในบ้าน 2 บริการผู้ดูแลพิเศษ 3 ทำความสะอาดบ้าน-บริการซักล้าง 4 บริการดูแลสัตว์เลี้ยงและต้นไม้ 5 บริการซื้อของและจัดส่งถึงบ้าน 6 บริการจ่ายค่าสาธารณูปโภค 7 บริการรับ-ส่งเพื่อไปพบแพทย์ 8 รับ-ส่งระหว่างที่พักกับระบบขนส่ง 9 พาออกไปพักผ่อนนอกที่พัก10 ไม่ควรจัดบริการ11	

ส่วนที่ 6: ภาวะสุขภาพ

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
1.	ในระหว่าง 7 วันก่อนสัมภาษณ์ ท่านรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของตนเองโดยรวมเป็นอย่างไร	ไม่ดีอย่างมาก 1 ไม่ดี 2 ปานกลาง 3 ดี 4 ดีมาก 5	
2.	ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ก่อนวันสัมภาษณ์ (เดือนมิถุนายน 2563 - พฤษภาคม 2564) ท่านรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายของตนเองโดยรวมเป็นอย่างไร	ไม่ดีอย่างมาก 1 ไม่ดี 2 ปานกลาง 3 ดี 4 ดีมาก 5	
3.	เมื่อเปรียบเทียบก่อนการแพร่ระบาดโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 2563) สุขภาพของท่านในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง	แย่ลง1 เท่าเดิม2 ดีขึ้น3	
4.	ในระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ ท่านมีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i> พนักงานสัมภาษณ์: ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	มีโรคประจำตัว1 มีการเจ็บปวดเรื้อรัง.....2 เคลื่อนไหวกายลำบาก.....3 มีปัญหาด้านสายตา.....4 มีปัญหาด้านการฟังเสียง.....5 มีปัญหาเรื่องฟันบดเคี้ยว.....6 ท้องผูก นอนไม่หลับ หน้ามืด ไม่มีแรง .. 7 อื่นๆ ระบุ.....8 ไม่มีปัญหาสุขภาพ 9	
5.	ในปัจจุบันท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพอะไรบ้าง <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i>	จะติดเชื้อโควิด 191 จะไปตรวจและรักษาพยาบาลไม่ได้ 2	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
	<u>พนักงานสัมภาษณ์</u> : ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	จะไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล 3จะ มีอุปสรรคการเดินทางไป รพ. 4 ปัญหาสุขภาพทางกายจะแยลง 5 อื่นๆ ระบุ.....6	
6.	โดยปกติท่านต้องเดินทางไปสถานพยาบาลเพื่อรับการ รักษา/บำบัดฟื้นฟูร่างกาย หรือตรวจสุขภาพตามนัด บ่อยครั้งเพียงใด	ไม่เคยไปสถานพยาบาล/โรงพยาบาล.....1 อาทิตย์ละครั้ง.....2 เดือนละครั้ง.....3 2-3 เดือนครั้ง.....4 4-6 เดือนครั้ง.....5 อื่นๆระบุ.....6	
7.	โดยปกติใครเป็นคนหลักที่พาท่านเดินทางไป สถานพยาบาล เพื่อรับการรักษา/บำบัดฟื้นฟูร่างกาย หรือตรวจสุขภาพตามนัด <i>ตอบได้ข้อเดียว</i> <u>พนักงานสัมภาษณ์</u> : ใช้การฟัง ไม่อ่านตัวเลือก	อยู่คนเดียว.....1 เดินทางไปด้วยตนเอง2 คู่สมรส.....3 บุตรโดยกำเนิด4 บุตรเลี้ยง/บุตรบุญธรรม.....5 บุตรเขย/บุตรสะใภ้.....6 บุตรของบุตร (หลาน).....7 พ่อ/แม่.....8 พี่/น้อง/ญาติ.....9 เพื่อน.....10 ผู้รับจ้างดูแลผู้สูงอายุ..... 11 ผู้อาศัย/คนรับใช้/ลูกจ้าง/นายจ้าง.....12 อสม. / อพส.13 อื่นๆระบุ.....14	
8.	ท่านมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ ถ้ามี เป็นประเภทใด <i>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</i>	ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล.....1 บัตรทอง/หลักประกันสุขภาพ.....2 ประกันสังคม.....3 ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ.....4 รัฐวิสาหกิจ.....5 ชื่อประกันสุขภาพ (เอกชน).....6 บัตรคนพิการ7 อื่นๆระบุ.....8	
9.	เมื่อเตรียมสำหรับอาหารไว้ให้ ท่านสามารถรับประทาน อาหารได้ด้วยตัวเองหรือไม่	ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อน ให้0 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ ล่วงหน้า1 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ.....2	
10.	ท่านสามารถล้างหน้า หรือแปรงฟัน โคนหวัดได้เอง หรือไม่ รวมทั้งที่ทำได้เมื่อเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้	ต้องการความช่วยเหลือ0 ทำเองได้1	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
11.	ท่านสามารถลุกจากที่นอนหรือลุกจากเตียงไปเก้าอี้ได้เองหรือไม่	ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือ ต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น.....0 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะ นั่งอยู่ได้1 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำ ตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย2 ทำได้เอง.....3	
12.	ท่านสามารถใช้ห้องน้ำได้ด้วยตนเองหรือไม่	ไม่สามารถทำได้ ต้องมีคนทำให้0 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาด ตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความ ช่วยเหลือในบางสิ่ง1 ทำตัวเองทั้งหมด (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเอง ได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จ ธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)2	
13.	ท่านสามารถเคลื่อนที่ในบ้านได้เองหรือไม่	เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้0 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง แต่ ไม่ต้องมีคนเข็นให้1 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือ บอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย อย่างน้อย 50 เมตร2 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง3	
14.	ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เองหรือไม่	ทำเองไม่ได้เลย0 ทำเองได้บ้างโดยมีคนช่วย.....1 ทำได้ด้วยตนเอง (ติดกระดุม รูดซิปหรือใช้ เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมได้.....2	
15.	ท่านสามารถขึ้นลงบันได 1 ชั้นได้หรือไม่ (ในกรณีที่บ้านไม่มีบันได แต่ถ้าต้องใช้บันไดในสถานที่อื่น เช่น วัด โรงพยาบาล เป็นต้น สามารถทำได้หรือไม่)	ไม่สามารถทำได้.....0 ทำเองได้บ้างโดยมีคนช่วย หรือช่วยดูความ ปลอดภัย1 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)2	
16.	ท่านสามารถอาบน้ำได้เองหรือไม่	ต้องมีคนช่วยหรือทำให้0 อาบน้ำเองได้.....1	
17.	การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่ เสมอ0 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อ สัปดาห์)1	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
		กลืนได้เป็นปกติ.....2	
18.	การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้.....0 กลืนไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)1 กลืนได้เป็นปกติ2	
19.	ท่านสามารถจ่ายซื้อของได้ด้วยตนเองหรือไม่ <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> กรณีที่มีคนอื่นทำหน้าที่จ่ายซื้อของ ให้ถามว่า หากต้องทำด้วยตนเอง ยังสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือไม่	ดูแลการจ่ายซื้อของที่ต้องการทั้งหมดได้ด้วยตัวเอง1 จ่ายของเล็กๆ น้อยๆ ได้ด้วยตัวเอง...2 ต้องมีผู้ติดตามไปซื้อของทุกครั้ง.....3 ไม่สามารถจ่ายซื้อของเองได้เลย4	
20.	ท่านสามารถเตรียมอาหารได้ด้วยตนเองหรือไม่ <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> กรณีที่มีคนอื่นทำหน้าที่เตรียมอาหารให้ ให้ถามว่า หากต้องทำด้วยตนเอง ยังสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือไม่	วางแผน ปรงอาหาร และจัดมื้ออาหารได้ด้วยตัวเองในปริมาณที่เพียงพอ1 หากจัดหาเครื่องปรุงและวัตถุดิบไว้ให้สามารถปรุงอาหารเองได้ในปริมาณที่เพียงพอ2 อุ่นและจัดมื้ออาหารที่ปรุงไว้แล้วได้ หรือเตรียมมื้ออาหารได้เองแต่มีปริมาณที่ไม่เพียงพอ (ต้องซื้อเพิ่ม หรือให้คนมาส่ง)...3 ต้องจัดเตรียมและจัดวางอาหารไว้ให้4	
21.	ท่านสามารถทำงานบ้านได้ด้วยตนเองหรือไม่ <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> กรณีที่มีคนอื่นทำงานบ้านให้ ให้ถามว่า หากต้องทำด้วยตนเอง ยังสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือไม่	ดูแลงานบ้านได้ด้วยตัวเอง หรือต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว ได้แก่ งานบ้านที่หนัก 1 ทำงานบ้านที่เป็นงานเบา ๆ ได้เอง เช่น ล้างจาน จัดเก็บที่นอน2 ทำงานบ้านที่เป็นงานเบา ๆ ได้ แต่ไม่เรียบร้อย.....3 ต้องการความช่วยเหลือในการทำงานบ้านทุกอย่าง.....4 ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงานบ้านได้เลย.....5	
22.	ท่านสามารถเดินทางได้ด้วยตนเองหรือไม่ <u>พนักงานสัมภาษณ์:</u> กรณีปัจจุบันไม่ได้ใช้ขนส่งสาธารณะ ให้ถามว่า หากต้องเดินทางด้วยขนส่งสาธารณะยังสามารถทำได้ด้วยตนเองหรือไม่	เดินทางได้ด้วยตัวเอง โดยใช้ระบบขนส่งสาธารณะ หรือการขับรถส่วนตัวได้.....1 เดินทางได้ด้วยตัวเอง โดยเรียกรถรับจ้าง แต่ไม่สามารถใช้ขนส่งสาธารณะได้2 เดินทางโดยระบบขนส่งสาธารณะได้ หากได้รับความช่วยเหลือ หรือมีผู้ติดตามไปด้วย3 เดินทางโดยใช้รถรับจ้าง หากได้รับความช่วยเหลือ4 ไม่สามารถเดินทางไปไหนเองได้.....5	

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
23.	ท่านจัดการเรื่องยาได้ของตนเองได้หรือไม่ พนักงานสัมภาษณ์: กรณีไม่มียา ให้ถามว่า หากต้องกินยา ท่านสามารถจัดยา และกินยาได้ด้วยตนเองหรือไม่	รับผิดชอบการกินยาได้ถูกต้องทั้งขนาดยา และมือยา.....1 รับผิดชอบการกินยาได้ ถ้ามีเตรียมยาและจัดมือยาไว้ให้ล่วงหน้า2 ไม่สามารถจัดการเรื่องยาของตัวเองได้ ...3	
24.	ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเหล่านี้หรือไม่ พนักงานสัมภาษณ์: อ่านคำตอบที่ละข้อ และบันทึกคำตอบ	โรคหลอดเลือดสมอง1 โรคอัลไซเมอร์ หรือสมองเสื่อม2 โรคข้อเข่าเสื่อม.....3 โรคกระดูกทับเส้น/กระดูกเสื่อม.....4 โรคต่อกระຈก.....5 โรคต่อหีน6 โรคไตวายเรื้อรัง.....7 โรคความดันโลหิตสูง.....8 โรคเบาหวาน.....9 โรคไขมันในเลือดสูง.....10 อื่นๆระบุ.....11 ไม่มี12	
25.	ประวัติสูบบุหรี่	ยังสูบบุหรี่อยู่1 เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว.....2 ไม่เคยสูบบุหรี่.....3	
26.	ประวัติดื่มแอลกอฮอล์	ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่.....1 เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว.....2 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....3	
27.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตของท่านในระดับใด	ไม่พอใจอย่างมาก 1 ไม่พอใจ 2 ปานกลาง 3 พอใจ 4 พอใจเป็นอย่างมาก 5	
28.	เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ก่อนเดือนมีนาคม 63) ท่านมีความพึงพอใจกับชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	แย่ลง1 เท่าเดิม2 ดีขึ้น3	
29.	เมื่อเปรียบเทียบกับการแพร่ระบาดของโควิดครั้งแรกเมื่อปีที่แล้ว (ช่วงเดือนมีนาคม -เมษายน 2563) ท่านมีความพึงพอใจกับชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	แย่ลง1 เท่าเดิม2 ดีขึ้น3	
30.	น้ำหนัก และส่วนสูง (ใช้การประมาณได้)	น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม.	
31.	ท่านมีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่	ไม่ใช่.....1 ใช่.....2	

32. ท่านเคยได้รับบริการสนับสนุนต่อไปนี้หรือไม่ (รวมบริการจากทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน)	ประสบการณ์การใช้บริการ			กรณีไม่มีบริการ/ไม่เคยใช้บริการ ให้ถามเพิ่มเติมว่าต้องการหรือไม่
	เคยใช้	ไม่มีบริการ	ไม่เคยใช้	
1. การจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ เช่น รถเข็น เตียง เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น จากใคร	1	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
2. การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย จากใคร	1	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
3. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน เช่น กายภาพบำบัด จากใคร	1	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
4. บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล จากใคร	1	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2
5. บริการอื่นๆ ระบุ	1	2	3	ต้องการ 1 ไม่ต้องการ 2

ข้อ	คำถามและคำสั่งชี้แนะ	หมวดรหัส	ข้ามไป
33.	<p>โดยทั่วไป ท่านคิดว่า ภาครัฐควรจัดบริการสนับสนุนอะไรบ้างให้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ</p> <p>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</p> <p>พนักงานสัมภาษณ์: อ่านคำตอบที่ละข้อ และบันทึกคำตอบ</p>	<p>การจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ เช่น อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เครื่องช่วยหายใจ รถเข็น 1</p> <p>การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย 2</p> <p>บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน ... 3</p> <p>บริการคำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล4</p> <p>บริการผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน5</p> <p>บริการจัดยา6</p> <p>บริการพาไปหาหมอ.....7</p> <p>สถานบริการรับดูแลผู้สูงอายุ8</p> <p>อื่นๆ9</p> <p>ไม่ควรจัดบริการ10</p>	

จบการสัมภาษณ์ ขอขอบคุณครับ/ค่ะ

ผู้ตอบแบบสอบถาม

- 1 ผู้สูงอายุตอบด้วยตนเองทั้งหมด
- 2 ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบทั้งหมด
3. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลร่วมกันตอบ

ส่วนของพนักงานสัมภาษณ์

ชื่อพนักงานสัมภาษณ์

ความสมบูรณ์ของคำตอบ 1 สมบูรณ์ 2 ไม่สมบูรณ์

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ น. - น.

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ส่วนของบรรณาธิการในพื้นที่

ความสมบูรณ์ของคำตอบ 1 สมบูรณ์ 2 ไม่สมบูรณ์

ตรวจสอบความถูกต้องโดย

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ส่วนของบรรณาธิการในออฟฟิศ

ความสมบูรณ์ของคำตอบ 1 สมบูรณ์ 2 ไม่สมบูรณ์

ตรวจสอบความถูกต้องโดย

วันที่ เดือน พ.ศ.....

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง

กรณีศึกษาที่.....จังหวัด.....

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุยากจนแบบสุดโต่ง

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 5 กรณีศึกษา

1. ผู้สูงอายุยากจนที่อยู่คนเดียว มีปัญหาสุขภาพ หรือผู้สูงอายุยากจนที่มีลูกหลานอยู่นอกครัวเรือน และได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุนหรือที่อยู่อาศัย
2. ผู้สูงอายุไร้บ้าน/มีบ้านที่ไม่มั่นคง และได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุนหรือที่อยู่อาศัย
3. ผู้สูงอายุยากจนที่อยู่กับผู้สูงอายุด้วยกันในครัวเรือน ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุนหรือที่อยู่อาศัย
4. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ยังคงต้องทำงานหาเลี้ยงตัวเอง และครอบครัว ไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านบริการสนับสนุนหรือที่อยู่อาศัย
5. ผู้สูงอายุยากจนสุดโต่งกลุ่มอื่นๆ ที่มีลักษณะเฉพาะในพื้นที่+ระบุเหตุผลการเลือก

คำชี้แจง: กรุณาเติมข้อความหรือรายละเอียดที่เป็นคำตอบจากผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลลงในช่องว่าง

1. ข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุ
1.1 เพศ
1.2 อายุเต็มปี
1.3 ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด
1.4 สมาร์ทโฟน (มีหรือไม่, ใช้เป็นหรือไม่ ระดับใด)
1.5 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้สูงอายุ - สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวของตัวเองเดิม (สถานะทางเศรษฐกิจในอดีตของครอบครัวผู้สูงอายุก่อนที่จะมีคู่สมรสหรือตั้งแต่ผู้สูงอายุยังอยู่ในวัยแรงงาน: ยากจน, พอมีพอกิน, เคยร่ำรวย ประกอบอาชีพอะไร เคยเปลี่ยนอาชีพมาแล้วกี่อาชีพ)
- ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงด้านสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างไรบ้าง เป็นเพราะอะไร
1.6 สถานภาพสมรส ข้อมูลของคู่สมรส และข้อมูลของบุตร (ถ้ามี) - ข้อมูลของคู่สมรสทั้งในอดีตและปัจจุบัน (อายุ, การทำงาน, สถานะด้านสุขภาพ) - ข้อมูลของบุตร (ใส่รายละเอียดของบุตรทุกคน: จำนวน, เพศ, อายุ, การศึกษาและการทำงานของบุตร, สถานที่ทำงานของบุตร, ความสัมพันธ์กับบุตรทั้งในและนอกครัวเรือน)

1.7 ประวัติชีวิตเกี่ยวกับการย้ายถิ่น

- เกิดและเติบโตที่ใด

- เคยย้ายถิ่นไปอาศัยอยู่ที่ใดบ้าง ย้ายไปอาศัยอยู่กับใคร ด้วยเหตุผลใด

- เพราะเหตุใด จึงเลือกอาศัยในบ้านที่อยู่ในปัจจุบัน
(เหตุผลทางเศรษฐกิจ, เหตุผลทางครอบครัว, เหตุผลด้านจิตใจ ฯลฯ)

2. แหล่งที่มาของรายได้ และค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ

2.1 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุทำงานอะไรเป็นหลัก (งานที่ได้รายได้สูงสุด) และมีอาชีพเสริมเป็นงานอื่นๆ หรือไม่

- ในกรณีที่ผู้สูงอายุยังทำงานอยู่ เพราะเหตุใด (เช่น หาเลี้ยงตัวเองและครอบครัว, รายได้จากบุตรไม่พอใช้จ่าย, ต้องการเงินมาเพื่อ.... เป็นต้น)

2.2 ผู้สูงอายุมียารายได้จากแหล่งใดบ้าง และเฉลี่ยต่อเดือนเป็นเงินจำนวนเท่าใด (รวมถึงเงินจากบัตรสวัสดิการคนจน เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยคนพิการ เงินช่วยเหลือ หรือเงินบริจาคจากหน่วยงานต่างๆ) รายได้ดังกล่าวเพียงพอต่อการยังชีพในปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร

- แหล่งรายได้ประจำ

- ในช่วงโควิด-19 ที่มีแหล่งรายได้อื่นๆ เข้ามา

2.3 หากเงินใช้จ่ายไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาใครได้บ้าง หรือต้องทำอะไร

<p>2.4 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุเคยต้องเสียเงินก้อนใหญ่โดยที่ไม่คาดคิดมาก่อนหรือไม่ เช่น ค่ารักษาพยาบาลทั้งของตัวเอง และคนในครอบครัว เพราะเหตุใด และผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจและความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยของครอบครัว</p>
<p>2.5 ผู้สูงอายุเคยวางแผนเก็บเงินไว้ใช้ดูแลตัวเองยามแก่ชราหรือไม่ ด้วยวิธีการใด เพราะเหตุใด (นับรวมการเก็บเงินและทรัพย์สินในทุกรูปแบบ เช่น เข้าร่วมกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มออมทรัพย์ ซื้อมอเตอร์ไซด์ เป็นต้น)</p> <p>- หากที่ผ่านมาไม่สามารถเก็บเงินเองได้ ผู้สูงอายุคาดหวังให้ใครมาช่วยเหลือ</p>
<p>3. ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และความต้องการบริการสนับสนุนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ</p>
<p>3.1 สถานะสุขภาพในปัจจุบันของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร</p> <p>- ในระหว่าง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ มีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง (เช่น โรคประจำตัว ปวดเมื่อยร่างกาย ตาเริ่มฝ้าฟาง หูไม่ค่อยได้ยิน หกล้ม เป็นต้น)</p>
<p>- เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคอะไรบ้าง (เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, โรคอัลไซเมอร์ หรือสมองเสื่อม, โรคข้อเข่าเสื่อม, โรคกระดูกทับเส้น/กระดูกเสื่อม, โรคต่อกระຈ, โรคต่อหีน, โรคไตวายเรื้อรัง, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคไขมันในเลือดสูง ฯลฯ)</p>
<p>- โดยปกติ ใครเป็นคนพาไปหาหมอเป็นหลัก (ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณ) เพราะเหตุผลใด (เช่น ให้ลูกสาวคนเล็กพาไปเป็นหลัก เพราะทำงานอิสระ มีเวลายืดหยุ่น หรือไปเองคนเดียว เพราะไม่มีคนดูแลหรือไม่มีใครพาไป เป็นต้น)</p> <p>- ในกรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ใครเป็นคนซื้อยาหรือจัดหายามาให้</p>

3.2 สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ

- มีสิทธิสวัสดิการอะไร ถ้าไม่มี เพราะเหตุใด (เช่น สิทธิบัตรทอง, ประกันสังคม, สิทธิข้าราชการของคู่สมรส/บุตรหลาน เป็นต้น)
- ในกรณีที่มี ได้ใช้สิทธิสวัสดิการนั้นหรือไม่ เพราะเหตุใด (เช่น ไม่มีค่าเดินทางไปโรงพยาบาลตามสิทธิ ไม่ได้ย้ายบัตรมา ไม่อยากรอนาน กลัวได้ยาไม่ดี เป็นต้น)
- ในกรณีที่ตอบว่าไม่มีสวัสดิการใดๆ เมื่อไปหาหมอส่วนใหญ่ต้องจ่ายเงินเอง ให้ถามต่อว่าเพราะเหตุใด

3.3 ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย และทำกิจวัตรประจำวันในปัจจุบัน

- ในปัจจุบันนี้ ผู้สูงอายุมีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวภายในบ้าน/ออกไปนอกบ้าน การลุกจากที่นอน ลุก-นั่งเก้าอี้ เป็นต้น หรือไม่ และถ้ามีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นเพราะเหตุใด (อธิบายสาเหตุและความยากลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุโดยละเอียด)

- ในปัจจุบันนี้ ผู้สูงอายุมีปัญหาในการเตรียมอาหารและรับประทานอาหารด้วยตนเองหรือไม่ อย่างไร (อธิบายโดยละเอียด เช่น ใครเป็นคนเตรียมอาหารให้ หรือเตรียมด้วยตนเอง ต้องมีคนป้อน หรือให้ทางอาหารทางสายยาง เป็นต้น)

- ในปัจจุบันนี้ ผู้สูงอายุมีปัญหาในการอาบน้ำ (ทำความสะอาดร่างกาย) และแต่งตัวด้วยตัวเอง หรือไม่ (อธิบายโดยละเอียด หากทำเองไม่ได้ ใครเป็นผู้ช่วยดูแล และต้องดูแลอย่างไรบ้าง)

- ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ และกลืนการถ่ายอุจจาระหรือไม่ และหากมีปัญหาดังกล่าว มีวิธีการแก้ไขอย่างไร (เช่น อยู่หรือนอนใกล้ห้องน้ำ ใส่แพมเพิร์ส มียาทาน เป็นต้น)

- ผู้สูงอายุสามารถทำงานบ้านได้ด้วยตนเองหรือไม่ (ทั้งงานหนัก เช่น ซักผ้า ถูบ้าน หรืองานเบา เช่น ล้างจาน เก็บที่นอน เป็นต้น) ถ้าไม่สามารถทำได้ มีใครมาช่วยทำงานบ้าน และความถี่ในการมาช่วยทำงานบ้าน

3.4 ผู้สูงอายุสามารถจัดยาและรับประทานยาได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนด้วยตัวเองหรือไม่ อย่างไร ถ้าไม่สามารถทำได้ มีใครมาช่วยในการจัดยาและดูแลตอนรับประทานยา

3.5 ผู้สูงอายุต้องการบริการสนับสนุนที่ช่วยให้อยู่อาศัยในบ้านสะดวกสบายขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต่อไปนี้ หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด (หากในปัจจุบันยังสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ ถามว่าในอนาคตต้องการให้มีคนมาช่วยดูแลในบริการเหล่านี้หรือไม่ หากมีคนในครอบครัวช่วยทำให้ หรือมีภาคส่วนอื่นๆ เช่น ชุมชน อสม. มาช่วยดูแลในปัจจุบัน ถามว่าการดูแลหรือการบริการเหล่านี้ดีหรือไม่ และยังต้องการต่อไปในอนาคตหรือไม่ อย่างไร)		
ประเภทของบริการสนับสนุน	ปัจจุบัน	อนาคต
	<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจุบันได้รับบริการจากใคร (ตั้งแต่คนในครอบครัว จนถึงหน่วยงาน/เอกชน) - คุณภาพของการให้บริการ (ดี/ไม่ดี, ต่อเนื่องหรือไม่) - ทางเลือกสำรองในการได้รับบริการจากผู้อื่น/หน่วยงานอื่น/ซื้อบริการจากเอกชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ในอนาคต อยากได้การสนับสนุนแบบใด (1) ภาครัฐจัดบริการให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (2) ต้องการภาครัฐจ่ายเงินมาให้บางส่วน (co-pay) (3) ต้องการให้รัฐจ่ายให้ทั้งหมด และนำเงินไปเลือกซื้อบริการเอง และ (4) ไม่ต้องการ (คิดว่าไม่ใช่บทบาทของรัฐ) - ต้องการบริการอย่างไร
(1) บริการด้านอาหาร เช่น ซื้อและจัดส่ง จัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการเฉพาะ เป็นต้น		
(2) บริการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหาร และยา การเคลื่อนไหวภายในบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น		
(3) บริการผู้ดูแลพิเศษ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล อสม. ที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น (หรือต้องการให้คนในครอบครัวเป็นผู้ดูแล)		
(4) บริการช่วยทำความสะอาดบ้านและบริการซักล้างต่างๆ		

3.5 ผู้สูงอายุต้องการบริการสนับสนุนที่ช่วยให้อยู่อาศัยในบ้านสะดวกสบายขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต่อไปนี้ หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด (หากในปัจจุบันยังสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ ถามว่าในอนาคตต้องการให้มีคนมาช่วยดูแลในบริการเหล่านี้หรือไม่ หากมีคนในครอบครัวช่วยทำให้ หรือมีภาคส่วนอื่นๆ เช่น ชุมชน อสม. มาช่วยดูแลในปัจจุบัน ถามว่าการดูแลหรือการบริการเหล่านี้ดีหรือไม่ และยังต้องการต่อไปในอนาคตหรือไม่ อย่างไร)		
ประเภทของบริการสนับสนุน	ปัจจุบัน	อนาคต
	<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจุบันได้รับการจากใคร (ตั้งแต่คนในครอบครัว จนถึงหน่วยงาน/เอกชน) - คุณภาพของการให้บริการ (ดี/ไม่ดี, ต่อเนื่องหรือไม่) - ทางเลือกสำรองในการได้รับการจากผู้อื่น/หน่วยงานอื่น/ซื้อบริการจากเอกชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ในอนาคต อยากได้การสนับสนุนแบบใด (1) ภาครัฐจัดบริการให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (2) ต้องการภาครัฐจ่ายเงินมาให้บางส่วน (co-pay) (3) ต้องการให้รัฐจ่ายให้ทั้งหมด และนำเงินไปเลือกซื้อบริการเอง และ (4) ไม่ต้องการ (คิดว่าไม่ใช่บทบาทของรัฐ) - ต้องการบริการอย่างไร
(5) บริการดูแลสัตว์เลี้ยงและต้นไม้		
(6) บริการซื้อของและจัดส่งถึงบ้าน เช่น ของใช้ในครัวประจำวัน		
(7) บริการจ่ายค่าสาธารณูปโภค		
(8) บริการรับ-ส่งเพื่อไปพบแพทย์หรือไปทำกิจกรรมทางสังคมต่างๆในชุมชน		

3.5 ผู้สูงอายุต้องการบริการสนับสนุนที่ช่วยให้อยู่อาศัยในบ้านสะดวกสบายขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ต่อไปนี้หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด (หากในปัจจุบันยังสามารถทำกิจกรรมประจำเองได้ ถามว่าในอนาคตต้องการให้มีคนมาช่วยดูแลในบริการเหล่านี้หรือไม่ หากมีคนในครอบครัวช่วยทำให้ หรือมีภาคส่วนอื่นๆ เช่น ชุมชน อสม. มาช่วยดูแลในปัจจุบัน ถามว่าการดูแลหรือการบริการเหล่านี้ดีหรือไม่ และยังต้องการต่อไปในอนาคตหรือไม่ อย่างไร)		
ประเภทของบริการสนับสนุน	ปัจจุบัน	อนาคต
	<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจุบันได้รับบริการจากใคร (ตั้งแต่คนในครอบครัว จนถึงหน่วยงาน/เอกชน) - คุณภาพของการให้บริการ (ดี/ไม่ดี, ต่อเนื่องหรือไม่) - ทางเลือกสำรองในการได้รับบริการจากผู้อื่น/หน่วยงานอื่น/ซื้อบริการจากเอกชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ในอนาคต อยากได้การสนับสนุนแบบใด (1) ภาครัฐจัดบริการให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (2) ต้องการภาครัฐจ่ายเงินมาให้บางส่วน (co-pay) (3) ต้องการให้รัฐจ่ายให้ทั้งหมด และนำเงินไปเลือกซื้อบริการเอง และ (4) ไม่ต้องการ (คิดว่าไม่ใช่บทบาทของรัฐ) - ต้องการบริการอย่างไร
(9) บริการรับ-ส่งระหว่างที่พักอาศัยกับระบบขนส่งสาธารณะต่างๆ		
(10) บริการอาสาสมัครพาออกไปพักผ่อนนอกที่ที่พักอาศัย		
(11) การจัดกิจกรรมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วม เช่น กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น		

<p>3.6 ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุ และหากเคยสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมเหล่านั้นส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร</p>
<p>3.7 ผู้สูงอายุเคยได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพเหล่านี้ หรือไม่ ในกรณีที่เคย ได้รับจากใคร และในกรณีที่ไม่เคยใช้บริการ ในอนาคต หากเกิดปัญหาด้านสุขภาพขึ้นมา ต้องการใช้บริการหรือไม่ เพราะเหตุผลใด</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ เช่น รถเข็น เตียง เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น - การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและการส่งต่อผู้ป่วย - บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน/ชุมชน เช่น กายภาพบำบัด - บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล
<p>3.8 ในความเห็นของผู้สูงอายุ ต้องการให้ภาครัฐ (ทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. เป็นต้น) จัดบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือไม่ อย่างไรบ้าง เช่น จัดให้มีผู้ดูแลพิเศษประจำตัวผู้สูงอายุที่ติดเตียงแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย จัดให้มีบริการตรวจสุขภาพถึงที่บ้านแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย เป็นต้น</p>
<p>4. รูปแบบการอยู่อาศัยและลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ</p>
<p>4.1 ปัจจุบันนี้อาศัยอยู่กับใครบ้าง (อาศัยและหลับนอนในบ้านเดียวกันเป็นประจำ)</p>

4.2 ในครัวเรือนเดียวกัน ใครที่เป็นคนดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก และดูแลเรื่องอะไรบ้าง

- ในกรณีอาศัยอยู่คนเดียว หากต้องการความช่วยเหลือ หรือการดูแล สามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง (เช่น บุตร หลานนอกครัวเรือน เพื่อนบ้าน อสม. Care giver) และในเรื่องอะไร เพราะเหตุใดจึงเลือกขอความช่วยเหลือจากบุคคลดังกล่าว

4.3 หากมีคนอื่นๆ นอกครัวเรือน (รวมทุกคนที่มาช่วย) มาช่วยดูแลผู้สูงอายุ เป็นใครบ้าง และดูแลเรื่องอะไรบ้าง ความถี่ที่มาช่วย ในกรณีที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายให้ระบุด้วย

4.4 หากในอนาคต มีอายุมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น (ติดบ้าน หรือติดเตียง) ผู้สูงอายุวางแผนหรือต้องการให้ใครมาช่วยดูแล เพราะเหตุใด (ข้ามข้อนี้สำหรับกลุ่มติดเตียงอยู่แล้ว)

4.5 ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นอย่างไร (ผู้สัมภาษณ์อธิบายตามสภาพบ้านที่สังเกตได้ และถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับความยากลำบากในการอาศัยอยู่ในบ้านหลังนี้ เช่น ความสะดวกในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ความแข็งแรงของบ้านเมื่อเกิดภัยธรรมชาติ เป็นต้น) (ถ่ายรูปประกอบ) ทั้งนี้ พนักงานสัมภาษณ์สามารถให้ความเห็นประกอบได้

- สภาพบ้านโดยรวม
- ห้องนอน (รวมถึงสภาพของที่นอน)
- ห้องน้ำ

4.6 บ้านที่อยู่อาศัยในปัจจุบันนี้ ผู้สูงอายุมีปัญหาหรือมีความไม่สะดวกสบายที่อาศัยในบ้านหลังนี้หรือไม่ อย่างไร เช่น บ้านคับแคบไป บ้านเก่าและโทรม สภาพแวดล้อมในชุมชนไม่ดี คนในบ้านทะเลาะเบาะแว้งกัน เป็นต้น หากไม่มีปัญหาหรือสบายใจดีที่อาศัยในบ้านหลังนี้ เป็นเพราะอะไร (ขอให้ผู้สูงอายุอธิบายความรู้สึกต่อบ้านที่อยู่อาศัยโดยละเอียด)

4.7 บ้านและที่ดินที่อาศัยอยู่ในปัจจุบันเป็นของใคร (ให้ผู้สูงอายุเล่าที่มาของบ้านหลังที่อาศัยอยู่ เช่น ได้มรดกตกทอดมา, ย้ายมาอาศัยอยู่กับครอบครัวของคู่สมรส, ย้ายมาอาศัยในบ้านของบุตรหลาน, อยู่ที่ของผู้อื่นเพราะโอนที่ของตัวเองให้บุตรหลานไปแล้ว เป็นต้น)

- หากไม่ใช่ของตนเอง ในอนาคต ผู้สูงอายุมองแผนที่จะย้ายไปอยู่ที่ของตนเอง หรือที่ที่ไม่ต้องเสียค่าเช่าหรือไม่ อย่างไร

4.8 ผู้สูงอายุคิดว่าบ้านที่อาศัยอยู่ในปัจจุบันมีความมั่นคงหรือไม่ อย่างไร (ความมั่นคงในที่นี้ หมายถึง ความเป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน ไม่ต้องกลัวใครมาไล่ที่ สามารถอยู่ได้จนวาระสุดท้ายของชีวิต หรือแม้จะไม่ได้เป็นเจ้าของกรรมสิทธิ์ แต่มั่นใจว่าสามารถอาศัยอยู่ในบ้านและที่ดินนี้ได้จนวาระสุดท้ายของชีวิต)

4.9 ในช่วงที่อยู่อาศัยในบ้านหลังนี้มา เคยมีการปรับปรุง/ซ่อมแซมหรือไม่ อย่างไร

- เคยปรับปรุง/ซ่อมแซม เพราะบ้านทรุดโทรม/พัง/ได้รับผลกระทบจากภัยธรรมชาติหรือไม่ และใครเป็นคนออกเงินให้

- เคยปรับปรุง/ซ่อมแซม เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ในบ้านได้สะดวกขึ้นหรือไม่ เช่น ทำราวจับ เปลี่ยนเป็นชักโครก ทำทางลาดสำหรับรถเข็น เป็นต้น อย่างไร ออกค่าใช้จ่ายโดยใคร และเพราะเหตุใดจึงปรับปรุง/ซ่อมแซม (เช่น เตรียมความพร้อมมาล่วงหน้า, เมื่อผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุและมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย, เมื่อได้งบประมาณจากรัฐ เป็นต้น)

4.10 ในอนาคต ผู้สูงอายุเคยวางแผนที่จะปรับปรุง/ซ่อมแซมบ้าน หรือย้ายไปอยู่ที่ใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตในยามชรา หรือไม่ เพราะเหตุใด และวางแผนจะใช้เงินจากที่ไหน

4.11 ที่ผ่านมาเคยได้รับความช่วยเหลือในเรื่องที่อยู่อาศัยจากรัฐหรือไม่ (ทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. เป็นต้น) (ได้/ไม่ได้ เพราะเหตุใด)

- ในอนาคตต้องการความช่วยเหลือในเรื่องที่อยู่อาศัยหรือไม่ อย่างไรบ้าง เช่น ต้องการให้รัฐมาช่วยซ่อมแซมบ้านให้ผู้สูงอายุอยู่ได้สบายขึ้น หรือจัดหาบ้าน/ที่อยู่อาศัยที่มั่นคง และปลอดภัยมากกว่านี้ให้ เป็นต้น

5. ความพึงพอใจในชีวิตและผลกระทบจากโควิด-19

5.1 ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นอย่างไร เพราะเหตุใด (สุขและทุกข์จากเรื่องใดบ้าง)

5.2 ผลกระทบที่ได้รับในช่วงวิกฤตโควิด-19 ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 เป็นต้นมา เป็นอย่างไรบ้าง (ให้ผู้สูงอายุเล่าผลกระทบทั้งทางบวกและลบ: การใช้ชีวิตประจำวัน การไปมาหาสู่บุตรหลาน การไปโรงพยาบาล)

5.3 การเข้าถึงความช่วยเหลือจากภาครัฐในช่วงวิกฤตโควิด-19 ได้รับอะไร ในกรณีที่ไม่ได้รับ เพราะเหตุใด (เช่น ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสมาร์ตโฟน ไม่มีคนช่วยเหลือลงทะเบียน เป็นต้น)

 จบการสัมภาษณ์

ชื่อ-สกุลผู้ให้สัมภาษณ์	(โปรดระบุว่าเป็นผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล)
เบอร์โทรศัพท์ของผู้สูงอายุ	
สาเหตุที่เลือกกรณีศึกษา	
ชื่อ-สกุลผู้สัมภาษณ์	

5. เอกสารรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. IHRP2020117

IHRP No. 111-2563



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

อาคาร 8 ชั้น 7 ห้อง 702 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนพญาไท 11000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัย: โครงการศึกษาอุปสงค์และอุปทานเรื่องที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐ

ผู้วิจัยหลัก: ดร.สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เอกสารรับรอง:

1. โครงร่างการวิจัย: Version 2/ Date 15/10/2020
2. แบบชี้แจงอาสาสมัครสำหรับโครงการวิจัย: Version 2/ Date 22/10/2020
3. หนังสือยินยอมให้นำข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในงานวิจัย (หนังสือยินยอมโดยสมัครใจของอาสาสมัคร): Version 2/ Date 22/10/2020
4. แบบสอบถามและประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง: Version 2/ Date 22/10/2020
5. แบบแสดงรายการ/ประมาณค่าใช้จ่ายในการวิจัย: Version 2/ Date 22/10/2020
6. ประวัติผู้วิจัยทุกคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ฯ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว โดยได้คำนึงถึงประเด็นทางด้านวิชาการ ICH-GCP และด้านจริยธรรม และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย ตามโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว อนึ่ง ขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัยสภาวิจัยแห่งชาติด้วย

(ลงนาม).....

(นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

(ลงนาม).....

(นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่ประชุมครั้งแรก: 12 ตุลาคม พ.ศ.2563

รับรองตั้งแต่วันที่: 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2563

6. หนังสือยินยอมโดยสมัครใจของอาสาสมัคร

Version 2 Date 22/10/2020

หนังสือยินยอมโดยสมัครใจของอาสาสมัคร (Informed Consent Form)

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยโดยละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่บิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เมื่อใดก็ได้และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่ผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไปและต่อสิทธิ์ทางกฎหมายของข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าว ข้าพเจ้า สามารถติดต่อได้ที่

1. ดร.สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ 086 353 3911 Email: surangrut.j@chula.ac.th

2. นพ.ขวัญประชา เขียงโชยสกุลไทย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สว.ค.)
เบอร์โทรศัพท์ 081 9776345 Email: kwanpracha@ihpp.thaigov.net

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ขอแสดงเจตนา **ยินยอม** เข้าร่วมการวิจัย ขอแสดงเจตนา **ไม่ยินยอม** เข้าร่วมการวิจัย

ลงนาม.....ผู้ยินยอม ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ลงนาม.....พยาน ลงนาม.....พยาน
(.....)

อนุมัติ
02 พ.ย. 2563

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สทพ.)

ภาคผนวก 2 รายชื่อทีมวิจัยพื้นที่และเครือข่าย

ที่ให้ความช่วยเหลือในการสำรวจข้อมูลความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในพื้นที่ 9 จังหวัด

พื้นที่	ทีมวิจัยพื้นที่	เครือข่ายในการเก็บข้อมูล
จังหวัดเชียงราย	<p><u>หัวหน้าทีม</u> ผศ.ดร.ปวีณา ลีตระกูล รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย <u>นักวิจัยทีมพื้นที่</u> ผศ. พุทธร ลิ่วเศษ <u>ผู้ช่วยวิจัยทีมพื้นที่</u> นายจิรายุทธ กาบปัญญา <u>ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม</u> เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครเชียงราย</p>	<p>กองสวัสดิการสังคม เทศบาลนครเชียงราย</p>
จังหวัดลำปาง	<p><u>หัวหน้าทีม</u> อ.ดร.สุกัญญา มีสกุลทอง คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ <u>ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม</u> 1. นางสาวสุภารัตน์ พึ่งเล็ก 2. นางสาวบุษกร พรหมจา 3. นายนาวัน บุญนำมา 4. นางสาวชาลิสา ดวงตัน 5. นางสาวกรกฎ ชุตินันต์ 6. นางสาวนารากร บุญคง 7. นางสาวนภาพร แก้วรุ่ง 8. นางสาวขวัญธิชา ผ่องศรี 9. นางสาวณัฐกมล มุ่งมาตร 10. นางสาวสุภาดา คนภู 11. นางสาวอาทิตย์ยา มูลพุกก์ 12. นางสาวดุขฎิ พยาบาล 13. นางสาวพลอยน้ำเพชร แก้วฟุ้ง</p>	<p><u>พื้นที่ ต.แม่เมาะ อ.แม่เมาะ</u> 1. นางอรรรณ ศรีพจน์ ประธาน อสม. หมู่บ้านเวียงสวรรค์ 2. นางปัทมาภรณ์ อาจัญญกรณ์ ประธาน อสม. หมู่บ้านนาแหมพัฒนา 3. นางพิกุล ทาสวรรณ์ ประธาน อสม. หมู่บ้านใหม่มงคล <u>พื้นที่ ต.พระบาท อ.เมือง</u> 4. นางสาวเวียง แสงจำ อสม. หมู่บ้านหัวทุ่งสามัคคี <u>พื้นที่ ต.บ้านเสด็จ อ.เมือง</u> 5. นางกรรณิการ์ ปัญญาเย็น ประธาน อสม. หมู่บ้านเสด็จ 6. นางน้อย ปัญญาทา ประธาน อสม. หมู่บ้านห้วยน้ำเค็ม 7. นางสมพร ปาเครือ อสม. หมู่บ้านห้วยยาง <u>พื้นที่ ต.สบตุ๋ย อ.เมือง</u> 8. นางวิมล สำเรียงจิต ประธาน อสม. หมู่บ้านท่าครวน้อย 9. นางอัญชลีกร กำใจ อสม. หมู่บ้านท่าครวน้อย * ทีมเก็บข้อมูลภาคสนามคือ ทีมประธาน อสม. และ อสม. ในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา</p>
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	<p><u>หัวหน้าทีม</u> นางสาววินิดดา อ่อนชะอ่ำ นักวิจัยอิสระ <u>ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม</u> 1. นางแสงเดือน บุญมา</p>	

พื้นที่	ทีมวิจัยพื้นที่	เครือข่ายในการเก็บข้อมูล
จังหวัดนครสวรรค์	2. นายเฉลิมพงษ์ บุญเนตรช 3. นางทองคำ ราชบุตร 4. นางนรินทร์ทิพย์ ชไนเดอร์ จูเนียร์ 5. นายสุธีรักษ์ สอนอาจ 6. นางพัชรินทร์ ท้องกุหลาบ	
	<u>หัวหน้าทีม</u> ผศ. ดร. สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์ <u>ผู้ช่วยวิจัยพื้นที่</u> นางสาวนิศากร พิจิตรศิริ <u>ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม</u> 1. นางสาวณัฐวดี เหมือนสิงห์ 2. นางสาวชลีพร บุญเกิด 3. นางสาวณริสรา วิยี่ 4. นางสาวอารยา พันธุ์เสื่อ 5. นางสาวปลายฟ้า กะตุตทอง 6. นางสาวจุฑาทิพย์ แปะยอง 7. นางสาวพรนภา สรสิทธิ์ 8. นางสาววราภรณ์ คมไสย 9. นางสาวณฐนันท์ ภูศรีเทศ 10. นางสาวกรรณิกา ยามสุข 11. นางสาวธัญญรัตน์ แหมยมนาค	<u>พื้นที่ ต. เขาทอง อ.พยุหะคีรี</u> 1. นางสนิด ฉายทอง ผู้ใหญ่บ้าน 2. นางประคอง พรหมทอง อสม. 3. นางบุญส่ง รอดรัต อสม. 4. นางขุ้ม กลั่นเกษตรวิทย์ อสม. + ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 5. นางสาวเยาวมาลย์ สังข์เงิน อสม. + ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน <u>พื้นที่ ต. บางมะฝ่อ อ.โกรกพระ</u> 6. นางสาวเกศสุดา คุ่มพร้อม ผู้ใหญ่บ้าน 7. นางสาวเสาวนีย์ เหมบุตร ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน <u>พื้นที่ ต. ยางตาล อ.โกรกพระ</u> 8. นายอัศวพล สนธิรักษ์ ผู้ใหญ่บ้าน 9. นายเจนภพ มานพ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 10. นางสาวกิตติมา ขำหนู ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 11. นางสาวศิริวรรณ มะโน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน <u>พื้นที่ ต. กลางแดด อ.เมือง</u> 12. นายพีระพล คุ่มพุ่ม ผู้ใหญ่บ้าน 13. นางสาวสุมาลีย์ แสงวิเศษ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
จังหวัดอุบลราชธานี	<u>หัวหน้าทีม</u> ผศ.ดร. ปิณฑิต ศรีสุพรรณ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี <u>ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม</u> 1. นางสาวจรรีรัตน์ สายสุด 2. นางสาวปุณยาพร บั้งทอง 3. นางสาวศรัญญา อุปรารัตน์ 4. นางสาวพรรณราย ศรีสุข 5. นางสาวอารัตน์ดา อุตภู	1. อสม. บ้านกุดระงุม หมู่ 3 หมู่ 11 ต.บึงไผ่ อ.วารินชำราบ 2. อสม. และผู้นำชุมชนเขตแก้วมันคง อ.วารินชำราบ 3. อสม. บ้านหนองหว้า หมู่ 3 ต.แสนสุข อ.วารินชำราบ 4. อสม. ชุมชนท่าบั้งมั่ง อ.วารินชำราบ 5. อสม. ชุมชนวัดสว่าง อ.เมืองอุบลราชธานี 6. อสม. บ้านกอน้ำคำ อ.วารินชำราบ
จังหวัดมหาสารคาม	<u>หัวหน้าทีม</u> อ.จิตรภรณ์ สมยานนทนากุล วิทยาลัยการเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม <u>ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม</u> 1. นายนภาพชัย ขาวประภา	1. ศูนย์จัดการและบริการข้อมูลสาธารณะ วิทยาลัย การเมืองการปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2. สภากักแพง เบิ่งแถงคนโกสุม

พื้นที่	ทีมวิจัยพื้นที่	เครือข่ายในการเก็บข้อมูล
	2. นางสาวน้ำทิพย์ ทองภูบาล 3. นายอภิชัย มาบกลาง 4. นายอิทธิศักดิ์ พายบุตร 5. นางสาวพิจิตรา มาเทพ 6. นางสาวสุมาลี บุตรคำโชติ 7. นางสาวพัชรี เรืองเดช 8. นางดวงเดือน ภูมิภักดิ์ 9. นางจันทิรา เพียรดวงษ์ 10. นางราณี บุญภิละ 11. นายประกาศิต เส็งตากแดด 12. นางสาวอรทัย ไชโย 13. นางสาวสุวรรรัตน์ ถานกางสุ่ย 14. นางสาวตะวัน ถานกางสุ่ย 15. นางกนกพร สีลาดหา 16. นางบัวทอง สัตโรจน์ 17. นางปิ่นมณี พระโคตร 18. นางภิญญา ศรีลางค์ 19. นางสาวอัจฉริยา รัตนะปัญญา 20. นางละออง บุญลอย 21. นายยุพันธ์ สุวรรณโคตร	
จังหวัดสงขลา	<u>หัวหน้าทีม</u> อ.มารีสา จันทรฉาย คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา <u>ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม</u> 1. นางสาวสุภาวดี หลียะแม 2. นายมะรุสดี สະນີ	นายฮาซัน ยาดี ผู้ประสานงาน ต.นาทวี อ.นาทวี
จังหวัดปัตตานี	<u>หัวหน้าทีม</u> นางนิยวาเฮร์ ไพบุลย์ กองบริหารทรัพยากรวิทยาเขตปัตตานี สำนักงานวิทยาเขตปัตตานี ม.อ.ปัตตานี <u>ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม</u> 1. นางสาวอามีเนาะ มามะ 2. นางสาวถ้วนนุรฮายาตี มามะ 3. นางสาวนิริสนา กูทา 4. นางสาวนิยวาริ กูทา 5. นางสาวซอพียะ แวอุมาร์ 6. นางสาวการิมะห์ สามะ 7. นายธนโชติ ประหยัดทรัพย์	<u>ทีม อสม. ชุมชนวังเก่า ต.จะบังติกอ</u> 1. นางสาวมาลี สมัยอุดม 2. นางมาสกะ บูละ 3. นางวันทนีย์ หะยีสะมาแอ 4. นางแวซาเลฮา เจ๊ะมะ 5. นางสุภาดา มหัจจุล 6. นางวันดี เจ๊ะอาลี 7. นางปรียานุช วิเชียร 8. นางฮาซียะห์ จารู <u>ทีม อสม. หมู่ที่ 1 ต.รูสะมิแล</u> 1. สือนะห์ หะยีสะแม 2. นันทิกา มีศรี

พื้นที่	ทีมวิจัยพื้นที่	เครือข่ายในการเก็บข้อมูล
	8. นายอาริฟ สาอะ 9. นายอิฟซูดดิน สะนิ 10. นายวินัย เกบุตร	3. แมะ มายา 4. ไอนี สะแลแม 5. สารีปะห์ อาแวบือซา 6. ฮาซียะห์ ยูโซะ 7. ฮามีตะห์ สาและ 8. รุจีพร ฌรงพิทักษ์ <u>ทีม อสม. ชุมชนปะการอ ต. สะบารัง</u> 1. นายชุลคิฟลี มะสุยู 2. นายสุปัยัน อาแว 3. นางอนงค์ แซ่อ่าง 4. นางสาวรอฮีมะ มะสุยู 5. นางมรียา ลาเต๊ะ 6. นางรุสนี บากา 7. นางปาริตะ หะยีหะมะ 8. นางสาวฮาซานา เจะโซะ 9. นางไรหิมะ แวดอเลาะ 10. นางสาวฮาตีเมาะห์ เจะหลง 11. นางนุรมา บาหะ
		<u>ทีม อสม. ชุมชนคลองช้าง ต. อาเนาะรู</u> 1. นางสาวมีะสหม๊ะ แวนิ 2. นางสาวสุรียาตี ดีเร๊ะ 3. นางซาอิต๊ะ เบญจสุหรง 4. นางยูไนติ๊ะ มะแย็ง 5. นางสาวอานิต้า สาและ 6. นางสาวรอฮีน่า แวนิ 7. นางสาววันอารีณา สะเหร
		<u>ทีม อสม. ม.10 ต.บานา อ.เมือง</u> 1. นางสาวเจ๊ะรอมละห์ เจะอามะห์ 2. นางสาวสเตฟานี เจะแม 3. นางสาวนภามาส ยูโซะ 4. นางสาวนุร์มา ดอนิ 5. นางสาวรอฮานีย์ อารง 6. นางสาวรอกอยะห์ มะมิง 7. นางคอลลีปะะห์ สุระคำแหง 8. นางสาวซีตีคอลลีเยาะห์ อับดุลลาเต๊ะ 9. นางสาวแวปียะห์ เบญญาจ 10. นางสาวนุรฮายาตี สาและ 11. นางสาวฟาตีเมาะ เจ๊ะเต๊ะ 12. นางสาวบรรจง กลิ่นกุหลาบ

พื้นที่	ทีมวิจัยพื้นที่	เครือข่ายในการเก็บข้อมูล
กรุงเทพมหานคร	<p><u>หัวหน้าทีม</u> ดร. ณัฐชานันท์ ไตรวัฒนวงศ์ นักวิจัยอิสระ</p> <p><u>ทีมเก็บข้อมูลภาคสนาม</u></p> <ol style="list-style-type: none"> นางสาววรลักษณ์ วิฑูวินิต นางสาววณะพร นิรันดร์ นางสาวรวิษฎา พงศ์ดี นางสาวนัฐพร เผ่าศรีไชย นางสาวชมขวัญ ชมพูปงศ์ นายชานนท์ วิริยะสิริ 	<ol style="list-style-type: none"> นางสาวกุลธิดา พรหมสุวรรณ <u>ทีม อสม. หมู่ที่ 7 ต. ปยุต</u> นางสาวดรุณี จูนิ นางสาวเวบีเดาะ เจะอุบง <u>ทีม อสม. หมู่ที่ 8 ต. ตะลุมโบะ</u> นางสาวนัสนีย์ ปาโอะ นางสาวฮาซียะห์ มูฮามะ นางสาวรอซียะห์ ดือราแม <u>ทีม อสม. หมู่ที่ 3 ต. ต้นหยงลุโละ</u> นายดือราเซะ จิ นางสาวแหวฟาติมะห์ เจะยอ <u>พื้นที่เขตมินบุรี</u> อสม. ชุมชนเอื้ออาทรมินบุรี <u>พื้นที่เขตหนองจอก</u> อสม. ชุมชนเคหะคลองกรุง อสม. ชุมชนตลาดหนองจอก อสม. ชุมชนเชื่อมสัมพันธ์ อสม. ชุมชนกระทู้มลายู อสม. ชุมชนทรัพย์ไพศาล อสม. ชุมชนกงลิบฮั่วเคีย อสม. ชุมชนแผ่นดินทองเจริญ อสม. ชุมชนคลองลูกตักว้า <u>พื้นที่เขตธนบุรี</u> กรรมการชุมชนกุฎีขาว <u>พื้นที่เขตตลิ่งชัน</u> กรรมการชุมชนหลังวัดกาญจนสิงหาสน์ <u>พื้นที่เขตบางคอแหลม</u> กรรมการชุมชนวัดจันทร์ <u>พื้นที่เขตวังทองหลาง</u> อสม. ชุมชนน้อมเกล้า กรรมการชุมชนพลับพลา กรรมการชุมชนทรัพย์สินเก่า กรรมการชุมชนเกตุญาติการ์เด็น <u>พื้นที่เขตบางกะปิ</u> กรรมการชุมชนคลองกะจะ <u>พื้นที่เขตสวนหลวง</u> กรรมการชุมชนนาคาษิต กรรมการชุมชนธรรมานุรักษ์

