

ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย

บรรณาธิการ

ทพญ.ชื่นตา วิชาวุธ

ผศ.สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล

ผู้เขียน/ผู้แต่ง

รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

ผศ.รอ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ

พญ.ลัดดา คำวิภาการเลิศ

คุณอุบล หลิมสกุล

ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ

รวบรวม และรูปเล่ม

เยาวภา สันติกุล

พินธดา ชนกรทวีโชติ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

1168 ซอยพหลโยธิน 22 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

โทรศัพท์ 02-511-4963 โทรสาร 02-511-4962

e-mail: thaitgri@thainhf.org website: www.thaitgri.org

คำนำ

สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) ในปัจจุบันมากกว่าร้อยละ 10 และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สังคมไทยต้องเริ่มมีการเตรียมความพร้อมรองรับอย่างจริงจังต่อปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นตามมาอย่างต่อเนื่องมากมาย มิฉะนั้นจะล่าช้าไม่ทันการณ์

ด้วยเหตุนี้ ทางมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) โดยแผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จึงได้จัดทำหนังสือฉบับนี้ขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการกระตุ้นให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะได้ร่วมมือกันเตรียมความพร้อมในการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยได้ทำการรวบรวมจากเวทีวิชาการที่จัดขึ้น 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2551 เรื่อง “ทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย” ครั้งที่ 2 วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2551 เรื่อง “ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ”

หวังว่าข้อมูลทางวิชาการต่างๆ ในหนังสือฉบับนี้ จะมีส่วนในการสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมในการสร้างสรรค์ให้เกิดนโยบายที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในอนาคต

แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

มกราคม 2552

สารบัญ

คำนำ	ก
บทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	1
“ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย”	
ข้อเสนอทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย	3
ทิศทางการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย	
ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย	6
ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ	
การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ	13
(Institutional Long-term Care for Older Persons)	
ผศ.รอ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์	
รูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชนและครอบครัว	18
(Good Model of Elderly Care in Family and Community)	
รองศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร	
รูปแบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	25
พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ	
อภิปรายทั่วไป “ทิศทางการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย”	29
ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ	
ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	37
รองศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร	

ระบบการประกันคุณภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันและที่บ้าน ผศ.รอ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ ศาสัตย์	46
--	----

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ	56
---	----

อภิปรายทั่วไป “ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ	74
---	----

อภิปรายทั่วไป “หนทางสู่การปฏิบัติ: ใครทำอะไร...เมื่อไร....อย่างไร”	82
--	----

ภาคผนวก

พัฒนาการของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย คุณอุบล หลิมสกุล	90
--	----

กำหนดการและรายชื่อ ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ “ทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย”	96
--	----

กำหนดการและรายชื่อ ผู้เข้าร่วมประชุมเวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบาย “ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ”	98
---	----

บทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ : ทิศทางประเทศไทย

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุบางคนมีสุขภาพที่ดีพอ ไม่อยู่ในสถานะพึ่งพา และยังสามารถในเชิงเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุจะอยู่ในบทบาทของผู้ให้ ผู้มีอำนาจ และผู้ถือฤทธาภิบาลในครอบครัว ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเชิงเศรษฐกิจตลอดแต่ยังมีสุขภาพดีและไม่ต้องพึ่งพา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังคงดำรงบทบาทผู้ให้และผู้รับที่สมดุลมากขึ้น โดยยังให้การถือฤทธาภิบาลทางสังคมและกายภาพแก่สมาชิกคนอื่นๆ เช่น การดูแลบ้าน การดูแลหลาน เป็นต้น แต่การเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบไปยังสมาชิกรุ่นต่อไป เริ่มเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมีบทบาทถือฤทธาภิบาลแก่ผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม จนเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพและเป็นที่อยู่ในระยะพึ่งพา ต้องการการดูแลถือฤทธาภิบาล บทบาทของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนชัดเจนจาก “ผู้ให้” เป็น “ผู้รับ” ระยะการเปลี่ยนแปลงนี้อาจสร้างผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว หรืออาจเกิดความขัดแย้งที่รุนแรงขึ้นได้ อันเป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้ที่เคยสามารถเป็นผู้ถือฤทธาภิบาลช่วยเหลือ มาเป็นผู้พึ่งพิง ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงผลกระทบที่มีต่อบทบาทและวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งปัญหาเหล่านี้วันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถจัดแบ่งออกเป็น

(1) ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living; ADL) เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุก-นั่ง การเคลื่อนที่ การใช้ส้วม และอาจรวมไปถึงการกลืนปัสสาวะ อุจจาระ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพการทำงานของร่างกาย (Functional health) ของประชากร บ่งบอกถึงความต้องการการดูแล และการจัดบริการช่วยเหลือดูแล ที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น ภาวะพึ่งพิงนี้จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น

(2) ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ เป็นปัญหาในเรื่องของหลักประกันด้านรายได้ในช่วงสูงอายุที่ไม่สามารถทำงานได้ หากมีเงินออมที่ดีมีเงินบำนาญรองรับก็จะมีปัญหาน้อย แต่ส่วนใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยจะเป็นปัญหาอย่างมาก ในปี 2550 พบว่าแหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุร้อยละ 52 มาจากบุตร และร้อยละ 39 มาจากตนเองซึ่งมาจากการทำงาน บำนาญ และเงินออมของผู้สูงอายุ

(3) ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ ในวัยของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นสมรรถภาพความแข็งแรงของร่างกายที่เสื่อมถอยลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้มีโอกาสดของการเกิดอัมพาตค่อนข้างสูง

(4) ภาวะพึ่งพิงในทางสังคมและจิตใจ เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงอาศัยลูกหลานมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะสังคมปัจจุบันซึ่งครอบครัวไทยต่างแยกเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กลงมากขึ้น การอยู่เป็นโสดมากขึ้น การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยเพื่อการประกอบอาชีพ อีกทั้งการที่ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้นหรือการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตให้อยู่ยาวนานขึ้นแต่มีความพิการร่วมด้วย ทำให้ผู้สูงอายุมิมีโอกาสถูกทอดทิ้งได้ง่าย

ดังนั้นการคงสุขภาพที่ดีไว้ให้นานที่สุดเพื่อลดทอนโอกาสและระยะเวลาที่ต้องตกอยู่ภาวะพึ่งพิงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ การมีระบบบริการที่สามารถรองรับความต้องการของประชาชนได้ทั้งการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการดูแลระยะเฉียบพลันและเรื้อรังอีกด้วย หลักประกันที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือหลักประกันด้านผู้ดูแล หลักที่มั่นคงที่สุดคือครอบครัว แต่ถ้าหลักประกันในครอบครัวไม่สามารถรับมือได้ ก็ต้องเป็นภาระที่ชุมชนและรัฐจะเข้ามาดูแลต่อไป ซึ่งก็คือระบบของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุนั่นเอง

การดูแลระยะยาว เป็นการบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง หากแต่จะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป้าหมายการให้บริการดูแลระยะยาว คือการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มากที่สุดกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ในขณะนั้น ลักษณะของการดูแลระยะยาวประกอบด้วย

(1) ระบบบริการในครอบครัวและชุมชน เป็นสิ่งที่ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุสมบูรณ์ยิ่งขึ้น บริการดูแลในชุมชนประกอบด้วย บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสุขภาพ และการสงเคราะห์อื่นๆ ซึ่งหากชุมชนมีการจัดบริการเหล่านี้อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การริเริ่มการบริการการจัดทีมงาน การจัดสรรทรัพยากร การให้ข้อมูลข่าวสารและการติดตามประเมินผล จะทำให้บริการในชุมชนมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ แก้ไขปัญหาและสนับสนุนให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านดียิ่งขึ้น

(2) ระบบบริการในสถาบัน เป็นการให้บริการดูแลในสถานบริการแบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในระดับมากถึงมากที่สุดที่จำเป็น ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์และต้องการการดูแลในระยะยาว สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยจะประกอบไปด้วย บ้านพักคนชราเป็นสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โรงพยาบาลผู้สูงอายุที่ให้บริการดูแลระยะยาว สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของทั้งภาครัฐและเอกชน

ข้อเสนอทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

เป้าหมายสำคัญของการดูแลระยะยาวคือการยืดอายุของการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้ได้ยาวนานที่สุด โดยจัดให้มีหลักประกันด้านการดูแลสุขภาพ และด้านสังคม ดังนี้

(1) ปัญหาผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหาวิกฤตค่อนข้างมากทั้งในบริบทของเมืองและชนบท ภาพที่เห็นคือผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตัวเองและต้องเลี้ยงหลาน ขณะที่วัยแรงงานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน แต่สังคมไทยก็ยังมีจุดดีที่มีวัฒนธรรมของชุมชนช่วยเหลือเกื้อกูลกัน แต่อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลที่ดีและมีความสุข ผู้สูงอายุหนึ่งคนต้องมีผู้ดูแลที่รับผิดชอบหลักหนึ่งคนเต็ม และยังต้องการผู้ดูแลสนับสนุนอีกสองคน รวมแล้วต้องเป็นทีมการดูแล เพราะว่าผู้ดูแลคนเดียวเป็นไปไม่ได้จะเครียดและเกิดปัญหาวิกฤต จำเป็นต้องมีอีกสองคนเข้ามาสนับสนุนเป็นสูตรอย่างน้อย 3 คน จึงจะทำให้ผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างมีความสุข

(2) ควรมีเกณฑ์หรือตัวชี้วัดในการจัดแบ่งผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยดูในทศมิติทั้งทางด้านรายได้ สุขภาพ สังคม เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดบริการการดูแลให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น การจัดแบ่งภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับเพื่อการวางแผนในการดูแลที่เหมาะสม คือ ภาวะปกติ (สีเขียว) ภาวะที่ช่วยตัวเองได้น้อยลง (สีเหลือง) และภาวะที่ช่วยตนเองไม่ได้จนถึงต้องนอนติดเตียง (สีแดง)

(3) ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการและการจัดบริการในชุมชน เป้าหมายหลักๆ คือให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน เน้นการดูแลในครอบครัวและชุมชน แต่ต้องเชื่อมโยงกับเรื่องของระบบบริการที่มีอยู่ ต้องผสมผสานตั้งแต่สถาบันไปจนถึงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยมีกลไกการจัดการที่ชัดเจน

- การจัดระบบการดูแลระยะยาวในสถานบริการ ต้องมีการประสานเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอ มีการจัดระบบมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ดีของสถานบริการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนผู้สูงอายุที่ว่างไปดูแลที่บ้าน

- การจัดระบบการดูแลระยะยาวในระดับชุมชนและครอบครัว เช่น การจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังสังค สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน การใช้วัดเป็นสถานบำบัดทั้งทางกายและจิตใจตลอดจนเป็นศูนย์กลางด้านจิตใจในการรวมกลุ่มของชุมชน การจัดให้มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน (อสศ.) เป็นการใช้ท้องถิ่นเป็นฐานในการบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ

- การจัดระบบการเชื่อมประสานงานระหว่างชุมชนกับสถานบริการ เช่น ระบบส่งต่อจากสถานบริการให้กับชุมชน จำเป็นต้องมีกระบวนการอบรมพักพิงให้กับผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 เดือน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนในการช่วยเหลือตนเองได้อย่างดีที่สุดเพื่อลดภาระของผู้ดูแลต่อไป การจัดให้มีระบบ Home Health Care เพื่อประสานงานร่วมกับอาสาสมัครเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด ตลอดจนการจัดระเบียบกฎหมายและมาตรฐานปฏิบัติต่างๆ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรเป็นเจ้าภาพใหญ่ในเชิงของนโยบาย และงบประมาณหรือการจัดการต่างๆ เพียงแต่ว่ายังขาดโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการ ก็ให้ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ องค์กรปกครองท้องถิ่น ในการดำเนินการ

(4) การควบคุมคุณภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะรู้ได้อย่างไรว่าบริการที่ให้มีมาตรฐานมากน้อยเพียงใด จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีมาตรฐานหลักสูตร เพราะบางส่วนก็มีการก้าวล้ำทางวิชาชีพ บางอย่างก็เป็นอันตรายและพบเห็นกันบ่อยๆ เช่น บางครั้งการให้อาหารและคนไข้ล้ม ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ค่าบริการที่เรียกเก็บก็ไม่รู้ว่าเรียกเก็บมากน้อยเพียงใดเหมาะสมหรือไม่ การดูแลที่เป็นอาชีพก็เป็นธุรกิจอย่างหนึ่ง หลายๆ แห่งไม่ขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะ บางแห่งไปขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงพาณิชย์บ้าง บางแห่งก็มีการหลบเลี่ยงหรือหลายแห่งไม่ให้ข้อมูลและพบว่ามีการก้าวล้ำวิชาชีพอยู่มาก ผู้ดูแลที่ทำเป็นอาชีพจึงควรมีหลักเกณฑ์รับรองเพื่อที่ลูกค้าสามารถไว้วางใจในการใช้บริการ หรืออาจต้องกำหนดเป็นจรรยาบรรณของผู้ดูแลที่ทำเป็นอาชีพนี้ ถึงแม้จะเป็นแค่ผู้ดูแลแต่ลักษณะงานคล้ายพยาบาลเหมือนกัน จึงน่าจะมีจรรยาบรรณของอาชีพด้วย และควรมีการประเมินผลบริการด้วย ผลประเมินที่ได้จะแจ้งให้ทางบริษัททราบ แต่ตรงนี้มีค่าใช้จ่ายเหมือนกันที่ผู้ให้บริการจะต้องจ่ายต้นทุนตรงนี้ด้วยเพื่อประกันคุณภาพที่ไว้วางใจได้ในอนาคต นอกจากนี้ควรมีหน่วยให้คำปรึกษาเพราะว่าการทำงานอาชีพนี้เครียดมากโดยเฉพาะต้องทำงานตลอด 24 ชั่วโมง จะมีเวลาพักผ่อนค่อนข้างน้อย เมื่อเครียดก็อาจจะระบายมาสู่ผู้สูงอายุ หรือบางทีผู้สูงอายุก็อาจทำร้ายผู้ดูแลเหมือนกัน จึงควรมีหน่วยให้คำปรึกษาสำหรับคนเหล่านี้ด้วยเหมือนกัน ไม่ใช่แค่มีวันหยุดอย่างเดียว

(5) ปัญหาการก้าวล้ำวิชาชีพพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลที่ทำงานเป็นอาชีพ และกลุ่มอาสาสมัครที่มีการพูดถึงอยู่เสมอเป็นเรื่องของเส้นแบ่งระหว่างการดูแลเชิงสังคม (Social Care) กับการดูแลและการแพทย์ (Health Care) เช่น การอาบน้ำผู้สูงอายุโดยคนปกติกับการอาบน้ำผู้สูงอายุโดยผู้เชี่ยวชาญก็มีการถกเถียงกันมากกว่าแตกต่างกันหรือไม่ แต่ก็ไม่สามารถขีดเส้นแบ่งได้อย่างชัดเจน หรือเรื่องของการให้อาหารโดยนักวิชาชีพกับโดยบุคลากรอาสาสมัครหรือว่าคนในครอบครัว ก็ไม่สามารถมีเส้นแบ่งที่ชัดเจน หลายๆ ประเทศก็พยายามจะหาเส้นแบ่งตรงนี้ ดังนั้นจึงควรที่หน่วยงานต่างๆ จะได้จัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนสามารถระบุบทบาทได้เลยว่าอันไหนทำได้หรืออันไหนทำไม่ได้ (do & don't) การตกลงกันภายใต้การกำกับของแพทย์และพยาบาล ก็จะทำให้แพทย์และพยาบาลก็เริ่มเห็นความสำคัญของอาสาสมัครที่จะช่วยดูแล และอาสาสมัครเขารู้สึกว่าได้รับการยอมรับ

เส้นแบ่งนี้สำคัญมาก นอกจากในเรื่องของการแบ่งระดับของผู้ดูแลแล้วผู้ดูแลกลุ่มนี้จะถูกรับรองหรือไม่ถูกรับรอง การดูแลเชิงสังคมไม่จำเป็นต้องมีการรับรอง แต่ถ้าเมื่อไหร่ก้าวล้ำมาทางการแพทย์ต้องมีการรับรอง ต้องมีการติดตามคุณภาพ และที่สำคัญอย่างยิ่งก็คือว่าเส้นแบ่งช่วยกำหนดตัวเจ้าภาพจ่ายหรือการนำบริการดูแลผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้ หากมีเส้นแบ่งให้ชัดว่าอันไหนเป็นการดูแลเชิงการแพทย์ก็สามารถกำหนดให้เบิกได้ อันไหนที่เป็นเรื่องเชิงสังคมหรืออะไรที่เบิกไม่ได้ ก็สามารถนำมาพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ได้ ตัวอย่างเช่นชุดสิทธิประโยชน์การฟื้นฟูคนพิการซึ่งตอนนี้มี 9 รายการที่เบิกเป็นค่าบริการได้ โรงพยาบาลให้บริการหรือไปเยี่ยมที่บ้านให้บริการก็เบิกได้

(6) เรื่องมาตรฐานของหลักสูตร กระทรวงศึกษาธิการยืนยันว่าหลักสูตรเขาเป็นหลักสูตรคนปกติไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้สูงอายุปกติ ในส่วนของวิชาชีพไม่ว่าจะเป็นสภากาชาดก็ไม่สามารถเข้าไปแทรกแซงได้ เพราะเป็นหลักสูตรคนปกติ ไม่ใช่หลักสูตรผู้ป่วย แต่ที่เป็นปัญหาคือโรงเรียนไปสอน

กันเอง กระทรวงศึกษายืนยันว่าเขาพยายามเดือนแล้วก็ยังมีลักษณะสอดแทรกการสอนการดูแลผู้ป่วย เช่น การใส่สายให้อาหาร หรือการฉีดยาอินซูลิน รวมถึงบางโรงเรียนแต่งชุดเรียนแบบโรงพยาบาลมีการออกประกาศในทีวี กระทรวงศึกษาบอกว่าเขาเดือนแล้ว แต่ก็ขึ้นอยู่กับว่าโรงเรียนจะเชื่อหรือไม่เชื่อ ใครจะควบคุมกำกับตรงนี้เพื่อไม่ให้ประชาชนเข้าใจผิดว่าคนที่เขาจ้างไปเหมือนกับพยาบาล ดังนั้นเรื่องมาตรฐานการอบรม ควรควบคุมคุณภาพของโรงเรียนที่เปิดสอนอย่างเป็นทางการ ไม่ว่าวันนี้จะอนุญาตภายใต้เงื่อนไขใด ควรมีการตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร และระวังไม่ให้โรงเรียนสอนเกินหลักสูตร ระวังอย่าให้โรงเรียนไปโฆษณา

(7) การควบคุมคุณภาพของผู้ให้บริการ หรือบริษัท หรือหน่วยงาน NGOs หรือมูลนิธิ หรือเอกชน ใครก็ตามที่มีการจัดการเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ สามารถจะใช้ พรบ. สาธารณสุข ควบคุมได้ภายใต้ความรับผิดชอบที่มีอยู่ มีการเสนอให้กองประกอบโรคศิลปะเข้ามาดูแล ซึ่งเป็นเรื่องที่ยังไม่ชัดเจน แต่ที่ชัดเจนคือใครก็ตามที่มาควบคุมคุณภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องระวังว่าอย่าไปเหวี่ยงแหมาก เพราะจะตัดโอกาสในการเข้าถึงบริการ

กระบวนการจัดการระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุทั้งระบบ เป็นเรื่องทั้งเชิงสุขภาพเชิงสังคมและวัฒนธรรม ปัญหาในวันนี้เรายังไม่มีเจ้าภาพที่ชัดเจน ควรต้องมีการประสานการดำเนินการเพื่อการบูรณาการการทำงานและการร่วมกำหนดเจ้าภาพต่างๆ อย่างมีส่วนต่อไป ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงแรงงาน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

**ทิศทางการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย**

ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย

ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ภาวะพึ่งพิง หมายถึงอะไร

เมื่อพูดถึงภาวะพึ่งพิง¹ โดยความหมายทั่วไปแล้ว อาจหมายถึงการพึ่งพิงทั้งในด้านการเลี้ยงดู ด้านการเงิน การให้การศึกษาสำหรับเด็ก การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ ในด้านจิตใจ การพึ่งพิงอาจหมายถึง การให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า ด้านสังคมก็สามารถหมายถึงการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือ การร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม

สถานการณ์ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุ

สำหรับเอกสารฉบับนี้จะนำเสนอภาพของภาวะพึ่งพิงในบางมิติที่สำคัญของประชากรสูงอายุไทย ซึ่งได้แก่ อัตราส่วนการพึ่งพาในประชากร ภาวะพึ่งพิงในการทำกิจกรรมประจำวัน การพึ่งพิงในด้านเศรษฐกิจ การพึ่งพิงด้านการดูแล และการพึ่งพิงในทางสังคมและจิตใจ

เป็นที่ทราบกันดีว่า โครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ การลดลงของประชากรวัยเด็ก จาก ร้อยละ 30 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 24.9 ในปี 2545 และร้อยละ 22.4 ในปี 2550 ขณะที่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 9.4 และ 10.7 ในปี 2545 และ 2550 ตามลำดับ ขณะที่ประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ส่งผลให้ไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ของประชากรทั้งหมด

รายงานจากสำนักงานสถิติแห่งชาติแสดงถึงอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุในปี 2550 มีค่าเท่ากับ 16.0 หมายถึงประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 16 คน โดยเพิ่มจาก 10.7 ในปี 2537 ขณะที่อัตราส่วนการเป็นภาระวัยเด็กจะลดลงเรื่อยๆ

ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ภาวะพึ่งพิงในความหมายของการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปวัดด้วยตัวชี้วัด ADL (Activity Daily Living) เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุก-นั่ง การเคลื่อนที่ การใช้ส้วม และอาจรวมไปถึงการกลืนปัสสาวะ อุจจาระ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บ่งชี้ให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพของการทำงานของร่างกาย (Functional health) ของประชากร บ่งบอกถึงความต้องการการดูแล และการจัดบริการช่วยเหลือดูแล ที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น

¹ ราชบัณฑิตยสถานบัญญัติศัพท์ dependency ว่า ภาวะพึ่งพิง ขณะที่บัญญัติให้คำว่า mutualism เป็น ภาวะพึ่งพา

ในประเทศไทย การวัดภาวะพึ่งพิงด้วยตัวชี้วัด ADL มีการศึกษาในประชากรสูงอายุระดับประเทศที่เฉพาะเจาะจงจำนวน 2 ครั้งด้วยกัน คือการสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2546 ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ในปี 2540 ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยรวมมีค่าร้อยละ 1.7 ในชาย และร้อยละ 2.4 ในหญิง โดยแต่ละกลุ่มอายุมีค่าดังแสดงในตารางที่ 1 ในปี 2546 ภาวะพึ่งพิงโดยรวมมีประมาณร้อยละ 1.1 ในชายและร้อยละ 1.2 ในหญิง โดยภาวะพึ่งพิงนี้จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง

อายุ	ชาย		หญิง	
	2539-40	2546-47	2539-40	2546-47
60-69	0.5	0.8	1.1	0.9
70-79	2.7	1.2	2.6	1.3
80+	5.2	2.5	8.1	3.6
รวม	1.7	1.1	2.4	1.2

ที่มา: การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-40 และ 2546-47 (รายงานจากประชากรตัวอย่าง)

ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ

ในปี 2550 พบว่าแหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายुर้อยละ 52 มาจากบุตร และร้อยละ 39 มาจากตนเองซึ่งมาจากการทำงาน บำนาญ และเงินออมของผู้สูงอายุ ในทางกลับกัน มีผู้สูงอายุอีกประมาณร้อยละ 6-7 ที่ให้เงินบุตรและร้อยละ 52 ที่ไม่ได้ให้เงินบุตรในรอบ 1 ปี

หากจำแนกผู้สูงอายุตามภาวะเปราะบางด้านเศรษฐกิจ โดยนภาพร ชโยวรรณ อ้างถึง Klerk (2004) ที่นิยามว่าภาวะเปราะบาง หมายถึง สถานการณ์ที่ภาระของบุคคลมีความหนักอึ้งเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถของบุคคลที่จะแบกรับ ซึ่งสะท้อนความง่ายหรือโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความเสียหายหรือไม่ได้รับการป้องกันจากการที่จะเกิดความเสียหายซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือภาวะที่ดีของผู้สูงอายุเอง และแบ่งลักษณะที่เปราะบางเป็น 3 หมวดใหญ่ๆ คือ ด้านประชากรและสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ แล้วนั้น พบว่ามีลักษณะดังตารางที่ เห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาจากรายได้แล้วมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 คนที่มีภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจ ขณะที่ผู้ที่ตอบว่ารายได้ไม่พอเพียงมีประมาณ ร้อยละ 14

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เปราะบางทางเศรษฐกิจ

มิติด้านเศรษฐกิจ	เพศ		เขตที่อาศัย		รวม
	ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท	
% ยากจน (มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อปี)	19.8	28.6	13.4	29.6	24.6
% ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำสุด	22.5	23.5	8.5	29.6	23.1
% ยากจนและรายได้ไม่พอเพียง	11.4	15.6	7.5	16.4	13.7
% ยากจนและรายได้ไม่พอเพียง ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ	10.8	14.7	7.2	15.4	12.9
% ต้องการงานและพร้อมทำงานแต่ไม่มีงานทำ	3.6	2.8	1.5	3.8	3.1

ที่มา : นภาพร ชโยวรรณ "กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย" วารสารประชากรศาสตร์ ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มีนาคม, 2548.

ภาวะพึงพิงด้านสุขภาพ

การศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ กำหนดภาวะเปราะบางทางสุขภาพจากการประเมินสุขภาพของตนเองว่าไม่ดีหรือไม่ดีมาก การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ (นิยามว่าเป็นผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองอย่างน้อยหนึ่งอย่างในสามอย่าง ได้แก่ การกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า และอาบน้ำ/เข้าห้องสุขา) และผู้ที่ตอบว่าเหงา พบว่าผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่ดีถึงไม่ดีมากซึ่งมีประมาณเกือบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุที่ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้มีประมาณร้อยละ 3 และผู้สูงอายุที่รายงานว่าเหงาระดับปานกลางถึงมากมีประมาณร้อยละ 12 ซึ่งเมื่อจำแนกกลุ่มที่เปราะบางทางสุขภาพตามภูมิภาคฐานะทางเศรษฐกิจ และเครือข่ายทางสังคม(ตารางที่ 3) พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.5-66.8)เป็นผู้ที่มีบุตรที่มีชีวิต 4 คนขึ้นไป ขณะที่ร้อยละ 2.9-12.9 อาศัยอยู่คนเดียว ส่วนด้านการติดต่อกับบุตรในรอบ 1ปีมีเพียงร้อยละ 1 ที่ไม่มีการติดต่อกับบุตร ส่วนร้อยละของผู้ที่ไม่มีการติดต่อกับญาติและเพื่อนบ้านสูงกว่าผู้ที่ไม่มีการติดต่อกับบุตร เมื่อเทียบกับลักษณะของความเปราะบางทางเศรษฐกิจ อาจพออนุมานได้ว่าผู้ที่เปราะบางทางสุขภาพมีภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจที่มากกว่าด้านการติดต่อกับเครือญาติ

ตารางที่ 3 ภาวะเปราะบางทางสุขภาพกับสังคมและเศรษฐกิจ

ลักษณะ	ประเมินสุขภาพตนเองไม่ดีหรือไม่ดีมาก	ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้	เหงา
เครือข่ายสังคม			
% อยู่คนเดียว	7.4	2.9	12.9
% ไม่มีบุตรที่มีชีวิต	4.7	4.3	5.9

ลักษณะ	ประเมินสุขภาพ ตนเองไม่ดีหรือ ไม่ดี มาก	ทำกิจวัตร ประจำวันเอง ไม่ได้	เหงา
% มีบุตรที่มีชีวิต 4+ คน	66.8	65.0	64.5
% ไม่มีการติดต่อกับบุตร*	0.9	1.1	1.2
% ไม่มีการติดต่อกับญาติอื่น*	8.1	3.3	7.4
% ไม่มีการติดต่อกับเพื่อนบ้าน*	2.2	2.8	2.3
ด้านเศรษฐกิจ			
% ยากจนรายได้ไม่เพียงพอ	22.3	21.7	19.6
% ยากจนรายได้ไม่เพียงพอไม่ได้เบียดชีพ	20.7	20.4	18.0
% ไม่ได้รับบำนาญ	97.4	96.1	97.2

* เฉพาะผู้สูงอายุที่มีญาติแต่ละประเภทอยู่ที่อื่น และเป็นการติดต่อเยี่ยมเยียนระหว่างกันในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจ

ที่มา : นภาพร ชโยวรรณ "กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย" วารสารประชากรศาสตร์ ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มีนาคม, 2548.

การสูญเสียสุขภาพ

การสูญเสียสุขภาพ หรือ DALYs เป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งจากการตายและความบกพร่องทางสุขภาพ โดยคำนึงถึงระยะเวลาที่ตายก่อนวัยอันควร และระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ด้วยความพิการหรือความบกพร่องทางสุขภาพ ซึ่งพบว่าประชากรไทยในปี 2547 มีการสูญเสียสุขภาพในผู้สูงอายุประมาณ 1.4 และ 1.5 ล้านปีในชายและหญิงตามลำดับ โดยมี 10 สาเหตุแรกแสดงในตารางที่ 4 เห็นได้ว่าโรคที่เป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียสุขภาพในกลุ่มประชากรสูงอายุคือโรคหลอดเลือดสมอง สูงถึงร้อยละ 12.5 และ 13.5 ในชายและหญิงตามลำดับ โดยโรคที่ไม่เป็นสาเหตุโดยตรงของการตายที่พบใน 10 อันดับแรกนี้ได้แก่ความพิการทางการได้ยินและทางสายตา และโรคข้อเสื่อม

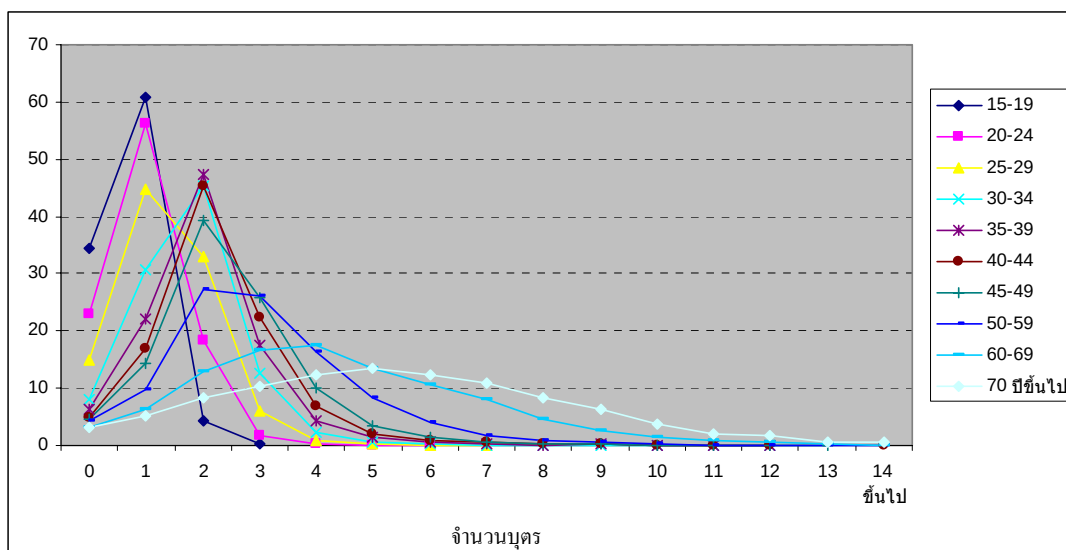
ตารางที่ 4 สิบอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุ

ลำดับ	ชาย				หญิง	
	โรค	DALY			DALY	โรค
		('000)	%		('000)	
1	หลอดเลือดสมอง	171	12.5	13.5	206	หลอดเลือดสมอง
2	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	124	9.1	10.4	160	เบาหวาน
3	มะเร็งตับ	114	8.3	6.3	97	หัวใจขาดเลือด
4	หัวใจขาดเลือด	95	6.9	5.1	78	สมองเสื่อม
5	เบาหวาน	75	5.5	4.4	67	มะเร็งตับ
6	มะเร็งปอด	62	4.5	4.1	63	ต่อกระຈก
7	พิการทางการได้ยิน	45	3.3	3.9	60	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
8	ต่อกระຈก	40	2.9	3.5	54	พิการทางการได้ยิน
9	สมองเสื่อม	39	2.8	3.2	49	ข้อเสื่อม
10	ตับแข็ง	36	2.6	2.9	44	ไตอักเสบ/เสื่อม
	ทุกสาเหตุ	1,367	100	100	1,532	ทุกสาเหตุ

ภาวะถดถอยของการดูแล

รูป 1 แสดงถึงจำนวนบุตรเกิดรอดของหญิงที่เคยสมรสในช่วงอายุต่าง ๆ กัน เห็นได้ชัดว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้สูงอายุในปัจจุบันอยู่ที่ประมาณ 4 คน(อายุ 60-69 ปี) และ 5 คน(อายุ 70 ปีขึ้นไป) ขณะที่ผู้ที่อายุน้อยกว่า 60 ปี มีบุตรเฉลี่ยอยู่ที่เพียงประมาณ 2-3 คนเท่านั้น ซึ่งผู้สูงอายุใน 10 ปีข้างหน้าจะมีบุตรเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 3.2 คน

รูป 1 ร้อยละของจำนวนบุตรเกิดรอดของหญิงที่เคยสมรส



ที่มา: การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2548-49 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้แม้ผู้สูงอายุจะมีคู่สมรส แต่ก็ไม่จำเป็นที่จะอยู่ด้วยกันกับบุตรหรือคู่สมรส(ตารางที่5) มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุชายที่หย่าหรือแยกกันอยู่ไม่มีบุตรอยู่ด้วย ขณะที่ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุหญิงในสถานะสมรสเช่นเดียวกันอยู่กับบุตร อย่างไรก็ตามรายงานเหตุผลของการย้ายถิ่นในปี 2549 แสดงให้เห็นว่า ประมาณ 1.1 แสนคนที่มีเหตุผลย้ายถิ่นเนื่องจากขาดคนดูแลและเพื่อการดูแล ส่วนการสำรวจผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 พบว่า ร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุที่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือนไม่มีการเยี่ยมเยียนกับบุตรในรอบปี

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานะสมรสและการมีบุตรที่อยู่ครัวเรือนเดียวกัน

		สถานะสมรสของผู้สูงอายุ						
		โสด	สมรสอยู่ด้วยกัน	สมรสไม่ได้อยู่ด้วยกัน	หม้าย	หย่า	แยก/เล็กกัน	
ชาย	บุตรที่อยู่ครัวเรือนเดียวกัน							
	มีบุตร(บุตรแท้และบุตรบุญธรรม)	มี	0	56	44	68	43	27
		ไม่มี	0	42	54	30	46	61
	ไม่มีบุตรเลย		99	2	2	2	11	12
	จำนวนรวม	2	10,035	375	1,993	77	144	
หญิง	บุตรที่อยู่ครัวเรือนเดียวกัน							
	มีบุตร(บุตรแท้และบุตรบุญธรรม)	มี	0	56	61	70	53	52
		ไม่มี	1	43	36	27	35	39
	ไม่มีบุตรเลย		99	2	2	3	12	9
	จำนวนรวม	13	6,967	358	8,267	185	261	

ที่มา: การสำรวจผู้สูงอายุไทย 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สรุป

แม้ว่าครอบครัวจะเป็นแหล่งหลักของการให้การดูแลผู้สูงอายุ แต่จากการเปลี่ยนแปลงของจำนวนบุตรเฉลี่ยที่ลดลง การอยู่เป็นโสดมากขึ้น การอยู่อาศัยแบบครอบครัวขยายที่ลดลง การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยเพื่อการประกอบอาชีพ อีกทั้งการที่ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น หรือการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตให้อยู่นานขึ้นแต่มีความพิการร่วมด้วย นอกจากนี้แม้ผู้สูงอายุจะมีคู่สมรส แต่ก็ไม่จำเป็นที่จะอยู่ด้วยกันกับบุตรหรือคู่สมรส จึงเป็นคำถามสำคัญที่สังคมควรช่วยกันตอบว่าครอบครัวจะสามารถรับภาระให้การดูแลผู้สูงอายุได้มากน้อยเท่าไร และบทบาทของสถาบันทางสังคมอื่นๆจะเข้ามามีส่วนช่วยเหลือและให้การสนับสนุนครอบครัวได้อย่างไร

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ

(Institutional Long-term Care for Older Persons)

ผศ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การดูแลระยะยาว (long-term care: LTC) ถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและบริการสังคม (WHO, 2000) นอกจากนี้การดูแลระยะยาวยังเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม ที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแล การบริการอาจเป็นได้ทั้งในระยะสั้น หรือในระยะยาวก็ได้ และอาจเป็นการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน หรือในสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

การดูแลในสถานบริการหรือในสถาบัน (institutional care) เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอื่นเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2548) นอกจากนี้ยังเป็นการให้บริการดูแลในสถานบริการ หรือให้บริการ ณ ที่สถานที่ตั้ง สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภท การดูแลในสถาบันแบ่งตามลักษณะการบริการที่ให้และแบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ (Ribbe et al., 1997; Lassey and Lassey, 2001; ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2549) ดังนั้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ขาดคนดูแลหรือญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้เนื่องจากมีระดับความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงระดับมาก ที่จำเป็นต้องใช้ทักษะทางการแพทย์และต้องการการดูแลในระยะยาว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลในสถานบริการ

ดังนั้นสถานบริการดูแลระยะยาว (institutional long-term care) หมายถึง สถานที่ให้บริการทางเลือกตามชีวิตความเป็นอยู่ (life style) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและความต้องการของผู้สูงอายุตลอดกระบวนการสูงอายุ โดยมีศักยภาพให้บริการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ผู้ให้บริการอาจมาจากภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือภาคเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและองค์กรการกุศล

ประเภทของสถานบริการ

สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภท จากการทบทวนวรรณกรรมและจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น พบว่าการบริการที่พบได้ในประเทศไทยสามารถแบ่งตามลักษณะการบริการที่ให้และแบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้ (Ribbe et al., 1997; Lassey and Lassey, 2001; ศิริพันธุ์ สาสัคย์, 2549)

1. บ้านพักคนชรา (residential home) หรือ ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (independent living communities) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (retirement communities) หมายถึง สถานที่ให้บริการ “การดูแลในระดับต่ำกว่า (lower level of care)” โดยให้บริการห้องพักสำหรับผู้ที่ยังช่วยเหลือ

ตัวเองได้ ผู้พักอาศัยจะต้องสามารถเดินเองได้ เดินโดยใช้ไม้เท้า (cane) ไม้เท้าช่วยเดิน (crutches) หรือ อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) แต่ผู้พักอาศัยไม่ได้ต้องการการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยดูแล นอกจากนี้ยังมีสถานที่พักอาศัยประเภทห้องพักให้เช่าสำหรับผู้สูงอายุ (hostels) และที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (sheltered housing)

2. **สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting)** เป็นสถานที่พักอาศัยสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุหรือความพิการที่ต้องการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างทำให้ไม่สามารถพักอาศัยอยู่ที่บ้านได้อย่างปลอดภัย แต่ต้องการอยู่อย่างอิสระมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ มีบริการการดูแลส่วนบุคคล และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้พักอาศัยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่ต้องมีผู้ที่คอยกำกับดูแลและไม่ต้องการการดูแลที่ใช้ทักษะทางการแพทย์หรือการพยาบาล มีห้องรับประทานอาหารรวมและมีระบบการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน

3. **โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว (long-stay hospital)** หมายถึง สถานที่ให้การรักษายาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ในขณะที่โรงพยาบาลของภาครัฐส่วนใหญ่ไม่สามารถให้บริการเช่นนี้ได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนเตียง

4. **สถานบริบาล (nursing home)** หมายถึง เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ และเป็นสถานที่ให้บริการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ 24 ชั่วโมงต่อวัน หรือให้บริการกำกับดูแลในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารและการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง สถานบริการนี้มักให้การดูแลที่มีลักษณะ “การดูแลในระดับสูงสุด (highest level of care)” แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและ/หรือมีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง

5. **สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care)** หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ เป้าหมายในการดูแลก็คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบในวันสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ให้การรักษา สถานบริการในลักษณะนี้พบทั้งในโรงพยาบาลและในสำนักสงฆ์

ดังนั้นสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยจะประกอบไปด้วย บ้านพักคนชราสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของทั้งภาครัฐ เช่น ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนทั่วไปให้บริการแบบหวังผลกำไรและองค์กรการกุศลที่ให้บริการโดยไม่หวังผลกำไร มีการให้บริการตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามสถานบริการหลายๆ แห่งทั้งบ้านพักคนชราและสถานบริบาล ได้จัดให้มีการบริการหลาย

ระดับตั้งแต่การช่วยเหลือส่วนบุคคลถึงการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ จึงทำให้ยากต่อการจัดประเภทของสถานบริการนั้นๆ ได้อย่างชัดเจน

ความจำเป็นที่ต้องมีสถานดูแลระยะยาว

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชากรสูงอายุในสังคมไทย ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรัง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลมีจำนวนมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย พบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ อัตราความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบในผู้หญิงมากกว่าชาย (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทย ต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการพยากรณ์ว่า ปี พ.ศ. 2553, 2563 และ 2573 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจำนวนถึง 499,837 คน 741,766 คนและ 1,103,754 คนตามลำดับ (วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า ของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ และทิพวรรณ อิศรพัฒนสกุล (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ ในส่วนของการดูแลในสถานบริการพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับปานกลางและระดับมากโดยเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 5,780 คนในปี พ.ศ. 2538 ไปเป็น 35,302 คนในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 101,192 คนในปี พ.ศ. 2558 คิดเป็น ร้อยละ 47.5 ของจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทั้งหมด และคาดว่าความต้องการการดูแลในระดับมากจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าของความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม (2550) ได้สังเคราะห์องค์ความรู้เรื่อง ระบบสถานบริการผู้สูงอายุ และพบว่าบริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ของภาครัฐที่มีอยู่ในปัจจุบันได้แฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่ให้บริการเฉพาะผู้พักอาศัยซึ่งต่อมามีปัญหาทางด้านสุขภาพ ต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก และเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพมากกว่าการดูแลทางด้านสังคม แต่เนื่องจากยังขาดระบบการประเมินระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ที่จะช่วยบ่งชี้ประเภทสถานบริการที่เหมาะสม และยังขาดสถานบริบาลของภาครัฐรองรับ จึงพบว่าผู้ที่มีความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงสูงสุดยังคงพักอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราแทนที่จะเป็นสถานบริบาลผู้สูงอายุ นอกจากนี้การศึกษาคู่มือผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชราของ ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์และคณะ (2550) พบว่าสถานสงเคราะห์ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนภายหลังออกจากโรงพยาบาล อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น

ปัญหาที่พบ

จากความต้องการการดูแลในสถานบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ปรากฏว่ายังขาดข้อมูลที่เกี่ยวของหลายๆ ด้านรวมทั้ง การกำกับดูแลจากภาครัฐ (ศิริพันธุ์ สาสัคย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2550) เช่น

1. ขาดข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทยที่ชัดเจน ในด้านจำนวนประเภทของสถานบริการ ลักษณะการให้บริการและคุณลักษณะผู้รับบริการ
2. ขาดข้อมูลด้านการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นตัวอย่างและส่งเสริมสถานบริการอื่นใช้เป็นแบบอย่าง
3. ขาดกฎหมายเข้ามาควบคุมการขึ้นทะเบียน และยังไม่เกณฑ์ในการจัดตั้งสถานบริบาลสำหรับภาคเอกชนที่ชัดเจน
4. ยังไม่มีการจัดทำมาตรฐานการดูแล การกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการผู้สูงอายุในสถานบริการ และหน่วยงานที่ให้การรับรองมาตรฐานของสถานบริบาล
5. ยังไม่พบว่ามีสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุของภาครัฐ แต่พบว่ามีบริการในลักษณะนี้แฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยยังขาดรูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการแบบครบวงจรในประเทศไทยขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ทิศทางการพัฒนาระบบการบริการดูแลระยะยาว

1. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการแบบครบวงจรในประเทศไทย เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและข้อมูลสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านการวางแผนและการกำหนดนโยบายในด้านการบริการสุขภาพและสังคมในประเทศไทยต่อไป
2. จัดให้มีการบริการสถานดูแลระยะยาวของภาครัฐเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงสูงสุดที่ไม่มีญาติหรือญาติไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านต่อไปได้
3. ส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวของภาคเอกชน เช่น ให้การสนับสนุนด้านองค์ความรู้ การฝึกอบรมบุคลากร หรือการสนับสนุนด้านงบประมาณ สำหรับหน่วยงานของภาคเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร
4. กำหนดกฎหมายแยกประเภทการขึ้นทะเบียนสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแยกออกจากสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการบริการและการบริหารจัดการ
5. กำหนดมาตรฐานการดูแลในระดับชาติ รวมทั้งกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการผู้สูงอายุในสถานบริการ
6. ส่งเสริมการจัดตั้งหน่วยงานที่ให้การรับรองมาตรฐานของสถานบริการในระดับต่างๆ

7. ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการโอนย้ายสถานสงเคราะห์คนชราจัดให้มีการบริการผู้สูงอายุที่มีระดับความต้องการการดูแลในทุกระดับ
8. ส่งเสริมการซื้อบริการจากสถานบริการจากทั้งภาครัฐและเอกชนที่ได้รับการรับรองมาตรฐานในเขตพื้นที่นั้นๆ หรือพื้นที่ใกล้เคียง หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่สามารถจัดให้สถานบริการผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนได้
9. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย ในการให้ความรู้ด้านการบริการสุขภาพและสังคม รวมทั้งการบริหารจัดการ และเป็นพี่เลี้ยงให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการให้มีคุณภาพและมาตรฐาน

สรุป

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือมีภาวะเปราะบางจากการมีอายุสูงขึ้นไปมีจำนวนมากขึ้น ถึงแม้การดูแลในชุมชนจะเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการจัดให้บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการก็ยังคงมีความจำเป็นสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลางถึงมาก แต่ขาดคนดูแลหรือญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้เนื่องจากต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ และต้องการการดูแลในระยะยาว ด้วยปัจจุบันยังไม่มีสถานบริบาลของภาครัฐ ทำให้มีจำนวนสถานบริบาลของภาคเอกชนมากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสังคม แต่ปรากฏว่ายังขาดข้อมูลพื้นฐานหลายๆ ด้านที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งยังขาดระบบการกำกับดูแลเพื่อควบคุมมาตรฐานการบริการที่ให้เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล จึงควรมีการส่งเสริมการศึกษาวิจัยการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการแบบครบวงจรในประเทศไทย การกำหนดมาตรฐานการดูแลในระดับชาติ รวมทั้งส่งเสริมให้มีการกำหนดการขึ้นทะเบียน การกำกับดูแลมาตรฐานการบริการ และส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีบทบาทในการจัดให้มีบริการมากขึ้น

.....

รูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชนและครอบครัว

(Good Model of Elderly Care in Family and Community)

รองศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น บทบาทโดยทั่วไปของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ จึงเป็นบทบาทในการตอบสนองความต้องการและเกื้อหนุน ดูแล ซึ่งหมายถึง การให้ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การดูแลทั้งยามปกติ และเจ็บป่วย โดยบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคม บทบาทของครอบครัวในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ จะประกอบด้วยบทบาท 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ และเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้านสังคมและเศรษฐกิจ

บทบาทของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับวัฏจักรชีวิตผู้สูงอายุ และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว โดยบทบาทมีการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆ กับกระบวนการเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบจากสมาชิกรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ภายใต้อิทธิพลทางเศรษฐกิจและสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ในระยะที่ผู้สูงอายุยังมีสุขภาพที่ดีพอ ไม่อยู่ในสถานะพึ่งพา และยังสามารถในเชิงเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุจะอยู่ในบทบาทของผู้ให้ ผู้มีอำนาจ และผู้เกื้อหนุนแก่สมาชิกในครอบครัว ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเชิงเศรษฐกิจลดลงแต่ยังมีสุขภาพดีและไม่ต้องพึ่งพา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังคงดำรงบทบาทผู้ให้และผู้รับที่สมดุลมากขึ้น โดยยังให้การเกื้อหนุนทางสังคมและกายภาพแก่สมาชิกคนอื่นๆ เช่น การดูแลบ้าน การดูแลหลาน เป็นต้น แต่มีการเปลี่ยนถ่ายอำนาจและความรับผิดชอบไปยังสมาชิกรุ่นต่อไป เริ่มเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมีบทบาทเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม จนเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพและเป็นเหตุให้อยู่ในระยะพึ่งพา ต้องการการดูแลเกื้อหนุน บทบาทของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนชัดเจนจาก “ผู้ให้” เป็น “ผู้รับ” ระยะการเปลี่ยนแปลงนี้อาจสร้างผลกระทบทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว หรืออาจเกิดความขัดแย้งที่รุนแรงขึ้นได้ อันเป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุจากผู้ที่เคยสามารถเป็นผู้เกื้อหนุนช่วยเหลือ มาเป็นผู้พึ่งพิง ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงผลกระทบที่มีต่อบทบาทและวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545 น.3-8, 3-9)ⁱ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ,2551, น.36)ⁱⁱ ระบุว่า “ผู้สูงอายุที่พิการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2544 ผู้สูงอายุที่พิการมีร้อยละ 5.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.3 ในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 15.3 ในปี 2550 ในจำนวนผู้สูงอายุที่พิการเป็นหญิงมากกว่าชาย ซึ่งโดยปกติหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยสูงกว่าชาย ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เป็นหญิง นอกจาก จะประสบ

ปัญหาว่าแห้วอยู่คนเดียว เนื่องจากกลุ่มสมรสจากไปก่อนแล้วยังประสบปัญหาเกี่ยวกับความพิการ ทำให้มีความยากลำบากในการดำรงชีวิต ยิ่งถ้าขาดผู้ดูแลก็ยิ่งมีความยากลำบากมากยิ่งขึ้น ลักษณะความพิการที่พบมากในผู้สูงอายุ 3 ลำดับแรก ได้แก่ สายตาเสื่อมราง หูตึงสองข้าง และอัมพฤกษ์ โดยผู้หญิงจะมีสัดส่วนสายตาเสื่อมรางสองข้างสูงกว่าชาย แต่ผู้สูงอายุชายจะหูตึงและเป็นอัมพฤกษ์สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเริ่มมีลักษณะบกพร่องดังกล่าวอย่างเด่นชัด มากกว่าลักษณะบกพร่องอย่างอื่น กล่าวคือ ในวัยสูงอายุสายตาจะเริ่มมีความเสื่อมมากที่สุด ลำดับถัดไป คือ หู และการเคลื่อนไหวของแขน ขา ลำตัว อ่อนแรงลงไป ไม่สามารถใช้อวัยวะดังกล่าวได้ดีเหมือนเดิม (อัมพฤกษ์)” และหลังจากนั้น ผู้สูงอายุเริ่มเข้าสู่ภาวะการพึ่งพิงและนอนติดเตียงในที่สุด

สำหรับกลุ่มผู้ที่คาดว่าจะมีภาวะนอนติดเตียง มีผู้ประมาณการว่า ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และ กลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นภาระของประเทศ โดยเฉพาะภาวะทุพพลภาพนับเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของผู้สูงอายุไทย ประมาณร้อยละ 7.0 ของประชากรสูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแลร้อยละ 1.6 ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งต้องการการดูแลหรือเกือบตลอดเวลา การคาดประมาณสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแสดงว่าในปี พ.ศ.2558 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวจำนวน 1,644,685 คน (ร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) ต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยจำนวน 412,910 คน (ร้อยละ 4.7 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) และต้องนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกนั่งหรือเคลื่อนย้ายได้จำนวน 78,622 คน (ร้อยละ 0.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) ทั้งนี้ มีผู้สูงอายุทั้งหมดที่ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขลักษณะส่วนตัวจำนวน 602,316 คน (ร้อยละ 6.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) จากผลการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม พบว่าร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันประสบปัญหานี้ ประมาณว่าในปี พ.ศ.2558 จะมีผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมราว 291,633 คน (ร้อยละ 3.3 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) โดยประมาณร้อยละ 50.0 ของจำนวนนี้เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542)ⁱⁱⁱ จากสถิติดังกล่าว ทำให้คาดการณ์ได้ว่าภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับประเทศไทยในอนาคต ดังนั้น แนวคิดการดูแลระยะยาว (Long Term Care) จึงได้ถูกนำมาศึกษาและเตรียมการอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ทันรับกับสภาพการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยในอนาคตไทย

แนวคิดการดูแลระยะยาว

การให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างหนึ่งที่ต้องปฏิบัติ โดยการดูแลที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุ เพราะการดูแลระยะยาวเป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกลำบากท้อทึง และมีความรู้สึกร่มเย็นในชีวิตมากขึ้น ซึ่งการดูแลระยะยาวมีนักวิชาการหลายคนได้ให้ความหมายที่ใกล้เคียงกัน

กล่าวโดยสรุป การดูแลระยะยาว เป็นการบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง หากแต่จะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป้าหมายการให้บริการดูแลระยะยาว คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มากที่สุดกรณีที่ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ในขณะนั้น

รูปแบบของการดูแลระยะยาว

เธอร์ดอร์ เอช.คอฟ (อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, น.22)^{iv} ได้แบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. Intergrated Home – Service Center Model เป็นศูนย์บริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพ และบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุนอกเหนือจากครอบครัว ซึ่งเป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวก และตามความพร้อมอีกทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก สถานที่จัดบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการ มีการดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ – ส่ง การจ้างงาน การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์

2. Congregate Service Model เป็นการรวบรวมหลายๆบริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐานมากกว่า โดยครอบครัวเข้ามามีบทบาทน้อยเพราะมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชรา ส่วนรูปแบบในการให้บริการ : อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่ง บริการนี้มีความแตกต่างจาก intergraded home – service center model เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

3. Home Care Service เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่กับสถาบัน โดยสถานที่จัดบริการคือบ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่บริการทางโทรศัพท์ แม่บ้าน อาหาร บริการแม่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เพื่อนเยี่ยมบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่งเพื่อไปรักษาพยาบาล

4. Institution Care Model คือ บริการในสถาบันที่ควรจะเป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด ฟันฟู และการพักผ่อนภายหลังเจ็บป่วย การดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันนี้ต้องอาศัยการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาในระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการคือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การพยาบาล (nursing care) การดูแลด้านการแพทย์ (Medical care) นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคมอื่นๆ

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการดูแลระยะยาว เป็นการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยจัดทั้งในที่อยู่อาศัย สถานบริการ และชุมชน ทั้งบริการที่เกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคลหรือดูแลเฉพาะตัว บริการเพื่อเสริมสิ่งที่ขาดไปจากครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม เป็นการสร้างความมั่นคงในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

การดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ

การดูแลระยะยาวในครอบครัวเป็นบริการที่จัดให้กับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเองได้ดีและ เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆได้ตามความเหมาะสม ผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวที่บ้าน จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งกาย จิตใจและ การฟันฟู รวมถึงได้รับการสนับสนุนทางการเงิน กฎหมายและสังคมด้วย ดังนั้น อาจกล่าวว่าการดูแลระยะยาวในครอบครัว มีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ (World Health Organization, 2000 p.9)^v

- (1) การประเมินสถานการณ์ปัญหา และการควบคุมให้มีบริการตามที่กำหนดไว้
- (2) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การป้องกันและการบำบัดรักษาตามความจำเป็น
- (3) สิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนเอง การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการพิทักษ์สิทธิ์

(4) การจัดหาเครื่องใช้พื้นฐาน เช่น เครื่องช่วยหรือเครื่องมือในการช่วยฟังและช่วยเดิน รวมทั้งยาต่างๆ

- (5) การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้มีปัญหาทางจิต เช่น วิตกกังวล หรือปัญหาทางจิตอื่นๆ
- (6) การพัฒนาเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการเพื่ออำนวยความสะดวกทางสังคม
- (7) การกำหนดเกณฑ์ทางสังคม และบทบาทในการดูแลของชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นลักษณะของการดำเนินงาน หรือกิจกรรมการให้บริการดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และช่วยให้ครอบครัวได้ดำเนินชีวิตไปได้อย่างปกติ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจึงหมายถึง การดูแลสมาชิกครอบครัวทั้งหมดให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ วิธีการดูแล

ในครอบครัวจึงเป็นการดูแลทั้งการเจ็บป่วย (Diseased Approach) การดูแลเฉพาะราย (Case Approach) และการดูแลสมาชิกทั้งครอบครัว (The Whole Approach)

จากความหมายของการดูแลระยะยาวดังกล่าว จะเห็นว่า จุดสำคัญของการดูแลระยะยาวในครอบครัว คือ การจัดบริการสำหรับบุคคลที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถดูแลตนให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังนั้น การบูรณาการระบบบริการจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ในระบบการดูแลระยะยาว เพราะการบูรณาการวิธีการดูแลให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะทำให้เกิดผลดีในด้านการรักษาพยาบาล เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการและสามารถลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและภาครัฐได้มาก

การจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

“การดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทยยังคงเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลที่ไม่ใช่พยาบาลแบบวิชาชีพ ขณะนี้การดูแลสุขภาพมีลักษณะครอบคลุมถ้วนหน้าแต่ยังไม่ได้ให้ความครอบคลุมไปถึงการดูแลระยะยาว ขณะที่การบริการทางสังคมจัดให้เฉพาะผู้ที่สามารถดูแลกิจวัตรส่วนบุคคลได้ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพาจึงเป็นบทบาทของครอบครัวเท่านั้น ที่ต้องให้การดูแลทางกายและจิตใจ และให้การสนับสนุนทางการเงินอีกด้วย บริการทางการแพทย์ที่รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก ได้ขยายขอบเขตครอบคลุมไปถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ที่ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด”

นอกจากนั้น กรมอนามัย ได้มีการดำเนินการโครงการ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน” โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นการลดอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมถึงเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวล ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งการดูแลในลักษณะดังกล่าวนี้ จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายที่รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าเสียโอกาสของญาติและผู้ดูแล อีกทั้งเป็นการลดจำนวนเตียงผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังเป็นการเพิ่มการหมุนเวียนของอัตราเตียงว่างเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินอีกด้วย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2548 น.1-2)^{vi} โดยการให้บริการดูแลที่บ้านนั้น ผู้ป่วยสูงอายุโดยมากเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล และ/หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น เป็นผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง มีท่อสายยางติดตัว เป็นผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งการให้บริการโดยทั่วไปของโครงการดังกล่าว คือ การจัดบริการโปรแกรมดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) การตรวจสุขภาพ การแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การบริการพยาบาลผู้ป่วย รวมถึงมีการบริการสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ(สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2550 น. 61)^{vii}

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานนี้ยังเป็นเพียงความพยายามที่จะให้บริการด้านสุขภาพเข้าสู่ผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจุบัน (2551) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการทดลอง โครงการ

เสริมสร้างระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน และดูแลระยะยาว (LTC) โดยชุมชนและท้องถิ่นเป็นฐาน 12 จังหวัด ในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัย

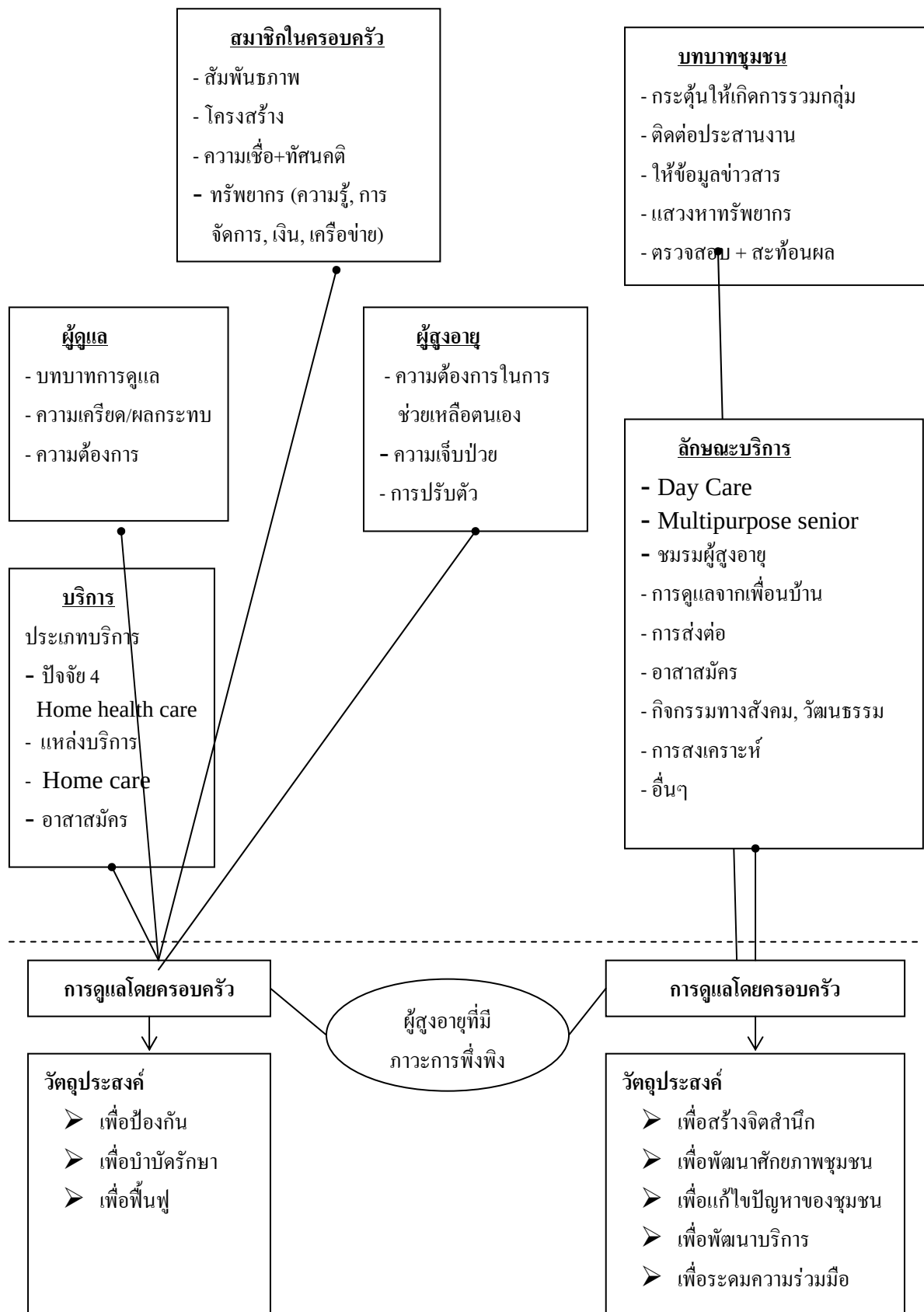
ด้านการให้บริการด้านสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มอบหมายให้กรมพัฒนาสังคม และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ เป็นผู้ดำเนินงานหลักใน การกำหนดนโยบาย และจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ โดย ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับบริการในชุมชนและครอบครัว ที่สำคัญ คือ ภารกิจของศูนย์ในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีปรัชญาพื้นฐานที่ว่า ควรมีการเสริมสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนของตนเอง นอกนั้น เป็นบริการที่จัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่รับผิดชอบการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ การสงเคราะห์ในด้านปัจจัย 4 การส่งเสริมการรวมกลุ่ม และกิจกรรมทางสังคมต่างๆ

จากบริการของหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน ครอบครัวและชุมชนดังกล่าว จะเห็นว่า ยังอยู่ในระหว่างการริเริ่มดำเนินการ ยังมีได้มีรูปแบบที่เหมาะสม ในสังคมไทย

ตัวแบบการดูแลที่ดีในครอบครัวและชุมชน

การจัดบริการดูแลระยะยาวที่ดีในครอบครัวและชุมชนนั้น ควรประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กันหลากหลายปัจจัย สำหรับสังคมไทยปัจจัยสำคัญที่สุด ได้แก่ เครือข่ายการดูแล โดยเริ่มจากสมาชิกในครอบครัว แต่ละครอบครัวมักมีผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักอยู่อย่างน้อย 1 คน คุณภาพการดูแลจะดีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวยที่มีสมาชิกจำนวนมากย่อมมีเครือข่ายการดูแลที่มากกว่า ความเชื่อและทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับหลักศาสนา ค่านิยมเรื่องความกตัญญูและบาปบุญคุณโทษ สัมพันธภาพของสมาชิก และทรัพยากรที่มีอยู่ในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นความรู้ เงิน การจัดการ และเครือข่ายอื่นๆ ในส่วนของผู้ดูแลนั้น ถึงแม้จะเป็นตัวหลักในการดูแลผู้สูงอายุก็ตาม แต่พบว่าบางครั้งผู้ดูแลมักมีปัญหาในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ด้านภาวะอารมณ์ จิตใจ ความเครียด และการขาดความรู้ในการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลคนใดมีทุนเดิมในด้านดังกล่าวในระดับสูง การดูแลย่อมดีไปด้วย

ระบบบริการในชุมชน เป็นสิ่งที่ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุสมบูรณ์ยิ่งขึ้น บริการดูแลในชุมชนประกอบด้วย บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสุขภาพ และการสงเคราะห์อื่นๆ ซึ่งหากชุมชนมีการจัดบริการเหล่านี้อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การริเริ่มการบริการ การจัดทีมงาน การจัดสรรทรัพยากร การให้ข้อมูลข่าวสารและการติดตาม ประเมินผล จะทำให้บริการในชุมชนมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ แก้ไขปัญหาและสนับสนุนให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านดียิ่งขึ้น



แผนภาพ รูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชนและครอบครัว

รูปแบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

แพทย์หญิงลัดดา คำการเลิศ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Intermediate Care เป็นคำจำกัดความที่บัญญัติจากการประชุมนักวิชาการหลายๆท่านและเอกสารวิชาการในต่างประเทศ คือ การดูแลระยะที่เรียกว่า down step ลงมา หรือระยะที่ลงมามากขึ้นหนึ่งหลังจากระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน คือการดูแล ผู้ป่วยที่หายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันแล้วเตรียมตัวที่จะกลับบ้าน และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องก็จะกลับไปดูแลที่บ้าน จากสภาพความเป็นจริงผู้ป่วยจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุหรือไม่สูงอายุ จะมีภาวะที่ยังไม่พร้อม สำหรับการดูแลที่ต้องต่อเนื่องคือการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เพื่อสามารถรับมือในการดูแลที่บ้านได้

การดูแลระยะกลาง 80% เป็นเรื่องของการฟื้นฟูสภาพอีก 20% เป็นเรื่องของการดูแลทางการแพทย์ ซึ่งขณะนี้ระบบสุขภาพในบ้านเราต้องกลับไปดูแลที่บ้าน ยกเว้นบางโรงพยาบาลใหญ่ๆ เช่น จุฬาลงกรณ์ ก็จะส่งต่อไปที่สถานพักฟื้นสวทศน์วิศ ช่วยดูแลระยะกลางเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในช่วง 3 เดือนแรก

ระบบบริการสุขภาพเรื่องนี้มีความจำเป็น เพราะเมื่อผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยเฉียบพลันเช่นจากโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเข้าสู่สถานพยาบาล และได้รับการรักษาจนรอดชีวิตแล้วหายช่วง 3-6 เดือนนับจากออกจากสถาบันหรือโรงพยาบาล เป็นระยะโอกาสทอง(Golden period) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายให้กลับมาเหมือนเดิมหรือใกล้เคียงสภาพเดิม หากไม่ได้รับการฟื้นฟูก็จะตกอยู่ในสภาวะพิการตลอดชีวิต ซึ่งการดูแลระยะกลางเป็นระยะที่สำคัญ ซึ่งขาดหายไปจากระบบบริการสุขภาพของไทย

หากพิจารณาว่าในพื้นที่หรือชุมชนมีความรู้หรือนวัตกรรมที่พยายามจะแก้ปัญหานี้อย่างไร ก็พบว่าความรู้มีอยู่บ้าง กำลังรอการสังเคราะห์ ซึ่งเป็นการดูแลกันเองภายในครอบครัว ,ในโรงพยาบาล ชุมชนตลอดจนการดูแลในชุมชน

ถ้าเราจะต้องพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางขึ้นมา องค์กรประกอบความรู้ที่ต้องการ พบว่า สิ่งที่ยังขาด คือ

1) หลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีความต้องการดูแลมากน้อยแค่ไหน อย่างไร สิ่งที่จะต้องทราบ คือ จำนวนและความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องการดูแลที่บ้านมากน้อยแค่ไหน อย่างไร

2)สามารถที่จะช่วยเหลือหรือสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะดูแลได้อย่างไร หรือสถานที่เพื่อจัดบริการการดูแลที่ไหนได้บ้าง สถานที่ที่เหมาะสมสามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจจะเป็นหอผู้ป่วยที่ดูแล Down Step ลงมา หรือโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์การแพทย์หรืออื่นๆ ที่เป็นนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน

3) การดำเนินงานที่เป็นการปฏิบัติที่ดีในโรงพยาบาลชุมชน(good practice) ซึ่งมีทั้งประเด็นการจัดสรรทรัพยากรบุคคลมาดูแล ทั้งในระบบการดูแลแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์แผนไทย

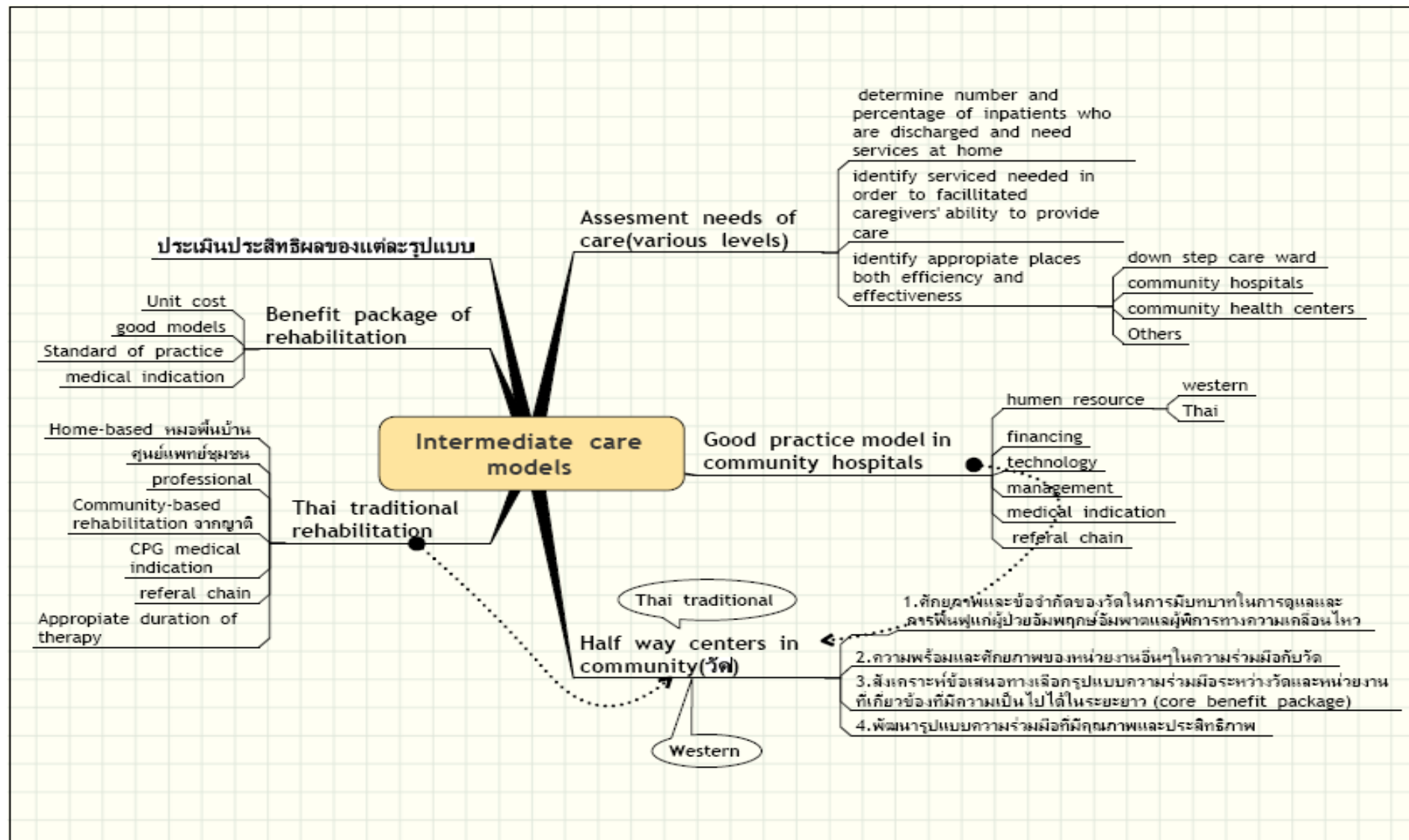
4) การจัดระบบการเงิน ที่มีการใช้ทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการดูแลฟื้นฟูสภาพ และเงื่อนไข ขอบ่งชี้ในการแพทย์ที่จะดูแล รวมทั้งห่วงโซ่ของการส่งต่อ จากโรงพยาบาลระดับสูง หรือโรงพยาบาลชุมชนมีการส่งต่ออย่างไร

5)แนวคิดที่ต้องการให้ศูนย์การดูแลสุขภาพในชุมชนหรือวัดเป็นศูนย์กลางของการฟื้นฟู ขณะนี้มีปรากฏการณ์แบบนี้เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย แต่ยังไม่ได้รวบรวมหรือจัดการให้เป็นระบบ และต้องการองค์ความรู้ว่าการดูแลโดยใช้วัดเป็นศูนย์กลางมีความเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหน เรียนรู้ศักยภาพและข้อจำกัดของวัดว่ามีบทบาทในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่อัมพาตหรือพิการมีมากน้อยแค่ไหน หน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาล องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีอนามัยที่อยู่รอบๆ ประกอบกันเป็นระบบสุขภาพชุมชน มีความพร้อมและศักยภาพในการร่วมมือกับวัดแค่ไหน องค์ความรู้นี้จะสามารถสังเคราะห์ข้อเสนอรูปแบบของการร่วมมือระหว่างวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระยะยาว และสามารถพัฒนารูปแบบความร่วมมือ ทั้งการแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์แผนไทยได้

6) ในส่วนของการแพทย์แผนไทยเราก็พบว่า มีชุดความรู้ที่กำลังรวบรวมอยู่ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้พิการที่บ้าน ซึ่งอาจจะเป็นหมอพื้นบ้านหรือแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลป์ รวมทั้งต้องมีกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีของในการดูแล เพื่อให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการดูแลแบบพื้นบ้านหรือแผนไทย เพื่อให้ความสามารถในการกลับมาสู่สภาพเดิมของผู้ป่วยกลับมาได้เป็นจริง ไม่ใช่ว่าหายเอง แต่เกิดจากการฟื้นฟู

7) ระบบการเงินการคลังก็มีความสำคัญ ถ้าพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางนี้ขึ้นมา เรื่องการระดมค่าใช้จ่าย ต้องมีข้อมูลว่า unit cost หรือค่าใช้จ่ายต่อรายต่อครั้งของการบริการเป็นจำนวนเท่าไรและมาตรฐานจริงเป็นอย่างไร ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการให้บริการ

ถ้าเราได้องค์ประกอบของความรู้เหล่านี้มาก็จะสามารถสังเคราะห์ข้อเสนอการออกแบบระบบการดูแลระยะกลางได้ เนื่องจากการดูแลระยะกลางมีส่วนช่วยในการป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวต่อไปในอนาคต ส่งผลให้ภาระของครอบครัว สถาบัน ก็จะลดน้อยลง



อภิปรายทั่วไป

ทิศทางการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

เป้าหมายการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาวไม่ควรแยกส่วนควรบูรณาการทั้งการดูแลการรักษาในสถาบันกับการดูแลในชุมชนเข้าด้วยกัน การดูแลระยะยาวเรามุ่งไปที่คนไม่เกิน 3% ที่อยู่ในสภาวะพึ่งพาสูงมาก และก็ทราบดีว่าเดือนสุดท้ายของชีวิตเป็นเดือนที่ค่าใช้จ่ายแพงสุด ดังนั้นทิศทางที่สำคัญ คือการยืดระยะเวลาการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้ยาวนานที่สุด เพื่อที่จะให้เดือนสุดท้ายของชีวิตจ่ายต่ำสุด นับสำคัญอยู่ที่การทำให้เขาพึ่งตนเองโดยการยืดอายุการทำงานของเขาออกไป ลดการพึ่งพาของครอบครัว แถมการทำงานก็ยังเป็นชีวิตทำให้สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้ดี เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับนโยบายการจ้างงาน รัฐบาลจะมีทิศทางอย่างไรที่จะมีการส่งเสริมจ้าง และตัวรัฐบาลเองในฐานะนายจ้างรายใหญ่ที่จะทำให้เรื่องการยืดระยะเวลาการทำงานยาวออกไปได้ เช่นทางที่ท้องถิ่นนำความรู้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุไปสอนเด็กไปเป็นครูอัตราจ้างจนกว่าจะสอนไม่ได้ แม้เงินเดือนไม่สูงแต่สามารถนำประสบการณ์สะสมมาไปสอนเด็ก และก็มีหลายเรื่องที่ใช้ประโยชน์จากผู้สูงอายุได้ เป็นต้น

เรื่องการให้การศึกษาและการฝึกอบรมผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะไม่มีสภาพร่างกายที่พร้อมจะทำงานเหมือนเดิม แต่มีงานอื่นที่จะทำได้ หากมีการฝึกอบรมให้เขาทำงานของเขาได้

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การนำแนวคิดทฤษฎี “ศูนย์เอนกประสงค์” สำหรับผู้สูงอายุมาลงมือปฏิบัติโดยใช้ท้องถิ่นเป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วน ทั้งรัฐและเอกชนหรือ ประชาชน น่าจะเหมาะสมกับประเทศไทย และลงทุนไม่มาก มีกิจกรรมทั้งกายออกกำลังกาย ให้ความรู้ซึ่งกันและกัน รวมทั้งเชิญหน่วยงานอื่นๆ หรือผู้เชี่ยวชาญมาพูดคุยในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นกาย จิต ปัญญา สังคม มีระบบอาสาสมัครไปดูแลที่ศูนย์และเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านแต่ยังขาดการรับรองทางกฎหมาย ถ้ามีอะไรผิดพลาดมีกฎหมายอะไรรองรับเขา ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านต้องมีแพทย์แต่ไม่มีแต่พยาบาลหรืออาสาสมัคร แต่ก็เป็นการไปดูแลกันเล็กน้อย เช่น ไปให้กำลังใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดิน่าจะขยายผลให้มากขึ้น

ตอนนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งหมายถึง อบต. อบจ. หรือเทศบาล มีคนพร้อมมาก เพราะงบประมาณต่างๆ เขาทุ่มเทไปกับการพัฒนาอื่นไปมาก ตอนนี้น่าจะเริ่มหันมาพัฒนาผู้สูงอายุได้แล้ว และขณะนี้ก็มีกองทุนมากมาย ไม่ว่าจะเป็น สสส. , กองทุนผู้สูงอายุ , กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ หรือกองทุนอื่นๆ ฉะนั้นสิ่งหนึ่งที่พูดได้ ทำได้ คือศูนย์เอนกประสงค์น่าจะส่งเสริมให้มากขึ้น

โครงการนำร่องจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอสวนกงเป็นหนึ่งในแปดโครงการที่เล็กที่สุด เริ่มดำเนินการมาปีกว่าๆ จะว่ายากก็ยาก เงินก็ไม่มี แต่ อบต.ใจใหญ่ ได้นำความคิดไปแพร่กระจายให้กลุ่มผู้สูงอายุว่าต้องการทำอะไรและประสบปัญหาอะไร เอาความคิดของแต่ละ

หมู่บ้านมารวมกันจึงพบปัญหาผู้สูงอายุมากมาย ในช่วงแรกๆผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า จิตใจว่าเหว่ นอนอยู่บ้านหลายๆ ตื่นๆ ก็หวาดผวา ลูกหลานที่บ้านก็ไม่สนใจหาว่าไร้ประโยชน์ จึงเอาปัญหาเหล่านี้เข้ามา และเชิญเข้าร่วมกิจกรรมเรื่อยๆ ปัจจุบันเรื่องที่เคยซึมเศร้าดีขึ้น กิจกรรมจะจัดทั้งภายในหมู่บ้านและห้องประชุมของอบต. ได้เงินอนุมัติจาก อบต. 100,000 บาท จัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุ แต่ที่ผ่านมาหมดเงินเป็นล้าน ท้ายสุดได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ หลังไหลเข้าไปช่วย ในตำบลมีผู้สูงอายุประมาณ 360 กว่าคน มาจัดกิจกรรมเล็กน้อยและมีของรางวัลตอบแทน ก็สามารถทำให้ท่านสนุกสนาน ร่าเริง ตอนนี้มีโครงการให้เด็กนักเรียนในเขตหมู่บ้านมาเป็นบรรณารักษ์น้อยประจำหมู่บ้าน ได้ใช้เวลาหลังเลิกเรียนให้เป็นประโยชน์ โดยจะมีเงินค่าใช้จ่ายให้คนละ 500 บาทต่อเดือนออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุ อ่านหนังสือให้ฟัง เราจะมีสมุดเยี่ยมว่าไปอ่านให้ใครฟัง อ่านเรื่องอะไร เป็นสื่อให้เห็นว่ามีความคิดอะไร เดือนหนึ่งจะต้องทำงานไม่ต่ำกว่า 30 ครั้ง หมุนเวียนกันไป

ถ้าเราไม่ทำสังคมจะอยู่ได้อย่างไร ท่านต้องดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีจิตใจร่าเริงแจ่มใส ก็ไม่เจ็บไข้ได้ป่วยก็เป็นความสุขของตำบลเรา ได้บุญได้กุศล

วัด ศูนย์กลางการพัฒนา “ภาระสู่พลัง”

โครงการนำร่องเล็กๆที่ อบต. หูซ่าง จ. อุทัยธานี จากแนวคิดที่ว่า “ภาระสู่พลัง” เพื่อที่จะได้ยึดระยะเวลาการพึ่งพา พบว่าชุมชนแต่ละแห่งมีนาฬิกาชีวิตไม่เหมือนกัน นาฬิกาชีวิตของชาวชนบท โดยเฉพาะที่เป็นเกษตรกรรม ส่วนมากผู้สูงอายุทำหน้าที่เลี้ยงควาย อยู่กับควายไม่ค่อยได้พูดจาไม่มีกิจกรรม ตกเย็นกลับมาบ้านหุงหาอาหารให้ลูกหลาน

วัดเป็นศูนย์รวมที่สำคัญของชุมชน ทั้งด้าน จิตใจ กิจกรรมทางศาสนา ประเพณีต่างๆ และเขายินดีมารวมตัวกัน ทำกิจกรรมต่างๆให้สอดคล้องกับนาฬิกาชีวิตของเขา การรวมกลุ่มกันมีผลทางใจอย่างมาก ช่วงระยะเวลาหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจากที่ต่างคนต่างมาไม่รู้จักกัน เปลี่ยนเป็นร่าเริง มีความสุข พูดเก่ง กล้าที่จะอาสาทำนั่นทำนี่ เพิ่มคุณค่าชีวิตของเขา และ อบต.ที่นั่นก็ยินดีที่ให้การสนับสนุน ทั้งเรื่องเงินและสถานที่ ซึ่งเชื่อว่า อบต.ทุกแห่ง หรือ อปท.โดยรวมก็คงให้ความสำคัญและยินดีที่จะให้การสนับสนุน

การพัฒนา “ภาระสู่พลัง” สิ่งที่สำคัญ 5 ด้านที่จำเป็น คือ

- 1.) สุขภาพร่างกาย ส่งเสริมให้เขามีการออกกำลังกาย เพียงเดินก็ดีแล้ว เรื่องโภชนาการกิน และการอนามัยต่างๆ
- 2.) เรื่องของความคิด ให้ใช้สมองได้คิด โดยการรวมกลุ่มกันมีกิจกรรมที่เป็นสื่อได้ใช้ความคิด ความอ่าน พูดคุย ได้หัวเราะ ต่างๆ
- 3.) ความจำ ให้ผู้สูงอายุฝึกเรื่องความจำเสมอและตระหนักถึงความสำคัญ
- 4.) การสังคม ซึ่งการที่จะมาพบปะมีกิจกรรมหรือการไปเที่ยวกันทำให้เกิดมีชีวิตชีวาขึ้น หรือการมีเพื่อน จากผลการวิจัยที่บอกว่าการมีเพื่อนเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ยิ่งกว่าลูกหลาน

5.) จิตวิญญาณ การให้คุณค่ากับผู้สูงอายุ การให้ความรู้สึกรอบอุ้ม ในโลกนี้มีความหวัง ตัวเขาเองมีคุณค่า ลูกหลานอาจจะทิ้งไปแต่ยังมีเพื่อนอยู่ในชุมชน และเขายังมีคุณค่าที่จะไปสอนหนังสือได้ หรือว่าเขาไม่มีความรู้แต่เขามีภูมิปัญญาเรื่องจักสานหรือต่างๆ เขาก็สามารถนำไปถ่ายทอดได้ หรือแม้แต่เล่านิทานโบราณให้กับเด็กเล็กเขาก็มีคุณค่าให้กับตนเองได้ ความภูมิใจเป็นพลังที่ทำให้เขาอยู่ได้และต่อไป

บทบาทของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

แนวทางปฏิบัติงานของศูนย์บริการสาธารณสุข ได้ใช้อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) เข้ามาดูแลเป็นจำนวนมาก และมีสถานพยาบาลดูแลร่วมด้วยเป็นหน่วยสนับสนุนทางด้านวิชาการในเรื่องของการพัฒนาให้ ออส. มีความรู้และเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการต่างๆ ได้รับงบประมาณมาจาก สปสช. ในการพัฒนาเป็นศูนย์ต้นแบบในเรื่องของการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา โดยจะคัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป มีภาวะจำเป็นที่จะต้องมีการดูแลในเรื่องสุขภาพ

ในศูนย์ต้นแบบจะคัดเลือกกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาที่กำหนดเอาไว้มาดูแล ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยที่จะมีกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การลุกนั่งอย่างไรในห้องน้ำและห้องครัว ให้เขาอยู่เหมือนอยู่บ้านของเขาจริงๆ ไม่ว่าจะออกกำลังภายในบ้านหรือนอกบ้าน เพื่อที่จะให้เห็นว่าเขาสามารถพัฒนาได้จริงๆ เราจะทำอย่างนี้อยู่ประมาณ 6 สัปดาห์แล้วจึงส่งต่อไปยังชุมชน ถ้าเราส่งกลับบ้านเขาก็กลับไปเป็นเหมือนเดิมไม่สามารถมีการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ นี่เป็นแนวคิดที่กำลังดำเนินการ

ผู้สูงอายุอาจจะอยู่คนเดียวหรือครอบครัวไม่มีเวลามาดูแล จึงมองว่าศักยภาพคนที่จะมาช่วยได้ต้องเป็น ออส. ที่อยู่ในพื้นที่ในชุมชนที่ต้องการเข้ามาช่วยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เรานำเอากลุ่มที่เป็นคนดูแลมาฝึกทักษะ เรียนรู้กับผู้สูงอายุเขาอยากได้แบบไหน ดึงเอาประเด็นปัญหามาพูดและพัฒนาทำให้เกิดการเรียนรู้ผู้สูงอายุอย่างจริงจังและเป็นระบบ ซึ่งแนวความคิดแบบนี้สามารถถ่ายทอดให้ผู้ที่ดูแลได้ง่ายขึ้น

ได้มีการประสานงานไปยังสำนักงานเขต ถ้ามุ่งเป้าไปที่ประเทศไทยก็อาจจะในระดับ อบต. อบจ. ที่สามารถจะห้งบประมาณเข้ามาสนับสนุน ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีศูนย์อเนกประสงค์ กลุ่มผู้สูงอายุจะได้ไปทำงานมีกิจกรรมกันได้ ในเรื่องของการเกษียณอายุนั้น ทางศูนย์กิจกรรมของเราได้มีการเรียนเชิญผู้สูงอายุเข้ามาเป็นกำลังในการดูแลหรือให้ความรู้กับประชาชน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตัวเองถึงแก่แต่ก็มีความสามารถ ตรงนี้เป็นหัวใจสำคัญเพราะว่าผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นแล้วไม่ได้ทำงานอาจมีปัญหาทางด้านสมองเสื่อม พอมีกิจกรรมแบบนี้ท่านสามารถดำเนินกิจกรรมนี้บวกกับกิจกรรมที่มารวมกลุ่มกันเพื่อหารายได้พิเศษเพิ่มขึ้น เช่น ตัดกระดาษขาย , ทำกระเป๋า , ดอกไม้จันทน์

บทบาทของสถานสงเคราะห์คนชรา

ปัจจุบันสถานสงเคราะห์คนชรา มี 13 แห่ง ซึ่งควรปรับการระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน จากประสบการณ์ที่พนักศึกษาคูงาน พบว่าผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านจะมีความสุขที่สุด สถานสงเคราะห์ควรมีสำหรับคนที่เดือดร้อนจริงๆ

ไม่แน่ใจว่าเกณฑ์ที่จะรับผู้สูงอายุเปลี่ยนไปหรือยัง ช่วงหนึ่งที่พาต่างประเทศเข้าไปดูงานเขามว่าทำไม ผู้สูงอายุเราช่วยเหลือตนเองได้ถึงรับไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ และการที่เข้าไปอยู่นานๆ อาจกลายเป็นผู้ป่วยแทน ส่วนอัตรากำลังที่อยู่ในสถานสงเคราะห์มีพยาบาล 1-2 คน บางแห่งไม่มีเลย ตรงนี้ใครจะดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นและมีโรคภัยไข้เจ็บหรือมีภาวะพึ่งพา จึงจำเป็นต้องปรับบริการในสถานสงเคราะห์ให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นแน่ เช่น การย้ายทะเบียนบ้านเพื่อที่จะได้เข้าสถานสงเคราะห์ก็ค้านกับแนวคิดที่จะลดต้นทุนคนมาดูแล และได้อยู่กับใกล้กับครอบครัว สถานที่ดูแลผู้สูงอายุควรให้อยู่ใกล้ลูกหลาน เพื่อที่จะได้เป็นครั้งทางระหว่างผู้สูงอายุกับลูกหลาน ถ้าเราแก้ไขตรงนี้ได้ทำนองอยู่กับครอบครัวท่านจะดูแลตัวเองได้ดีที่สุด

ตัวอย่าง สถานสงเคราะห์คนชรานบ้านบางแค ตอนนี้องานให้ กทม.ดูแลแล้ว พบว่าเรื่องเงินไปใช้ปัญหาหลัก ปัญหาหลักคือเรื่องสุขภาพที่ทุกคนเผชิญอยู่ทุกวันนี้ รู้สึกว่าผู้สูงอายุจะแย่งเรื่องๆ ตามภาวะที่เปลี่ยนไป คนป่วยเพิ่มมากขึ้น ปัญหานี้ยังไม่มากเท่าไร แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ เจ้าหน้าที่ทำงานได้ลำบาก ถ้าผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้จะไม่เป็นปัญหาเท่าไร บางคนเป็นโรคอัลไซเมอร์ เดินรอบบ้านไม่มีทิศทาง ถ้านอนก็นอนแบบติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือด้วยตัวเองได้เลย อีกปัญหาที่หนักใจ คือเรื่องปัญหาสุขภาพจิต บางคนไม่เคยพบว่ามีปัญหาทางจิตซ่อนอยู่ พอคนใหม่เข้ามาก็จะน้อยใจว่าทำไมไม่ดูแลฉัน มาถึงขั้นตีกอกกตัวมีให้เห็นเป็นบางราย

มีบางรายขอเข้าสถานสงเคราะห์ แต่เรารับไม่ได้เพราะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นอัมพาต บางคนเปลี่ยนกายแบบไม่รู้ตัวเอง เมื่อก่อนมีคนบอกว่าแก่แต่ไม่เป็นไรหรอกมีเงินลูกหลานเลี้ยงได้ ซึ่งมันไม่จริง คุณมีเงินแต่คุณดูแลทรัพย์สินไม่ได้เพราะโรคอัลไซเมอร์มาเยือน ด้วยเงื่อนไขกฎเกณฑ์สถานสงเคราะห์ ก็ทำให้ผู้สูงอายุตกขอบเป็นปัญหา ถ้าเขาไม่เข้าเงื่อนไขกฎเกณฑ์ใดๆ เลย หลักฐานไม่มีโรงพยาบาลก็หาที่ลงให้ไม่ได้ จึงอยากฝากให้พิจารณาเรื่องนี้ด้วย

บทบาทของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านริเริ่มโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีสำนักพิทักษ์ผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานหลักทำหน้าที่รับผิดชอบ โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเกิดขึ้นในปี 2546 ได้พัฒนาต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันเกิน 5 ปี มาแล้ว ในปีปัจจุบันโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้รับมติกรม.ให้มีการขยายผลไปทั่วประเทศให้ลงสู่พื้นที่ทุกตำบล ทุกหมู่บ้าน แต่ด้วยข้อจำกัดของงบประมาณที่เราได้ในแต่ละปี ไม่สามารถทำในคราวเดียว 7,000 กว่าพื้นที่ได้ แต่เข้าใจว่าภายในข้างหน้า 4 ปี จะครอบคลุม โดยส่วนหนึ่งต้องได้รับการสนับสนุนจาก อบต. เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่จะนำไปสู่การขยายผล

โครงการศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชนที่มาจากโครงการนำร่อง มีสามศูนย์ที่มีการเปิดบริการแล้ว จากแปดศูนย์ที่เป็นศูนย์ริเริ่ม มีรูปแบบกิจกรรมและงบประมาณรองรับที่ค่อนข้างชัดเจน เช่นที่เขาชัยสน ก็มีกิจกรรมที่หลากหลาย และที่เขาสวนควางมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ ก็อาจจะมีทางออกที่จะพัฒนาโครงการหรือนำเสนอโครงการเข้ามาสู่กองทุนผู้สูงอายุ

ในส่วนของงานวิจัยอยากให้ข้อสังเกต เรื่องทิศทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องของภาวะพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุ ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่ทางสำนักฯให้ความสนใจอย่างยิ่ง เนื่องจากเราพูดกันอยู่เสมอว่าผู้สูงอายุถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มพึ่งตนเองได้ กลุ่มพึ่งตนเองได้บ้าง กลุ่มพึ่งตัวเองไม่ได้เลย ทั้ง 3 กลุ่มพูดเป็นภาษาชาวบ้านง่ายว่า เขียว เหลือง แดง

หลายครั้งที่มีการพูดคุยในระดับกลุ่มหรือแม้แต่ศูนย์อเนกประสงค์ที่เราทำงานด้วยกัน ก็จะบอกว่าเราแยกกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 ประเภท มีพึ่งตนเองเท่านั้นคน พึ่งตนเองได้บ้างเท่านั้นคน และพึ่งตนเองไม่ได้เลยเท่านั้นคน แต่อย่างไรก็ตามเกณฑ์การพิจารณาเท่าที่ผ่านมา เราใช้เกณฑ์ด้านสุขภาพ ก็มองจากเรื่อง ภาวะการเจ็บป่วย และไปตีความว่านั่นคือความแข็งแรง ถ้าไม่เจ็บไม่ป่วยถือว่าเป็นกลุ่มที่หนึ่ง กลุ่มที่สอง ก็ป่วยบ้างไม่ป่วยบ้าง และกลุ่มสุดท้ายอาจจะเป็นกลุ่มที่นอนติดเตียง ที่นี้สิ่งที่สนใจก็คือว่าภาวะความ พึ่งพิงเรื่องของสุขภาพ แล้วเรื่อง ADL เป็นตัวที่เห็นชัดเพราะมีเกณฑ์ในการพิจารณาหลายๆ ตัว ในเรื่องของการอาบน้ำ หวี ผอม ในเรื่องของเศรษฐกิจก็เช่นเดียวกัน หรือเกณฑ์รายได้ที่อาจจะมองในเส้นของความยากจน ในเรื่องของสังคมการมีส่วนร่วมอาจจะมองเรื่องของภาวะสังคม จิตใจ และอารมณ์

เรื่องของภาวะพึ่งพิง เมื่อชี้วัดออกมาเป็นเรื่อง สังคม เศรษฐกิจ สุขภาพแล้ว จะมีเกณฑ์หรือตัวชี้ หลักที่ดูง่ายๆ และก็ไม่ซับซ้อนหรือไม่ ซึ่งพื้นที่ไม่ว่าจะเป็น อบต. หรือสถานีอนามัยจะต้องทำงานกับผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ก็ต้องจัดบริการที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุทั้งสามประเภท คือ ถ้าหนักก็อาจจะเป็น สถาบันดูแล ถ้าไม่หนักก็เป็นศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุเดินไปที่ศูนย์แล้วก็กลับบ้านได้ ใช้เวลา กลางวันในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุและคนต่างวัย และสำหรับกลุ่มที่ยังแข็งแรงดี ก็ต้องมีการ อบรมเขาให้อยู่ในระดับที่แข็งแรงยาวนานที่สุด

เกณฑ์เหล่านี้เมื่อพัฒนาออกมา เราสามารถนำตรงนี้เข้ามาเป็นตัวกลางในการร่วมใช้ของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อบต. จะเอาไปใช้คล้ายๆ เป็นคู่มือในการ ประเมินผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ว่าเป็น สีเขียว สีเหลือง สีแดง มีเท่าไร และรูปแบบบริการจะสอดคล้องในแต่ละ กลุ่ม มีความหลากหลายและแตกต่างกันออกไป ถ้าพูดถึงผู้สูงอายุเราจะมองเรื่องสุขภาพเป็นหลัก แต่ มันคงมีมิติอื่น ทั้งรายได้ สุขภาพจิต สังคม ควบคู่ไปด้วย

ชมรมผู้สูงอายุกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุเหมือนมะม่วง มีเขียวมีเหลืองมีแดง รูปแบบและทิศทางการดูแลผู้สูงอายุ ทุกท่านกำลัง มองไปที่ระยะยาว เมื่อถึงบั้นปลายแล้วจะมีอะไรมารองรับ ก่อนจะถึงตรงนั้น ทำไมไม่คิดถึงเรื่องการ ส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ คือกว่าที่เราจะไปถึงตรงนั้นเราได้ส่งเสริมสุขภาพ มีการออกกำลังกาย การกินอาหารที่เหมาะสม อยากให้มองว่าทำอย่างไรให้ภาครัฐและผู้บริหารระดับสูงจะมองเห็น

ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ และในทุกจังหวัดมีการส่งเสริมให้เกิดชมรมผู้สูงอายุทุกตำบล ซึ่งมีงบประมาณในการบริหารจัดการน้อยมาก ชมรมผู้สูงอายุตอนนี้มีศักยภาพและบริการการจัดการที่ดี เพราะผู้สูงอายุมาจากครูที่เกษียณอายุ และเข้าไปเป็นคณะทำงานของชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุแทบจะทุกแห่งในประเทศมีการบริหารจัดการได้ และก็อยากจะให้งบประมาณสนับสนุนมาให้ชมรมโดยตรง ไม่ต้องไปผ่าน อบต. ไปต้องผ่านท้องถิ่น เหมือนกับว่าผู้สูงอายุต้องไปเขียนของบประมาณจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล บางครั้งก็อาจจะได้งบประมาณยาก

ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนตอนนี้เป็นผู้สูงอายุระดับล่างๆ ขาดการดูแล มีเงินเบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาท จาก อบต. ที่ให้ การรวมกลุ่มเป็นชมรมที่ตอนนี้มีหลายแห่งที่ทำได้ดี และก็มีส่วนร่วมจิตใจของผู้สูงอายุ กิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ ก็เป็นนโยบายลงมา แต่ตรงนี้อาจให้เกิดกลายเป็นนโยบายหลัก ถ้าผู้บริหารระดับสูงมองไม่เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ การที่จะไปคุยกันเรื่องอื่นมันก็มองไม่เห็นประโยชน์

วัยรุ่นปัจจุบันกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ

การเกิดในยุคเบบี้บูม นั้นหมายความว่า อีก 20 ปีข้างหน้า ตัวเองจะเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้มีโอกาสไปทำงานในชนบท ได้คุยกับเด็กๆ หลายคนในวัยเดียวกัน พยายามผลักดันให้เยาวชนในพื้นที่เข้ามามีบทบาท และเน้นปัญหาผู้สูงอายุ เพราะว่า ตอนนี้เราปล่อยให้ผู้สูงอายุทำงานกันเองเพียงลำพัง กับองค์กรท้องถิ่นคงไม่ได้ เยาวชนจึงเริ่มมีบทบาทสำคัญ ก็เลยมีคำถามว่า

1) นักวิชาการหลายท่านพูดว่าอยากให้ครอบครัวเป็นฐาน ที่นี้แน่นอนประชากรยุคเบบี้บูม อีก 20-30 ปีข้างหน้า ครอบครัวเป็นฐานๆ ได้ยาก เพราะไม่แต่งงานถึงแต่งงานก็ไม่มีลูก อาจจะมีน้อยมากที่มีลูกคอยเลี้ยง การให้ชุมชนเป็นฐานต่อไปมันจะเกิดปัญหาหรือไม่

2) ณ ปัจจุบันเรื่องของครอบครัวน้อยมาก เพราะว่าได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวอย่างเต็มที่ในช่วงเวลาแบบนี้ เด็กวันนี้ก็จะไม่ยอมหรือเห็นความสำคัญของการครอบครัวน้อยมาก ซึ่งไม่ใช่แต่ในเมือง ในชนบทพ่อแม่ผู้สูงอายุเป็นหนี้ เพราะส่งลูกเรียนในกรุงเทพ หรือต่างประเทศ และลูกก็ไม่ได้ส่งเงินกลับมา พ่อแม่ก็ใช้นี้ไป เพราะฉะนั้นเยาวชนเขาก็ไม่ได้ยอมเลย

3) เรื่องของรูปแบบที่ทุกท่านกำลังคิด อาจจะไม่เหมาะสมสำหรับอนาคต เพราะไม่แน่ใจว่าผู้ใหญ่ในอีก 20 ปีข้างหน้าเขาอาจจะคุยกันทางคอมพิวเตอร์หรือเปล่า ไม่จำเป็นต้องเข้าไปใช้ศูนย์บริการต่างๆ การส่งข้อมูลหรือพูดคุย แก่เหงาที่ผ่านเทคโนโลยีพัฒนาไปรวดเร็วมากๆ บริการหลายๆ อย่างที่เกิดขึ้น จะเหมาะสมและสอดคล้องหรือไม่

การเตรียมการสู่สังคมผู้สูงอายุ : มโนทัศน์ที่สำคัญ

ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ เป็นกลุ่มส่วนน้อย คือ 3% ของกลุ่มผู้สูงอายุ แต่กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสที่สุดไม่มีอะไรมารองรับในปัจจุบัน ถ้าอยู่ในครอบครัวที่มีฐานะก็อาจจะจ้างคนไปดูแลที่บ้าน

แต่ทำไม่ได้สำหรับคนส่วนใหญ่ เราต้องการการดูแลระยะยาวให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นหลัก ไม่ใช่เราไม่สนใจในกลุ่มอื่น หรือไม่ได้สนใจเรื่องการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค หลายเรื่องก็กำลังทำอยู่ แต่เรื่องของคนกลุ่มน้อยเป็นส่วนที่หายไปไม่มีในระบบ เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุส่วนน้อยที่เกิดปัญหา แต่ปัญหาของเราไม่มีระบบรองรับกลุ่มคนเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเน้นทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนได้

โชคดียกคนไทยเรามีภาวะพึ่งพิงหรือติดเตียงมีช่วงระยะเวลาอยู่ได้ไม่นาน แต่ถ้าเรามีระบบการดูแลที่ดีช่วงเวลาอาจจะอยู่ได้ยาวนาน มีปากคนหนึ่งกระดูกสะโพกหักนอนติดเตียงที่บ้านไม่ลุกเลย น้องชายมีฐานะหน่อยก็จ้างคนไปดูแลที่บ้านหลายปีกว่าจะเสียชีวิต เขาไม่ได้เป็นโรคอะไร แค่สะโพกหัก แต่แถมมามาก จนมองไม่เห็น ไม่รู้จัก จำไม่ได้ สุดท้ายคือเสียชีวิต เรื่องนี้ขึ้นอยู่กับดูแลได้ดีมากน้อยแค่ไหน

เรื่องการปรับมโนทัศน์ ใน พรบ. ผู้สูงอายุ ได้พูดถึงภาพลักษณ์ที่อยากเห็นและเป้าหมายหลักที่จะพัฒนาผู้สูงอายุคืออะไร ถ้าต้องการจะเตรียมระบบให้กับเราเองสำหรับอนาคต ต้องถามตัวเองว่าเราอยากได้อะไร เราอยากมีระบบการดูแลแบบไหนในอนาคต ทุกคนไม่อยากจะเห็นระบบผู้สูงอายุเป็นแบบสงเคราะห์ เราไม่อยากให้คนอื่นมาคิดว่าเราแก่ตรงนี้เป็นเรื่องที่ต้องปรับ จำเป็นต้องปรับมโนทัศน์ตรงนี้ โดยเฉพาะในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่มีบทบาทในการจัดบริการผู้สูงอายุ

ระบบอาสาสมัครที่เราทำเพียงพอหรือไม่ หรือว่าต้องมีอย่างอื่นเพิ่มเติมมากขึ้น เราอาจจะเห็นตรงกันว่าเราต้องมองไปที่ท้องถิ่น ไปเชิญท้องถิ่นมาว่าน่าจะมีความสำคัญที่จะเข้ามาช่วย ถ้าเราจะให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวหรือบ้าน ต้องมองไปที่ความสามารถการดูแลของคนในครอบครัว เนื่องจากจำนวนสมาชิกลูกหลานลดลง เราก็ต้องมานั่งคิดว่าทำอย่างไร ควรจะมีระบบสนับสนุนครัวเรือนอย่างไรที่จะให้เขาสามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีในชุมชน

เราควรจะส่งเสริม Home care คือการดูแลที่บ้าน เพราะว่าเวลาที่ผู้สูงอายุจะเดินทางมาโรงพยาบาลลำบากและลูกหลานก็ไม่มีเวลาพามา จึงเกิดผลดีของการที่เราไปดูแลที่บ้าน คือผู้สูงอายุจะมีความสุขกับบริบทที่บ้าน เช่น กินข้าวได้มากกว่าที่โรงพยาบาล การที่พยาบาล 1 คน สามารถดูแลได้หลายบ้าน และพยาบาลร่วมกับทีมสายสุขภาพท่านอื่น เพื่อเวลาไปเราจะเห็นบริบทที่บ้านว่าเขาทำอย่างไรที่จะช่วยตนเองได้ และสามารถเข้าใจบริบทในการดูแลมากขึ้น

เรื่องของการออม ที่มีเวทีพูดถึงเรื่องบำนาญผู้สูงอายุ ถ้าจะทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีอาจจะต้องลดทอนเบี้ยยังชีพลดลงบ้าง แต่ผมคิดว่าเบี้ยยังชีพจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือยากจนไม่มีคนดูแล แต่ว่าควรต้องสนับสนุนหรือส่งเสริมในเรื่องของการออม เตรียมตนเองไว้ตั้งแต่ยังไม่แก่

ระบบสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต ในฐานะที่เป็นนักปฏิบัติงาน เป็นนักวิชาการ นักวิจัยที่คุ้นเคยกับผู้สูงอายุ คนที่ทำงานด้านนี้จะรู้ว่าเป็นเรื่องใหญ่และสำคัญ แต่ว่าในส่วนเป็น public campaign หรือเป็น policy ระดับชาติเรื่องนี้สังคมยังให้ความสำคัญเป็นเรื่องรอง นักการเมืองหรือคนที่เป็นผู้บริหารเขาจะมาตาม agenda ของเขาที่คิดว่าสำคัญ เช่นเรื่องความยากจน เศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น จริงๆแล้วเรื่องของผู้สูงอายุเป็นเรื่องใกล้ตัว และในฐานะนักวิชาการอย่างพวกเรารู้อยู่แล้วว่าในอนาคตเป็นเรื่อง

ใหญ่ จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะมากขึ้น ณ ขณะนี้เราถือว่าโชคดีที่ได้ ช่วงการเจ็บป่วยที่จะต้องพึ่งพาของเราไม่ยาวนาน เพราะอายุไขเฉลี่ยของคนไทย ผู้ชายอยู่ที่ 70 ปี ผู้หญิง 76 ปี ซึ่งช่วงการเจ็บป่วยที่จะนอนเตียงระยะเวลาไม่นาน การดูแลระยะยาวหรือระยะกลางจะไม่เกิน 1 ปี แต่ว่าถ้าในอนาคตอายุไขเฉลี่ยของคนไทยมากขึ้น เราก็ต้องมาเตรียมระบบกันว่าควรจะมีมาตรฐานรองรับอย่างไร

จากบทเรียนที่เราจะได้จากญี่ปุ่น คือ ก่อนหน้าปี ค.ศ. 2000 ญี่ปุ่นมีระบบรักษาพยาบาลถ้วนหน้า แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ระยะยาว เมื่อมีผู้สูงอายุป่วย ก็ไม่อยากเอาผู้สูงอายุมาอยู่ในบ้านพักคนชรา เพราะกลัวคนจะเสียหน้า จึงเอาผู้สูงอายุไปอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ต้นทุนรักษายาพยาบาลแพงโดยใช้เหตุ ทั้งๆ ที่ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล การที่ทำการระบบโดยภาครัฐมาสนับสนุนไปไม่ไหว ต่อให้ญี่ปุ่นรวยแค่ไหนก็ไม่ไหว ในที่สุดหลังปี ค.ศ. 2000 เขาเลยแยกระหว่าง การรักษาพยาบาล และการดูแลระยะยาวออกจากกัน แต่ปัญหาคือส่งกลับให้ครอบครัวดูแลทำได้ยาก เพราะคนรุ่นใหม่คิดว่าไม่ใช่หน้าที่ เลี้ยงแมวเลี้ยงสุนัขได้แต่ไม่ยอมลงทุนที่จะมาดูแลพ่อแม่ ดังนั้นเรื่อง public campaign ในการที่จะเตรียมเข้าสู่สังคมวัยวุฒิของทุกภาคส่วนจึงเป็นประเด็นสำคัญ คนวัยกลางคนเริ่มสนใจสุขภาพ แต่คนรุ่นใหม่ที่เป็นวัยหนุ่มสาวเขาไม่ได้เตรียม หลักสูตรการเรียนรู้เรื่องสุขภาพตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อเข้าสู่วัย healthy ageing ควรจะเริ่มจากระดับประถมศึกษา

ภาครัฐต้องเตรียมเรื่องของระบบสาธารณสุขไปไกล เรื่องการรองรับสำหรับสังคมวัยวุฒิ จากการวิจัยปี 2550 เรื่อง ADL คนไทยยังดี แต่การเตรียมด้านสภาพแวดล้อม ภาครัฐเราตกเกณฑ์หมด ภาครัฐต้องเตรียมเรื่องสาธารณสุขหรืออุปกรณ์ต่างๆ ของใช้ในชุมชน อีกอย่างหนึ่งคือ เตรียมระบบ บุคลากร เจ้าหน้าที่ บุคลากรที่มีการดูแลผู้สูงอายุมีน้อยมาก หลักสูตรทางพยาบาลเฉพาะผู้สูงอายุก็ไม่มาก จึงต้องเติมเข้าไปในหลักสูตรของบุคลากรทุกระดับ ในขณะเดียวกัน อสม. , อสส. หรือชาวบ้าน , อบต. เราก็ต้องเติมให้เขาว่าจะเป็นสังคมวัยวุฒิจะสนับสนุนอะไรได้บ้าง จะสนับสนุนเรื่องการให้ทุนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ การเตรียมสาธารณสุขไปไกลในชุมชน เป็นต้น

ระบบการดูแลและกำลั้งคนในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

รองศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การดูแล (Caring) เป็นวัฒนธรรมของมนุษยชาติที่มีความเอื้ออาทรต่อกันและได้รับการสืบทอดมาช้านาน เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตและการอยู่ในสังคมได้อย่างปกติของบุคคลทั่วไป ทั้งนี้เพราะการดูแลคือ กิจกรรมที่ช่วยเหลือผู้อื่นทั้งทางตรงและทางอ้อมที่แสดงออกในพฤติกรรมลักษณะต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงความรู้สึก ความเห็นใจ (Empathic) ความสนใจ ความใส่ใจ (Attention) การประคับประคอง การสนับสนุนและเกื้อกูล (Supportive) การให้ข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ (Education) และการอำนวยความสะดวกเพื่อการเข้าถึงบริการต่างๆ (Facilitative) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นความต้องการของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ อาทิ เด็ก เยาวชน ผู้เจ็บป่วย ผู้พิการและผู้สูงอายุ ซึ่งต่างต้องการการดูแลในลักษณะที่แตกต่างกัน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การดูแลเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ศีลธรรม จริยธรรม และประเพณีปฏิบัติที่มีต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่า ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความจำเป็นและความผูกพันที่มีต่อผู้ดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 12)



ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลกลุ่มหนึ่ง ที่อยู่ในกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ถึงแม้จะเป็นผู้สูงอายุจะเป็นวัฏจักรของชีวิตที่บุคคลทุกคนต้องเป็นอย่างค่อยเป็นค่อยไปก็ตาม แต่เมื่อถึงจุดหนึ่งภายใต้ความเสื่อมถอยของร่างกายที่เพิ่มตามอายุ ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงผู้อื่นอย่างแนบแน่น ในสังคมไทยครอบครัวคือสถาบันหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และสำหรับผู้สูงอายุนั้นที่พึ่งพิงสำคัญของผู้สูงอายุคือสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อาจเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง จะรับหน้าที่ในการดูแล และนิยมเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) ซึ่งนับว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุ

ความสำคัญ of เครือข่ายการดูแลได้รับการกล่าวถึงค่อนข้างมากในปัจจุบัน ทั้งนี้ เนื่องจากสถานการณ์ในอนาคตที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงในทางที่ลดลงของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการลดลงของสมาชิกในครอบครัว

และคาดว่าจะป็นปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวอ่อนแอลง อาจถึงระดับที่ไม่สามารถรับกับบทบาทการดูแลที่เป็นที่คาดหวังของสังคมได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถด้านต่าง ๆ ให้กับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งหนึ่งในองค์ประกอบนี้คือ การให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งขึ้น ดังนั้นบทบาทนี้จึงเป็นการนำเสนอข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุของสังคมไทย การก้าวสู่บทบาทของผู้ดูแล หน้าที่ของผู้ดูแล ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล และปัญหาความต้องการของผู้ดูแล อันเป็นการแสดงความคิดเห็นในเบื้องต้น นำไปสู่การอภิปรายและแสวงหาข้อยุติ เพื่อแก้ปัญหาผู้ดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป

การก้าวสู่บทบาทของผู้ดูแล

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เริ่มจากการเจ็บป่วยหรือจากความเสื่อมโทรมของร่างกายของบุคคลที่ต้องการได้รับการดูแล เป็นภาวะที่เกิดปัญหากับสภาพร่างกายและจิตใจ จนไม่สามารถจะดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น สำหรับผู้สูงอายุนั้นภาวะทางร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสื่อมโทรมของร่างกายมักเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องการผู้ดูแลให้เข้ามาช่วยเหลือ ซึ่งในครอบครัวไทยสังคมมีความคาดหวังต่อการเข้ามารับบทบาทของบุคคลในฐานะญาติผู้ดูแล การศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรเพศหญิงและอยู่ในวัยกลางคน โดยการรับหน้าที่เริ่มจากการที่บิดามารดาผู้สูงอายุ มีปัญหาความบกพร่องด้านร่างกาย ความบกพร่องทางด้านอารมณ์และการนึกคิด และมีข้อสังเกตว่า การทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลนั้น เป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้แล้วสำหรับเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยา และการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยและผู้ที่พักพิง ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายการเดินทางหรือเรื่องอื่น ๆ มากกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (จอม สุวรรณโณ, 2541, pp. 47(3), 147-157 และ Blieszner, R and Macini, J.A. 1987, pp.176-180)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น คือหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับอุปการะผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ (Beach, E.K., Moloney, B.H., and Arkon, O.H. 1992, pp. 1:30-38) ส่วนปัจจัยอื่นได้แก่ การมีค่านิยมทางสังคมในเรื่องความกตัญญู กตเวที การเป็นสมาชิกในครอบครัวคนสุดท้ายที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านของบิดามารดา พี่น้องคนอื่นแยกครอบครัวไปตั้งครอบครัวใหม่ นอกจากนั้น การเข้ามาเป็นเชยหรือสะใภ้ และมีบ้างที่เข้ามารับบทบาทผู้ดูแลเนื่องจากการเสียชีวิตของผู้ดูแลเดิม อย่างไรก็ตาม นอกจากญาติที่จะเป็นผู้ดูแลแล้ว บางครอบครัวยังได้จ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุจากสถานบริการ โรงเรียนผู้ดูแล มาดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลด้วยความเป็นอาชีพ

หน้าที่ของผู้ดูแล

มีผู้ดูแลประมาณร้อยละ 10 ที่มีสถานภาพเป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ภรรยา รับภาระดูแลสามี และเป็นจำนวนมากที่ทั้งคู่ต่างเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน จึงทำให้คาดได้ว่า อนาคตเมื่อต่างมี อายุมากขึ้นและต่างเข้าสู่วัยภาวะพึ่งพิง ย่อมเกิดปัญหาด้านผู้ดูแลแน่นอน สิ่งที่น่าสนใจในสังคมไทย คือ ผู้ดูแลที่อยู่ในสถานะที่เรียกว่ามี “บทบาทเชิงซ้อน” (Sandwich Roles) คือ การที่ต้องดูแลทั้งบุตรและ บพการีพร้อม ๆ กัน นอกจากนั้น ยังมีบทบาทหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของการเป็นภรรยา แม่บ้านและสตรีทำงานเพื่อหารายได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 53) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มนี้ที่มีอายุ ระหว่าง 30-50 ปี ส่วนใหญ่มีฐานะเป็นบุตรของผู้สูงอายุ มีบทบาทดูแลบิดามารดาของตน หรือมีฐานะ เป็นสะใภ้ หรือเชยดูแลบิดามารดาของคู่สมรส ในขณะที่ บุคคลเหล่านี้ยังรับบทบาทเป็นบิดามารดาของ บุตร หรือมีภาระในการดูแลบุตรของตน ซึ่งบางครั้งครอบคลุมความรวมถึงการดูแลหลานอีกด้วย อาจ กล่าวได้ว่า เป็นการรับภาระการดูแล บุคคลหลายช่วงอายุ เป็นบทบาทเชิงซ้อนที่สังคมจะต้องพิจารณา บรรเทาปัญหาของกลุ่มนี้ลงบ้าง

บทบาทของผู้ดูแลมีบทบาทตามสถานภาพของตน เป็นบทบาทที่มีความเกี่ยวพันทางเครือญาติ ซึ่งบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องสอดคล้องกับเป้าหมาย และความคาดหวังของครอบครัวและสังคม ว่า สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้มากน้อยเพียงใด บทบาทที่ถูกกำหนดและคาดหวัง ของผู้ดูแล จึงทำให้เกิดหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่ ครอบคลุมการดำเนินชีวิตทั้งหมดของ ผู้สูงอายุ โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลที่สำคัญ 2 ประการ (นงลักษณ์ พันชมภู, 2540) คือ

1. ผู้ให้การช่วยเหลือ (Care Providers) หมายถึงผู้ที่ปฏิบัติกิจทดแทนผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุ ไม่สามารถทำกิจการนั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง
2. ผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล (Care Managers) หมายถึงผู้ที่ปฏิบัติงานต่าง ๆ แทนผู้สูงอายุ ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุยังสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541, ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544)

การกระทำหน้าที่สำคัญของผู้ดูแล ได้แก่ การดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การ จัดหาอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การจัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ตลอดจน ดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง และการ ช่วยเหลือทั่วไปด้านการใช้แรงและกำลัง อาจกล่าวได้ว่าเป้าหมายการดูแลคือ เพื่อให้ผู้สูงอายุบรรลุถึง ปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต

การดูแลที่สำคัญและมีความหมายสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นพิจารณาตามความคาดหวังของ ผู้สูงอายุเองหรือจากสัดส่วนการเกิดโรคที่ปรากฏอยู่ คือ การมีบทบาทดูแลด้านการรักษาพยาบาลเมื่อ เจ็บป่วย “โดยทั่วไปครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องติดตาม พาไปรักษาอย่างต่อเนื่อง และรับภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอีกด้วย”

หน้าที่การดูแลเรื่องอาหาร เป็นบทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่ให้ความสำคัญเป็นอันดับรองจากการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย ซึ่งการจัดหาอาหารนี้การจัดการดูแลภายในครัวเรือนสำหรับสมาชิกทุกคนและมีได้ให้ความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกหนึ่งในครอบครัว โดยเฉพาะสตรีที่มีสถานภาพเป็นแม่หรือย่าหรือยาย มักจะมีส่วนร่วมในการจัดการด้านอาหารสำหรับสมาชิกในครัวเรือน อาทิหน้าที่จัดหาอาหารและปรุงอาหาร สำหรับทุกคนในบ้านที่จะรับประทานอาหารร่วมกัน ดังนั้นในภาพรวมการจัดการด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุนั้น มิได้มีการดำเนินการอย่างพิเศษแต่อย่างใด ถือเป็นเรื่องปกติของครอบครัวที่ต้องกินอยู่ร่วมกัน อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพิงหรือมีโรคเฉพาะและต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การควบคุมอาหารเพื่อโรคเบาหวาน ความต้องการอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้ที่มีโรคไตวายเรื้อรังหรือโรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ครอบครัวจะให้การเกื้อกูลเป็นการเฉพาะและแยกชัดเจนจากการดูแลเรื่องอาหารสำหรับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน

หน้าที่การดูแลด้านการจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมนั้น จากการศึกษา พบว่า มีน้อยมาก ส่วนใหญ่ถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในแต่ละครอบครัว แต่แท้จริงแล้วการจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมถือเป็นการตระหนักต่อการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพของครอบครัว สำหรับหน้าที่ในการจัดหาเครื่องนุ่งห่มและเครื่องใช้อื่น ๆ นั้นบุตรหลานจัดหาให้เป็นครั้งคราว โดยบุตรหลานนิยมซื้อให้เพียงปีละ 1 -2 ครั้ง เฉพาะในโอกาสวันสำคัญ เช่น วันสงกรานต์ หรือวันขึ้นปีใหม่

การทำหน้าที่ดูแลด้านสังคม เป็นบทบาทหนึ่งที่ครอบครัวปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอก ตลอดจนการดูแลให้ได้รับข่าวสาร เพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมที่เป็นอยู่ การสนับสนุนให้ได้ทำงานอดิเรกตามสมควร การสนับสนุนให้มีส่วนเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนาและดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่างๆ ตามควรแก่วัยของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแล เป็นลักษณะของการเกื้อกูลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม การสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด การไปโบสถ์ การไปมัสยิด รวมทั้งร่วมกิจกรรมทางศาสนาอื่นๆ รวมทั้งการได้รับข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคมและเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยเสมอ เมื่อเปรียบเทียบบทบาท การดูแลด้านนี้กับบทบาทด้านอื่น ๆ พบว่า การตอบสนองความต้องการสังคมเป็นบทบาทที่ครอบครัวปฏิบัติค่อนข้างน้อย

หน้าที่ของผู้ดูแลประการสุดท้าย คือ การสร้างความรู้สึกรับรองใจและความมั่นคงปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ การดูแลที่ตอบสนองความต้องการ การได้รับการยกย่องเห็นความสำคัญเป็นความต้องการที่มีรากฐานมาจากความสูญเสียต่าง ๆ ที่เกิดจากวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอ่อนไหวและน้อยใจง่าย เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ดังนั้นการได้รับการตอบสนองโดยการยอมรับนับถือจึงเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนต่อสภาวะทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุอย่างมาก พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นรูปธรรม ได้แก่ การให้ความเคารพ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่อง เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์และเกิดความภาคภูมิใจ

ซึ่งบทบาทนี้ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่พูดคุยแสดงความใกล้ชิดและให้ความสำคัญในการตัดสินใจ แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าข้อมูลด้านนี้ไม่มีการศึกษาเชิงปริมาณที่จะสามารถชี้ให้เห็นขนาดของการดำเนินการของผู้ดูแลได้

ผลกระทบจากเป็นผู้ดูแล

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผลกระทบด้านลบมากกว่าด้านบวก โดยผลกระทบที่ชัดเจนมี 3 ด้านได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผลกระทบทางด้านร่างกาย และผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ กล่าวคือ

1. ผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์

การดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทุกประเภทรวมถึงผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ถือว่าเป็นภารกิจที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นงานหนักที่ต้องใช้เวลา กำลังกาย ความรู้และการเสียสละอย่างมาก ดังนั้นจึงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลในหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ สภาพปัญหาดังกล่าว นำไปสู่ความเครียดของผู้ดูแลซึ่งเป็นความรู้สึกอันเนื่องมาจากความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ ความเบื่อหน่ายหรือความลำบากในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาที่บ้าน ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่พบมาก ได้แก่

ความคลุมเครือในบทบาท เป็นภาวะความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาทอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ชัดเจน ไม่มีข้อตกลงที่เป็นเสียงเดียวกัน การให้คำนิยามไว้เลื่อนลอยทำให้ผู้ดำรงบทบาทไม่ทราบว่าตนจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้รวมถึงการขาดความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวัง ความสับสนที่เกิดขึ้นจากความคลุมเครือในบทบาทนี้สามารถสร้างความตึงเครียดให้กับบุคคลได้ อาจกล่าวได้ว่า ความเครียดด้านความคลุมเครือในบทบาท หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่ไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีความสามารถพอที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ ความคลุมเครือในบทบาทนี้เป็นสิ่งสำคัญในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพราะถ้าหากผู้ดูแลขาดความรู้และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ หรือไม่ทราบว่าจะปฏิบัติบทบาทของตนเองอย่างไร ย่อมส่งผลถึงคุณภาพการดูแล และทำให้ผู้ดำรงบทบาทนั้นเกิดความเครียด นอกจากนี้ยังรวมถึงบทบาทที่ซับซ้อนและการที่บุคคลขาดทรัพยากรที่เพียงพอในการที่จะกระทำตามความคาดหวังของบทบาท อาจจะเป็นทรัพยากรทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์หรือเศรษฐกิจที่มาสสนับสนุนการดูแลให้ดีขึ้น นอกจากนั้น ภาระงานที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้หรือผู้ที่ต้องการดูแลบางประเภท เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับสมาชิกในครอบครัว นอกเหนือจากภาระหน้าที่เดิมที่มีอยู่ ผู้ดูแลบางรายต้องรับบทบาท ทั้งเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวผู้ทำงานบ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุในเวลาเดียวกันทำให้บทบาทบางอย่างบกพร่องหรือทำได้ไม่เต็มที่ขณะเดียวกัน ก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจตามมาได้

อย่างไรก็ตาม ผลกระทบด้านจิตใจเชิงบวก ที่ปรากฏคือการได้รับรางวัลจากการเป็นผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลให้ความเห็นด้านค่านิยมทางสังคมสูงกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกที่ว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุเช่นเดียวกับความรู้สึกที่ว่า การได้ดูแล/การช่วยผู้สูงอายุเป็นการ

ทำในสิ่งสำคัญ ค่านิยมทางสังคมด้านความกตัญญูยังคงมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแล ซึ่งความรู้สึกเชิงบวกนี้อาจเป็นเสมือนแรงจูงใจให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษายัง พบว่า ภาวะอารมณ์จิตใจมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อรางวัลที่ได้รับของผู้ดูแล ด้วยเหตุนี้การเสริมแรงด้านค่านิยมทางสังคมที่ดี น่าจะเป็นสิ่งที่พึงส่งเสริมให้เกิดขึ้นต่อไป

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological Problem)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสลับเปลี่ยน ทำให้เกิดความอ่อนเพลียไม่มีแรง และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เจ็บป่วยได้อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักเป็นเพศหญิง ซึ่งเมื่อต้องออกแรงเกินกำลังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีร่างกายใหญ่โตอาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายได้ โดยลักษณะปัญหาจำแนกได้ดังนี้

2.1) ปวดหลัง (Backache) ปวดต้นคอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามี อาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง ปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่า ภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้นั้นนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้นและเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่า ผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้น ๆ

2.2) อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้และยังทำให้ผู้ดูแลอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่ายส่งผลกระทบต่อการใช้การดูแลโดยตรงได้เช่นกัน

2.3) มีปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (Increase Health Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่และมักมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด ทานยาไม่เป็นเวลา ทานอาหารไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้นและอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมาอีก

3. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic Problem)

3.1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลา เป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุเต็มเวลา

3.2) รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย

3.3) ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว อาจนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่าง

สมาชิกในครอบครัวได้หรือในรายชื่อผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัว

3.4) รายได้ไม่เพียงพอ บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมีผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับสวัสดิการด้านเงินสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุและเงินที่ได้รับก็เป็นเพียงจำนวนน้อย ในขณะที่ครอบครัวมีการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก

จากผลกระทบดังกล่าวนี้ เห็นว่าเป็นเรื่องที่สามารถแก้ไขให้บรรลุผลได้โดยพิจารณาจากความต้องการของผู้ดูแลเป็นหลัก เพื่อหาทางตอบสนองความต้องการเหล่านั้น

ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

ปัญหาสำคัญของผู้ดูแลระบุได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน เกี่ยวกับการไม่มีเงินเพียงพอในการดูแล การมีภาระในการหาเงิน และการไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน

ปัญหาด้านการเงินนี้ เป็นปัญหาที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ระบุไว้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ และยังระบุว่า ปัญหาด้านการเงินมีผลต่อคุณภาพการดูแล เพราะหากรายได้ไม่ดี การดูแลก็ไม่ทั่วถึง อาหารก็กินตามมีตามเกิด รวมทั้งส่งผลต่อความขาดแคลนด้านอื่น ๆ อีกด้วย

ปัญหาประการถัดมาเป็นปัญหาด้านการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแล โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ และการขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความเพียงพอของความรู้และระดับการศึกษาของผู้ดูแล ที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ ปีที่ 6 ซึ่งข้อเท็จจริงของการดูแลนั้น ผู้ดูแลจะดูแลตามมีตามเกิด เมื่อเจ็บป่วยก็ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน/ชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แหล่งความรู้ของผู้ดูแลมาจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการ จากการปฏิบัติสืบทอดกันมา มากกว่าการได้จากแหล่งที่เป็นทางการ

ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ ปัญหาการขาดอุปกรณ์การดูแลและปัญหาพฤติกรรมผู้สูงอายุ นับว่ามีความเกี่ยวข้องกัน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาพฤติกรรมสูง ผู้ดูแลย่อมต้องการช่วยเหลือและอุปกรณ์ช่วยดูแลสูงตามไปด้วย ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือนั้น เกิดจากผู้ดูแลมีภาระรับผิดชอบหลายอย่าง มีหน้าที่ในบ้านหลายหน้าที่

ส่วนความต้องการของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความต้องการหลากหลายเรื่อง ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับปัญหาที่ได้ระบุไว้ โดยความต้องการอันดับแรกคือ ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเดิมต้องการมีเงินเป็นค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุและไว้ใช้จ่ายทั่วไป ความต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ลักษณะอาการของโรคและการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความต้องการและผู้ดูแลต้องการให้มีคนอยู่ด้วยเมื่อผู้สูงอายุเจ็บหนัก ความต้องการดังกล่าวนี้ Grant, JS. (1996) ระบุว่า “ผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demand on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายของผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้สูงอายุเอง และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือบรรเทาความกลัวต่าง ๆ”

ความต้องการบริการทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นในบางพื้นที่ กรณีสมาชิกในครอบครัวต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน สมาชิกต้องการศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care) สำหรับฝากดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน ต้องการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งความต้องการเหล่านี้ เป็นลักษณะความต้องการที่มีมุมมองต่อผู้สูงอายุและบริการสังคมแนวใหม่ ที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุ

สรุป

ความสามารถในการดูแลมีผลต่อคุณภาพการดูแลแต่การดูแลจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ คุณลักษณะของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพทั้งของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ปัจจัยทางเศรษฐกิจรวมถึงรายได้ของครอบครัว ปัจจัยทางสังคมทั้งด้านการศึกษาความรู้ความสามารถของผู้ดูแล สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ศักยภาพการดูแลในครอบครัว และระบบบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เพราะถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวก็ตาม แต่หากการดูแลนั้นขาดคุณภาพแล้วย่อมเกิดผลไม่ดีต่อผู้สูงอายุ คุณภาพการดูแลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลเอง ปัจจัยที่เกี่ยวกับสังคมและปัจจัยอื่นๆ ซึ่งหากเราต้องการดูแลผู้สูงอายุให้บรรลุถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว การดูแลในครอบครัวถือว่าเป็นมรรควิธีแรกที่ต้องให้ความสนใจและความสำคัญ ซึ่งถึงเวลาแล้วที่สังคมจะต้องก้าวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ระบบการประกันคุณภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันและที่บ้าน



ผศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสูงอายุไทย พบว่าจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงประเภทของครัวเรือนที่มีขนาดใหญ่ไปสู่ครัวเรือนขนาดเล็ก มีจำนวนผู้สูงอายุไม่แต่งงานเพิ่มขึ้น สัดส่วนการหย่าหรือแยกกันอยู่เพิ่มขึ้น และมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยลดลง อาจหมายถึงโอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีบุตรไว้พึ่งพิงยามสูงอายุลดลง (นภาพร ชโยวรรณ, 2545) การอพยพโยกย้ายของบุตรหลานวัยแรงงานเข้าสู่เมือง หรือการออกไปทำงานนอกบ้านของสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากภาวะกดดันทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันลดลง

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและมีภาวะพึ่งพา นำไปสู่ต้องการการดูแลระยะยาวได้ พบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงสุด ร้อยละ 48 และผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างอิงใน มส.พส., 2549) อุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย พบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ อัตราความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และพบในผู้หญิงมากกว่าชาย (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทย ต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีการพยากรณ์ว่าปี พ.ศ. 2553 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจำนวนถึง 499,837 คน ในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 741,766 คน และในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,103,754 โดยสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพ คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Jitapunkul, Kamolratanakul & Ebrahim, 1994)

จากการศึกษา ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า ของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ และ ทิพวรรณ อิศรพัฒนสกุล (2540) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากครอบครัวเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันความต้องการจ้างผู้ดูแลเพื่อผู้สูงอายุในครอบครัวมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลภายในครอบครัวโดยที่ญาติสามารถดูแลเอง เพิ่มขึ้นจาก 52,013 คน ในปี พ.ศ.2538 ไปเป็น 67,395 คน ในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 79,888 ในปี

พ.ศ. 2558 และผู้สูงอายุที่ต้องการจ้างผู้ดูแล เพิ่มขึ้นจาก 19,264 คน ในปี พ.ศ.2538 ไปเป็น 25,675 คน ในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 31,955 ในปี พ.ศ. 2558 และเมื่อพิจารณาถึงความต้องการการดูแล ส่วนใหญ่เป็นความต้องการการดูแลที่เฉพาะเจาะจง เนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา ประเสริฐชัย และ คารณิ จามจุรี (2546) พบว่าครอบครัวผู้สูงอายุ ร้อยละ 66.67 ต้องการว่าจ้างผู้ดูแลเนื่องจากผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และร้อยละ 33.33 ว่าจ้างผู้ดูแลเนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลพิเศษ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแนวโน้มความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุไทยและความต้องการผู้ช่วยดูแลมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

นโยบายที่เกี่ยวข้อง

นโยบายของประเทศเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการผลิตผู้ช่วยดูแล เช่น นโยบายการพัฒนาฝีมือแรงงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ได้กำหนดทิศทางให้แรงงานสามารถเข้าสู่กระบวนการผลิตอย่างมีประสิทธิภาพ นโยบายการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ การพัฒนาคุณภาพคนและการคุ้มครองทางสังคม มีแนวทางการพัฒนาการส่งเสริมการจ้างงานในต่างประเทศ โดยการฝึกอบรมทักษะอาชีพใหม่ ๆ ซึ่งเป็นที่ต้องการของตลาดต่างประเทศให้กับแรงงานไทย โดยเฉพาะอาชีพในภาคบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พนักงานดูแลเด็กและผู้สูงอายุ เพื่อสร้างโอกาสให้คนไทยมีงานทำในต่างประเทศมากขึ้น และยุทธศาสตร์การเพิ่มสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 10 (5) ได้กำหนดร่วมมือและประสานงานกับราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจ ตลอดจนองค์กรอื่นในการจัดให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนตามพระราชบัญญัตินี้ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง นโยบายเหล่านี้มีส่วนผลักดันทำให้เกิดอาชีพผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

ใครคือผู้ช่วยดูแล ?

ผู้ช่วยดูแล (care assistant) หรือผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (paid caregiver) จัดอยู่ในประเภทผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน และให้การดูแลโดยได้รับเงินเป็นการตอบแทน และนอกจากนี้ยังจัดให้อยู่กลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม, 2550)

“ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ” (elder care assistant) หมายถึง บุคคลซึ่งทำงานทั่วไป (generic) มากกว่าทำงานเฉพาะอย่าง (specific) ไม่ใช่บทบาทที่ต้องใช้ทักษะที่มีความซับซ้อนหรือทักษะพิเศษแต่อย่างใด ในการให้การดูแลส่วนบุคคลในสถานดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่ได้รับการว่าจ้าง เป็นเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่วิชาชีพ ทำงานในการสนับสนุนเจ้าหน้าที่ที่เป็นวิชาชีพทางคลินิก โดยปฏิบัติตามกิจกรรมภายใต้การ

กำกับดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานที่มีความยืดหยุ่น เช่น ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชนและที่บ้าน

ในขณะที่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal careers/caregiver) หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นญาติ เพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรักและเอื้ออาทร ดังนั้นผู้ดูแลอาจเป็น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

หลักสูตรการฝึกอบรม

จากรายงานการสังเคราะห์ ระบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย ของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม (2549) พบว่า หลักสูตรการฝึกอบรม ทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชนมีความหลากหลาย เช่น

1. กระทรวงศึกษาธิการได้มีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษา เป็นหลักสูตรระยะสั้น 420 ชั่วโมง ที่ได้รับความเห็นชอบจาก กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเพิ่มอีก 1 หลักสูตรคือ หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นหลักสูตรทางไกล

2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร โดยดำเนินโครงการ อบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care) เป็นหลักสูตรระยะสั้น 60 ชั่วโมง เพื่อสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ให้ทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

3. กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ได้พัฒนาหลักสูตรการฝึกเสริมทักษะผู้ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ ที่เป็นหลักสูตรระยะสั้น 60 ชั่วโมง และหลักสูตรวุฒิบัตรพัฒนาฝีมือแรงงาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้รับการฝึกสามารถประกอบอาชีพหรือมีความสามารถในการดูแลเด็กและผู้สูงอายุได้

4. หน่วยงานอื่นๆ ที่อยู่ในขั้นการพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ เช่น มหาวิทยาลัยของรัฐ มหาวิทยาลัยราชภัฏ วิทยาลัยชุมชน มูลนิธิพระดาบส และมูลนิธิเพื่อผู้สูงอายุ เป็นต้น

หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ของกระทรวงศึกษาธิการ เป็นหลักสูตร 3 เดือน (12 สัปดาห์) ใช้เวลาเรียนภาคทฤษฎี 300 ชั่วโมง ฝึกงาน 120 ชั่วโมง รวมเวลาเรียนไม่น้อยกว่า 420 ชั่วโมง และเป็นหลักสูตรที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไป และถูกนำไปใช้สอนในโรงเรียนสอนผู้ช่วยดูแลในปัจจุบัน โดยมีสำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน เป็นผู้รับผิดชอบในการอนุมัติหลักสูตร ตรวจสอบเนื้อหาการเรียนการสอนให้เป็นไปตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ ประเมินความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และสื่อการเรียนการสอนก่อนอนุญาตให้มีการจัดการเรียนการสอน ตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน ปี พ.ศ. 2525

ปัญหาที่พบ

1. ปัญหาการผลิต

1.1 จำนวนคนหนุ่มสาวต้องการเข้ามารับการฝึกอบรมลดลง

1.2 หลักสูตรในการอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุและเด็กเล็ก พบว่ามีความหลากหลาย อาจส่งผลต่อคุณภาพการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุได้

1.3 ขาดการกำกับควบคุมคุณภาพและระบบการติดตามผล เช่น การประกันคุณภาพของหลักสูตรและการจัดการฝึกอบรม ตลอดจนภายหลังการฝึกอบรม เนื่องจากโรงเรียนสอนผู้ช่วยดูแลสามารถตั้งขึ้นได้ตามศักยภาพในด้านทุนดำเนินการ และเป็นกลุ่มที่สามารถตอบสนองความต้องการของตลาดได้อย่างรวดเร็ว ที่ผ่านมาทางกระทรวงศึกษาธิการให้การรับรองเฉพาะการตั้งโรงเรียนเท่านั้น ยังไม่มีระบบการประกันคุณภาพของโรงเรียนภาคบังคับ (มีบางโรงเรียนที่ริเริ่มดำเนินการเอง) และยังไม่มีระบบการติดตามผล รวมทั้งยังไม่สามารถควบคุมการดำเนินการในส่วนภูมิภาคได้อย่างทั่วถึง

1.2 ขาดเกณฑ์มาตรฐานในด้านการวัดและประเมินผล บางโรงเรียนใช้เกณฑ์ผ่าน ภาคทฤษฎีร้อยละ 40-50 ส่วนภาคปฏิบัติ ร้อยละ 50-60 ในขณะที่เกณฑ์มาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติของกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงแรงงาน กำหนดเกณฑ์ผ่านภาคทฤษฎีต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 และภาคปฏิบัติต้องผ่านทุกกิจกรรมที่เข้าทดสอบ (ภายหลังลดเกณฑ์ผ่านลงเหลือร้อยละ 60)

1.3 ถึงแม้ปัจจุบันมีข้อกำหนดการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ สาขาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยกระทรวงแรงงาน แต่ยังไม่มียกข้อบังคับที่ชัดเจนว่า ผู้ที่ผ่านการอบรมตามสถานฝึกอบรมต่าง ๆ ต้องผ่านการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานทุกคนก่อนที่จะไปประกอบอาชีพ ดังนั้นในขณะนี้ผู้ดูแลที่ผ่านการทดสอบฝีมือแรงงานยังมีน้อย

1.4 ขาดการตรวจสอบจากองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สภาการพยาบาล

2. ปัญหาผลผลิต

จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ ของ อารยา ประเสริฐชัย และดารณี จามจรี (2546) ปริญา แร่ทอง (2547) และ ศิริพันธุ์ สาสัดย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม (2550) พบว่า

2.1 ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการทำงานของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างในระดับปานกลาง ในขณะที่มีความคาดหวังการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันเอกชน ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างเพียงพอ

2.2 ผู้ช่วยดูแลไม่มีคุณภาพ ผู้ช่วยดูแลบางราย ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพียง 3 - 5 วัน ทำให้มีรายงานจำนวนการร้องเรียนการปฏิบัติงานของผู้ดูแลจากผู้ว่าจ้างไปยังกระทรวงศึกษาธิการ ศูนย์บริการคุ้มครองผู้บริโภคและการเกิดคดีความฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น

2.3 ขาดการควบคุมค่าบริการและค่าตอบแทนผู้ช่วยดูแลที่เป็นมาตรฐาน ค่าบริการเป็นการตกลงระหว่างผู้ว่าจ้างและศูนย์บริการฯ ที่ส่งผู้ช่วยดูแลไปทำงานตามบ้าน ซึ่งยังไม่มีกำหนดอัตรา

ค่าบริการที่เป็นมาตรฐาน โดยที่ส่วนผู้ช่วยดูแลจะทราบเพียงว่าจะได้รับค่าตอบแทนเท่าไร แต่จะไม่ทราบว่าศูนย์บริการเรียกเก็บเท่าไรและไม่ทราบว่าผู้สูงอายุมีลักษณะความต้องการการดูแลอย่างไรก่อนล่วงหน้า ผู้ช่วยดูแลส่วนใหญ่จะสมัครงานกับศูนย์ที่จัดผู้ดูแลตามบ้าน ซึ่งอาจทราบข่าวจากการบอกต่อ ๆ กันในกลุ่มเพื่อนที่ทำงานในลักษณะเดียวกัน และมักเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาบ้าง ทางศูนย์จะจัดส่งผู้ดูแลดังกล่าวไปดูแลผู้สูงอายุตามบ้านตามความต้องการของผู้ว่าจ้าง

2.4 ปัญหาด้านสวัสดิการ ผู้ช่วยดูแลในบางศูนย์บริการ หรือผู้ประกอบการอาชีพอิสระอาจไม่ได้มีประกันสังคม หรือประกันสุขภาพใด ๆ

2.5 ขาดเกณฑ์มาตรฐานในการปฏิบัติงานของผู้ช่วยดูแล ทำให้พบกรณีการทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุ เกิดขึ้น และทำให้มีการเปลี่ยนผู้ดูแลในครอบครัวอยู่บ่อยๆ

2.6 ผู้ดูแลมีภาวะเครียด เมื่อผู้ดูแลคนใหม่เข้าไปทำงานในครอบครัวดังกล่าวก็อาจถูกจับตามองจากสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นพิเศษ อาจเกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ช่วยดูแลและครอบครัวผู้สูงอายุ ที่สร้างความเครียดให้ผู้ช่วยดูแล ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลและคุณภาพการดูแลได้

2.7 ผู้ช่วยดูแลมีการกระทำกิจกรรมเกินขอบเขตหน้าที่ ที่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และเป็นการดูแลที่เฉพาะเจาะจง ที่อาจขัดต่อ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 มาตรา 27 ที่ห้ามมิให้ผู้ใดซึ่งมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผดุงครรภ์ หรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กระทำการพยาบาล หรือการผดุงครรภ์ หรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิประกอบวิชาชีพดังกล่าว โดยมิได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต เว้นแต่กรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง

2.9 ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลบางราย มีความเคลือบแคลงสงสัยสถานบริการเอกชนที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ว่าการจ้างงานผู้ช่วยดูแลจำนวนมากนั้นเป็นการส่งเสริมให้ผู้ช่วยดูแลเข้ามาทำหน้าที่ช่วยเหลือพยาบาล หรือเป็นเพราะความต้องการลดค่าใช้จ่ายในการจ้างพยาบาลซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลได้

2.10 ผู้ช่วยดูแลออกจากงานหรือเปลี่ยนอาชีพหลังเรียนจบ เนื่องจากเป็นงานที่ต้องใช้ความอดทนในการให้บริการสูงแต่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ และไม่มีการพัฒนางานในอาชีพหรือมีบันไดอาชีพที่ชัดเจน

2.11 จากความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การผลิตผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้บริโภค ทำให้ผู้ช่วยดูแลต้องเพิ่มชั่วโมงการดูแลมากขึ้น

2.12 ปัญหาการปรับตัวในการอยู่เวร ผู้ช่วยดูแลตามบ้านมักจะต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง และต้องทำงานติดต่อกันอย่างน้อย 6 วัน หยุดเพียง 1 วันต่อสัปดาห์ และหากไม่มีผู้ที่มาผลัดเปลี่ยนในวันที่จะหยุดจะต้องทำงานต่อเป็น 7 วันต่อสัปดาห์

2.13 มีปัญหาสุขภาพ เนื่องจากมีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือมีอาการปวดหลังจากการที่ต้องอุ้มยก เคลื่อนย้ายผู้ป่วยบ่อยๆ

2.14 ขาดองค์การสนับสนุนและพิทักษ์สิทธิผู้ช่วยดูแล เนื่องจากมีผู้ช่วยดูแลหลายรายที่ประสบปัญหาที่ญาติผู้สูงอายุให้กระทำการกรรมการดูแลที่เกินขอบเขตความสามารถของตน ที่เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องภายหลัง นอกจากนี้อาจถูกใช้ให้ทำงานนอกเหนือจากกรรมการดูแล เช่น ล้างรถ ล้างห้องน้ำ ทำงานบ้าน และการถูกระทำการทารุณกรรมทางกายและวาจา

ดังนั้นประเด็นปัญหาที่ตามมาคือ “ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ดีมีมาตรฐานหรือไม่อย่างไร”

การประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแล

การประกันคุณภาพการศึกษา หมายถึง การดำเนินการเกี่ยวกับการกำหนดมาตรฐานคุณภาพการศึกษาและกระบวนการตรวจสอบ หรือ การประเมินว่าเป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพการศึกษามากน้อยเพียงไร (Murgatroyd and Morgan, 1994)

พทุทธิ ศิริบรรณพิทักษ์ และ สุชาติ กิจพิทักษ์ (2545) กล่าวว่า การประกันคุณภาพการศึกษา เป็นการบริหารจัดการและการดำเนินกิจกรรมตามภารกิจปกติของสถานศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพของผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้รับบริการ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 81 ได้กำหนดให้รัฐต้องจัดการศึกษาอบรมและสนับสนุนให้เอกชนจัดการศึกษาอบรมให้เกิด “ความรู้คู่คุณธรรม” และจัดให้มีกฎหมายเกี่ยวกับการศึกษาแห่งชาติ ซึ่งนำไปสู่พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และได้กำหนดให้มีระบบการประกันคุณภาพการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาทุกระดับ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเพียง 1 โรงเรียนที่เปิดสอนหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีการดำเนินการด้านการประกันคุณภาพการศึกษา แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

เพื่อให้ผู้บริโภคมั่นใจในบริการที่ได้รับว่ามีมาตรฐานและเชื่อถือได้ ผลจากการสังเคราะห์ระบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย ของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม (2549) ได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่า ควรมีระบบการรับรองหลักสูตร ติดตาม ตรวจสอบและการประกันคุณภาพ (Quality assurance) และควรมีการกำหนดมาตรฐานการฝึกอบรม กำหนดบทบาท และกรอบการควบคุมผู้ช่วยการดูแลที่ชัดเจนในระดับชาติขึ้น

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแล

จากการศึกษารูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม (2550) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพัฒนาโดยจัดให้มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม จากกลุ่มนักวิชาการและองค์กรวิชาชีพ นักการศึกษาและครูผู้สอน ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มผู้แทนของแต่ละกลุ่มรวม 5 กลุ่ม นอกจากนี้ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจากการจัดประชุมเวทีสาธารณะ โดยมีวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบการประกันคุณภาพ การพัฒนาตัวบ่งชี้ ตลอดจนการเสนอรูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลที่ได้รับการว่าจ้างที่ได้รับความเห็นชอบจากทุกฝ่าย ผลการวิจัยพบว่า

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่าคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้วยกัน คือ

1. ด้านความรู้ (knowledge) ผู้ช่วยดูแลควรมีความรู้ไม่ต่ำกว่า ม.3 มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น ความเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง พฤติกรรมผู้สูงอายุและหลักโภชนาการ นอกจากนี้ควรมีความรู้ตรงกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น
2. ด้านเจตคติ (attitude) ผู้ช่วยดูแลควรมีความชอบหรือมีใจรักในอาชีพ เป็นผู้มีจิตใจดี เอื้ออาทร มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความรู้สึกรักหรือมองผู้ป่วยเสมือนญาติ มีใจให้บริการ และมีใจรักและเต็มใจปฏิบัติงาน
3. ด้านการปฏิบัติ (practice) ผู้ช่วยดูแลควรมีความสามารถในการทำงาน มีความสามารถในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุและภาวะเสี่ยงต่างๆ มีความสามารถปฏิบัติการดูแลขั้นพื้นฐาน มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ หรือสามารถตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้ นอกจากนี้ควรเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ รอบคอบ มีความมั่นใจในการทำงาน เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ มีวุฒิภาวะ ทราบขอบเขตในการดูแล สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ มีความสามารถในการสื่อสาร สามารถปรับตัวได้ มีความซื่อสัตย์ เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีกิริยามารยาทดี

รูปแบบการประกันคุณภาพ

การประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ผู้สมัครเข้าศึกษา ผู้สมัครมีคุณสมบัติตามที่ระบุในหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ
2. การรับเข้าศึกษา มีการสอบคัดเลือก โดยคณะกรรมการของโรงเรียนที่แต่งตั้งอย่างเป็นทางการ
3. การเรียนการสอน มีหลักสูตรที่ได้มาตรฐาน มีการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม มีห้องเรียนและห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม มีห้องสมุดที่ได้มาตรฐาน และผู้เรียนมีส่วนร่วมในการประเมินการสอนของอาจารย์โดยใช้แบบประเมินการสอนที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย
4. การบริหารจัดการ มีผู้บริหารมีอาชีพตามที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนด
5. การเงินและงบประมาณ มีการบริหารการเงินโดยยึดหลักการประหยัด/คุ้มค่า
6. ผู้สำเร็จการศึกษา ผู้สำเร็จการศึกษามีความรู้ ทักษะและเจตคติสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

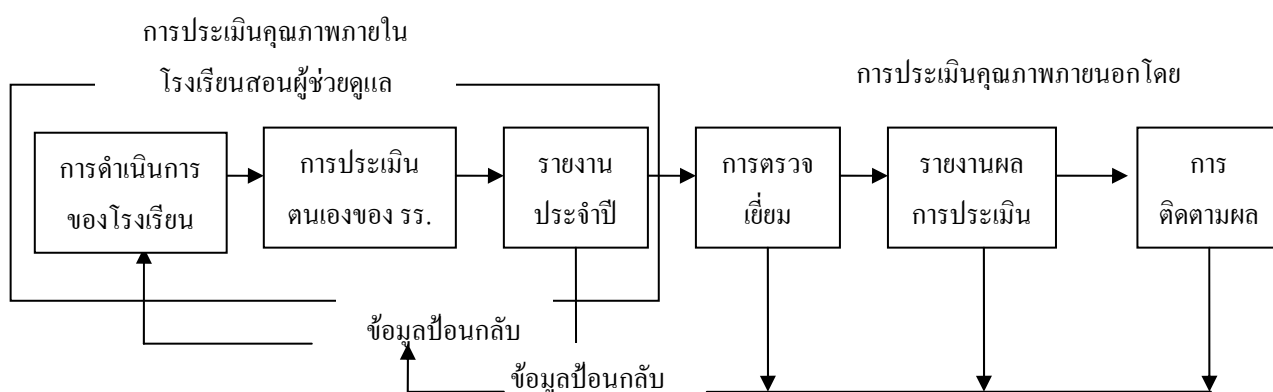
7. การติดตามผู้สำเร็จการศึกษา มีการติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จ มีการขึ้นทะเบียนผู้ช่วยครูที่สำเร็จจากโรงเรียน และมีการอบรมฟื้นฟูให้ผู้สำเร็จการศึกษา

8. ระบบและกลไกการประกันคุณภาพ มีระบบและกลไกการประกันคุณภาพของโรงเรียน ซึ่งการดำเนินงานที่ต้องมีการประกันคุณภาพการศึกษาภายในและการประเมินคุณภาพภายนอก

แต่ละองค์ประกอบยังแจกแจงเป็นดัชนีย่อย 3 ลักษณะ คือ

- 1) ดัชนีเชิงบรรยาย
- 2) ดัชนีเชิงลักษณะ และ
- 3) ดัชนีเชิงปริมาณ

ความสัมพันธ์ระหว่างการประกันคุณภาพภายใน กับการประเมินคุณภาพภายนอกของรูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยครูและผู้สูงอายุ โดยปรับปรุงจากสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ., 2549) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 ดังนี้



แผนภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการประกันคุณภาพภายในกับการประเมินคุณภาพภายนอก

จากแผนภาพที่ 1 แสดงให้เห็นว่า เมื่อโรงเรียนสอนผู้ช่วยครูและมีการดำเนินงานประกันคุณภาพภายใน และจัดทำรายงานประจำปี ซึ่งได้จากการประเมินตนเองของคณะกรรมการประกันคุณภาพภายใน ตามองค์ประกอบและดัชนีที่กำหนดเป็นที่รับทราบทั่วกันแล้ว และจัดทำรายงานประจำปี เสนอต่อคณะกรรมการประเมินคุณภาพภายนอก เพื่อขอรับการประเมินคุณภาพ ซึ่งตาม พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ ระบุไว้ว่าด้วยมีการประเมินคุณภาพภายนอกของสถานศึกษาทุก 5 ปี

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงานที่รับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวข้อง คือ

1. **กระทรวงศึกษาธิการ** ดำเนินการรับผิดชอบเกี่ยวกับการจัด หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (3 เดือน) ต่อไป รวมทั้งส่งเสริมการบริหารการศึกษาโดยใช้คู่มือที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และติดตามการประเมินหลักสูตร พัฒนาหลักสูตรให้มีมาตรฐานและสอดคล้องกับความต้องการของสังคม นอกจากนี้ควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้และความสามารถของผู้ช่วยครูและผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้

มีการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ ภายหลังการสำเร็จการศึกษาเป็นระยะๆ และมีระบบการเก็บสะสมหน่วย
คะแนน

2. สถานการณ์พยาบาล รับผิดชอบดังต่อไปนี้

2.1 จัดทำหลักสูตรผู้ช่วยดูแลต่อเนื่อง (ต่อจากหลักสูตร 3 เดือน ของกระทรวงศึกษาธิการ)
เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และสามารถให้ผู้สูงอายุที่
เจ็บป่วยได้ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพได้ โดยอาจเป็นหลักสูตรระยะสั้นแบ่งเป็นระดับ
ต่างๆ จนถึงในระดับสูงสุด ที่สามารถเทียบเท่ากับหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลที่รับรองโดยสภาการพยาบาล
เพื่อเป็นการส่งเสริมการผลิตผู้ช่วยดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม และเป็นการพัฒนา
บัณฑิตอาชีวศึกษาให้ผู้ช่วยดูแลอยู่ในอาชีพได้นานเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ควรจัดให้มีหลักสูตรผู้ช่วย
พยาบาลด้านผู้สูงอายุ (หลักสูตร 1 ปี) เพื่อเป็นช่องทางสำหรับผู้ที่มีความพร้อมและต้องการเรียนโดยตรง
เพื่อตอบสนองความต้องการผู้ช่วยดูแลทั้งในและต่างประเทศ

2.2 จัดตั้งคณะทำงานในการประเมินสมรรถนะ และคุณภาพการบริการผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ
โดยใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดขึ้นที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานกลาง และควรมีการติดตาม
ประเมินภาคปฏิบัติของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะๆ

3. การประเมินคุณภาพการศึกษา

3.1 ผู้ประเมินคุณภาพภายใน ควรประกอบด้วย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข
สภาการพยาบาล

3.2 ผู้ประเมินคุณภาพภายนอก ควรประกอบด้วย ตัวแทนจาก ภาคประชาชน สภาผู้สูงอายุ
สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล สถานบริบาล (nursing home) และศูนย์บริการ
จัดส่งผู้ช่วยดูแลที่บ้าน เป็นต้น

4. กระทรวงแรงงาน โดยกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน รับผิดชอบในการดำเนินการต่อไปนี้

4.1 กำหนดมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ ข้อกำหนดในการทดสอบ ที่มีเกณฑ์การวัด
เป็นไปในทิศทางเดียวกันจัดสวัสดิการ การประกันรายได้ กลุ่มครองผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ โดยมีการจัด
ทดสอบเพื่อประเมินความรู้ ความสามารถเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ตัวผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการ

4.2 กำหนดให้มีการขึ้นทะเบียน ผู้ช่วยดูแลและศูนย์บริการจัดส่งผู้ช่วยดูแลตามบ้าน รวมทั้ง
ผลักดันให้มีกฎหมายรองรับ ซึ่งการขึ้นทะเบียนควรมีการแบ่งระดับตามสมรรถนะและกำหนดขอบเขต
กิจกรรมการปฏิบัติของผู้ช่วยดูแลและศูนย์บริการฯ ให้ชัดเจน เพื่อเป็นการควบคุมมาตรฐานการบริการ
ต่อไป

5. กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จัดให้มีการประชุมเพื่อ
พิจารณามาตรฐานกฎระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณที่เกี่ยวข้อง

ความก้าวหน้าของการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ

1. สภากาชาดไทย ขณะนี้ ทางสภากาชาดไทย ได้ดำเนินการร่างหลักสูตร ดังนี้

1.1 หลักสูตรผู้ช่วยดูแลต่อเนื่อง (ต่อจากหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ) (ดูภาคผนวก)

1.2 หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ช่วยพยาบาลด้านผู้สูงอายุ 1 ปี (ดูภาคผนวก) ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ช่วยดูแลได้มีความรู้และทักษะสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้ ภายใต้การควบคุมของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการล่งเล้าวิชาชีพการพยาบาลของผู้ช่วยดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในปัจจุบัน และเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของสังคมที่มีความต้องการการบริการจากผู้ช่วยดูแลมากขึ้น

2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มดำเนินการ แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ มาตรฐาน กิจกรรมให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- 1) พิจารณากำหนดหลักเกณฑ์ มาตรฐานการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสถานที่ อุปกรณ์ และคุณสมบัติของบุคคล และอื่นๆ ตามความจำเป็นเพื่อคุ้มครองผู้รับบริการ
- 2) พิจารณากำหนดหลักสูตรการอบรมสำหรับพนักงานที่ทำหน้าที่บริการดูแลผู้สูงอายุ
- 3) พิจารณากำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการควบคุมกิจการการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ

โดยมุ่งเน้นไปที่ผู้ช่วยดูแลตามบ้านซึ่งขณะนี้ยังไม่มีหน่วยงานใดเข้าไปกำกับดูแล และจะมีการดำเนินการประกาศเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตาม พรบ. สาธารณสุข ปี พ.ศ. 2535 ต่อไป

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและ
สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ , สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุนั้นพบแนวโน้มจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น ซึ่งทางสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้คาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย ไว้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 7.2 ในปี 2533 เป็น ร้อยละ 15.3 ในปี 2563 (ตาราง 1)

ตาราง 1 การประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2533 – 2563

จำนวน/ พ.ศ.	2533	2538	2543	2548	2553	2558	2563
จำนวน (ล้านคน)	4.034	4.816	5.733	6.617	7.639	9.104	10.776
% ประชากร	7.2	8.1	9.2	10.2	11.5	13.2	15.3

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2533-2563.

จากการสำรวจประชากรโลกขององค์การสหประชาชาติ คาดว่าประเทศไทยจะมีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวนเพิ่มขึ้นจาก 3.9 ล้านคน ในปี พ.ศ.2533 เป็น 9.9 ล้านคน ในปี ค.ศ.2563 (พิธีสิทธิ์ คำนวณศิลป์และคณะ, 2544) ซึ่ง อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุนั้นมีอัตราสูงกว่าประชากรในวัยเด็ก และวัยทำงาน ส่วนหนึ่งเนื่องจากเกิดการลดลงของอัตรา การเกิด และอัตราการตายของประชากร โดยใช้การคาดการณ์ถึงแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์เป็นเกณฑ์ พบว่า สัดส่วนการเกิดของประชากรในวัยเด็ก และอัตราการตายของประชากรสูงอายุลดลงอย่างต่อเนื่อง (นภาพร ชัยวรรณ, 2542 –อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2547) อันเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการกระจายบริการด้านสาธารณสุขและจากนโยบายการวางแผนครอบครัว ที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง จึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผล

ให้ประเทศไทยประสบปัญหาด้านผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ เหล่านี้ จะกลายเป็นความรับผิดชอบและการแบกรับภาระทางสังคมต้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน และเป็นสิ่งบอกเหตุสำคัญที่จะต้องมีการเตรียมระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ให้สามารถรองรับ กับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างเหมาะสม

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเป็นสิ่งบ่งบอกให้เกิดการเตรียมการของระบบสุขภาพ เพื่อรองรับปัญหาดังกล่าว ประเทศไทยได้เริ่มมีการพัฒนาแผนสำหรับผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 (2525-29) และเริ่มเป็นรูปธรรมในแผนฯ ฉบับที่ 7 และ 8 (2535-44) ซึ่งมี เป้าหมายมุ่งไปที่การสงเคราะห์ด้านสวัสดิการ การส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูง อายุ รวมทั้งสนับสนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ นอกจากนั้นผลพวงจาก การเข้าร่วมประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลก พ.ศ. 2525 ประเทศไทยได้พัฒนาแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1(2525-44) และ ฉบับที่ 2 (2545-64) ซึ่งในฉบับที่ 2 ได้บูรณาการในด้านสุขภาพอนามัย ด้านการ ศึกษา ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสวัสดิการสังคม กำหนดยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1. การเตรียมความพร้อมเพื่อผู้สูงอายุ 2. การส่งเสริมผู้สูงอายุ 3. ระบบคุ้มครองทางสังคม 4. การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาและบุคลากร และการพัฒนาองค์ความรู้และการติดตามประเมินผล (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2551) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการให้ความสำคัญอย่างไร ก็ตามการดำเนินงานยังขาดความชัดเจน และชี้ให้เห็นความต้องการองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

1. ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจะพบได้บ่อย ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่กลายเป็น ปัญหาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพแก่ ผู้สูงอายุ และจากจำนวนผู้สูงอายุและอายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพและงบประมาณด้านสุขภาพ เนื่องจากความชุกของภาวะทุพพลภาพและ การเจ็บป่วยเรื้อรังจะเพิ่มสูงขึ้น โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อเสื่อม เป็นต้น

ด้านภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิงนับเป็นอีกด้านหนึ่งที่พบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คนจะมีปัญหา สุขภาพทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ จากการสำรวจพบว่าประชากรผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะ โรคมากกว่า 1 โรค มากกว่า 70% และจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ก็พบว่า ผู้สูงอายุมี ปัญหาต้องรับการรักษาถึง 62% กรณีปัญหาด้านสายตา 27% โรคข้อ 26% โรคไต 24% ความดันโลหิตสูง ประมาณ 14% การได้ยิน 14% เบาหวาน 8% อัมพาต 3% ซึ่งโรคต่างๆ ก็ก่อให้เกิดภาระ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ เส้นเลือดสมองแตกตีบตัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือด สูง ซึ่งโรคเหล่านี้ก็เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตต่อมาในผู้สูงอายุด้วย(พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ, 2550) และ จากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทยโดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year

:DALY) เป็นตัวบ่งชี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสีย ปีสุขภาวะเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2551) ดังนั้นจึงควรมีการควบคุม ป้องกัน คัดกรอง และฟื้นฟูโรคไม่ติดต่อในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความจำเป็นต้องดำเนินการ เพื่อลดความสูญเสีย เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทุกข์ทางกาย ผู้สูงอายุไทยมีภาวะโรคเรื้อรังสูง และเหตุแห่งการเสียชีวิตคล้ายคลึงกับทุกประเทศ ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง และมีความเจ็บป่วยที่สำคัญ 4 อย่าง คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อุบัติเหตุ และไขมันในเลือดสูง และทุกข์ที่แท้จริงนั่นคือ การมีภาวะทุพพลภาพ อันมีทั้งระยะสั้นและระยะยาวและคาดว่าจะมีการระบาดในอนาคต ซึ่งเป็นสัญญาณว่าความต้องการบริการการดูแลระยะยาวและบุคลากรผู้ดูแล

ด้านทุกข์ทางใจและทุกข์ทางสังคม ผู้สูงอายุไทยมีทุกข์ คือเหงาและซึมเศร้าจากการถูกทอดทิ้ง รู้สึกไร้ค่า มีความยากไร้ ภาระครอบครัว (ปัญหาการทารุณกรรมที่แฝงอยู่) และการขาดหลักประกันความมั่นคงทางสังคมด้านต่างๆ ในยามสูงอายุ ผู้สูงอายุบางคนยังโชคดีที่มีครอบครัวเกื้อหนุนโดยเฉพาะคู่สมรสและบุตรสาว ในขณะที่ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนไม่น้อยที่ถูกทอดทิ้ง

จะเห็นว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นับวันจะทวีขนาดและความรุนแรงมากขึ้นเพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา หากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือป้องกันในอนาคตมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

2. ปัญหาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจากภาครัฐ

การบริการผู้สูงอายุนั้นควรจะต้องสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาที่จำเพาะของผู้สูงอายุอย่างไร ก็ตามระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันนี้ อาจมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการบริการของผู้สูงอายุดังต่อไปนี้ (วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง 2545)

2.1. การบริการสุขภาพยังขาดระบบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุนั้นมีปัญหาและความต้องการพิเศษ จึงต้องการบุคลากรเฉพาะทางที่ไว้ต่อปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะรวมอยู่กับระบบบริการสุขภาพทั่วไป ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการปฏิรูป ยังไม่มีระบบบริการหรือกรอบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องด้วยระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและความจำเพาะของระบบบริการนั้นประเทศไทยยังไม่เผชิญกับภาวะวิกฤตผู้สูงอายุเช่นประเทศอื่นๆ จึงยังไม่มีตัวเร่งเพื่อการจัดระบบสุขภาพเฉพาะทาง ที่รองรับปัญหาและความต้องการเฉพาะผู้สูงอายุ แม้บริการเฉพาะทางผู้สูงอายุนี้อาจมีความจำเป็นทั้งในปัจจุบันและในอนาคต แต่รัฐจำเป็นต้องเร่งสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับบุคคลทุกวัยก่อนมีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องการระบบบริการเฉพาะทางหรือบริการที่มีความจำเพาะสูงสำหรับผู้สูงอายุอย่างแน่นอน สำหรับบริการสุขภาพเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีอยู่ประเมินว่ายังไม่เข้มแข็ง กระจุก ไม่กระจาย แม้จะเป็นบริการแบบให้เปล่า ประชาชนก็ยังเข้าไม่ถึงด้วยมีข้อจำกัดด้านต่างๆ

2.2. บริการสุขภาพยังขาดบริการการดูแลระยะยาวและเรื้อรังที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

บริการสุขภาพของรัฐในประเทศไทย ยังเน้นการดูแลในสถาบันมากกว่าชุมชน โดยจะเน้นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และบริการแบบเฉียบพลัน ยังขาดบริการการดูแลระยะยาวและการดูแลสำหรับโรคเรื้อรัง บริการฟื้นฟูสภาพตลอดจนการดูแลระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับบริการสุขภาพของเอกชน มีการขยายตัวด้านการดูแลระยะยาวในสถาบัน การผลิตและให้บริการผู้ดูแลที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเฉพาะกลุ่มที่มีเพิ่มขึ้น แต่ก็มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากที่ยากจนก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

การบริการสุขภาพในสถาบันในลักษณะของโรงพยาบาล แม้เป็นบริการดูแลเฉียบพลันที่ตอบสนองผู้สูงอายุได้เป็นส่วนใหญ่ แต่จุดอ่อนคือ การดูแลแบบกึ่งเฉียบพลัน และเรื้อรังยังมีน้อย ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการฟื้นฟูสูง การไม่มีคลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยสูงอายุเฉพาะในโรงพยาบาล เป็นจุดด้อยของการบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุ

2.3. บริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมและผู้สูงอายุบางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่แอ่บแฝงอยู่ในสถาบันต่างๆ เช่น วัด เรือนจำ ชุมชน ชนบทที่ห่างไกล ชนกลุ่มน้อย และอื่นๆ จึงควรศึกษาสภาพความเป็นอยู่ของประชากรผู้สูงอายุทุกแห่ง เพื่อความครอบคลุมและทั่วถึง ของการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดของพหุสภาพและความเจ็บป่วย และการที่คลินิกและสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีเฉพาะในโรงพยาบาลบางแห่ง จึงเป็นจุดอ่อนทำให้ผู้สูงอายุในชนบทไม่สามารถเข้าถึงบริการเฉพาะทางได้ ยิ่งผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลสถานพยาบาลมักมีข้อจำกัดในการไปรับบริการที่สถานบริการ โดยไม่สามารถไปเองได้ต้องอาศัยบุคคลอื่น เช่น บุตรหลานมีภาระการทำงาน ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้ารับบริการ และไม่ได้รับความเป็นธรรมทางสุขภาพ

จากผลการศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการบริการสวัสดิการสังคมพบว่าบริการส่วนใหญ่ที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุไม่เหมาะสมและไม่เป็นธรรมเพราะ ผู้สูงอายุกลุ่มยากจน ไร้ญาติ ไม่มีผู้ดูแลยังไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้ ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการคัดเลือกผู้สูงอายุที่ไม่เป็นธรรมภายใต้ระบบอุปถัมภ์ ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายยังไม่ได้รับบริการ ไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ ผู้สูงอายุไม่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ การดำเนินงาน จึงส่งผลให้บริการส่วนใหญ่ขาดความยั่งยืนของบริการและกิจกรรม ไม่สามารถสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุและชุมชนได้ในระยะยาว (ระพีพรรณ คำหอมและคณะ, 2542)

การวิจัยพบว่าบริการด้านสุขภาพมีลักษณะของความไม่เป็นธรรมในประชากรสูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่ด้อยการศึกษาและยากจนจะมีปัญหาด้านสุขภาพในอัตราสูงและมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพของรัฐต่ำ ลักษณะเช่นนี้ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพและสังคมขยายตัวมากขึ้นไปอีกเนื่องจากปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจในระยะที่ผ่านมา มีผลต่อการจัดสรรทรัพยากรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งสภาพแวดล้อมต่างๆ และระบบขนส่งสาธารณะไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้การ

เข้าถึงระบบบริการต่างๆเป็นไปได้ยากลำบาก ไม่สามารถดำรงสายสัมพันธ์และกิจกรรมในชุมชนและสังคมได้อย่างที่ควรจะเป็น ขาดแคลนโอกาสในการค้นหาการ(สุทธิชัย จิตรพันธ์กุล, 2543)

2.4. ปัญหาการประสานงานระหว่างภาคเอกชน-รัฐ-ชุมชนเท่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

เนื่องด้วยคำพังภาครัฐนั้นยังไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง การให้บริการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบต่างๆยังเป็นเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น ในขณะที่ภาคเอกชนที่ให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุก็ยังไม่ได้รับการสนับสนุนหรือได้รับความร่วมมือจากภาครัฐเท่าที่ควร นอกจากนี้ในด้านการประสานงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน พบว่าชุมชนยังขาดความเข้มแข็งในการรวมตัวหรือร่วมมือกับภาคเอกชนและรัฐในการแสวงหาแนวทางหรือรูปแบบที่เหมาะสมที่จะช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2547)

2.5. การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีแนวโน้มขาดคุณภาพและขาดผู้ดูแลในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย หน่วยงานของรัฐให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในระดับชุมชนและครอบครัวน้อย เนื่องจากเห็นว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัว ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาจากการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลขาดการเตรียมตัวที่เหมาะสม

2.6. ด้านการบริการผู้สูงอายุในเขตชนบท ระบุพรรณ คำหอมและคณะ (2547) ชี้ให้เห็นข้อจำกัดด้านระบบบริการจากภาครัฐดังนี้

1. บริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชนบทมีหลายด้าน ด้านที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้มากที่สุด คือบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากการกระจายบริการได้กว้างขวางที่สุดมากกว่าบริการด้านอื่นๆ และเป็นบริการที่สอดคล้องกับธรรมชาติของวัยผู้สูงอายุ แต่หากพิจารณาถึงความครอบคลุมของบริการด้านอื่นๆ ในด้านการส่งเสริมเศรษฐกิจ การมีงานทำ บริการด้านการศึกษาและด้านสังคม อันเป็นบริการที่ตอบสนองด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตนั้น กล่าวได้ว่ารัฐยังไม่สามารถจัดบริการได้อย่างทั่วถึง ยังมีความจำเป็นต้องเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการจัดการ
2. บริการส่วนใหญ่เป็นบริการที่รัฐรับผิดชอบดำเนินการเอง แต่ยังมีขาดกลไกหลักที่จะดูแลระบบบริการให้เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ
3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ทักษะ และทักษะในการให้บริการอย่างรอบด้าน เชิงลึกและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา
4. รัฐยังขาดการกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนหรือท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการด้านสวัสดิการ โดยชุมชนเอง จึงทำให้ขาดพลังทางสังคมในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ ขาดการส่งเสริมโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจเรื่องสวัสดิการ ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นงานที่มีลักษณะประจำ นิ่ง มากกว่างานบริการเชิงยุทธศาสตร์ที่จำเป็นต้องมีขบวนการเคลื่อนไหวโดยภาคประชาชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาเชิงกระบวนการที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนมากกว่าที่เป็นอยู่

5. การจัดบริการสวัสดิการผู้สูงอายุของรัฐ ยังขาดฐานคิดที่จะไปสนับสนุนหรือส่งเสริมฐานวัฒนธรรมหรือภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งๆที่การส่งเสริมภูมิปัญญาหรือวัฒนธรรมจะนำไปสู่การสร้าง ความมั่นคงทางจิตใจและเป็นการเพิ่มศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

3. ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย จะต้องเร่งพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ทันกับภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุไทยที่จะเพิ่มเป็นทวีคูณใน 20-30 ปีข้างหน้า โดยมีข้อเสนอด้านการจัดระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยวรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง (2545) ได้ให้ข้อเสนอแนะระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ มีองค์ประกอบหลังดังนี้

3.1 แนวคิดหลักของระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

- บริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานที่ผู้สูงอายุทุกคนควรจะได้รับ
- เน้นแนวคิดการพัฒนา มากกว่าสงเคราะห์ มุ่งงาน สร้างรายได้
- เน้นการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมและเกื้อหนุนของครอบครัวและชุมชน และการสนับสนุนโดยรัฐ
- เน้นการมีส่วนร่วมกิจกรรมของคนหลายวัย
- มุ่งสร้างสุขภาพองค์รวมควบคู่กับการสร้างความมั่นคงทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
- สร้างวัฒนพลัง และสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ
- เน้นบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ
- ผสมผสานและบูรณาการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม
- ต้องครบวงจรชีวิตของความสุขและสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุและครอบครัว
- มีความหลากหลาย ครอบคลุม-เข้าถึงง่าย มีคุณภาพ-ประสิทธิภาพ เป็นธรรม
- การดูแลระยะยาวเน้นการดูแลที่บ้าน และชุมชนเป็นหลัก และขยายบริการในสถาบันตามจำเป็น
- ให้บริการโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางการดูแล
- ต้องคงไว้ซึ่งสิทธิ ศักดิ์ศรี คุณค่า และการให้ความเคารพผู้สูงอายุ
- มีการปกป้อง พิทักษ์สิทธิ แม้ในระยะต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และจวบจนวาระสุดท้ายของชีวิต
- มีบริการเสริมเพื่อเป็นทางเลือกกับผู้ที่สามารถจ่าย

3.2 ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ และระบบบริการการดูแลระยะยาว

3.2.1 ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ

- เป็นระบบบริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ที่รวมบริการการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้จนถึงในภาวะที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้
- กรอบมาตรฐานการบริการที่สะท้อนปัญหาทางคลินิก สุขภาวะทางสังคม และการพัฒนาผู้สูงอายุ
- การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในระบบ อาจเป็นบริการที่รวมหรือแยกจากระบบบริการสุขภาพหลัก(ทั่วไป) เป็นบริการที่เชื่อมต่อระหว่างสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน เป็นบริการดูแลทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังในสถาบัน บริการระยะปรับเปลี่ยน บริการฟื้นฟูสภาพ บริการดูแลระยะสุดท้าย บริการดูแลที่บ้าน และบริการสนับสนุนในชุมชนต่างๆ
- การบริการต้องกระทำโดยบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ มีเจตคติที่ดีและมีความไวต่อผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุ

3.2.2 ระบบบริการการดูแลระยะยาว

- ระบบบริการการดูแลระยะยาว เป็นระบบบริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว ทั้งสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน
- บุคลากรผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุระดับต่างๆ ทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน และมีการรับรองโดยองค์กรวิชาชีพ หรือองค์กรด้านผู้สูงอายุที่มีการรับรองคุณภาพและมาตรฐาน

4. ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่พึงประสงค์นั้น จะประกอบด้วยการดูแลที่ครบวงจร เริ่มจากครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ ซึ่งการบริการในแต่ละระดับจะต้องสอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุนั้นควรจะเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องเริ่มจากการดูแลตนเอง การดูแลโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ การดูแลระดับชุมชน ไปถึงการในสถานบริการ ซึ่งในแต่ละระดับก็มีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังสรุปในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดระบบบริการและกำลังคนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเรียงจากการดูแลในระดับครอบครัวถึงการดูแลในระดับสถาบัน

	Informal/ less intensive				Formal care/ most intensive		
ประเภทบริการ	Self-care	In-home	Informal care/ support	Community care facility	Health centre	Hospital	Nursing home
Setting	ตนเอง	ครอบครัว	ชุมชน	ชุมชน	สถานีอนามัย	โรงพยาบาล	สถานบิบาล
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

4.1 การบริการสุขภาพในชุมชน

4.1.1 การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

เป็นระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายหลังภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และได้ออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านแล้ว ซึ่งดำเนินการโดยตั้งอยู่บนความเชื่อที่จะลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง โดยผู้ให้บริการหลักเป็นกำลังคนไม่เป็นทางการ ได้แก่ ญาติหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการบริการ มักจะสัมพันธ์กับการอบรม/พัฒนาผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีภาวะทุพพลภาพ และภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งบริการชนิดนี้กำลังเป็นที่นิยม เพราะไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้อยู่ที่บ้านและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ครอบครัวดูแลอย่างใกล้ชิด และรู้สึกว่าไม่ได้ทอดทิ้งผู้สูงอายุเพียงแต่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลเท่านั้น โดยบริการนี้ต้องได้รับการสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการจากสหวิทยาการจากบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล สาธารณสุข นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด

4.1.2 ศูนย์เอนกประสงค์ในชุมชน

ศูนย์เอนกประสงค์ที่ตั้งในชุมชนนั้นอาจจะเหมาะสมในชนบท และในเขตเมืองบางแห่ง สถานที่ตั้งอาจจะเป็นที่วัด หรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน ตามความเหมาะสม เป็นการให้ชุมชนและผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยจะให้บริการทั้งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ และที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ศูนย์เอนกประสงค์จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและชุมชนได้เข้ามาบริหารจัดการ สร้างเครือข่ายผู้สูงอายุ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยการสนับสนุนภาครัฐ ซึ่งผู้ดูแลในส่วนนี้ อาจจะเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ) โดยการสนับสนุนทาง

วิชาการของทีมสหวิชาชีพ โดยรัฐ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลต้องมาดูแลในด้านงบประมาณ และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ในด้านการออกกำลังกาย การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

4.2 การบริการสุขภาพในสถาบัน

4.2.1 สถานิอนามัย

ผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในการเดินทาง และในขณะที่สถานิอนามัยได้รับการคาดหวังให้เป็นบริการ ซึ่งกำลังคนหลักในการให้บริการได้แก่ แพทย์ (บางแห่ง) พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด (บางแห่ง) และทันตภิบาล บุคลากรเหล่านี้นอกจากจะให้บริการองค์รวมครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพที่สถานิอนามัยแล้ว ต้องทำหน้าที่ติดตามและสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อสพ รวมทั้งติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านด้วย

4.2.2 โรงพยาบาล

สถาบันที่ให้บริการได้แก่โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด ในสถานบริการระดับนี้มีบริการสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เน้นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ความที่ผู้สูงอายุมากมีปัจจัยทางด้านสุขภาพที่อ่อนแอ จึงมีสัดส่วนการครองเตียงและอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายิ่งอายุมากความต้องการการดูแลและพึ่งพามากขึ้นตามลำดับ และในอนาคตที่ผู้สูงอายุไทยจะมีจำนวนมากมายและอายุยืนมากขึ้น ความต้องการย่อมมากขึ้นกว่านี้ ดังนั้นการให้บริการสุขภาพอาจต้องพิจารณากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ บุคลากรหลักที่ให้บริการได้แก่ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด ทันตบุคลากร เภสัชกร เป็นต้น

4.2.3 คลินิกผู้สูงอายุ

เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ปัจจุบันมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 44 แห่ง แต่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน ปัจจุบันมีการขยายบริการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่นคลินิกวัยทอง ที่ให้การดูแลปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุชายหรือหญิงตั้งแต่วัยก่อนสูงอายุ และมีแนวโน้มขยายบริการมากขึ้นทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันและรักษา และบริการข้อมูลข่าวสาร แต่ส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในเขตเมือง นอกจากนี้ยังมีการพัฒนา หอผู้ป่วยเฉพาะผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ให้บริการทั้งเจ็บป่วยและเรื้อรัง แต่บริการที่จัดไว้ในโรงพยาบาลก็ถือว่าเป็นบริการแบบเจ็บป่วยมากกว่าเรื้อรัง และโรงพยาบาลภาครัฐมีการขยายบริการไปชุมชน ในลักษณะต่างๆ แต่ก็ยังไม่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งอนุมานได้ว่างานบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยโรงพยาบาลอยู่ในสถาบันมากกว่าชุมชน อาจกล่าวได้ว่าบริการในสถาบันเป็นบริการแบบเจ็บป่วย

4.2.4 โรงพยาบาลเอกชน

บริการที่ให้มีบริการคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกวัยทอง ในบางแห่งมีบริการพยาบาลสำหรับ ผู้สูงอายุด้วย ซึ่งบางแห่งไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะส่งไปรักษายังแผนกอื่น ของโรงพยาบาล หรือรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่อไป โรงพยาบาลเอกชนให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งแบบ long term care คืออยู่ประจำที่โรงพยาบาล และแบบ day care คือ รับ-ส่งไป-กลับ หรือบางแห่ง ให้บริการแบบ home care คือ จัดส่งแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแลไปดูแลที่บ้าน ซึ่งถือว่าการให้บริการแบบ เรือร้งปรากฏในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่ารัฐ แต่ก็ยังเป็นบริการในสถาบันมากกว่าชุมชน และมีความ จำกั้การบริการอยู่ในเมืองใหญ่เพียงไม่กี่แห่ง

4.2.5 สถานพยาบาลผู้สูงอายุ

เป็นสถานพยาบาลที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะเป็นการพยาบาล หากผู้สูงอายุเจ็บป่วย ต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล ดำเนินงานโดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพ อาจเป็นการดำเนินงานของ ภาคเอกชนหรือภาครัฐ ตั้งอยู่ในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ ความต้องการบริการประเภทนี้มีมากขึ้น เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในภาครัฐการให้บริการแบบนี้อาจแทรก อยู่สถานสงเคราะห์คนชรา

5. ความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ

5.1 การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

ในการเตรียมการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถจัดบริการที่ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการ ให้บริการที่มี คุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องมีกำลังคนด้าน สุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณ การกระจาย และทักษะ ในการกำหนดความ ต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในที่นี้จะครอบคลุมทั้งกำลังคนภาคไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ให้บริการในกระแสหลัก ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นัก กายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา โดยข้อมูลที่น่ามาใช้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนนี้ ข้อมูลมาตรฐาน กำลังคนใช้ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักวิจัยและพัฒนากำลังคน (2551) ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการ สํารวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) โดยการคาดการณ์นี้ต้องสัมพันธ์กับข้อมูลผู้สูงอายุจากการ รายงานของ มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ (2549)

ในการคาดการณ์ผู้สูงอายุพบว่าในปี 2553 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 7,639,000 คน และ ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น 499,873 คน (6.5%) และในปี 2563 ผู้สูงอายุจะ เพิ่มขึ้นมากถึง 10,776,000 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น 741,766 คน (6.9%) ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 การคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในปี 2553 และ 2563

ปี	ดูแลตนเองได้	ต้องการคนดูแล	รวม
2553	7,139,127	499,873	7,639,000
2563	10,034,234	741,766	10,776,000

ในการจัดระบบบริการครบวงจรสำหรับผู้สูงอายุนั้น กำลังคนจำเป็นจะต้องมีความหลากหลาย และยึดหลักการผสมผสานทักษะ (Skill mix หรือ task-shifting) ทั้งในระหว่างกำลังคนกระแสหลัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น และระหว่างกำลังคนกระแสหลักและกำลังคนที่ไม่ใช่ทางการ เช่น ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัคร เป็นต้น ซึ่งการผสมผสานทักษะนี้มีส่วนทำให้เกิดการเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและเป็นการลดต้นทุนการให้บริการ

ตาราง 3 แสดงให้เห็นว่าสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้นั้นควรจะได้รับ การสนับสนุนให้ดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือต้องการความช่วยเหลือควรได้รับการดูแลจากญาติ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ๆ โดยสัดส่วนการดูแลที่เหมาะสมพบว่าเป็น 1: 7 (นาถ พันธมนาวิน 2549- อ้างในมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ 2549) ในขณะที่ชุมชนและผู้สูงอายุควรมีบทบาทในด้านการรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันและเสริมสร้างสุขภาพ ตลอดจนควรมีศูนย์เฝ้าระวังเพื่อให้บริการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือด้วย โดยศูนย์นี้มีกำลังคนคือผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครต่างๆ

ในระดับสถานบริการ โดยเฉพาะสถานเอนามัยและโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจะให้บริการด้านการรักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการใช้บริการรักษาเฉียบพลันและดูแลโรคเรื้อรัง 4.4 ครั้งต่อคนต่อปี ในขณะที่พยาบาล 1 คนสามารถดูแลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ 1,250 คนต่อปี (ในเวลา 1,166 ชั่วโมงต่อปี) และนักจิตวิทยาดูแลผู้สูงอายุได้ในระดับ 5,000 คนต่อปี (ในเวลา 1,166 ชั่วโมงต่อปี) สำหรับกลุ่มพึ่งพิงนั้นการดูแลมีการ task shifting ระหว่างพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยทั้ง 2 กลุ่มต้องให้บริการในการเยี่ยมบ้านและติดตามสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุในชุมชน โดยสามารถให้บริการได้ 200 คนต่อปี นักกายภาพบำบัดมีบทบาทในการให้บริการ เยี่ยมบ้าน และสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสามารถให้บริการได้ 200 คนต่อปี

ในส่วนผู้ป่วยใน การสำรวจพบว่าผู้สูงอายุใช้บริการผู้ป่วยใน 0.1 ครั้งต่อคน โดยมีวันนอนเฉลี่ย 7 วัน และพยาบาล 1 คนสามารถดูแลผู้ป่วยได้ 50 คนต่อปี

ตาราง 3 รูปแบบการจัดบริการ กำลังคนในแต่ละระดับบริการ และมาตรฐานกำลังคน (Staffing norm)

Settings	กลุ่มเป้าหมาย	กำลังคน	มาตรฐาน กำลังคน	บริการ
ครอบครัว	ดูแลตนเองได้	ดูแลตนเอง		กิจวัตรประจำวัน
	พึ่งพิง	ญาติ/คนใน ครอบครัว	1:1	กิจวัตรประจำวัน
ชุมชน	ดูแลตนเองได้	เครือข่าย/ชมรม/ อสม	1:1 ชุมชน	สังคม/ส่งเสริมสุขภาพ
	พึ่งพิง	ผู้ดูแล และ อาสาสมัครอื่นๆ	1:7 คน	รักษา ส่งเสริมฟื้นฟู
สถาน บริการ ผู้ป่วยนอก	acute/ chronic (4.4 ครั้ง/คน) ผู้สูงอายุทุกคน	แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา	1: 1,250 1: 5,000	- ให้บริการรักษา
	กลุ่มพึ่งพิง	แพทย์		
		พยาบาล	1:200	- home visit
		สาธารณสุข กายภาพบำบัด	1:200 1: 200	- สนับสนุน อสม/อสม
	ผู้ป่วยใน (0.1 ครั้ง/คน x7 วันนอน)	พยาบาล	1: 50	

จากข้อมูลในตารางที่ 2 และ 3 จึงได้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนประเภทต่างๆ ตามรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพประเภทต่างๆ ในปี พ.ศ. 2553 และปี พ.ศ. 2563

กำลังคน	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2563
ญาติ/ครอบครัว	499,873	741,766
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	71,410	105,967
พยาบาล --acute/chronic care	6,111	8,620
- กลุ่มพึ่งพิง	2,499	3,708
- IPD	15,278	21,552
รวม	23,888	33,880
สาธารณสุข	2,499	3,708

กำลังคน	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2563
กายภาพบำบัด	2,499	3,708
นักจิตวิทยา	1,528	2,155

5.2 ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ

ในด้านผู้ดูแลที่มีในปัจจุบันนั้นพิจารณาได้เป็น 2 กลุ่ม คือผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ สำหรับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการคือการได้รับการดูแลภายใต้เครือข่ายครอบครัวอันได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนบ้าน กิจกรรมการดูแลจะมีลักษณะการดูแลจัดการ และการดูแลช่วยเหลือในบ้านและในชุมชน ส่วนด้านผู้ดูแลที่เป็นทางการนั้นจะให้การดูแลทั้งในสถาบัน ในชุมชน รวมถึงบ้าน เนื่องจากปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุคือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพ ดังนั้นความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการให้จึงอยู่ในรูปแบบ การพักอาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งหมายถึงการดูแลทุกด้าน การดูแลทางเศรษฐกิจสังคมและการดูแลทางสุขภาพมาก

5.2.1 กำลังคนที่ไม่เป็นทางการ

ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว

ในวัยผู้สูงอายุนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ จะเป็นกลุ่มที่ยังแข็งแรงในครอบครัว ผู้ดูแล 81.2% เป็นบุตร หลาน และญาติ เหตุผลก็คือ อยู่ด้วยกันมา และดูแลกันไป ผู้ที่ดูแลรับจ้างขณะนี้เพียงเล็กน้อย 0.3% เท่านั้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) จะเห็นได้ว่าครอบครัวและเครือญาติจะเป็นผู้มีภาระสำคัญในการดูแล แต่เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น โครงสร้างทางประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะการลดลงของประชากรวัยเด็กแรกเกิด-14 ปี ที่ลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 24.3 ในปีพ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 20.0 ในปีพ.ศ. 2558 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการลดลงอย่างต่อเนื่องของเครือข่ายการดูแลในครอบครัว บุตรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญจะเริ่มขาดแคลนในอนาคต อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมจึงมีผลทำให้ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้งเพราะครอบครัวไม่สามารถรับภาระได้ เนื่องจาก

(1) การลดลงของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่การลดลงของบุตรจำนวนมาก และลดลงอยู่เรื่อยๆ เนื่องจากปัจจุบันการอพยพแรงงานจากชนบทเข้าเมือง หรือจากภาคหนึ่งไปอีกภาคหนึ่งทำให้ความเข้มแข็งของครอบครัวลดลง คนในครอบครัวกระจายกันอยู่ ทำให้ขาดแคลนกำลังคนที่จะดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ ยิ่งปัจจุบันเมื่ออายุยืนยาวขึ้น ภาวะการเจ็บป่วยก็เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นและจะเป็นปัญหาในอนาคตอันได้แก่ภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งกลายเป็นภาวะที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

(2) ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากยิ่งอายุยืนยาวขึ้น ความต้องการผู้ดูแลก็มากขึ้น ในขณะที่ลูกก็ไม่สามารถอยู่ดูแลได้เพราะต้องออกไปทำงานหรืออยู่ต่างจังหวัด และการที่ปัจจุบันผู้หญิงมีโอกาสดูแลและเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้นเนื่องจากเป็นด้านเศรษฐกิจ จึงไม่สามารถอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างเมื่อก่อนจึงยิ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ดูแลผู้สูงอายุ อีกส่วนหนึ่งคือการที่ครอบครัวให้ความสำคัญต่อการศึกษามากขึ้น จึงส่งเด็กเข้าเรียนในโรงเรียนจนถึงชั้นมัธยม ทำให้ขาดแคลนกำลังคนที่จะดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้

(3) ปัญหาการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เกิดจากเหตุผลหลายๆ ประการ ซึ่ง มีกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหามาก กลุ่มแรกคือ กลุ่มที่อยู่ในฐานะยากจน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเองได้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70- 80 ปีขึ้นไป ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีรายได้ระดับพอมีอยู่มีกิน และก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะว่าขาดเครือข่ายการดูแล กลุ่มที่สองคือ กลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คนสูงอายุดูแลคนสูงอายุด้วยตัวเอง จะมีเยอะมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะเริ่มที่อายุ 60-64 ปี และ กลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่มที่ช่วยตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง มีอายุ 70 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชนบทไทยมาก

(4) ความไม่สอดคล้องระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ

ประเทศไทยมีนโยบายให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวนานที่สุดเท่าที่จะนานได้ ประกอบกับวัฒนธรรมและประเพณีที่ดีในเรื่องความกตัญญูต่อบิดามารดา รัฐจึงได้จัดสวัสดิการและบริการสังคมบางประเภท แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งยังไม่เอื้อต่อการให้ผู้สูงอายุอาศัยในบ้านได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำที่พึงมี รวมถึงการที่รัฐยังขาดนโยบายในการจัดบริการที่ผสมผสานด้านการแพทย์และสังคม ที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหา ผู้สูงอายุที่ต้องการบริการเฉพาะด้าน หรือบริการฉุกเฉินในบางครั้ง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ) ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยคาดหวังจะมีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุน ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน และเป็นรูปแบบหนึ่งของการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ การอบรม อสผ ได้เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2546 และในปี 2549 กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้นำไปขยายผลใน 63 จังหวัด มีผู้ผ่านการอบรมปฏิบัติหน้าที่เป็น อสผ จำนวน 2,863 คน โดยให้การดูแลผู้สูงอายุที่ขาดการดูแล ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จำนวน 17,406 คน อย่างไรก็ตามจากการคาดการณ์พบว่าทั้งประเทศต้องการ อสผ จำนวน 71,410 คนในปี 2553 และจำนวน 105,967 คนในปี 2563 จึงกล่าวได้ว่ายังขาดแคลน อสผ จำนวนมาก ซึ่งต้องเร่งการผลิตและจัดระบบ (มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ 2549)



นอกจากการขาดแคลนด้านจำนวนแล้ว ยังมีความขาดแคลนด้านทักษะ หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงศึกษา เน้นการดูแลผู้สูงอายุ ที่ไม่เจ็บป่วย แต่โดยทั่วไปก็จะมีการฝึกเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถให้การดูแล ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยได้ โดยถือว่า เป็นการปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมดูแล ของแพทย์และพยาบาล แต่จากข้อมูลเชิงประจักษ์ ในหลายกรณี พบว่า มีผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก ไม่ได้ผ่านการอบรม จากโรงเรียนที่ขออนุญาตตามกฎหมาย และไม่ได้อบรม ตามหลักสูตรที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จำนวนไม่น้อยไม่เคยผ่านการอบรมใดๆ เลย และในความเป็นจริง ยังมีโรงเรียนที่เปิดสอน และฝึกอบรมอย่างไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และไม่มีหลักสูตรมาตรฐานอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่มีข้อมูลว่า มากน้อยเพียงใด ด้านโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานศึกษาโดยการอนุญาตจากกรมการศึกษานอกโรงเรียน ที่ดำเนินการโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เปิดทำการสอนให้แก่ผู้ที่สนใจจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นหลักสูตรระยะสั้น พบว่าก็ยังขาดมาตรการควบคุมมาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานการสอน เพียงแต่ส่วนใหญ่สอนโดยแพทย์และพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้หลักสูตรยังมีหลายระดับ หลายหลักสูตร ไม่มีการควบคุมมาตรฐาน ขาดการตรวจสอบจากองค์กรวิชาชีพ และหลักสูตรที่ทำโดยเอกชนอาจเป็นช่องทางการค้ากำไร หาผลประโยชน์จากผู้เรียนและไม่รับผิดชอบผลิต

นอกจากนั้น ยังพบปัญหาที่มีผู้สนใจเข้ารับการอบรมน้อย และพบว่าผู้ที่อบรมไปแล้ว ไม่ใคร่จะยังยืนในงานที่ทำ เพราะส่วนใหญ่ ถ้าสมรสแล้วก็มักจะเลิกทำงานนี้ไปเลย และส่วนหนึ่งการที่มีผู้สนใจน้อย น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาระงาน ที่ค่อนข้างหนัก น่าเบื่อ และค่าตอบแทนไม่สูงนัก สำหรับผู้ดูแล (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2540)

5.2.2 กำลังคนที่เป็นทางการ

ปัญหาในด้านกำลังคนหลักที่จะรองรับการดูแลผู้สูงอายุนี้อยู่ใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร และทักษะการให้บริการของบุคลากร

(1) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร

พบปัญหาการขาดแคลนประชากรทุกระดับ การขาดแคลนแพทย์เป็นปัญหาเรื้อรังที่ยังคงอยู่ ณ ปัจจุบันนี้ แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงบุคลากรหลักกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา

กฤษดา แสงวดี (2551) ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสัดส่วนมากที่สุดของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 97,942 คน ในในกลุ่มพยาบาลนี้ มีเพียง 66.2% เท่านั้นที่ให้บริการสาธารณสุขโดยตรง ในด้านการสูญเสียกำลังคนพบว่าการสูญเสียพยาบาลเพิ่มจากร้อยละ 2.2

ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ. 2550 นอกจากนั้นพยาบาลยังมีข้อจำกัดในด้านจำนวนปีที่สามารถปฏิบัติงานทางการพยาบาลมีความจำกัดเพียง 22.5 ปีเท่านั้นดังนั้นการสูญเสียเพียงเล็กน้อยก็ส่งผลกระทบต่อความขาดแคลนพยาบาล ในด้านอัตราการได้เพิ่มมาในแต่ละปี โดยเฉลี่ยแล้วทั้งกระทรวง ศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น และเอกชนสามารถผลิตพยาบาลได้ปีละ 6,000 คน โดยในปี 2554 คาดว่าจะมีผู้สำเร็จการศึกษา 9000 คน) อย่างไรก็ตาม ผลจากการลดการผลิตในระหว่างปี 2542-2548 ส่งผลให้อัตราการเพิ่มของพยาบาลลดลงจาก 8.3% ในปี 2544 เป็น 4.2% ในปี 2547 ทำให้การเพิ่มของพยาบาลไม่กระเตื้องขึ้นเลยเนื่องจากการสูญเสียและการได้เพิ่มเท่ากัน หากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้จากการคาดการณ์ความต้องการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุจะต้องการพยาบาล ประมาณ 24% ของพยาบาลทั้งหมดในปี 2553 และการดูแลผู้สูงอายุในปี 2563 จะต้องการพยาบาล 34% ของพยาบาลทั้งหมดในด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สถานีนามัย ณ ปัจจุบันมีจำนวน 30,441 คน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2550) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำที่สถานีนามัยนี้มีจำนวนการผลิตเฉลี่ย 1000 คนต่อปี และมีอัตราการคงอยู่ในชนบทสูง มีการสูญเสียค่อนข้างน้อย ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อจะทำงานร่วมกับพยาบาลต้องการ 2499 คนในปี 2553 ซึ่งคิดเป็น 7.5% ของทั้งหมด และในปี 2563 การบริการผู้สูงอายุต้องการกำลังคน 3708 คน คิดเป็น 8.5% ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด

สำหรับกายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพที่เริ่มมีความต้องการเพิ่มมาก ณ ปัจจุบันจำนวนนักกายภาพที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวน 4,300 คน โดยมีเพียง 2,000 คนที่ปฏิบัติงานกายภาพ โดยมีเพียง 809 คนที่ปฏิบัติงานอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลอำเภอเป็นสถานบริการที่นักกายภาพอยู่มากที่สุด ถึง 381 คน ซึ่งคิดเป็น 34% ของโรงพยาบาลอำเภอทั้งหมด นักกายภาพที่กระจายอยู่โรงพยาบาลทั่วไป 240 คน และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 188 คน ในขณะที่สถาบันการผลิตสามารถผลิตนักกายภาพบำบัดได้ปีละ 500-600 คน (สำนักงานวิจัยและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ 2551) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อความต้องการนักกายภาพบำบัดเพิ่มมากขึ้น ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านกายภาพบำบัดเพื่อจะทำงานร่วมกับทีมสุขภาพต้องการ 2,499 คนในปี 2553 ซึ่งคิดเป็น 43% ของทั้งหมด และในปี 2563 การบริการผู้สูงอายุต้องการกำลังคน 3,708 คน คิดเป็น 34% ของนักกายภาพทั้งหมด ทั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าต้องมีการจัดระบบในการให้นักกายภาพที่ไม่ได้อยู่ในระบบบริการทั้งภาครัฐและเอกชน เข้ามามีบทบาทมากขึ้น

นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ เริ่มเป็นที่ต้องการของระบบสุขภาพ ในจำนวนบุคลากรด้านจิตเวช ณ ปี 2548 จำนวนพยาบาลจิตเวชมีจำนวน 1,864 คนมีอัตราการเพิ่ม 1% ส่วนใหญ่กระจุกอยู่ในเมืองใหญ่ บุคลากรอีกประเภทคือนักจิตวิทยาคลินิก ซึ่งมีจำนวนเพียง 230 คนทั่วประเทศ โดยมีอัตราการเพิ่ม 3.2% ต่อปี สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ มีจำนวนเพียง 214 คนในปี 2548 ลดลงจาก 391 คนในปี 2547 (กรมสุขภาพจิต 2548) จะเห็นว่ากลุ่มนักจิตวิทยานี้ยังคงมีน้อยมากไม่เพียงพอกับความต้องการ ในขณะที่ในการบริการผู้สูงอายุนั้นระบบต้องการนักจิตวิทยาถึง 1,528 คนในปี 2553 และต้องการเพิ่มเป็น 2,155 คนในปี 2563 ดังนั้นระบบต้องมีการเตรียมพร้อมสำหรับความต้องการของกำลังคนกลุ่มนี้

(2) ปัญหาคุณภาพของบุคลากร

นอกจากปัญหาด้านการขาดแคลนเชิงจำนวนและการกระจายกำลังคนแล้ว พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ทักษะ และทักษะในการให้บริการอย่างรอบด้าน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเนื่องจากอุปสรรคของการบริการสุขภาพที่สำคัญก็คือ การที่ผู้ให้บริการไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเพียงพอ ทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติ ซึ่งทั้งสองสิ่งนี้มีความสำคัญต่อทัศนคติและความชำนาญของผู้ให้บริการและผลต่อคุณภาพของการดูแล ในศักยภาพของผู้ให้บริการสุขภาพมีผลต่อความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุย่อมต้องการให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีศักยภาพในการวินิจฉัยและการรักษาโรค



ในด้านคุณภาพของบุคลากรนั้นพบว่าที่ยังเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะบุคลากรระดับล่างยังมีจิตสำนึกในฐานะผู้บริโภคน้อย และยังมีความเข้าใจเรื่องสวัสดิการของผู้สูงอายุไม่เพียงพอ การขาดจิตสำนึกในการบริการของบุคลากร อาทิ การใช้วาจาถ่มละเมิดผู้สูงอายุ ด้านทัศนคติผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมบริการสุขภาพที่เป็นการแสดงถึงการไม่ให้เกียรติ ไม่คำนึงถึงความเป็นบุคคลของศูนย์บริการสุขภาพที่มีต่อผู้สูงอายุ และการไม่เคารพผู้สูงอายุในฐานะผู้ใช้บริการ ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุต้องเสียเวลารอนานๆ เพียงเพื่อจะขอนัดเวลาเพียงสั้นๆ หรือผู้ให้บริการสุขภาพไม่ค่อยใส่ใจหรือไม่อดทนที่จะฟังผู้สูงอายุเล่าถึงปัญหาของตน (ดวงพร หุ่นตระกูล, 2547)

ดังนั้นปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบาย บริหารและบริการจึงควรได้รับการแก้ไข รวมทั้งในด้านการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนอย่างจริงจังและชัดเจนเพื่อรองรับปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่กำลังจะเป็นปัญหาในอนาคตอันใกล้

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6.1 การสนับสนุนกำลังคนไม่เป็นทางการและจัดระบบการเชื่อมโยงกับการให้การรักษาสถานบริการ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ช่วยดูแลในยามที่ต้องการพึ่งพาหรือต้องการดูแลระยะยาว ซึ่งอาจเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลหรือโดยบุตรหลานครอบครัวของผู้สูงอายุเอง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีทิศทางมุ่งผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทำให้บทบาทของชุมชนและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันคนเหล่านี้ต้องการการสนับสนุน รัฐต้องสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการที่ไม่เป็น

ทางการ เพื่อสนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดเตรียมผู้ดูแล การสนับสนุนด้านวิชาการ การจัดทำแผนภูมิการรักษา (Clinical Practice Guidelines) การจัดระบบการเชื่อมต่อหรือส่งต่อระหว่างการดูแลแบบไม่ทางการและการดูแลอย่างทางการ เป็นต้น

6.2 สนับสนุนการเพิ่มการผลิตกำลังคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังคนระดับพนักงานผู้ช่วย จะเห็นได้ว่าความต้องการกำลังคนต่างๆ พยาบาล กายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เพิ่มมากขึ้น ระบบการผลิตปัจจุบันอาจจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ นอกจากเพิ่มการผลิตแล้ว ทางเลือกอีกทางหนึ่งคือการเพิ่มการผลิตกำลังคนสนับสนุนในระดับผู้ช่วย ซึ่งใช้เวลาสั้นกว่า (ประมาณ 2 ปี) และงบประมาณน้อยกว่า และสามารถผลิตได้มากกว่าน่าจะเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ ดังนั้นสถาบันการผลิต หรือกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้มีบทบาทหลักในการผลิตบุคลากรระดับผู้ช่วย เช่น พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด เป็นต้น ควรจะทำการเพิ่มการผลิตบุคลากรเหล่านี้ เป็นการเร่งด่วน แต่ขณะเดียวกันควรวางแผนความก้าวหน้าในตำแหน่งให้บุคลากรกลุ่มนี้ด้วย และจัดระบบการทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรวิชาชีพและบุคลากรผู้ช่วย

6.3 ในการวางแผนการจัดการด้านกำลังคนควรเน้นการผสมผสานทักษะ (skill mix หรือ task shifting) เพื่อจัดระบบบริการที่เข้าถึง มีคุณภาพ และต้นทุนต่ำ โดยการวางแผนกำลังคนเชื่อมกันระหว่างบุคลากรสายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว โดยเน้นการกระจายงาน การเพิ่มพูนทักษะ และการจัดระบบส่งต่อ

6.4 ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มีความรู้ทักษะที่สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุ หรือมีการจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะในการให้บริการที่สอดคล้องกับปัญหา รวมถึงการจัดอบรมอาสาสมัครผู้สูงอายุ ครอบครัว/ญาติผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

6.5 ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีบทบาทในการจัดระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยจัดทำแผน พัฒนาศูนย์อเนกประสงค์ จัดเตรียมกำลังคนในระดับชุมชน สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ตลอดจนเงินงบประมาณ เพื่อให้เกิดการจัดระบบสุขภาพของผู้สูงอายุดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

6.6 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน เพื่อเข้ามาร่วมจัดบริการให้ผู้สูงอายุ เช่น ตลอดจนการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ

6.7 สร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนการเงินให้แก่ผู้มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยมาตรการในการจ้างงาน มาตรการทางภาษี และสำหรับผู้ให้บริการทาง การนั้นควรจะมีการสร้างระบบจูงใจในการปฏิบัติงานด้วย นอกจากนั้นควรทำเป็นวาระแห่งชาติ รมรณรงค์ให้ทุกคนตระหนักและถือเป็นหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ

6.8 การเตรียมการในเรื่องกฎหมายเพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติงานของกำลังคนไม่เป็นทางการภาคเอกชน รวมทั้งสิทธิของผู้สูงอายุ และการพัฒนากลไกในการควบคุมคุณภาพเพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุ

อภิปรายทั่วไป

ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ

เป้าหมายในการจัดการ

ทิศทางในการแก้ไขปัญหาประเทศไทยเราจะมุ่งเน้นการออกกฎหมายเป็นหลัก จะแก้ปัญหาเรื่องอะไรก็ออกกฎหมายบังคับใช้ แต่ไม่ได้คิดว่าเมื่อออกกฎหมายไปแล้วมีกลไกที่จะไปบรรลุความสำเร็จตามที่กำหนดไว้หรือมีทรัพยากรพื้นฐานหรือว่ามีกระบวนการพื้นฐานที่จะใช้บังคับหรือผลักดันให้เกิดผลสำเร็จตามกฎหมายนั้นเป็นอย่างไร ไม่ค่อยได้มีการคำนึงกัน ผลที่ตามมาคือ กฎหมายไม่สามารถบังคับใช้ได้หรือว่าไม่มีทรัพยากรสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการตามกฎหมาย



กระบวนการดูแลผู้สูงอายุ ก็มักจะเสนอให้ครอบครัวดูแลโดยที่ไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าครอบครัวดูแลมีต้นทุนต่อหน่วยเป็นอย่างไร ถ้าสมมุติมีศูนย์ชุมชนมาดูแลร่วมกันต้นทุนต่อหน่วยจะเป็นอย่างไร ตรงนี้ถ้าไม่มีการศึกษาแต่ออกนโยบายอาจจะกลายเป็นสิ้นเปลืองมากก็ได้ เพราะว่าครอบครัวดูแลจะมีอัตราส่วนกำลังคน 1:1 แต่ถ้าหากมีการรวมศูนย์ดูแลในชุมชน ต้นทุนต่อหน่วยอาจจะลดลง

เรื่องของบุคลากร ถ้าเราไม่ชัดเจนว่าระบบไหนมีต้นทุนประสิทธิผลดีที่สุด การไปคิดถึงบุคลากรมักจะไปทุ่มเทพัฒนาบุคลากรที่เป็นการดูแลในระบบหรือทุ่มเทบุคลากรไปในด้านอื่นซึ่งอาจจะไม่ใช่สิ่งที่ทำให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด

เราน่าจะตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนว่าเราอยากเห็นผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ขณะนี้เราพูดถึงกันว่าจะต้องมีการดูแลผู้สูงอายุ และไม่รู้ว่าคุณดูแลไปเพื่ออะไร ควรมีการกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนว่าผู้สูงอายุ น่าจะทำงานได้ตามอัตภาพ และสามารถมีอิสระในการทำงานที่เหมาะสม ซึ่งก็ต้องการองค์ความรู้เพิ่มเติม

กรอบใหญ่ของการดูแลผู้สูงอายุ ขณะนี้ยังไม่มี เรามุ่งศึกษาและพิจารณาเป็นจุดๆ ไป ยังไม่ได้ทำกรอบใหญ่ที่ชัดเจน และวางภาพทั้งหมดแล้วค่อยดูว่าส่วนไหนที่ยังขาดอยู่

เมื่อท่านเป็นผู้สูงอายุแล้วท่านจะทำอย่างไรกับในชีวิต คำตอบที่ชัดที่สุดก็คือว่าจะต้องทำให้ผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี แล้วคุณภาพชีวิตที่ดี มี 3 อย่าง คือ (1) ผู้สูงอายุนั้นจะต้องสุขภาพดี (2) ผู้สูงอายุนั้นจะต้องสามารถทำอะไรก็ได้ (3) ผู้สูงอายุจะต้องมีความมั่นคง 3 อย่าง หนึ่งมั่นคงในเศรษฐกิจ คือมีเงิน ถ้าผู้สูงอายุไม่มีเงินเป็นปัญหามาก สองมีความมั่นคงในทางสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัว สามมีความมั่นคงในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น สมมุติคุณอยู่บ้านแล้วมีใครมาตีหัวก็ไม่มั่นคง

มองจากภาพทั้งหมดแล้ว ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในครอบครัวอยู่ในชุมชนได้อย่างไม่มีปัญหา ซึ่งต้องช่วยให้ครอบครัวมีสวัสดิภาพด้วย เช่นกัน แต่ถ้าอยู่ที่บ้านอย่างลำบากและพาให้ครอบครัวลำบากไปด้วยก็เหมือนกันเราไม่ได้ช่วยสังคมในส่วนนี้

ถ้าครอบครัวฐานะทางเศรษฐกิจดี ฐานะทางสังคมดี ก็สามารถจ้างผู้ดูแลได้ แต่ก็ต้องมองเหมือนกันว่าในจุดต่างๆ เหล่านั้น การเตรียมความพร้อมหรือว่าผู้ดูแลตรงนั้นบางทีแพงเกินไปหรือมากเกินไปก็ได้ แต่คนอีกกลุ่มหนึ่งไม่ได้รับบริการต่างๆ เหล่านี้ เราต้องมองถึงคนที่เขาเข้าไม่ถึง คนส่วนนั้นจะลำบากที่สุดของสังคม

วิกฤตการดูแลผู้สูงอายุ

ปัญหาผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหาวิกฤตค่อนข้างมาก ทั้งในเมืองและชนบท ภาพในชนบทที่เห็นก็จะมีแต่ภาพผู้สูงอายุที่ต้องดูแลด้วยตัวเองและต้องเลี้ยงหลานอยู่มาก ขณะที่วัยแรงงานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

แต่ก็ยังมีความคิดที่มีวัฒนธรรมของชุมชนช่วยเหลือเกื้อกูลกันที่ ถ้าจะให้ครอบครัวอยู่ได้ด้วยดีและมีความสุขก็ควรจะชูประเด็นเรื่องการดูแลในครอบครัว ทำอย่างไรจะให้มีคนที่เป็นแกนหลักดูแลผู้สูงอายุอยู่ได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ผู้สูงอายุหนึ่งคนต้องการผู้ดูแลที่รับผิดชอบหลักหนึ่งคนเต็ม และยังต้องการผู้ดูแลสนับสนุนอีกสองคน รวมแล้วต้องเป็นทีมการดูแลเพราะว่าผู้ดูแลคนเดียวเป็นไปไม่ได้ และผู้ดูแลคนนี้จะเครียดและเกิดปัญหาวิกฤตจำเป็นต้องมีอีกสองคนเข้ามาสนับสนุนเป็นสูตรอย่างน้อย 3 คน จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างมีความสุข ถ้าภาพของวัยแรงงานหรือ วัยเด็กต้องออกจากบ้านแล้วเหลือแต่ผู้สูงอายุอยู่ด้วยกันอย่างนี้ เราจำเป็นต้องมีนโยบาย



นโยบายหนึ่งที่สำคัญคือ นโยบายของสถาบันครอบครัว เช่นบางประเทศมีนโยบายห้ามทอดทิ้งผู้สูงอายุไม่เช่นนั้นจะมีโทษ แต่นโยบายนี้ก็ไม่อยากที่จะทำให้เป็นกฎหมาย ประเทศไทยมีจุดดีที่ได้ลดภาษีให้กับผู้ดูแลทำให้ลูกหลานกลับมาดูพ่อแม่มากขึ้นบ้าง แต่อย่างไรก็ตามต้องการนโยบายเชิงสถาบันครอบครัวที่จะดึงให้คนทุกวัยหรือทุกรุ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นหรือลดภาระให้กับวัยแรงงาน นโยบายครอบครัวหรือนโยบายอื่นๆ ก็น่าจะบูรณาการกันได้ เหมือนนโยบายผู้พิการกับผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะบูรณาการไปได้ก็จะทำให้เอื้อต่อโครงสร้างและการเดินทางของผู้สูงอายุ

ในภาคธุรกิจมองเห็นถึงช่องทางหารายได้และเศรษฐกิจ แต่คงช่วยคนไทยจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่มีกำลังเงินพอที่จะจ่ายบริการได้ แต่ว่าคนไทยทั้งหลายที่อยู่ในชนบทอยู่ในครอบครัวทั่วไป จะสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ เหล่านี้ได้อย่างไร เรายังไม่มีระบบอย่างนี้ขึ้นมาเป็นเรื่องราวที่จะช่วยให้กับผู้สูงอายุเลย

ตอนนี้มีโรงพยาบาลเอกชน มุ่งเป้าที่จะให้บริการต่างชาติและก็เป็นตัวดูดกำลังคนที่เราที่มีอยู่น้อยนิดเข้าไปอยู่ ถ้าบริการภาคธุรกิจแบบนี้เติบโตขึ้นก็จะเป็นปัญหาสำคัญที่จะมีผลกระทบต่อกำลังคนในเรื่องของการดูแลอย่างแน่นอน

ประสบการณ์ที่วิทยาลัยสหประชาชาติไทย ก็มีศูนย์ดูแลสุขภาพชุมชนอยู่ในเขตชุมชนแออัดที่มีลักษณะให้เปล่า เหมือนเป็นตัวแทนที่จะบอกเราว่าในสังคมของเรามีเศรษฐกิจฐานะที่หลากหลาย คงทำไม่ได้ในหลายๆ ชุมชน ศูนย์ฯ นี้เป็นที่รวมของคนอยู่ในชุมชนเข้ามาใช้บริการ ซึ่งมีการส่งเสริมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายหรือการสอนให้ความรู้ต่างๆ รวมทั้ง เรื่องของตรวจสุขภาพเรื่องของการทำกายภาพบำบัด คนที่มีฐานะยากจนก็มีความจำเป็นที่ต้องมีศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุลักษณะนี้อยู่ตามชุมชนต่างๆ

คนที่มีฐานะพอที่จะดูแลตัวเองได้โดยเฉพาะคนที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่ที่บ้าน จะเห็นว่ามีตัวเลขที่มากขึ้นเรื่อยๆ และจำนวนบุคลากรทางสุขภาพ ผลิตเท่าไรก็คงไม่เพียงพอที่จะลงไปดูแลตรงนั้นได้ เพราะภารกิจของแต่ละบุคลากรหรือวิชาชีพไม่ได้มีเฉพาะแต่เรื่องผู้สูงอายุแต่เพียงเรื่องเดียว แต่อย่างไรก็ตามในแต่ละวิชาชีพควรจะได้เพิ่มความรู้เรื่องผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่หลากหลาย ไม่ใช่ใครคนใดคนหนึ่งหรือวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งเป็นคนดูแล และบริการที่ให้ความรู้มีความหลากหลาย

การดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน: บทบาทของใคร

สิ่งที่เป็นปัญหายุ่งยากตอนนี้คือเราจะช่วยดูแลผู้สูงอายุได้อย่างไร คนที่ดูแลตลอดเวลาไม่ว่าจะเป็นลูกหลานจะต้องดูแลอยู่เรื่อยจนจิตใจเริ่มแย่ ชุมชนน่าจะมีส่วนสำคัญที่สุด องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลน่าจะได้มีบทบาทในการทำเรื่องนี้ให้เข้มข้นขึ้น และต้องเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับครอบครัวกับศูนย์บริการสาธารณสุข



เราจะฝึกคนดูแลได้อย่างไร ผู้ดูแลควรจะเอามาจากไหน ถ้าใช้อาสาสมัครตลอดเวลาคิดว่าไม่ยั่งยืนเท่าไร ยิ่งถ้าเป็นพยาบาลเป็นไปได้ยากมากเพราะมีความขาดแคลนอย่างมาก ปัญหาที่เร่งด่วนและเพิ่มมากขึ้นในชนบท คือกลุ่มผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ซึ่งกลุ่มเหล่านี้จะใช้ผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัครคงไม่เพียงพอ

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ค่อยจะได้และช่วยได้น้อย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุยังมีบทบาทที่สำคัญ แต่จะต้องมีการอบรมเพิ่มความรู้ให้มากกว่านี้ การอบรมเพียงแค่ 2-3 วันหรือหนึ่งอาทิตย์ไม่เพียงพอ การดูแลกลุ่มที่ช่วยตนเองไม่ได้ ทาง อปท. (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ควรมีข้อมูลสถิติจากชุมชนของตนเองว่ามีกี่คนที่นอนติดเตียง และอาจจะใช้อัตราส่วน เช่น 1:7 ในการส่งบุคลากรของตนเองที่ประสงค์จะทำงานไปฝึกอบรมเป็นผู้ช่วยผู้ดูแล ซึ่งจะต้องมีหลักสูตรของสภาการพยาบาลหรือของใครก็ตามที่จะเปิดอบรม แล้วเข้ามาเป็นผู้ดูแลอีกระดับหนึ่ง โดยใช้ทุนของท้องถิ่นให้เป็นผู้ดูแล อาชีพไม่ใช่เป็นอาสาสมัคร

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ในบริบทของชนบท ควรมีหลักสูตรสนับสนุนหรือเสริมความรู้ให้ญาติในการไปดูแล ส่วนในบริบทของเมืองการจะส่งเสริมอาสาสมัครก็เป็นสิ่งที่ท้าทายเป็นอย่างมาก ทำได้ค่อนข้างยากมาก

ในปัจจุบันมีทั้งศูนย์บริการจัดส่งคนไปตามบ้านบางคนก็ผ่านการอบรมจากโรงเรียน บางคนก็ไม่ได้ผ่านการอบรม ส่วนหนึ่งทำงานอยู่ในสถานบริการและอีกส่วนหนึ่งทำตามบ้าน ในกลุ่มที่ทำงานตามบ้านยังไม่มีหน่วยงานไหนที่เข้าไปกำกับดูแล รวมทั้งเรื่องของค่าบริการที่เรียกเก็บก็ยังไม่มียกเว้นอะไรที่เป็นมาตรฐานแกนกลางว่าควรจะเป็นเท่าไร สวัสดิการหรือการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ก็ยังไม่มียกเว้น อย่างไรก็ตาม

ถ้าอยู่ในเมืองและมีผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้ ก็ควรที่จะมี Day Care Center ขณะเดียวกันก็น่าจะมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้สังสรรค์กันเองหรือรวมกลุ่มกันเป็นชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเห็นอยู่หลากหลายในเมือง ที่เป็นปัญหาอยู่ในตอนนี้คือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือที่อยู่ติดเตียง จะต้องมี Nursing Home ดูแล

ในเรื่องเชิงธุรกิจ ในขณะนี้หลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการที่อบรม 4 เดือน สำหรับดูแลผู้ที่ไม่เจ็บป่วย แต่ปัญหาที่สภาการพยาบาลพบคือ การฝึกอบรมในสถานที่ดังกล่าวมักก้าวล้ำเข้าไปในเรื่องของการพยาบาล ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ผู้สูงอายุเขาจะต้องได้รับ เข้าใจว่าทางสถานฝึกอบรมก็พยายามจะสนองตอบต่อความต้องการของผู้รับบริการ

คนที่จะไปดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นผู้มีอุดมการณ์ ปลุกฝังให้รัก ไม่ใช่เข้าไปดูแลเพื่อต้องการเงินทอง ถ้าต้องการเงินทองเรื่องนี้ก็จะก่อให้เกิดเรื่องของการละเมิด เรื่องของการขโมย หรืออะไรต่างๆ หลักสูตรวิชาชีพที่มีอยู่จะต้องมีการปลุกฝังให้ทำงานด้วยจิตใจ และถ้าหากว่าเป็นโรคที่ลึกซึ้งลงไปอีกก็อาจจะมี การต่อเนื่องต่อไป ถ้าหากว่าจะเป็นธุรกิจจะต้องให้การคุ้มครองผู้บริโภค ก็ต้องให้ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมสามารถให้บริการเขาได้อย่างปลอดภัยและผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่ทำงานโดดเดี่ยวต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล สามารถที่จะปลีกเวลามาควบคุมดูแลด้วย

การที่จะดูแลผู้สูงอายุ นอกจากจะดูแลความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นศูนย์กลางแล้ว อยากให้ขยายไปในเรื่องของระบบบริการกับระบบการจัดการในชุมชน ในภาพรวมของการดูแลหรือผู้ดูแลน่าจะไปเชื่อมกับเรื่องระบบบริการที่มีอยู่ ระบบบริการต้องมีการปรับเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของ

ผู้สูงอายุ ที่ผ่านมามีเราพูดถึงระบบบริการมักพูดถึงคนที่จะมาอบรม ทำให้ลืมเรื่องการบริหารจัดการ ซึ่งไม่อยากเลยเพียงแต่ระบุให้ชัดว่าใครเป็นเจ้าของภาพในเรื่องนี้ ซึ่งเจ้าภาพก็มีหลากหลายไม่จำเป็นต้องเป็นคนเดียว

ท้องถิ่นก็มีความพร้อมในเรื่องเงิน ถ้ามีการจัดสรรที่ดี ถ้าได้ผู้จัดการดีๆ ตรงนี้เราเอามาใช้ได้ประโยชน์มากมาย อย่างเช่น งบประมาณ SML ที่อยากให้เกิดอะไรดีๆ ในหมู่บ้านในชุมชน ไปทำศูนย์อเนกประสงค์ให้เกิดประโยชน์ได้

ระบบบริการกับระบบจัดการในชุมชน

มีอยู่ 4 ประเด็นหลักๆ ในการพิจารณาดำเนินการคือ

(1) ควรให้มีการศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการและการจัดบริการในชุมชน เป้าหมายหลักๆ คือให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน เน้นการดูแลในครอบครัวและชุมชน แต่ให้มีรูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชุมชน และก็ต้องมีเรื่องรูปแบบการจัดการด้วย รูปแบบการจัดการควรจะต่อเนื่องไปถึงการสนับสนุนผู้ดูแลในบ้านด้วยว่าจะเข้าไปมีส่วนในการสนับสนุนช่วยเหลือให้คนที่ดูแลในบ้านทำหน้าที่ของตนเองไปได้อย่างไร การพัฒนารูปแบบมีหลายๆ รูปแบบก็ยังไม่สามารถบอกได้ว่ารูปแบบไหนดี รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตอนนี้ก็มีสถานีนามัยบางแห่งที่พยายามทำอยู่ มีศูนย์อเนกประสงค์บ้าง มีสถานีนามัย 22 แห่งที่ได้ถ่ายโอนอำนาจไปยังท้องถิ่นแล้ว น่าจะถือโอกาสที่ดีถ้าเราจะไปพัฒนารูปแบบตรงนี้ให้มี ทั้งเรื่องของการดูแลทางการแพทย์และสังคม สถานีนามัยที่ถ่ายโอนไปยังท้องถิ่นแล้ว คงจะไม่ยึดติดอยู่กับรูปแบบงานที่ทำแบบเดิม

(2) เรื่องของการพัฒนากำลังคน เป้าหมายหลักคือการดูแลในชุมชน ประสพการณ์ที่ผ่านมาบอกว่ากลุ่มผู้ให้บริการหรือกลุ่มเจ้าหน้าที่หลักที่ให้บริการในระดับพื้นฐานคือเจ้าหน้าที่สถานีนามัย เป็นกลุ่มที่มีอัตราคงที่สูงที่สุด พยาบาลรองลง หมดไม่ต้องพูดถึง เราน่าจะพุ่งเป้าตรงไปที่กลุ่มผู้ดูแล หรือผู้ช่วยผู้ดูแลที่มีการอบรม 3-4 เดือน



ระบบการจัดบริการในชุมชน ระบบอาสาสมัครต้องเป็นระบบที่เข้มแข็งมาก ซึ่งเป็นไปได้ค่อนข้างยากในบริบทของไทย เพราะอาสาสมัครบ้านเราจะเป็นอาสาสมัครตามสะดวก ถ้าว่างก็ทำถ้าไม่ว่างก็ไม่ทำ ในขณะที่ระบบอาสาสมัครของต่างประเทศจะมีหน่วยงานจัดการดูแล ถ้าจะมีระบบอาสาสมัครจำเป็นต้องมีระบบการดูแลที่ดี หมายความว่าถ้าอาสาสมัครคนไหนไม่สามารถไปดูแลได้ก็มีอาสาสมัครคนอื่นไปดูแลแทนให้ซึ่งไม่คิดว่าจะเกิดขึ้นได้ในบ้านเรา แต่ถ้าใช้ระบบการจ้างงาน อปท. ก็สามารถที่จะทำตรง

นี้ได้ และเราใช้คนในพื้นที่ แทนที่เขาจะไปประกอบอาชีพเกษตรกรรม ก็อาจจะมาอบรมเป็นผู้ช่วยดูแล อันเป็นการสร้างงานในชนบทและทำให้คนอยู่ในพื้นที่มากขึ้น

(3) เรื่องการสนับสนุนด้านการเงิน ขณะนี้ สปสช. เริ่มทำกองทุนตำบล แต่ว่ายังคงมีเรื่องของค่าบริการเป็นส่วนใหญ่ แต่ว่าวิวัฒนาการของกองทุนน่าจะเป็นเรื่องของพัฒนาสุขภาพในองค์กรร่วมต่อชุมชน ซึ่งควรมีในเรื่องผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่จะต้องนำไปผสมผสานกับเรื่องการพัฒนารูปแบบในเรื่องการดูแลในชุมชน

(4) แม้ว่าเราอยากให้มีการดูแลในชุมชนหรือที่บ้าน แต่ว่าสุดท้ายคงเลี่ยงไม่ได้เพราะยังมีกลุ่มคนอยู่จำนวนหนึ่งที่มีปัญหาและไม่สามารถดูแลได้จากชุมชนหรือที่บ้าน คือเรื่องของการดูแลทางการแพทย์ ซึ่งมีความจำเป็นที่หน่วยงานรัฐหรืออาจจะเป็นกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ต้องเข้ามาดูแล บางครั้งผู้สูงอายุไม่ได้ต้องการดูแลแบบพิเศษที่ต้องนอนในโรงพยาบาล แต่ว่าอาจจะหาญาติไม่มี และก็ไม่รู้จะส่งไปที่ไหน ทางบ้านพักคนชราก็รับไม่ได้เพราะไม่มีคนที่จะจัดบริการให้ นี่คือกลุ่มที่มีปัญหา จึงมีความจำเป็นที่ต้องจัดให้มี Nursing Home ขึ้นมาที่ในกลุ่มคนที่คอยโอกาสช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และไม่มีคนดูแล

ข้อเสนอศูนย์บริการสุขภาพและสังคม

การดูแลผู้สูงอายุเราต้องแยกให้ชัดเจนระหว่างภาคทางการกับภาคไม่ทางการ สิ่งที่เราพูดถึงอยู่คือภาพของชุมชน/ครอบครัวเป็นภาคไม่ทางการ ซึ่งยุ่งมากเพราะเป็นเรื่องทางสังคม ตอนนี้สังคมรับภาระมากขึ้น รัฐจึงต้องเข้ามาหนุนเสริมครอบครัวอย่างจริงจัง กำลังคนคงต้องมองจากภาคทางการ/ภาครัฐก่อน และพื้นที่ก็มีความชัดเจนอยู่แล้วเป็นพื้นที่เขตเมืองและชนบท ในเขตเมืองเทศบาลก็จะรับผิดชอบที่จะครอบคลุมคนในพื้นที่ และในเขตชนบทก็มี อบต. ที่มีอยู่ทุกตำบล ควรเสนอให้เป็นภาระงานหนึ่งขององค์กรปกครองท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ เติบโตมีศูนย์เอนกประสงค์ของชุมชนแต่เป็นภาคทางการกับภาคไม่ทางการร่วมกัน มีเรื่องของอาสาสมัครซึ่งเป็นอีกส่วนหนึ่งที่มาหนุนเสริมกันได้ แต่อย่างไรก็ตามภาครัฐต้องมีกลไกการจัดการที่แน่นอน ซึ่งน่าจะเป็นศูนย์บริการสุขภาพและสังคม เหมือนกับเรามีศูนย์สุขภาพชุมชนหรือเรียกว่า PCU แต่ให้บูรณาการทั้งเรื่องสุขภาพและสังคมคือครอบคลุมทั้งหมด

ที่ผ่านมาเคยมีคำถามเรื่องการกระจายอำนาจสาธารณสุข การบูรณาการทั้งเรื่องสุขภาพและสังคมเป็น“ศูนย์บริการสุขภาพและสังคม” ขึ้นกับองค์กรปกครองท้องถิ่นที่มีบทบาทดูแลทั้งในเรื่องของเด็ก คนแก่ คนพิการ ก็น่าจะเป็นทางเลือกที่ดี ศูนย์บริการสุขภาพและสังคม ควรเป็นศูนย์เบ็ดเสร็จที่มีทั้งศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุและศูนย์จัดหางานให้กับผู้สูงอายุและเป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างรัฐกับชุมชน

แนวทางการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุถ้าเราแบ่งผู้ดูแลจะมี 3 กลุ่มใหญ่คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลด้วยตัวของเขาเอง ทั้งเรื่องของการกิน การออกกำลังกาย แต่บางคนขาดความรู้ แม้แต่เตรียมอารมณ์เตรียมความคิดของตัวเองก็ยังไม่ขาด ตัวคนที่ดูแล

ผู้สูงอายุคือตัวเอง หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่รวมตัวเป็นชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุจึงมีบทบาทที่สำคัญ ซึ่งบางชมรมก็อ่อนแอไป บางชมรมก็ต้องประคับประคองกันไป เพราะไม่ได้รับการสนับสนุน

กลุ่มที่ 2 คือครอบครัว สำหรับครอบครัวประกอบด้วยค่านิยมวัฒนธรรมและศาสนา เขาก็ดูแลของเขา โดยที่ไม่มีใครมาสอนว่าควรจะทำอย่างไร

กลุ่มที่ 3 คืออาสาสมัคร ทูตที่เขาเรียกว่า ค่านิยม วัฒนธรรม จิตอาสา แต่สิ่งที่เขาขาดคือเรื่องการสนับสนุน ไปหลายพื้นที่เขาก็บอกว่าได้เงินเล็กน้อยก็ยังดี และสิ่งที่จะไปเยี่ยมบ้านบางที่มีนมไปแค่กล่องเดียว ก็จะเป็นปัญหาในเรื่องของงบประมาณ จุดแข็งของท้องถิ่นเขามีเงินและอยู่ใกล้ชิดชุมชน แต่ท้องถิ่นบางที่ก็ยังไม่มีการพูดถึงเรื่องนี้อย่างจริงจัง

การสร้างหรือการทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ขาดเงินสนับสนุนหรือไม่ คิดว่าไม่ขาด ณ ปัจจุบันเสมือนว่าขาด แต่เราดูเงินงบประมาณพบว่าไม่กระจายยังกระจุกอยู่ จากงานวิจัยเกี่ยวกับกองทุนผู้สูงอายุ พบว่ามีเงินลงไปแต่เราจะทำอย่างไรที่จะส่งให้ชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุและองค์กรผู้สูงอายุได้มาใช้ประโยชน์จากกองทุน ก็พบว่าระเบียบ เงื่อนไข ข้อกำหนดเป็นตัวอุปสรรคที่จะลงไปในการสนับสนุน ภาครัฐสามารถที่จะขับเคลื่อนไปได้เร็วและเป็นตัวเร่งหากไม่ติดกฎระเบียบต่างๆ เป็นอุปสรรคมากนัก

ในเรื่องนโยบายไม่ว่ากระทรวงสาธารณสุข พม. สปสช. อย่างน้อยก็ 3 หน่วยงาน ควรพูดคุยและจับมือกันให้ชัดเจนว่าจะร่วมกันอย่างไรบ้าง เพราะลำพังกระทรวงสาธารณสุขเองก็มี 3-4 กรมที่ทำเรื่องผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องการบูรณาการเองภายในกระทรวง

กระทรวง พม. ควรเป็นเจ้าภาพใหญ่ในแง่ของเชิงนโยบายและงบประมาณหรือการจัดการต่างๆ เพียงแต่อาจขาดโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการ ก็ให้ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข หรือ สปสช. และองค์กรปกครองท้องถิ่น ในการดำเนินการ

อีกประเด็นคือเรื่องวัด จะเห็นได้ว่าวัดเป็นแหล่งที่ชุมนุมของผู้สูงอายุโดยธรรมชาติ แทบจะทุกแห่งทั่วประเทศ เป็นองค์กรที่มีอยู่แล้วโดยธรรมชาติ ในขณะที่รัฐอาจจะลงไปช่วย แต่ก็ยังไม่ทำอะไรที่ชัดเจน รัฐส่วนกลางควรจะมียุทธศาสตร์เข้าไปช่วยเสริม ทำอย่างไรที่จะให้วัดสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุให้ได้ดีขึ้น

เรื่องงานของผู้สูงอายุค่อนข้างมีความหลากหลาย บางท้องถิ่นก็มีความพร้อม โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งเห็นความสำคัญ บางแห่งไม่เห็น ในเรื่องของการทำงานบางคนอยากทำแต่นโยบายบอกไม่ต้องทำก็ได้ อันนี้เป็นความหลากหลายของการทำงาน หลายท่านจะไม่เข้าใจว่าบางที่ทำไม เพราะคนทำเห็นปัญหาเห็นทุกข์ของชาวบ้าน แต่บางคนเห็นทุกข์แต่เงินไม่มี ไปคุยกับท้องถิ่นก็ไม่ได้รับการสนับสนุน

เรื่องหลักสูตร แต่ละที่ก็มีรูปแบบไม่เหมือนกัน แต่ทักษะของคนในพื้นที่ใช้การเรียนรู้และส่วนใหญ่จะเป็นทักษะเฉพาะของในพื้นที่

ในส่วนของตัวเอง เห็นว่าควรจะไปร่วมและเข้าไปทำเรื่องนี้อย่างจริงจัง เพียงแต่ว่าบางครั้งนโยบายต่างๆ ที่มีลงไปสู่ ท้องถิ่นมีมากมายไม่ได้มีเพียงเรื่องเดียว แต่ว่าความชัดเจนที่จะลงไปมีอะไรบ้าง นโยบายที่จะต้องให้ท้องถิ่นลงไปปฏิบัติงานควรเป็นนโยบายที่ชัดเจน

ภาคประชาชนที่นอกจากญาติเพื่อนบ้านแล้ว เราก็มีอาสาสมัคร แต่อาสาบางคนมีค่าตอบแทน พอมีค่าตอบแทนก็เกิดปัญหาในเรื่องการก้าวล่วงวิชาชีพพยาบาล อาจจะต้องโดนฟ้องหรือติดคุกได้ และมีผู้ดูแลอาชีพในชุมชน ดูแลกันเองไม่ได้ถูกต้องตามกฎหมาย เช่น จ้างคนมาดูแล ก็ไม่มีเรื่องฟ้องร้องเกิดขึ้น เพราะสมยอมกันเอง

การกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น ทำให้ท้องถิ่นจำเป็นต้องให้บริการ Nursing Home จะทำได้ อย่างไร เพราะว่าท้องถิ่นไม่มีความชำนาญอาจจะให้เอกชนรับช่วงไปดูแลก็ได้ ภาคเอกชนตอนนี้มีความต้องการมากทั้งด้านสถานที่ คือสถานพยาบาล แต่เรายังไม่มี พรบ. สถานพยาบาลเรื้อรัง เรามีแต่สถานพยาบาลเฉียบพลัน ตอนนี้กองประกอบโรคศิลปะกำลังดำเนินการอยู่

ผู้ดูแลที่ทำเป็นอาชีพ คือพวกที่จบ ม.3 และอบรมจากกระทรวงศึกษาธิการเป็นเวลา 4 เดือน กระทรวงศึกษาธิการรู้อยู่แล้วว่าหลักสูตรไม่ได้เกี่ยวข้องกับความรู้เจ็บป่วย แต่ข้อเท็จจริงเขาต้องดูแลคนที่เจ็บป่วย ถ้าคนสูงอายุไม่เจ็บป่วยใครเขาจะจ้างมาดูแล ก็เกิดปัญหาเร่งด่วนตอนนี้คือ มีความต้องการคนดูแลในเรื่องของการเจ็บป่วย แต่ตามกฎหมายเขาไม่สามารถดูแลผู้เจ็บป่วยได้ เราจะทำอย่างไร เป็นปัญหาใหญ่ที่เกิดขึ้น และความต้องการที่มีมากเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้าเป็นผู้ดูแลในภาครัฐไม่มีปัญหา เพราะกฎหมายทั่วไปไม่ครอบคลุมภาครัฐ

เรื่องสถานที่ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นแบบสถานบริการหรือดูแลตามบ้านหรือชุมชน คนจนต้องการสถานพยาบาล คนรวยก็ต้องการสถานพยาบาลเหมือนกัน สัดส่วนควรจะเป็นเท่าไร? ถ้าเราดูจากคนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีอยู่ประมาณ 20% ดังนั้นสถานพยาบาลแบบนี้ควรที่จะมีอยู่ 20% ที่เหลือเป็นการดูแลตามบ้านหรือในชุมชน 80%



รูปแบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ณ ปัจจุบันน่าจะเป็นอย่างไร ต้องมีการดูแลชั่วคราว ต้องมีการฟื้นฟูสภาพ สองอย่างนี้ก็เพียงพอแล้ว และการฟื้นฟูนั้นไม่จำเป็นต้องใช้นักกายภาพก็ได้ เพราะคนที่จบทางกายภาพไปอยู่ในอเมริกาทั้งหมด พวกเราชาวบ้านใช้วิธีนวดแผนโบราณ อบสมุนไพร ชาวบ้านทำได้หมด ถ้าเราทำแบบนี้แล้วเห็นผลทันตา ถ้าคุณไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอย่างดีก็ได้ทำกายภาพบำบัดแล้ววันละหนึ่งชั่วโมง แต่แบบชาวบ้านสามารถทำได้วันละหลายรอบ และที่สำคัญคือญาติสามารถไปใช้บริการนวดได้

อภิปรายทั่วไป

หนทางสู่การปฏิบัติ: ใครทำอะไร.. เมื่อไร..อย่างไร

ปัญหาการจัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ

สภาการพยาบาลได้มีการทำวิจัยและสังเคราะห์ความต้องการของการดูแล โดยออกเป็น 3 ระดับ คือ (1) การดูแลในครอบครัว (2) การดูแลในชุมชน (3) ดูแลในสถาบัน ทักษะของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ประกอบด้วยทักษะ 3 ระดับด้วยกัน คือ (1) ทักษะขั้นพื้นฐาน (2) ทักษะขั้นสูง (3) ทักษะขั้นพิเศษที่มีความเฉพาะ ซึ่งใน 3 ทักษะเราจะพบว่า ในแต่ละทักษะจะถูกเตรียมกันมาคนละอย่าง และส่วนมากคนที่ทำทักษะขั้นพื้นฐานได้จะเป็นคนที่อยู่ในครอบครัวและคนที่อยู่ในชุมชน แต่ว่าบางครั้งก็ทับซ้อนมาถึงขั้นสูง ซึ่งโดยทั่วไปก็จะมีการจ้างผู้ดูแลเข้ามาเป็นบุคคลที่สาม



ผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนาคตจะเป็นผู้ดูแลที่ถูกผลิตไปจากภาคเอกชนทั้งหลาย ที่ยังไม่มีมารับรองหรือลงทะเบียน เขาจะมีประสบการณ์และทักษะค่อนข้างสูง คนเหล่านี้เมื่อทำไประยะหนึ่งก็จะออกไปทำอาชีพอิสระ เพราะไม่ถูกหักหัวคิว

ถ้าเราพยายามสร้างระบบให้มาเข้ากับโรงพยาบาล ให้โรงพยาบาลมีศูนย์ที่จ้างผู้ดูแลได้เพื่อช่วยงานในโรงพยาบาล ช่วยส่งไปดูแลที่บ้านได้ โรงพยาบาลรับประกันคุณภาพอยู่แล้วไม่ว่าเป็นรัฐหรือเอกชนว่าทำได้ และก็จะมียุทธศาสตร์ที่เป็นอิสระที่สามารถขึ้นทะเบียนและก็มี การต่ออายุทะเบียนเหมือนขึ้นทะเบียนรถทุกปี ก็จะรู้ว่าเขายังอยู่หรือว่าไปทำงานที่ไหนได้

แต่ถ้าเป็นระบบแบบนี้ แล้วทุนทางสังคมที่อยู่ในชุมชน เช่นญาติพี่น้องที่ไปดูแล พ่อ แม่ เราต้องไปอบรบและไปขึ้นทะเบียนหรือไม่ หรือถ้าเราอยากจะไปหาอาสาสมัครผู้ดูแล ที่มีอยู่แล้วในกลุ่มเครือข่ายผู้ป่วยหรือเพื่อนช่วยเพื่อนที่มีอยู่ ถ้าเขาจะต้องไปดูแลต้องมาอบรมด้วยหรือไม่

คำว่าดูแลที่ภาษาอังกฤษเรียกว่า Care มี 2 อย่าง คือ (1) การดูแลรักษา (2) การดูแลเลี้ยงดู เช่น ลูกเราดูแล พ่อคนป่วยเราก็ดูแลรักษา ถ้าผู้สูงอายุช่วยตัวเองไม่ได้เราก็ดูแล ทั้งเลี้ยงดูและทั้งรักษา ถ้าท่านเป็นโรคอะไรก็รักษา ถ้ารักษาไม่ได้ก็หาหมอ ทีนี้ถ้าเราเป็นลูกเป็นหลานสามารถเลี้ยงดู คือทำกิจวัตรประจำวันให้ท่านได้ ก็ไม่ต้องไปเข้าสถานการดูแลผู้สูงอายุที่ไหน แต่จำเป็นต้องรักษา เช่น เขาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ก็จะเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ก็ต้องเข้าศึกษา แต่ถ้าท่านทำเองได้ก็ทำไปไม่มีปัญหา

เนื่องจากปัญหานี้จะเป็นกลุ่มของผู้ดูแลที่เป็นอาชีพ มีเรื่องของการฟ้องร้อง เราจะให้สังคมยอมรับได้อย่างไรว่าคนที่เราผลิตออกไปมีคุณภาพ ได้รับการติดตาม สามารถทำงานได้ และไม่มีการก้าวล้ำวิชาชีพ ที่ผ่านมาระบบมีปัญหาเหล่านี้ ในกลุ่มที่ไม่เป็นวิชาชีพแต่ทำงานเป็นอาชีพ ปัญหาคือเขาได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน มีเรื่องของทางกฎหมายเข้ามาก็ต้องแสดงตัวให้ได้ว่าเขามีความรู้ความสามารถให้การบริการได้

ส่วนในกลุ่มของอาสาสมัครหรือว่าญาติ เราจะอบรมอย่างไร และหลักสูตรที่จะต้องอบรมน่าจะสะท้อนถึงปัญหาท้องถิ่นนั้นๆได้ด้วย เป็นเรื่องของท้องถิ่นที่สามารถจะทำได้ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเกินขีดความสามารถที่ญาติจะทำได้ เป็นภาระที่หนักมากและต้องใช้ทักษะพยาบาลเข้ามา ก็จะต้องเข้ามาในระบบ

เรื่องการดูแลผู้สูงอายุมี 3 เรื่องที่สำคัญ

เรื่องแรกคือคนดูแล มีหลักการของคนที่เป็นดูแล ถ้าไม่ได้รับค่าจ้างไม่มีปัญหาทางกฎหมายจะทำให้ผิดพลาดอะไรไม่มีใครฟ้องร้อง ทำด้วยใจบริสุทธิ์ แต่ถ้ามีค่าจ้างและเกิดผิดพลาดอะไรขึ้นมา สามารถฟ้องร้องได้

เรื่องที่สองคือสถานที่ดูแล ถ้าสถานที่ที่เป็นของรัฐ ไม่มีปัญหา เพราะ พรบ. สถานบริการควบคุมเฉพาะภาคเอกชนเท่านั้น

เรื่องที่สามคือระบบของรัฐและเอกชน กรณีที่บริษัทส่งคนไปดูแลที่บ้าน ถ้าไปดูแลที่สถานบริการก็เข้าข่าย พรบ. สถานบริการ ไม่มีปัญหาอะไร แต่ที่มีปัญหาคือส่งคนไปดูแลที่บ้าน การส่งคนไปดูแลที่บ้านมี 2 ลักษณะคือ (1) บริษัทเป็นนายหน้า ส่งคนไปแล้วรับค่านายหน้า (2) เป็นนายจ้าง จ่ายเงินโดยตรงให้กับลูกจ้าง แต่ลักษณะใหม่คือ บริษัทส่งคนไปดูแลที่บ้าน เราจ่ายเงินโดยตรงให้กับบริษัท แล้วบริษัทไปจ่ายเงินให้คนดูแลอีกที ลักษณะแบบนี้มีมากขึ้น ในกรณีนี้ต้องมีสัญญาระหว่างเรากับบริษัท ถ้าเกิดมีความผิดสัญญากันขึ้นก็สามารถไปฟ้องร้องกันได้ ตาม พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค แต่ พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค จะต้องบอกว่าผิดสัญญาอย่างไร ผิดมาตรฐานอะไรในการให้บริการ ก็มาตรฐานคนและมาตรฐานให้บริการ แต่ขณะนี้ยังไม่มีมาตรฐานคนและมาตรฐานบริการ การจะไปฟ้องร้องอันนี้ โดยใช้ พรบ.คุ้มครองผู้บริโภคทำไม่ได้

บังเอิญมี พรบ. สาธารณะสุข 2535 ว่าด้วยกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ที่มีกิจการ 13 ประเภท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องกระบวนการผลิต อุตสาหกรรมสิ่งแวดล้อม และมีอีกกลุ่มหนึ่ง คือกลุ่มการบริการ มีการประกาศไว้แล้วว่ากิจการหลายๆอย่างเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บริการสปา สนามกอล์ฟ ร้านตัดผม โรงแรม กิจการลดน้ำหนัก กับอาบอบนวดแผนไทย ที่ได้ประกาศไว้ล่าสุด

กรณีล่าสุดคือน้องเอ็มเจ มีการส่งพี่เลี้ยงไปดูแลที่บ้านแล้วทำน้องเอ็มเจหล่นจนมีอาการทางสมอง เกิดข้อกฎหมายขึ้นมา ทางคณะกรรมการสาธารณสุขจึงออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ กิจการการส่งคนไปดูแลเด็กเล็กที่บ้านเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และขณะนี้กำลังมีประกาศกิจการที่ส่งคนไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่ยังไม่ผลบังคับใช้ จะมีผลบังคับใช้ก็ต่อเมื่อท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นเทศบาล , อบจ. , อบต. กี่ดี จะพร้อมเมื่อไหร่ก็ต้องออกเป็นบัญญัติของท้องถิ่นออกมา トラบใดที่ท้องถิ่นยังไม่พร้อมก็ยังไม่ผลบังคับใช้

ในกรณีที่มีการประกาศจากกระทรวง ออกข้อกำหนดกิจการการส่งคนไปดูแลเด็กที่บ้านว่า ผู้ประกอบการหรือเจ้าของจะต้องจบปริญญาตรีด้านเคหะการ หรือจบ ปวช. ที่ผ่านการอบรมเท่านั้นหรือ จบม.6 ต้องผ่านการอบรมเท่านั้นและสุดท้ายไม่จบอะไรเลยต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลเด็ก 70 ชม. ของกรมอนามัยหรือของสถาบันอื่นที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง เพราะฉะนั้นร่างกิจการที่จะส่ง ผู้ดูแลสูงอายุที่บ้านก็อาจจะต้องลัดกับข้อกำหนดกิจการการส่งคนไปดูแลเด็กที่บ้าน ซึ่งตอนนี้เรากำลังร่างอยู่

เรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในครอบครัวในท้องถิ่น เราก็จะมุ่งให้ความสำคัญกับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ กลุ่มนี้ก็ต้องการพัฒนาคุณภาพเช่นกัน สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุได้พัฒนา อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านแล้วพบว่าประสบความสำเร็จสามารถขยายผลไปทั่วทั้งจังหวัด ซึ่งมี โครงการต่อไปเรื่อยๆ แต่สิ่งที่นักวิชาการหรือคนที่ไปพบว่าความสามารถของผู้ดูแลกลุ่มนี้ดูแลได้อย่าง จำกัด เช่น ดูแลกิจวัตรประจำวันเล็กน้อยและช่วยเหลือในเรื่องของอาหารและเป็นเพื่อนพูดคุยไม่ให้เหงา ซึ่งก็เป็นสิ่งสำคัญ แต่ว่าความต้องการมีมากกว่านี้ ความรู้หรือทักษะของอาสาสมัครเหล่านี้ก็ยังไม่พอที่จะ ยกระดับขึ้นมา ถึงแม้เราจะขยายจำนวนแต่คุณภาพในการที่จะยกระดับให้กับอาสาสมัครกลุ่มนี้ให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น เป็นเรื่องที่ต้องมีแผนในการพัฒนา

การควบคุมคุณภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

หากแบ่งการควบคุมคุณภาพผู้ดูแลแบบง่ายๆ เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่ต้องอบรมอะไรมาก เพราะ มีความต้องการสูงและก็เป็นอาสาสมัคร กลุ่มที่ไปรับจ้างและต้องการวุฒิก็อบรมให้มากขึ้น และที่เป็น อาสาสมัครอยากเพิ่มวุฒิก็ไปเข้ารับการอบรมเพิ่มเติม แต่ที่มีปัญหามากคือการดำเนินงานโดยกลุ่มเหล่านี้ จะรู้ได้อย่างไรว่าบริการที่เขาให้มีความมาตรฐานมากน้อยเพียงใด จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีมาตรฐานหลักสูตร ไม่ว่าจะเป็น มาตรฐานการปฏิบัติ เพราะบางส่วนก็มีการก้าวล่วงวิชาชีพบางอย่างก็เป็นอันตรายและพบเห็นกัน บ่อยๆ เช่น บางครั้งการให้อาหารและคนไข้ล้มลง ตรงนี้ก็ต้องมีการควบคุมกำกับ เมื่อมีการก้าวล่วงในส่วน ของการพยาบาลซึ่งอาจจะอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ถ้าหากไม่มีความรู้และทักษะที่เพียงพอ มีหลายรายที่ ร้องเรียนไปที่ สคบ. และค่าบริการที่เรียกเก็บ เราก็ไม่รู้ว่าเรียกเก็บมากน้อยแค่ไหน เราจะรู้ได้อย่างไรว่า บริการเหมาะกับเงินที่จ่ายไป

การดูแลที่เป็นอาชีพก็เป็นธุรกิจอย่างหนึ่ง จะรู้ได้อย่างไรว่าเขาให้บริการด้วยใจรัก ซึ่งตอนนี้มี ปัญหาค่อนข้างมากที่กำลังสำรวจอยู่ทั่วประเทศ และมีหลายๆแห่งไม่ขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรค ศิลปะ บางแห่งไปขึ้นทะเบียนกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงพาณิชย์บาง ที่มีการหลบเลี่ยงกันหลายอย่าง หรือหลายแห่งไม่ให้ข้อมูลและพบว่าการก้าวล่วงวิชาชีพอยู่มาก

ผู้ดูแลที่เป็นอาชีพ ต้องมีหลักเกณฑ์รับรอง เพื่อที่ลูกค้าจะไว้วางใจไปใช้บริการ แต่ประสบการณ์ ที่เคยจ้างคนกลุ่มนี้ก็มีหลากหลายประเภท มีทั้งดีและไม่ดี แต่เรียกได้ว่าบริษัทเขาก็ดูแลพอสมควร แต่ก็ ไว้วางใจได้แค่ระดับหนึ่งเท่านั้น สิ่งที่ให้ผู้ดูแลครั้งนี้ได้เรียนรู้จากวิชาทักษะในเชิงเฉพาะแล้ว จะต้องให้ เขารู้เรื่องกฎหมายด้วยว่ามีกฎหมายอะไรที่เกี่ยวข้อง และก็ควรให้รู้เพื่อป้องกันกันการเกิดปัญหาและถูก

ฟ้องร้อง เพราะว่าถ้าไม่รู้จักกฎหมายก็จะไม่ระมัดระวังดูแลผู้สูงอายุ กฎหมายควรจะเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ในหลักสูตร

อีกส่วนหนึ่งต้องกำหนดเป็นจรรยาบรรณของผู้ดูแลสำหรับอาชีพนี้ ถึงแม้จะเป็นแค่ผู้ดูแลแต่ลักษณะงานคล้ายพยาบาลเหมือนกัน น่าจะมีจรรยาบรรณของอาชีพด้วย และต้องมีการประเมินผลลูกค้าด้วย คือให้ผู้ใช้บริการประเมินว่าทำงานแล้วเป็นอย่างไร น่าจะมีการตามไปที่บ้านผู้สูงอายุว่าทำงานเป็นอย่างไร ซึ่งผลประเมินที่ได้ก็จะแจ้งให้ทางบริษัททราบ น่าจะเป็นคนนอกมาประเมินเพื่อดูว่าบริษัทจะรักษาคุณภาพของตัวเองได้มากน้อยแค่ไหน แต่ตรงนี้มีค่าใช้จ่ายเหมือนกันที่ลูกค้าจะต้องจ่ายส่วนหนึ่งในต้นทุนตรงนี้ แต่เพื่อประกันคุณภาพที่ไว้ใจได้ในอนาคต

นอกจากนี้ผู้ดูแลเองน่าจะมีหน่วยให้คำปรึกษา เพราะว่าการทำงานอาชีพนี้เครียดมากโดยเฉพาะทำงานตลอด 24 ชั่วโมง จะมีเวลาพักผ่อนค่อนข้างน้อย เมื่อเครียดจนทำก็อาจจะระบายมาสู่ผู้สูงอายุหรือบางทีผู้สูงอายุก็เป็นโรคที่ทำให้เกิดความเครียดสูง ตอนนี้ผู้สูงอายุก็ทำร้ายผู้ดูแลเหมือนกัน เชื่อว่ามีทั้งสองฝ่ายแต่ผู้ดูแลเป็นผู้รับเคราะห์มากที่สุด น่าจะมีหน่วยให้คำปรึกษาสำหรับคนเหล่านี้ด้วยเหมือนกัน ไม่ใช่แค่มีวันหยุดอย่างเดียว

การดูแลเชิงสังคมและเชิงการแพทย์

ปัญหาการก้าวล้ำวิชาชีพพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มผู้ดูแลที่ทำงานเป็นอาชีพ และกลุ่มอาสาสมัครที่มีการพูดถึงอยู่เสมอเป็นเรื่องของเส้นแบ่งระหว่างการดูแลเชิงสังคม (Social Care) กับการดูแลและเชิงการแพทย์ (Health Care) เช่น การอาบน้ำผู้สูงอายุโดยคนปกติกับการอาบน้ำผู้สูงอายุโดยผู้เชี่ยวชาญก็มีการถกเถียงกันมากกว่าแตกต่างกันหรือไม่ แต่ก็ไม่สามารถขีดเส้นแบ่งได้อย่างชัดเจน หรือเรื่องของการให้อาหารโดยนักวิชาชีพกับโดยบุคลากรอาสาสมัครหรือว่าคนในครอบครัว ก็ไม่สามารถมีเส้นแบ่งที่ชัดเจน หลายๆประเทศก็พยายามจะหาเส้นแบ่งตรงนี้

การดูแลโดยอาสาสมัครในครั้งแรกแพทย์จะไม่ยอมเลยที่มีอาสาสมัครจะมาดูแลผู้ป่วย เพราะว่าเป็นเรื่องของวิชาชีพ แต่ตอนนี้เราบรมอาสาสมัครให้เข้ามาช่วยและระบุบทบาทไปเลยว่าอันไหนทำได้หรืออันไหนทำไม่ได้ (do & don't) ตกกลงกันภายใต้การกำกับของแพทย์และพยาบาล ทำให้แพทย์และพยาบาลก็เริ่มเห็นความสำคัญของอาสาสมัครที่จะช่วยดูแล และอาสาสมัครเขารู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับ

การดูแลผู้สูงอายุมีทั้งส่วนที่เป็นการดูแลเชิงสังคมและเชิงการแพทย์ เรื่องของการดูแลเชิงการแพทย์ก็มีหลายระดับตั้งแต่ระดับพื้นฐาน เช่นการเตรียมอาหาร การดัดพลิกตัว การขยับตัวของผู้สูงอายุ ตรงนี้มีความจำเป็นที่ต้องสร้างองค์ความรู้ เส้นแบ่งตรงนี้สำคัญนอกจากในเรื่องของการแบ่งระดับของผู้ดูแลว่าผู้ดูแลกลุ่มนี้จะถูกรับรองหรือไม่ถูกรับรอง การดูแลเชิงสังคมไม่น่ามีการรับรอง แต่ถ้าเมื่อไหร่ก้าวล้ำมาทางการแพทย์ต้องมีการรับรอง ต้องมีการติดตามคุณภาพและที่สำคัญอย่างยิ่งคือว่าเส้นแบ่งช่วยกำหนดตัวเจ้าภาพจ่าย เพราะว่าถ้าเป็นเชิงสังคมเบิกประกันไม่ได้ ต้องเก็บเงินจากผู้สูงอายุหรือครอบครัว แต่ถ้าหากมีเส้นแบ่งให้ชัดว่าอันไหนเป็นการดูแลเชิงการแพทย์เบิกได้ อันไหนที่เป็นเรื่องเชิง

สังคมหรืออะไรที่เบิกไม่ได้ ก็สามารถพัฒนามาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ได้ ตัวอย่างเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การฟื้นฟูคนพิการตอนนี้มี 9 รายการที่เบิกเป็นค่าบริการได้ โรงพยาบาลให้บริการหรือไปเยี่ยมที่บ้าน ให้บริการก็เบิกได้

กลไกการเชื่อมโยงระบบการดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอาชีพเป็นปัญหาที่เราทำให้ความสนใจ แต่สิ่งที่เรายังไม่ค่อยให้ความสำคัญ คือ ตัวระบบและกลไกในการดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด ตลอดจนความเชื่อมโยงในแต่ละส่วนที่เป็นปัญหา เช่นถ้าเป็นการดูแลเชิงการแพทย์เราก็มีระบบโรงพยาบาลดูแล แต่ถ้ามองเข้าไปในชุมชนเรายังไม่เห็น กลไกหรือภาพรวมที่ผู้สูงอายุที่ออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้านหรือในชุมชน ควรจะมีระบบหรือกลไกที่ไปเชื่อมโยงกับการดูแลทั้งระบบ ตรงนี้ยังมองไม่เห็น

การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ควรต้องผสมผสานตั้งแต่สถาบันไปจนถึงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จะมีระบบเหมือนเป็นตัวเชื่อมกัน หรือควรจะมีรูปแบบของการผสมผสานไม่ควรจะแยกส่วน มีสัก 2-3 เรื่อง ใหญ่ๆ ที่สำคัญคือ คุณภาพในการผลิตหรือมาตรฐานในการผลิตผู้ดูแลมีอาชีพที่กระทรวงศึกษาธิการ เป็นผู้ดูแล กระทรวงศึกษาควรมีกลไกที่จะเข้าไปดูถึงกระบวนการผลิตด้วย หลังจากทีผลิตออกมาแล้ว มีหน่วยงานไหนที่เข้าไปดูเรื่องมาตรฐาน ต้องเป็นหน่วยราชการหรือไม่และถ้าไม่ ควรจะเป็นหน่วยแบบ ไหน มูลนิธิ หรือควรเป็นลักษณะอื่นๆ ซึ่งก็มีปัญหามากเนื่องจากไม่มีตัวต่อกับระบบใหญ่ และก็จะเกิด ปัญหาเช่น มาแล้วก็เปลี่ยนคน มาตรฐานไม่เท่ากัน หรือบางทีก็ทำร้ายผู้สูงอายุหรือบางทีก็ถูกผู้สูงอายุทำร้าย จะเห็นปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นตลอด แต่ยังไม่เห็นกลไกในการเชื่อมโยงทั้งระบบในการดูแล

ถามว่าสภาการพยาบาลจะดูแลตรงนี้ได้อย่างไร ในเมื่อส่วนของกระทรวงศึกษาธิการเขา ดำเนินการดูแลในส่วนของหลักสูตรและควบคุมกำกับมาตรฐานของโรงเรียนอยู่ ในกรณีนี้ถ้ามีการแบ่ง ส่วนให้ดีระหว่างงานที่ทำได้กับทำไม่ได้(do & don't) ที่ว่า อันไหนเป็นเชิงสังคมเจ้าของบ้านก็จ่ายไป แต่ ส่วนที่ต้องการเชิงการแพทย์ก็เป็นเรื่องของรัฐที่จะช่วยหรือเป็นลักษณะของทางด้านประกันสังคมหรือ เป็นเรื่องของระบบที่มีอยู่แล้ว เช่น CPU ก็มีพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพียงแต่จะเชื่อมโยงตัวระบบตรงนี้ได้ อย่างไร ถ้าเป็นจริงส่วนที่เป็นการแพทย์คือการดูแลรักษา พยาบาลที่อยู่ในชุมชนต้องดูแลรักษา และส่วน ที่เป็นเชิงสังคมคือการดูแลกิจวัตรประจำวัน ก็เป็นผู้ช่วยดูแลที่จ้างไป ถ้าแบ่งได้แบบนี้ ผู้ดูแลก็จะ ปลอดภัยต่อการถูกจับเพราะคงไม่มีใครกล้าจับเพราะเขาเรียนมาตามนี้

มาตรฐานของหลักสูตร

กรมอนามัยเริ่มเข้ามาดูว่ามาตรฐานเป็นอย่างไร ส่วนหลักสูตรกำลังรอของสภาการพยาบาล ซึ่ง น่าจะมีเรื่องของการออกกฎระเบียบและการขึ้นทะเบียนผู้ช่วยผู้ดูแล เพื่อว่าใครไปทำอะไรที่ไหน ถ้าทำ ไม่ดีก็จะมี การขึ้นบัญชีดำไว้ หรือว่าจะมีกระบวนการเสริมทักษะหรือเรียนเพิ่มอย่างไรบ้าง ส่วนองค์กร กลาง เช่น สภาผู้สูงอายุฯ สมาคมฯ หรือว่าเป็นสภาการพยาบาลต่างๆ น่าจะมีส่วนร่วมให้การกำหนด

ตรวจสอบมาตรฐาน อันดับแรกควรจะไปดูตั้งแต่ที่โรงเรียนเป็นผู้ตรวจสอบภายนอกดูว่าโรงเรียนมีกระบวนการเรียนการสอนสอดคล้องมีมาตรฐานหรือไม่



กระทรวงศึกษาธิการยืนยันว่าหลักสูตรเขาเป็นหลักสูตรคนปกติไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้สูงอายุ ปกติ ในส่วนของวิชาชีพไม่ว่าจะเป็นสภากาชาดก็ไม่สามารถเข้าไปแทรกแซงได้ เพราะเป็นหลักสูตรคนปกติ ไม่ใช่หลักสูตรผู้ป่วย ที่เป็นปัญหาคือโรงเรียนไปสอนกันเอง กระทรวงศึกษาธิการยืนยันว่าเขาพยายามเตือนแล้วก็ยังมีความสอดคล้องการสอนการดูแลผู้ป่วย เช่นการใส่สายให้อาหาร หรือการฉีดยาอินซูลิน รวมถึงบางโรงเรียนแต่งชุดเรียนแบบโรงพยาบาลมีการออกประกาศในที่วิ กระทรวงศึกษาธิการบอกว่าเขาเตือนแล้ว แต่ก็ขึ้นอยู่กับว่าโรงเรียนจะเชื่อหรือไม่เชื่อ แต่ระบบของใครจะควบคุมกำกับตรงนี้เพื่อไม่ให้ประชาชนเข้าใจผิดว่าคนที่เขาจ้างไปเหมือนกับพยาบาล ถ้าคนไม่มีความรู้ก็จะคิดว่าเป็นพยาบาล เพราะใส่ชุดสีขาวหมวกสีขาวเหมือนกัน

บทสรุปที่สำคัญ

1) ผู้ดูแล ผู้ช่วยผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันที่ต้องใช้คำให้ดีๆ เพราะว่าบทบาทนี้มีขอบเขต มีการดูแลทั้งเชิงสังคมและเชิงการแพทย์ จึงต้องมีการจัดทำเส้นแบ่งให้ชัดเจน

2) กลุ่มคนที่ดูแลผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ กลุ่มครอบครัวและอาสาสมัครที่ทำโดยไม่มีค่าตอบแทน เป็นกลุ่มที่ไม่มีได้ทำอะไรที่ซับซ้อนมากมาย และกลุ่มคือวิชาชีพที่ได้ค่าตอบแทนเป็นคนที่ได้ถูกอบรมให้ทำงานบางอย่างที่มีความเฉพาะทางการแพทย์ ซึ่งทั้งสามประเภทก็สามารถดูแลผู้สูงอายุได้แล้วแต่ว่าใครมีปัญญาย่อยแค่ไหน เพียงใด

3) เรื่องมาตรฐานการอบรม การควบคุมคุณภาพ การควบคุมคุณภาพของโรงเรียนที่เปิดสอนอย่างเป็นทางการ ไม่ว่าจะเป็นนี้จะอนุญาตภายใต้เงื่อนไขใด ควรมีการตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร และระวังไม่ให้โรงเรียนสอนเกินหลักสูตร ระวังอย่าให้โรงเรียนไปโฆษณา สองเรื่องนี้ทางกระทรวงศึกษาธิการไม่ได้ทำ แต่ชัดเจนว่ามีข้อเสนอของรูปแบบการควบคุมคุณภาพสถานศึกษา อาจใช้สำนักงานมาตรฐานการศึกษา (สมศ.) ได้หรือไม่

4) การควบคุมคุณภาพของผู้ให้บริการหรือบริษัทหรือหน่วยงาน NGOs หรือมูลนิธิหรือเอกชน ใครก็ตามที่มีการจัดการเรื่องการดูแล ตรงนี้ระบบยังไม่ชัด กรมอนามัยสามารถใช้ พรบ. สาธารณสุข

ภายใต้ความรับผิดชอบที่มีอยู่ในการดูแลผู้สูงอายุ มีการเสนอให้กองประกอบโรคศิลปะเข้ามาดูแล ซึ่งเป็นเรื่องที่ยังไม่ชัดเจน แต่ที่ชัดเจนคือใครก็ตามที่มาควบคุมคุณภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องระวังว่าอย่าไปเหวี่ยงแหมากเกินไป เพราะจะตัดโอกาสในการเข้าถึงบริการ

5) เรื่องการดูแลคุณภาพใหญ่ทั้งระบบ แนวคิดเรื่องการดูแลเชิงสังคมและเชิงการแพทย์ ต้องนำมาใช้ ซึ่งยังไม่รู้ว่าจะจัดการอย่างไร วันนี้เรายังไม่มีเจ้าภาพที่ชัด คงต้องมีใครดำเนินการด้วย ใครจะมาช่วยดูแลให้มีระบบที่ดีพอ หรือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือกระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงแรงงาน

6) ที่ยากที่สุด คือเรื่องคุณภาพที่ยังเป็นระบบตลาด เราทำระบบควบคุมคุณภาพได้ดีแค่ไหน คุณภาพคน โรงพยาบาล ทั้งหมดยังเป็นระบบตลาดอยู่ คือใครมีปัญหาจ่ายก็จ่าย ไม่มีปัญหาจ่ายก็ไม่ต้องจ่าย พยาบาลเขาก็ทำอย่างเต็มที่แต่ก็ยังไม่เป็นระบบ มีคำถามง่ายๆ ว่าถึงเวลาหรือยังที่จะคุยกับ สปสช. เพื่อให้มั่นใจว่า บริการดูแลผู้สูงอายุจะอยู่ในระบบประกันสุขภาพ ส่วนจะจ่ายเท่าไร เบิกได้หรือเบิกไม่ได้ คงเป็นอีกเรื่องหนึ่ง แต่ขณะนี้ภายใต้การไม่พูดให้ชัดโรงพยาบาลก็ทำไปตามมีตามเกิด เวลาที่มีผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุขก็ยังไม่มีการจ่ายหรือไม่มีการจ้าง ไม่เหมือนกับการนวด การทำกายภาพ ที่เบิกได้ เราอยากให้มีชุดสิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุที่เบิกได้ ในที่สุด สปสช. อาจต้องไปกำหนดว่าทีม PCU จะต้องมีส่วนช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วย

ภาคผนวก

พัฒนาการของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย



คุณอุบล หลิมสกุล

สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ปี	กิจกรรม	เจ้าภาพ	หมายเหตุ
2494	พระราชบัญญัติบำนาญบำนาญ		ผู้รับประโยชน์มีเพียงเจ้าหน้าที่ของรัฐ
2496	เริ่มจัดสร้างบ้านบางแคให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ขากจน	กรมประชาสงเคราะห์	ขยายผลเป็น 20 แห่ง ในปี พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุ 3,000 คน
2522	เริ่มศูนย์บริการผู้สูงอายุ (Day Center)	กรมประชาสงเคราะห์	ขยายผลเป็น 18 แห่ง สมาชิกประมาณ 50,000 คน หรือ 75,000 ราย
2525	การประชุมสมัชชา โลกกว่าด้วย ผู้สูงอายุ (World Assembly on Ageing) ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย	UN	ผู้แทนประเทศไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย (พลเอกสิทธิ์ จิริโรจน์) นพ.บรรลุ ศิริพานิช
	การจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ	ประธาน กระทรวงมหาดไทย เลขาธิการ กรมประชาสงเคราะห์	
	การจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544)	คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ	กรม. เห็นชอบมี 5 ด้าน - สุขภาพอนามัย - ความมั่นคงทางรายได้และการทำงาน - การศึกษา วัฒนธรรม

ปี	กิจกรรม	เจ้าภาพ	หมายเหตุ
			- สวัสดิการสังคม - ด้านการวิจัยและพัฒนา
2525	รัฐบาลประกาศให้ 3 เม.ย. ของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2526	คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ	มติ ครม. เมื่อวันที่ 14 ธ.ค. 2525
2525	ประกาศให้ปี พ.ศ. 2525 เป็นปีสุขภาพผู้สูงอายุ (The year of the health for the Elderly “Add Life to years”)	WHO/UN กระทรวงสาธารณสุข	มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั่วประเทศ
	การส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดต่างๆ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย	
2527	เชิญชวนให้จังหวัดต่างๆ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง	กรมประชาสัมพันธ์ (มท)	เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทร์บรมราชชนนี พระชนมายุ 72 พรรษา
2528	การศึกษาถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ	สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
2532	สนับสนุนการก่อตั้งสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทร์บรมราชชนนี	กรมประชาสัมพันธ์	เป็นแกนกลางชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ
	โครงการให้การสงเคราะห์ประชากรผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาล	กระทรวงสาธารณสุข	
	โครงการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย	กระทรวงศึกษาธิการ	
2534	รัฐบาลประกาศให้วันที่ 14-15 เมษายน ของทุกปีเป็นวันครอบครัว	กรมประชาสัมพันธ์	สมัยพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี
	ประกาศใช้ พรบ. พินทุสมรรถภาพคนพิการ และทุพพลภาพ (ผู้สูงอายุได้ประโยชน์จากบางมาตราในกฎหมายนี้)	กรมประชาสัมพันธ์	ผลประโยชน์ อาทิ - เกี่ยวกับเครื่องช่วยความพิการ - เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในที่สาธารณะ
2535	ครม. เห็นชอบนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ.2535-2554	สำนักนายกรัฐมนตรี รัฐบาล รศช. นายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี	มี 5 ด้าน - สุขภาพอนามัย/โภชนาการ - สวัสดิการสังคม - ด้านการงานและรายได้ - ด้านสังคม การศึกษา

ปี	กิจกรรม	เจ้าภาพ	หมายเหตุ
			- วัฒนธรรมและจิตใจ - ด้านวิจัยและพัฒนา
2536	การลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟให้แก่ผู้สูงอายุ	กระทรวงคมนาคม (การรถไฟแห่งประเทศไทย)	เป็นเวลา 4 เดือน (มิ.ย.-ก.ย.)
	จัดตั้งกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม		- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ - รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นประธาน - กรมประชาสัมพันธ์เป็นเลขานุการ
	โครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน (เบี้ยยังชีพ)	กรมประชาสงเคราะห์	งบประมาณ 36 ล้านบาท/ 2 หมื่นคน ในปีแรก (ถ่ายโอนผู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันรับ 1.06 ล้านบาท คนละ 500 บาท/เดือน
	จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน	กระทรวงสาธารณสุข	
	โครงการนำร่องศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน โดยชุมชน	- กรมประชาสงเคราะห์ - สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย - สมาคมสภาผู้สูงอายุฯ	ทดลองใน 4 จังหวัด โดยการสนับสนุนจาก UNFPA
2537	-รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	
2538	- คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา มี (คุณหญิงมาลี สนิทวงศ์ ประธาน)		มี 13 ข้อ ข้อ 13 กำหนดให้มีตัวบทกฎหมายคุ้มครองผู้สูงอายุมอบให้กรมการแพทย์เป็นแกนกลาง
2540	ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540		มาตรา 54, มาตรา 80 บัญญัติเรื่องผู้สูงอายุ
2541	ร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (30 มาตรา)	กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลาง	
	โครงการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ ในวัด โดยชุมชน	กรมประชาสงเคราะห์ ภายใต้แผน MIYASAWA	ทุกจังหวัดฯ ละ 3 ศูนย์ ประชาสงเคราะห์ เป็นแกนกลาง

ปี	กิจกรรม	เจ้าภาพ	หมายเหตุ
	เพิ่มเงินเบี้ยยังชีพจาก 200 บาท 300 บาท เนื่องจากผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ	ภายใต้แผน MIYASAWA	
	การประชุมการปฏิบัติการระดับภูมิภาค เพื่อเตรียมแผนปฏิบัติการเรื่องผู้สูงอายุ	UN-ESCAP	ผู้แทนกรมประชาสงเคราะห์และสมาคมสภาผู้สูงอายุเข้าร่วมประชุมและรับหลักการมาผนวกในแผนผู้สูงอายุและกิจกรรมผู้สูงอายุ
	พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2534 เพื่อการประกันสุขภาพ สำหรับผู้ทำงานในสถานประกอบการ	กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม	มีผลเมื่อส่งเงินสมทบครบ 15 ปี
2542	UN ประกาศให้ปี 2542 เป็นปีผู้สูงอายุสากล (The International Year for the Older Persons) “Toward A Society for All Ages”	นายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการ	มีการจัดกิจกรรมทั้งปีทั่วประเทศ
	การทำประชาพิจารณ์ ร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ	กระทรวงสาธารณสุข	4 ภาค และ กทม.
	ประกาศปฎิญญาผู้สูงอายุไทย (9 ข้อ)	กรมประชาสงเคราะห์	พรรคการเมือง 9 พรรค ร่วมลงนามเห็นชอบ
	ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.)	สำนักนายกรัฐมนตรี	
	การจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)	คณะทำงานใน กผส.	มี 5 ยุทธศาสตร์
2544	การจัดทำประชาพิจารณ์แผนทั่วประเทศ	กผส.	4 ภาค และ กทม.
	ไอนงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	กระทรวงมหาดไทย	ให้ อบต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ
2545	ค.ร.ม. มีมติเห็นชอบแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2	กผส.	ส่งทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ
	โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) สปสช.	สปสช.	
	จัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ -หน่วยรับผิดชอบงานผู้สูงอายุมี 3 ส่วน 1) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ รับผิดชอบงานปฏิบัติ (สถานสงเคราะห์ คนชรา ศูนย์บริการผู้สูงอายุ) 2) สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุใน		สำนักนายกรัฐมนตรีไอนงาน กผส. มาให้ กพม.

ปี	กิจกรรม	เจ้าภาพ	หมายเหตุ
	สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และ ผู้สูงอายุ (สท.) รับผิดชอบนโยบาย มาตรการส่งเสริมการคุ้มครอง พิทักษ์ สิทธิ การส่งเสริมศักยภาพและกฎหมาย ผู้สูงอายุ) 3) สำนักงานปลัดกระทรวง ซึ่งกำกับดูแล งานของสำนักงานพัฒนาสังคมและ สวัสดิการจังหวัดจำนวน 75 จังหวัด ทำ หน้าที่ดูแลส่งเสริมและจัดสวัสดิการ สำหรับผู้สูงอายุในระดับจังหวัด		
	การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 (Second World Assembly on Ageing) ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน	UN	ผู้แทนประเทศไทยมีรอง นายกรัฐมนตรี (นพ. กระแส ชนวงษ์) และหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนเข้าร่วมประชุม
3 ก.ย. 45	ค.ร.ม. มีมติเห็นชอบให้เสนอร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุเข้าสู่การพิจารณาของสภา ผู้แทนราษฎร	กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	มี 15 มาตรา
30 ค.ค. 45	สภาผู้แทนราษฎร มีมติรับหลักการ ร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ.....และเสนอตั้ง กรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่าง 35 คน		
ม.ค. 46	โครงการนำร่องอบรมอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน	สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและ พิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และ ผู้สูงอายุ (สท.) โดยสำนัก ส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) กระทรวงการพัฒนา สังคมฯ	4 ภาค ภาคละ 2 จังหวัด รวม 640 คน
19 มี.ค. 46	สภาผู้แทนราษฎรพิจารณาผ่าน ร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ.		มี 22 มาตรา
4 เม.ย. 46	วุฒิสภามีมติรับหลักการร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ..... และเสนอตั้ง คณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่าง พ.ร.บ. 25 คน		
9 เม.ย.	การจัดงานมหกรรมสัปดาห์ผู้สูงอายุ แห่งชาติ	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ ผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนา	นำกิจกรรมผู้สูงอายุและกิจกรรม ครอบครัวมาผนวกรวมกันเป็น

ปี	กิจกรรม	เจ้าภาพ	หมายเหตุ
46		สังคมและความมั่นคงของมนุษย์	ครั้งแรก
19 พ.ค. 46	วุฒิสภาผ่านร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ.		มี 22 มาตรา
พ.ค. 46	ปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเติม ระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2542	สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ (สท.)	ให้สอดคล้องกับการปรับโครงสร้าง ตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545
ธ.ค. 46	ประกาศใช้ พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546	กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ	มี 24 มาตรา
2547	ปรับภารกิจของสถานสงเคราะห์คนชราในความรับผิดชอบของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการและเปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งเปิดเพิ่ม 4 แห่ง ที่จังหวัดปทุมธานี นครพนม ลำปาง และสงขลา	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ	ภารกิจหลักของศูนย์ฯ 1. เป็นศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2. เป็นศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา 3. เป็นศูนย์การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน 4. เป็นศูนย์การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในสถาบัน 5. เป็นศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ประสบปัญหา 6. เป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านผู้สูงอายุแก่หน่วยงานภาครัฐและเอกชน
2548	Home Health Care	กรมอนามัย	ในโรงพยาบาล 26 แห่ง
2549	Home Health Care	กรมอนามัย	ในโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, และร้อยละ 50 ในโรงพยาบาลชุมชน

กำหนดการประชุม การประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ
เรื่อง “ทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย”
ณ ห้องประชุม VIP.1 สโมสรกองทัพบก ถนนวิภาวดี-รังสิต กรุงเทพมหานคร
วันพุธที่ 20 สิงหาคม 2551 เวลา 13.00 - 16.30 น.

ประธานที่ประชุม แพทย์หญิงลัดดา คำการเลิศ
เลขานุการที่ประชุม ทพญ.ชื่นตา วิชาวุธ

13.00-13.30 น.

ลงทะเบียน

- 13.30-14.30 น. กล่าวรายงานความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการประชุม

วิชาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

โดย ทพญ.ชื่นตา วิชาวุธ

ผู้จัดการชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

อภิปรายนำ “ทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย”

- “ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุในไทย”

โดย ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

- รูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน”

โดย ผศ. ร้อยเอก หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- รูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชนและครอบครัว”

โดย รศ. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

14.30-16.15 น.

ร่วมอภิปราย และร่วมแสดงความคิดเห็น

16.15-16.30 น.

สรุปผลการประชุม และปิดการประชุม

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

กลุ่มนักวิชาการ

ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ผศ.ดร.นาริรัตน์ จิตรมนตรี, รศ.ประคอง อินทรสมบัติ, ศ. นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, พญ.ลัดดา คำการเลิศ, ผศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา, ผศ.ร.อ.หญิง ดร.วาสนา วิเศษฤทธิ์, ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, รศ.วิไลวรรณ ทองเจริญ, รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สารัตต์, นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, อ.ดร.สาวิตรี ทยานศิลป์, อ.ปรียานุช ไชกชนวิเศษ, ศ.ดร.สมจิต หนูเจริญกุล, นพ.ขวัญชัย วิเศษฐานันท์, นพ.ชาญวิทย์ ทระเทพ

กลุ่มผู้ใช้ประโยชน์/องค์กรส่วนท้องถิ่น

ชุดินาฏ วงศ์สุบรรณ, ณัฐพัชร สโรบล, Yutaka Horie, ดุชนิ ทองเกลี้ยง, ธิดา ศรีไพพรรณ, ประจักษ์ เกียนนอก, ปัทมา เชมะพรรค, ผลามาศ กมลพรวิจิตร, พกษา บุญบุญ, พงศนิพนธ์ เหลืองไพบุลย์, วัฒนศักดิ์ จังจุญ, นพ.วัฒนา เทียมปฐม, ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, สุกโชค พุ่มแดงอ่อน, นพ.สมชาย ตรีทิพย์สถิต, สมพงษ์ วงศ์กาฬสินธุ์, สุเนตร ศิลปชัยเดช, อินทรา พัวสกุล, อิศราพร วงษารูญ, อุดม การะนันท์, บุญวัฒน์ ไทร้อย, อรุณ วรชุน, สมร พรหมพิทักษ์กุล, วาสนา เรืองโชติ, ธนิกานต์ ศักคามร, พัทธรา เติยรพัทธ์, ชมพูนุช ดันติถาวร

ทีมสื่อ

เนาวรัตน์ ชุมขวง, ภาณุเบศร์ มหาเรืองชัย, อำร บรรจง, สมเกียรติ ดิเรก, สุทธิสา สวัสดิ์, อรปวีณ์ บัวชู

คณะทำงาน

กุลธิดา จันทรเจริญ, ฉัตรทิพย์ วงษ์ปิ่นแก้ว, จูติมา นวชินกุล, ธนกร ทองศรี, ทพญ.ชนดา วิชาวุธ, ผศ.สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล, พัชรินทร์ แดงศรี, พงศ์ธร จันทรศรี, พินธดา ธนกรทวีโชติ, อ้อมจันทร์ วงศ์สดสาย, เยาวภา สันติกุล

เวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบาย
เรื่อง “ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ”
ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ หลักสี่ กรุงเทพมหานคร
วันพฤหัสบดีที่ 30 ตุลาคม 2551 เวลา 08.30 - 16.30 น.

08.30 - 09.00 น.	ลงทะเบียน
09.00 - 09.20 น.	พิธีเปิด โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
09.20 - 09.35 น.	บรรยายพิเศษ เรื่อง “การดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยที่จากอดีตสู่อนาคต” โดย คุณอุบล หลิมสกุล รองปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
09.35 - 09.55 น.	นำเสนอ เรื่อง “ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว” โดย รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
09.55 - 10.25 น.	นำเสนอ เรื่อง “ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ” โดย ดร.นงลักษณ์ พะไยยะ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
10.25 - 10.40 น.	พัก
10.40 - 12.00 น.	อภิปรายทั่วไป “การพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ” กลุ่มย่อยที่ 1 ห้องประชุมใหญ่ กลุ่มย่อยที่ 2 ห้อง 5 ประธานที่ประชุม เลขานุการที่ประชุม ประธานที่ประชุม เลขานุการที่ประชุม นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ทพญ.ชั้นตา วิชชาวุธ นพ.บรรลु ศิริพานิช พญ.ลัดดา คำภิระเลิศ
12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 13.30 น.	นำเสนอ เรื่อง “ระบบการประกันคุณภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันและที่บ้าน” โดย ผศ.รอ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
13.30 - 15.30 น.	อภิปรายทั่วไป “หนทางสู่การปฏิบัติ: ใครทำอะไร..เมื่อไร..อย่างไร” ประธานที่ประชุม เลขานุการที่ประชุม นพ. บรรลุ ศิริพานิช นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
15.30 - 16.00 น.	สรุปผลการประชุมและปิดการประชุม

.....

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

Ms.Pimsai Fooklio, Dr.Yutaka Horie,คุณกมลลาศ ทองมีสิทธิ์,คุณกฤษณา ศรีขมณีนรัตน์,คุณกษิณ ชันธรัตน์,คุณจรรยา วัฒน ทัพบจันทร์,นพ.ชาญวิทย์ ทรัพย์เทพ,คุณธิดา ศรีไพพรรณ,คุณธีรพัฒน์ ถังมาดย์,คุณนพดล แก้วสุพัฒน์,คุณนัยนา คงสาหร่าย,พญ.นาฏ ฟองสมุทร,คุณปราณีต ถาวร,อ.ดร.ปรีชา นุช ไชยชนวินิชย์,คุณผกามาศ กมลพรวิจิตร,ศ.เกียรติคุณ นพ.พงษ์ศิริ ประรณาดิ,คุณพจนา ธรรมรัตน์พฤกษ์,คุณพณินันท์ เหลืองไพบูลย์,คุณพัชรา เสถียรพักรณ์,คุณแพรวเอี่ยมน้อย,คุณภัทรวดี ปานขาว,คุณภาณี วัฒนา,รศ.ดร. รัชนี สรรเสริญ,ผศ.วรรณรัตน์ ลาวัณ,คุณวราภรณ์ สุวรรณเวลา,คุณวริยา สันธุเสก,คุณวารี สุรสิทธิ์,คุณวิสุทธิ บุญญะโสรัถ,ทพ.ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ,อาจารย์ศิริลักษณ์ สืบวงศ์แพทย์,คุณสมพร สมสุข,คุณสุภรณ์ รัตนชาติชัย,คุณสุลิพันธุ์ โสคันดา,คุณพจณี นารณาริจ,คุณสุวรรณ หิรัณยรัชต์,อาจารย์ อโนชา ทัศนาศนชัย,คุณอมรา ปงกันทา,คุณอรจิตร บำรุงสกุลสวัสดิ์,คุณอรพรรณ ปรีสพันธ์,ผศ.อังคณา สิริภรณ์,คุณ อัญชลี คตอนุรักษ์,นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ,นพ.ขวัญชัย วิเศษฐานันท์,คุณพันทิพย์ วรรณเวลา,คุณนิดาปัดทุม, นพ.มนู วาทีสุนทร,คุณวงวัฒน์ ลีวลักษณ์,นพ.สุกกิจ ศิริลักษณ์,คุณไพจิตร ลือสกุลทอง,คุณกอบกุล กว้างชวน, คุณเพ็ญภา อุ่นสนิท,คุณสุภาพร กิตติหล้า,คุณอัญชลี เสรีวุฒิพงศ์,คุณพฤกษา บุญบุญ,คุณชนิษฐา กลิ่นสีทุม, คุณนาฏอนงค์ เจริญสันติสุข

กลุ่มนักวิชาการ

นพ. บรรลุ ศรีพานิช,นพ.วิชัย ไชยวัฒน์,นพ.สมศักดิ์ ชุมหรัศม์,พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ,รศ.ดร.ชนิษฐา นันทบุตร,ดร.คุณลดา จามจุรี,ศ.เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล,ผศ.ดร. นาริรัตน์ จิตรมนตรี,รศ. ประครอง อินทรสมบัติ,นพ.ประพจน์ เกตุราภาส,ศ.นพ. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล,รศ.ระพีพรรณ คำหอม,รศ.เล็ก สมบัติ,รศ.ดร. วรรณภา ศรีชัยรัตน์, พญ.วัชราร วัชรไพบูลย์, ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์,รศ.วิไลวรรณ ทองเจริญ,รศ.สมจินต์ เพชรพันธ์ศรี,นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, อ.ดร.สาวิตรี ทยานศิลป์,พญ.สุพัตรา ศรีวัฒนชากร,พญ.อินทิรา พัวสกุล,รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร,ดร.นงลักษณ์ พะไยกยะ, ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัดย์, คุณอุบล หลิมสกุล, ทพญ. ชื่นดา วิชชาวุธ, ผศ.สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล

ทีมสื่อ

คุณเนาวรัตน์ ชุมขวง,คุณภาณุเบศร์ มหาเรือนขวัญ,ไทยโพสต์,กรุงเทพธุรกิจ,ทำดี มีเดีย,ข่าวสด,มติชน

คณะทำงาน

คุณฐิติมา นวชินกุล, คุณสุภาวดี นุชรินทร์,คุณฉัตรทิพย์ วงษ์ปิ่นแก้ว,คุณธนกร ทองศรี,คุณพัชรินทร์ แดงศรี, คุณศิริพร ชันธวิธิ, คุณอ้อมจันทร์ วงศ์สดสาย,คุณพงษ์ธร จันทร์ศรี, คุณพินธดา ธนกรทวีโชค, คุณวริฏฐา แก้วเกตุ, คุณเขาวภา สันติกุล