

บทคัดย่อ

โครงการวิจัย “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เพื่อศึกษารูปแบบ วิธีการ และระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว และเพื่อศึกษาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 ทั้งที่พึ่งตนเองได้ จำนวน 1,184 คน และผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 249 คน และการสนทนากลุ่ม กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน จำนวน 25 กลุ่ม สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาว พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแล 2 ด้านหลักๆ ได้แก่ ความต้องการการดูแลบริการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสถานบริบาลคนชรามากกว่าต้องการอยู่บ้านหรืออยู่กับครอบครัว ครอบครัวของผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดูแล ความต้องการการบริการทางสังคมพบว่าผู้สูงอายุต้องการให้มีการจัดผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่ออยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ ของระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าประเทศไทยยังมีระบบการดูแลระยะยาวอย่างไม่เป็นรูปธรรม เน้นการดูแลจากครอบครัวและการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว สำหรับต่างประเทศเน้นการดูแลจากครอบครัวเช่นกัน และมีการจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพและระบบการดูแลระยะยาวตั้งแต่วัยทำงาน และแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ได้แก่ การทำแผนและเตรียมงบประมาณรองรับ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มและคนในชุมชน ในการดูแลคนในครอบครัว ชุมชน การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และการใช้เครือข่ายภายนอกชุมชนร่วมดูแล

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ (สสว.) ควรส่งเสริมหน่วยงานในพื้นที่ให้นำข้อมูลด้านผู้สูงอายุไปใช้ประโยชน์เพื่อจัดบริการด้านระบบการดูแลทางสังคมแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการ และกรมกิจการผู้สูงอายุ ควรเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจเยี่ยมบ้าน การบริการทางสังคมให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

Abstract

The objectives of Social Care System and Long Term Care for Elderly at home and in community are to study needs and compare models procedures of social care system and long term care for elderly between Thai and international and to acquire the guidelines on social care system and long term care for elderly at home and in community. This research applies both quantitative and qualitative methodology. The sampling population is the people aged sixty years old and up who settle in responsible area of Technical Promotion and Support Office 1- 12; furthermore, the purposive sampling are chosen of 249 dependent elderly and 1,184 independent elderly. To fulfill the information received, the focus group consisting of stakeholder in elderly care services and the care givers total 25 group is considered conducted as well.

The study results of social care and long term care needed have been found that elderly truly require in two criteria which are health care and social care consequently. Dependent elderly need nursing home more than living at home or with families due to inadequate expense. When elderly are in dependent status, they need the coordinator in planning and organizing service cares. In terms of comparing models procedures of social care system and long term care for elderly between Thai and international, Thai has no concrete social care and long term care, mostly aiming to Residual model of social welfare. On the other hands, international countries emphasize on family care and co-pay into Health Care Insurance since working. The core relating cares and the supportive cares are divided in two groups who are core crucial in elderly care and relating in care support. The guidelines in dependent elderly care are conducting plans and budget allocation, strengthen people in community, continuous care and applying outer networks to mutual service cares.

In terms of recommendations, Technical Promotion and Support Offices have to encourage local organizations in elderly information application in order to meet the proper need of elderly. Moreover, the Department of Elderly Affairs should empower elderly volunteer through elderly health care data based collection, home visiting; as well, the Department of Elderly Affairs should provide social services for elderly in community.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาเรื่อง “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เพื่อศึกษารูปแบบ วิธีการ และระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว และเพื่อศึกษาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่มีทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ และให้มีความหลากหลายในทุกเพศ และประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการสังคมจากส่วนราชการในระดับตำบลและระดับอำเภอ ผู้นำชุมชน หรือผู้แทนชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และหน่วยงานหรือบุคคลที่ทำหน้าที่ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ เป็นการใช้แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และแบบสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการใช้แบบสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถาม 2 ชุด สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 249 คน และผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ จำนวน 1,184 คน ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 รวมจำนวน 392 คน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาที่พบมีประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

ความต้องการบริการสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสถานบริบาลผู้สูงอายุมากกว่าต้องการอยู่บ้านหรืออยู่กับครอบครัว โดยเมื่อพิจารณาถึงสถานภาพในครอบครัวแล้วพบว่าผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง แต่เมื่อให้ครอบครัวของผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าครอบครัวของผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า “ปัญหาของผู้สูงอายุที่มักประสบ คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และเมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามมา ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนไม่เพียงพอ” ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพโดยครอบครัวหรือชุมชน ที่จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ จึงมีความต้องการจะได้รับการจากสถานบริบาลผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการที่มีประสิทธิภาพมาก

ยิ่งขึ้น ในส่วนของระบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ที่เป็นบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน ส่วนความต้องการบริการทางสังคม พบว่า รูปแบบการบริการทางสังคมผู้สูงอายุนั้นต้องการให้มีการจัดผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่มีความต้องการผู้ให้บริการที่เป็นวิชาชีพ

ความต้องการบริการทางสังคม โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการมากที่สุดในการบริการทางสังคมจากผู้ให้บริการที่เป็นวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมา มีความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน มีความต้องการบริการสวัสดิการสังคม มีความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัครและมีความต้องการการบริการดูแลในชุมชนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกันตามลำดับ สำหรับความต้องการบริการทางสังคมที่เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า มีความต้องการมากที่สุดในการดูแลด้านการเงินและกฎหมายมีค่าเฉลี่ยระดับมาก รองลงมา มีความต้องการการดูแลด้านสุขภาวะส่วนตัวมีค่าเฉลี่ยระดับมาก มีความต้องการการดูแลด้านผู้ช่วยงานบ้านมีค่าเฉลี่ยระดับมาก มีความต้องการการดูแลด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง และความต้องการการดูแลด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง สำหรับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้านผู้ให้บริการวิชาชีพ พบว่า ที่มีความคาดหวังต่อผู้ให้บริการวิชาชีพสูงสุด คือ ด้านผู้จัดการดูแล (care manager) ที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล ด้านบริการเข้าถึงบ้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มีความคาดหวังอยู่ในระดับมาก คือ ความคาดหวังต่อระบบอาสาสมัครช่วยดูแลที่บ้าน และด้านบริการรถรับส่ง พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความคาดหวังต่อหน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉินและการบริการรับส่ง

ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมา มีความคาดหวังต่อสถานพยาบาล/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และความคาดหวังต่อบริการดูแลผู้สูงอายุซึ่งค่าเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับมากเท่ากัน ตามลำดับ

ส่วนความคาดหวังต่อบริการทางสังคม พบว่า ความคาดหวังต่อการสนับสนุนทางการเงิน และรายได้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากและสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่นๆ รองลงมาเป็น ความคาดหวังต่อบริการรถรับส่ง ความคาดหวังต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ ความคาดหวังต่อการสนับสนุนต่างๆ ที่ไม่ใช่เงิน และความคาดหวังต่อบริการเข้าถึงบ้านซึ่งค่าเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับมากเท่ากันตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการด้านสังคมในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น
2. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ ควรส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุและระบบบริการต่างๆ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการแต่ละพื้นที่ ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ ในชุมชน นำข้อมูลผู้สูงอายุแต่ละประเภทไปใช้ประโยชน์เพื่อจัดบริการด้านระบบการดูแลทางสังคมแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการ

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจเยี่ยมบ้าน การบริการทางสังคมให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานในพื้นที่ (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล)

1. ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งประชากรในพื้นที่และประชากรแฝงเพื่อให้สามารถให้บริการอย่างครอบคลุมได้

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสร้างความเข้าใจระบบทะเบียนกลางให้กับผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นฐานเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิบริการทางด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในจังหวัด อบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้กับครอบครัวและชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

คำนำ

โครงการวิจัยเรื่อง “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” เป็นความร่วมมือของนักวิจัยสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 6 เป็นเจ้าภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เพื่อศึกษารูปแบบ วิธีการ และระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว และเพื่อศึกษาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน โดยเก็บข้อมูลในเขตจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12

ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ก่อให้เกิดรูปแบบและแนวทางในการจัดระบบการดูแลทางสังคม รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน และเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้นำชุมชน, เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งคณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ที่ปรึกษาโครงการ นายวีระศักดิ์ นิมิตฺภะริยะ ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอาสาสมัครในชุมชนที่ได้ร่วมปฏิบัติการจนสำเร็จลุล่วง ผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการนำเสนอข้อมูลไปใช้เพื่อการพัฒนาบริการสำหรับผู้สูงอายุต่อไป คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานผลการวิจัยการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ศึกษาด้านผู้สูงอายุต่อไป

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12

กันยายน 2558

สารบัญ

บทคัดย่อ

Abstract

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

คำนำ

สารบัญ

สารบัญตาราง

บทที่	หน้า
1. บทนำ	
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์ของการศึกษาวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2. การทบทวนวรรณกรรม	
แนวคิดสวัสดิการสังคมและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ	8
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	21
กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	23
แนวคิดการดูแลทางสังคม	31
แนวคิดการดูแลระยะยาว	43
แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	52
3. วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย	62
การวิเคราะห์ข้อมูล	64
การนำเสนอข้อมูล	65
ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา	65

4. การศึกษาเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวและการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ

ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย	67
แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวฯ พ.ศ.2557-2561	80
ระบบการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ	83
- ประเทศสหรัฐอเมริกา	83
- ประเทศสหราชอาณาจักร	87
- ประเทศญี่ปุ่น	91
- ประเทศออสเตรเลีย	96
- ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	99
สรุปบทเรียนจากการทบทวนประสบการณ์ของประเทศไทยและต่างประเทศ	103

5. ความต้องการและความคาดหวังต่อการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวฯ ในครอบครัวและชุมชน

ตอนที่ 1 ความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	105
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	106
ส่วนที่ 2 ความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	110
ส่วนที่ 3 ความต้องการบริการดูแลทางสังคม	115
ตอนที่ 2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาว	134
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้	135
ส่วนที่ 2 ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเอง	140

6. แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลยาว

ตอนที่ 1 สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่	152
ตอนที่ 2 บริการสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน	154
ตอนที่ 3 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ	167
ตอนที่ 4 การกำหนดนโยบาย และลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ	174
ตอนที่ 5 แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน	185

7. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา	193
การอภิปรายผล	195
ข้อเสนอแนะ	202

ภาคผนวก

เครื่องมือเชิงปริมาณ
เครื่องมือเชิงคุณภาพ
ผลการศึกษาดูงานต่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 5.1	เพศและอายุของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
ตารางที่ 5.2	สถานภาพของผู้สูงอายุ
ตารางที่ 5.3	ศาสนาของผู้สูงอายุนับถือ
ตารางที่ 5.4	รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ
ตารางที่ 5.5	ความพอเพียงของรายได้ครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ
ตารางที่ 5.6	สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงใช้
ตารางที่ 5.7	ลักษณะการเป็นโรคของผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน
ตารางที่ 5.8	ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
ตารางที่ 5.9	ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน
ตารางที่ 5.10	เครือข่ายที่พึ่งพานอกจากสมาชิกในครอบครัว
ตารางที่ 5.11	ระดับรูปแบบการบริการสุขภาพที่ต้องการ
ตารางที่ 5.12	ระดับความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน
ตารางที่ 5.13	ระดับความต้องการการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน
ตารางที่ 5.14	ระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน
ตารางที่ 5.15	ระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร
ตารางที่ 5.16	ระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน
ตารางที่ 5.17	ระดับความต้องการบริการดูแลในชุมชน
ตารางที่ 5.18	ระดับความต้องการบริการสวัสดิการสังคม
ตารางที่ 5.19	ระดับความต้องการด้านสุขภาวะส่วนตัว
ตารางที่ 5.20	ระดับความต้องการด้านผู้ช่วยงานบ้าน
ตารางที่ 5.21	ระดับความต้องการด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก
ตารางที่ 5.22	ระดับความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้านการเงินและกฎหมาย
ตารางที่ 5.23	ระดับความต้องการการดูแลด้านจิตใจ
ตารางที่ 5.24	ความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
ตารางที่ 5.25	เพศและอายุของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 5.26	สถานภาพและศาสนาของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้	136
ตารางที่ 5.27	รายได้ของครอบครัวของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้	136
ตารางที่ 5.28	ความพอเพียงของรายได้ในการใช้ชีวิตประจำวัน	137
ตารางที่ 5.29	โรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้	138
ตารางที่ 5.30	สิทธิการรักษาของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้	138
ตารางที่ 5.31	รูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัว	139
ตารางที่ 5.32	เครือข่ายการดูแล	139
ตารางที่ 5.33	ความคาดหวังผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อพึ่งพิงตนเองไม่ได้	140
ตารางที่ 5.34	เหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลในกรณีที่ดูแลตัวเองไม่ได้ (กรณีเจ็บป่วย เรื้อรัง/ ทุพพลภาพ)	141
ตารางที่ 5.35	ความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อบุคคลที่จะออกค่าใช้จ่าย กรณี พึ่งพิงตนเองไม่ได้	141
ตารางที่ 5.36	ความคาดหวังต่อบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	142
ตารางที่ 5.37	ความคาดหวังต่อสถานบริการ/ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	143
ตารางที่ 5.38	ความคาดหวังต่อบริการดูแลผู้สูงอายุ	144
ตารางที่ 5.39	ความคาดหวังต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ	144
ตารางที่ 5.40	ความคาดหวังต่อบริการเข้าถึงบ้าน	145
ตารางที่ 5.41	ความคาดหวังต่อบริการรถรับส่ง	146
ตารางที่ 5.42	ความคาดหวังต่อการสนับสนุนทางการเงินและรายได้	147
ตารางที่ 5.43	ความคาดหวังต่อการสนับสนุนต่างๆ ที่ไม่ใช่เงิน	148
ตารางที่ 5.44	ความต้องการในการรับบริการ	148
ตารางที่ 5.45	ความคาดหวังต่อบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ตนเองไม่ได้	149

บทที่ 1

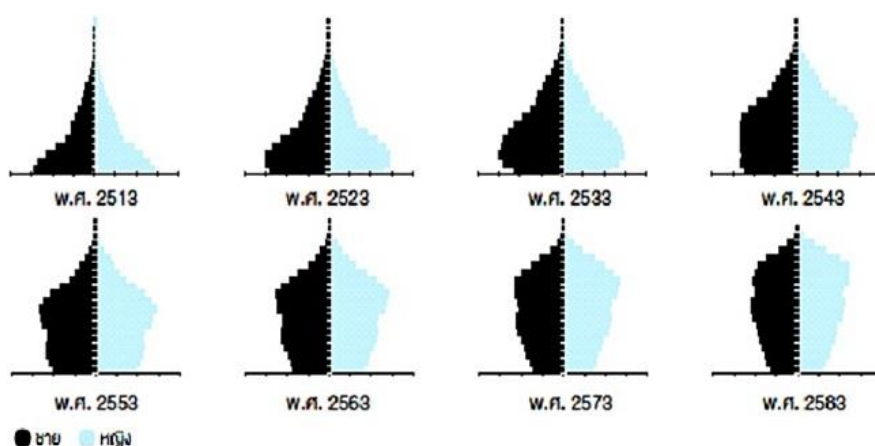
บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมาโครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชากรไทยกำลังสูงอายุน้อยอย่างรวดเร็ว สาเหตุที่ทำให้ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ได้แก่ อัตราเกิดที่ลดลงและอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น พิระมิตประชากร ณ เวลาต่างๆ แสดงให้เห็นการสูงอายุน้อยของประชากรไทยได้อย่างชัดเจน พิระมิตประชากรเป็นแผนภาพที่แสดงโครงสร้างอายุและเพศของประชากรชายและหญิงในแต่ละช่วงวัยต่างๆ ด้วยกราฟแท่งที่วางตามแนวนอน กราฟแต่ละแท่งจะแสดงกลุ่มอายุและวางเรียงกันจากกลุ่มอายุน้อยที่สุดอยู่ล่างสุด และกลุ่มอายุที่สูงขึ้นไปจนถึงกลุ่มอายุสุดท้าย กราฟแท่งแสดงอายุของประชากรชายจะอยู่ทางซ้ายและประชากรหญิงอยู่ทางขวา โครงสร้างอายุของประชากรไทยในอดีตมีรูปลักษณะเหมือนกับประชากรที่มีอัตราเกิดและตายสูง คือ มีฐานพิระมิตกว้างและยอดแหลม สัดส่วนและจำนวนประชากรวัยเด็กจะมีมากกว่าประชากรวัยสูงอายุตลอดมา เมื่อนับร้อยปีก่อนประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยน่าจะมีประชากรวัยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี คิดเป็นอัตราส่วนเกือบร้อยละ 50 หรือเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีอยู่ไม่ถึงร้อยละ 5 ดังแผนภาพที่ 1.1 (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 , มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย: น.18-21)

แผนภาพที่ 1.1

แสดงข้อมูลพิระมิตประชากรไทยแต่ละช่วงเวลา



แหล่งข้อมูล:

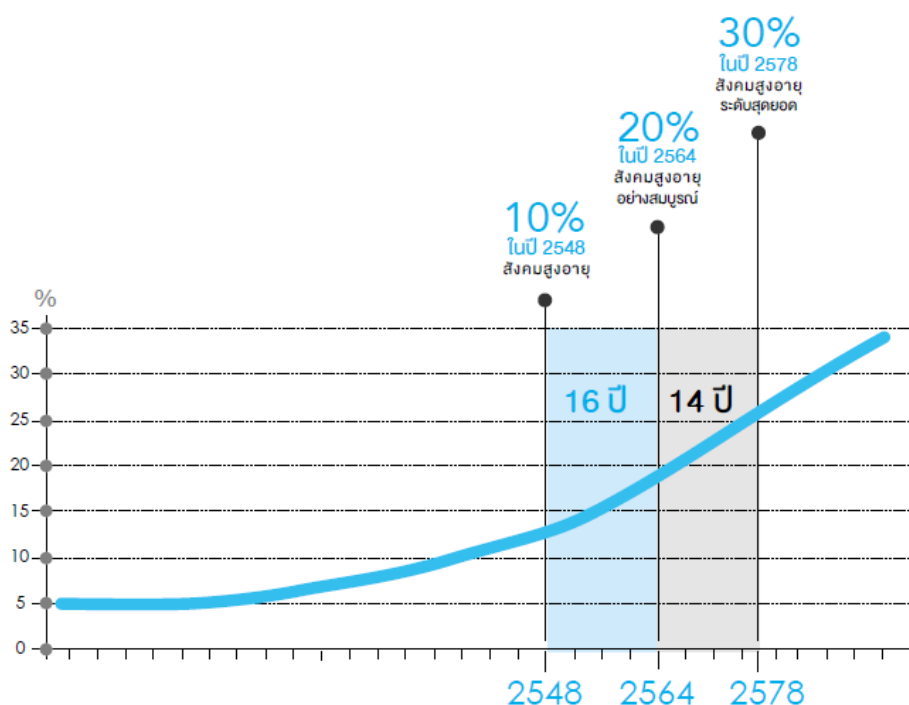
1) สำนักทะเบียนราษฎรและทะเบียนกลาง พ.ศ. 2513, 2533, 2553, 2573 และ 2583 สำนักทะเบียนราษฎรและทะเบียนกลาง

2) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583, สำนักทะเบียนราษฎรและทะเบียนกลางและสำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากข้อมูลแผนภาพที่ 1.1 เมื่อเปรียบเทียบพีระมิตประชากรไทยในช่วงห้าสิบปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ.2513, 2523, 2533, 2543, 2553 และต่อไปในอนาคตในปี 2563, 2573 และ 2583 จะเห็นได้ชัดว่าพีระมิตของประชากรไทยมีการเปลี่ยนรูปไปจากในอดีตเมื่อ 40-50 ปีก่อน ที่พีระมิตมีฐานกว้างสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ใน พ.ศ. 2513 คิดเป็นร้อยละ 45 ของประชากรทั้งหมด อันเนื่องมาจากในช่วงเวลานั้น ประเทศไทยยังมีการเกิดสูงและการตายที่สูงทำให้อายุขัยของพีระมิตมีลักษณะแคบ สัดส่วนของประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น จนในปี 2533 ฐานพีระมิตเริ่มแคบลง เพราะอัตราเกิดได้ลดต่ำลง ส่วนบนของพีระมิตเริ่มบานขึ้น เพราะชีวิตคนไทยยืนยาวขึ้น มาถึงในปี 2543 และ 2553 ที่ฐานของพีระมิตแคบลงไปอีก ในปี 2553 สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง เหลือร้อยละ 19 ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13 ในอนาคตฐานของพีระมิตจะยิ่งแคบเข้า และส่วนยอดจะกว้างมากขึ้น จนในที่สุดปี 2583 สัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 13 และสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32 อันเป็นผลมาจากอัตราเกิดของประเทศไทยที่มีแนวโน้มว่าจะลดต่ำลงไปอีก ในขณะที่อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยจะยืนยาวขึ้น

แผนภาพที่ 1.2

อัตราส่วนร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2503-2583



ที่มา : รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2556: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2557

จากข้อมูลแผนภาพที่ 1.2 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จากการที่ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในอีกไม่เกิน 10 ปีข้างหน้า นับจากนี้หรือราว พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) เมื่อประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 และจะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดประมาณ พ.ศ. 2578 ในอนาคตอันใกล้นี้ เมื่อประชากรรุ่น “เบบี้ บูม” ของประเทศไทยซึ่งเป็นคลื่นประชากรที่ใหญ่มากเคลื่อนตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ จะทำให้จำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว ขณะนี้ประชากรรุ่นเกิดล้านหรือคนที่เกิดระหว่างปี 2506 - 2526 (พ.ศ.2556 มีอายุระหว่าง 30-50 ปี) กำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อประชากรกลุ่มนี้เข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก็จะยิ่งทำให้ประชากรไทยสูงวัยเร็วขึ้น และเมื่อประชากรรุ่นเกิดล้านเข้าสู่วัยสูงอายุเกือบจะทั้งหมด ก็จะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่เพิ่มความต้องการบริการด้านต่างๆ ทั้งการดูแลด้านสุขภาพอนามัยและการจัดสวัสดิการของรัฐอย่างมหาศาล (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2556 : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2557)

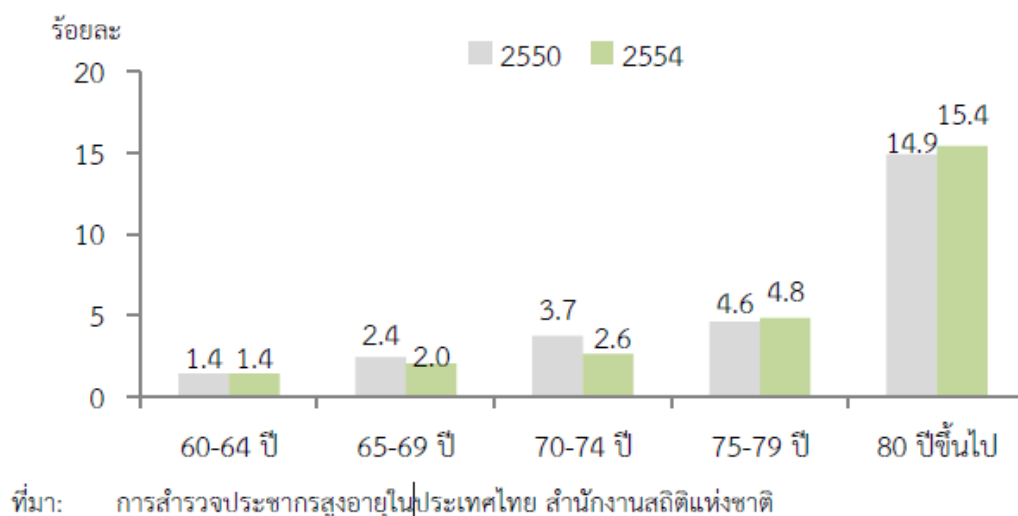
จากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 โดยกรมอนามัยร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แต่มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ส่วนที่เหลือร้อยละ 95 เจ็บป่วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 41 เบาหวาน ร้อยละ 18 ข้อเสื่อม ร้อยละ 9 พิกการ ร้อยละ 6 ซึมเศร้า ร้อยละ 1 และผู้ป่วยนอนติดเตียง ร้อยละ 1 สอดคล้องกับอัตราป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากที่สุด ในอัตรา 8,957.5 รายต่อประชากรแสนคน และ 5,331.5 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ทั้งนี้ ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ไม่รู้ตัวว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังในระยะต้น เนื่องจากยังไม่แสดงอาการ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้ เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต/อัมพฤกษ์) เป็นต้น นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุยังนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยจะพบมากยิ่งขึ้น และมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น

การป้องกันและแก้ไขปัญหสุขภาพในผู้สูงอายุควรเป็นไปในเชิงรุกนอกสถานพยาบาล เน้น **บทบาทครอบครัวและชุมชน** ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้ถูกต้อง และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสในการเป็นโรคเรื้อรัง ขณะที่ภาครัฐก็ควรพัฒนาระบบการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสหนึ่ง ปี 2557, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สืบค้นจากเว็บไซต์ http://www.nesdb.go.th/temp_social/data/Social_Outlook_Q1-2014.pdf เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558) ดังข้อมูลแผนภาพที่ 1.2 จะพบว่า ในปี 2554 ประชากรสูงอายุที่มี

อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป จะมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (ภาวะทุพพลภาพ) หรือที่เรียกว่า “ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง” มากกว่าปี 2550 จึงเป็นสิ่งที่ครอบครัวและชุมชนจะต้องปฏิบัติงานเชิงรุกในการส่งเสริมด้านสุขภาพแก่ประชากรสูงอายุในพื้นที่ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น

แผนภาพที่ 1.3

ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน



ซึ่งจากการสำรวจสถานการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในไทยปี 2552 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง จำนวน 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่าหรือ 280,000 คน ในปี 2567 ในขณะที่ครัวเรือนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลงเป็นผลจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมืองและการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกบ้านของสตรี ทั้งนี้พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง แต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13 ในกลุ่มเดียวกัน (รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long-Term Care) สำหรับประเทศไทย ดังนั้น การวางแผนเตรียมการป้องกันปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในอนาคต การเตรียมการจะสามารถดำเนินการในรูปแบบของการกำหนดนโยบาย การศึกษาค้นคว้าทางวิชาการ การพัฒนาระบบการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง โดยจะต้องเป็นระบบที่ครอบคลุมด้านต่างๆ อาทิ การส่งเสริมทัศนคติ การพัฒนาระบบสวัสดิการแก่ผู้ดูแลครอบครัวและการพัฒนาระบบบริการทางสังคมและบริการด้านสุขภาพ ซึ่งการดำเนินการต่างๆ เหล่านี้ ถือได้ว่าเป็นระบบที่ต่อเนื่องและดำเนินการในระยะยาว โดยแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้ความหมายว่า การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้าน

สุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ ส่วนลักษณะบริการเป็นการผสมผสานบริการ และการกระทำระหว่างระบบสุขภาพและสังคมที่ได้จัดขึ้นสำหรับประชาชนทั้งจากผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน และผู้ดูแลที่เป็นทางการ ได้แก่ นักวิชาชีพต่างๆ และผู้ที่เกี่ยวข้อง อาจรวมถึงการดูแลที่ต้องกระทำโดยเป็น ประเพณีปฏิบัติ หรือจากอาสาสมัคร

สำหรับผู้สูงอายุนั้น การดูแลระยะยาวที่เหมาะสมควรครอบคลุมการเคารพในค่านิยมของปัจเจกบุคคล ความพึงพอใจและความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการ รูปแบบการให้บริการดูแลระยะยาวนั้น อาจจัดขึ้นในสถาบัน หรืออาจจัดขึ้นในครอบครัว ระบบบริการเหล่านี้ชุมชน และประชาชนทุกกลุ่มวัยต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เมื่อพิจารณาถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวรายละเอียดของข้อมูลตัวอย่างผลการประมาณการต้นทุนรวมเฉลี่ย และต้นทุนเฉลี่ยรายประเภท แบ่งตามระดับการพึ่งพาผู้อื่นซึ่งดำเนินการศึกษาโดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุในปี 2553 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นมากจะมีต้นทุนรวมเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นน้อย และเมื่อพิจารณาแยกประเภทค่าใช้จ่าย ก็พบแนวโน้มของตัวเลขในแต่ละภาคเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ มีเพียงค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเท่านั้นที่ผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นน้อยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นมาก อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับพึ่งพาผู้อื่นน้อยไม่มีต้นทุนการซื้อบริการการดูแลจากภายนอกครัวเรือน (ค่าจ้างผู้ดูแล) เกิดขึ้น เลยแตกต่างกันกับผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากที่มีค่าจ้างผู้ดูแลอยู่เท่ากับ 4,605 บาทต่อคนต่อปี และหากพิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นมาก พบว่า รายจ่ายรวมเฉลี่ยต่อหัวมีค่าเท่ากับ 81,537 บาทต่อปี โดยรายจ่ายในการดูแล ด้านสุขภาพมีค่าสูงที่สุด เป็นเงิน 46,599 บาทต่อคนต่อปี (ร้อยละ 57.15) รองลงมา คือ ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลในครัวเรือนเท่ากับ 22,880 บาทต่อคนต่อปี (ร้อยละ 28.06) ส่วนค่าใช้จ่ายอื่นๆ คิดรวมเป็นร้อยละ 14.79 และหนึ่งในนี้เป็นค่าจ้างผู้ดูแลรวมอยู่ด้วยร้อยละ 5.65 (รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยผู้สูงอายุ สืบค้นจากเว็บไซต์ http://www.opp.go.th/fileupload/news/fileup/older_03_53_1390185517.pdf เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558) อย่างไรก็ตาม แม้ในกลุ่มบุคคลที่มีฐานะดี หรือกลุ่มที่มีฐานะปานกลางพอที่จะมีเงินอยู่บ้างแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือแม้แต่จะดูแลตนเองได้ก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไปก็อาจทำให้ดูแลตนเองไปได้ไม่ตลอด เพราะเงินที่เก็บออมไว้ไม่เพียงพอใช้จ่ายตลอดช่วงชีวิต หรือเพราะความสามารถที่จะดูแลตนเองถดถอยน้อยลง ดังนั้น กลุ่มบุคคลดังกล่าวควรที่จะได้รับการดูแล ปกป้อง และคุ้มครองให้สามารถดำรงชีวิตไปได้ตลอดช่วงวัยสูงอายุ

สำหรับสังคมไทยนั้น ครอบครัวถือเป็นสถาบันหลักที่ทำหน้าที่ดูแลปกป้องและตอบสนองความต้องการแก่ผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งเป็นสถาบันที่ผู้สูงอายุต้องการจะพึ่งพิงจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นล้วนแต่ทำให้ครอบครัวอ่อนแอลงไม่สามารถรับกับ

บทบาทที่คาดหวังได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถในด้านต่างๆ ให้ครอบครัวทำหน้าที่ตามที่ผู้สูงอายุคาดหวังได้ แต่อย่างไรก็ตาม ความเข้มแข็งของครอบครัวมิได้เกิดจากความสามารถของครอบครัวเพียงลำพัง แต่ต้องมีการผสมผสานระหว่างชุมชนและสังคมด้วย ดังนั้น การนำองค์ความรู้ที่ดำเนินการโดยผ่านการพิจารณาอย่างเป็นระบบและคำนึงถึงการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพมาเป็นตัวอย่างในการสร้างแนวคิดแนวทางต่างๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักในประเด็นปัญหา และสามารถที่จะนำผลที่ได้จากการศึกษามาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพครอบครัวของผู้สูงอายุ รวมไปถึงสภาพของสังคมและชุมชนของประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในอนาคต รวมไปถึงการพัฒนาที่ครอบคลุมไปในส่วนของการพัฒนาให้ประชาชนในประเทศไทยมีความรู้ ความเข้าใจ อันจะก่อให้เกิดความสามัคคี ร่วมมือ ร่วมใจ ในการสร้างสังคมที่ดำเนินด้วยฐานแห่งความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีน้ำใจ มีความเข้าใจและมีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งเพื่อให้เกิดเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่กำลังที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรง อันจะนำมาสู่ความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้นั้นในสังคมไทยต่อไป

ทั้งนี้ จากการศึกษาถึงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนนั้น พบว่า บริการสังคมและบริการการดูแลระยะยาว เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการในหลายๆ ด้าน ซึ่งบริการทางสังคมนั้น หมายถึง การบริการที่ไม่รวมถึงการช่วยเหลือทางสุขภาพ เพื่อมุ่งสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้ด้วยตนเอง การดูแลทางสังคมนั้นมีหลายประเภทไม่ว่าจะเป็นบริการในชุมชนที่เป็นลักษณะของการบริการที่จัดขึ้นเพื่อสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ในหลากหลายลักษณะโดยเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคมต่างๆ ในการจัดบริการ จึงทำให้รูปแบบการบริการที่เกิดขึ้นจึงเป็นบริการที่จัดขึ้นทั้งจากชุมชนเอง บริการที่จัดโดยองค์กรภายนอก รวมทั้งบริการที่จัดร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดบริการแตกต่างกัน ตัวอย่างบริการสังคมที่ได้มีการจัดตั้งขึ้น เช่น ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Day Care) หรือชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่วนการบริการระยะยาวนั้น หมายถึงบริการด้านสุขภาพที่มีความหลากหลาย หรือเป็นลักษณะของการดูแลส่วนบุคคลที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นเวลานาน

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้เห็นได้ว่า การหาแนวทางการจัดการระบบการดูแลทางสังคม และระบบการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและให้เกิดผลในทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต จึงกลายเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องนำมาพิจารณา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก็เป็นอีกภาคส่วนหนึ่งที่ต้องทำหน้าที่ในการแสวงหาแนวทางการจัดการ และรูปแบบการจัดสวัสดิการต่างๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความสนใจที่จะทำการศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับสภาพ

สังคมไทยเป็นเช่นไร เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ และระบบการดูแลทางสังคม และระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศเป็นอย่างไร เป็นการศึกษาแนวทางการ จัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ดังตาม วัตถุประสงค์การวิจัยต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ และระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ
3. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตพื้นที่

เป็นการศึกษาในเขตพื้นที่ตั้งสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 - 12

ขอบเขตประชากร

สำหรับประชากรเป้าหมายในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ประชากรสูงอายุไทย โดยแบ่งกลุ่มย่อยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิง ตนเองได้ และ 2. กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำในชุมชน เป็นต้น

นิยามศัพท์ของการศึกษาวิจัย

1. การดูแลทางสังคม หมายถึง การจัดให้บริการที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ เพื่อมุ่งสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้ด้วยตนเอง โดยเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และใช้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นเครื่องมือ เช่น การบริการในชุมชน การบริการดูแลจากเพื่อนบ้าน การ บริการจากอาสาสมัคร เป็นต้น

2. การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการสุขภาพที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ การก่อให้เกิดรูปแบบและแนวทางในการจัดระบบการดูแลทางสังคม และรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน โดยนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนำไปพัฒนาต่อยอดให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในชุมชน

นอกจากนี้ ผลงานวิจัยจะสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาระบบการทำงานของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในด้านการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแล และช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมไปถึงการส่งเสริมให้เกิดระบบการสนับสนุนครอบครัวผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ในรูปแบบของการดูแลระยะยาว

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

โครงการวิจัยการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน มีการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดสวัสดิการสังคมและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
4. แนวคิดการดูแลทางสังคม
 - 4.1 ความหมายการดูแลทางสังคม
 - 4.2 ลักษณะการดูแลทางสังคมผู้สูงอายุ
 - 4.3 ประเภทการดูแลทางสังคมผู้สูงอายุ
5. แนวคิดการดูแลระยะยาว
 - 5.1 นิยามการดูแลระยะยาว
 - 5.2 ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการการดูแลระยะยาว
 - 5.3 รูปแบบการดูแลระยะยาว
6. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
 - 6.1 พัฒนาการของแนวคิด
 - 6.2 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
 - 6.3 ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดสวัสดิการสังคมและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1.1 แนวคิดในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1) แนวคิดการลดการพึ่งพาบริการของรัฐ (Deinstitution Approaches)

เมื่อแนวโน้มประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากจำนวน 1.21 ล้านคน ปีพ.ศ. 2503 เป็น 4.02 ล้านในปี พ.ศ. 2541 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.78 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2563 (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล 2541: 1) รวมทั้งอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของหญิงเพิ่มขึ้นจาก 71.1 ในปี 2539 เป็น 74.9 ในปี 2541 และอายุขัยเฉลี่ยของชายเพิ่มขึ้นจาก 66.6 ปี เป็น 69.9 ปี ซึ่งสูงกว่าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชนคือ หญิง 68 ปี และชาย 64 ปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2542) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมตามแนวคิดรัฐสวัสดิการ

ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด บริการที่จัดไม่เพียงพอ และเกิดความไม่เป็นธรรมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งไม่สามารถกระจายบริการได้อย่างทั่วถึง

รัฐเริ่มนำแนวคิดการลดการพึ่งพาบริการจากรัฐ (Deinstitutional Approaches) มาใช้ โดยรัฐจะจัดบริการที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ ลักษณะบริการที่รัฐนำมาใช้ได้แก่ บริการเบี้ยยังชีพต่อคน เดือนละ 200 บาท และเพิ่มเป็นเดือนละ 300 บาทต่อคน ช่วง 6 เดือน จากโครงการมียาขาวปี พ.ศ. 2542 ซึ่งบริการดังกล่าวจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุลงมาจากการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ของผู้สูงอายุ เท่ากับ 28,200 บาทต่อปี มาเหลือเพียง 2,400 บาทต่อคนต่อปี ในการบริการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

แนวคิดการจัดบริการของสถานสงเคราะห์และเบี้ยยังชีพ รัฐได้นำแนวคิดสวัสดิการสังคมตะวันตกมาใช้ โดยเน้นการให้บริการเชิงปัจเจกบุคคล (Individual) แบบให้เปล่า (Public Assistance) มาโดยตลอด ดังจะเห็นได้จากการใช้แบบ mean-test หากคุณสมบัติของผู้ที่จะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ โดยรัฐเรียกคนกลุ่มนี้ว่าเป็น “ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไม่มีผู้ดูแล” ซึ่งในความเป็นจริงผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่กับครอบครัว เครือญาติ และชุมชนได้ แม้ว่าจะไม่รับบริการจากรัฐ แนวคิดดังกล่าวจึงอาจจะไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยในประเด็นที่ว่า “ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณค่าของครอบครัวและสังคม”

2) แนวคิดครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and Community-Based)

ถือเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดการลดการพึ่งพาบริการจากรัฐ (Deinstitutional Approaches) ที่น่าสนใจ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน จากเป้าหมายการตั้งศูนย์ภายใน พ.ศ. 2534 จำนวน 3,282 แห่ง เพิ่มขึ้นเป็น 67,884 ศูนย์ ในปีพ.ศ. 2541 (สัญญา สนธิวงศ์ ณ อยุธยา อ้างใน กองการสงเคราะห์เอกชน, 2541) กิจกรรมหนึ่งของศูนย์สงเคราะห์ฯ คือ การคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับเบี้ยยังชีพ ซึ่งผลการศึกษาของ สัญญา สนธิวงศ์ ณ อยุธยา พบว่า ร้อยละ 50.5 ของกิจกรรมศูนย์เป็นการจัดเรื่องเบี้ยยังชีพ รวมทั้งพาผู้สูงอายุไปเปิดบัญชีและได้รับเงินได้ ปัจจุบันศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านถูกถ่ายโอนงานไปอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด เป็นผู้ดูแลแทนประชาสงเคราะห์จังหวัด จากลักษณะดังกล่าวเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า รัฐไม่ได้คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตามแนวคิดชุมชนเป็นฐานแต่อย่างใด

3) แนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชน (Collective Welfare) (ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2553)

แนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชนนี้ เกิดขึ้นจากความต้องการ ความสนใจ และการสร้างความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุเอง คือกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ในหมู่บ้าน เป็นกองทุนสวัสดิการรวมของหมู่บ้าน เป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นการรวมกลุ่มของคนทุกกลุ่มทุกเพศ ทุกวัย ที่ต้องการช่วยเหลือคนในหมู่บ้านเมื่อตาย โดยการเก็บเงินคนละ 10 หรือ 20 บาท และ

มอบให้ญาติผู้ตายทันที ผู้สูงอายุถือว่าเป็นการทำบุญช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ขณะที่กลุ่ม/สมาคม ฅาปนกิจสงเคราะห์ที่รัฐมอบให้กองความมั่นคงทางสังคม กรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้ดูแลจะให้ความสำคัญกับการดำเนินตามพระราชบัญญัติฅาปนกิจสงเคราะห์ พ.ศ. 2541 ควบคุมการโอนเงินและผลประโยชน์ที่สมาชิกฅาปนกิจสงเคราะห์จะได้รับ ซึ่งผู้สูงอายุและสมาชิกส่วนใหญ่มองว่า การเป็นสมาชิกของสมาคมฅาปนกิจสงเคราะห์จะเป็นภาระในการจ่ายเงิน แนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชน (Collective Welfare) ของไทยก็คือ อุดมการณ์ของกลุ่มเฟเบียน (Fabian) จะเชื่อในระบบคอมมูน (Commune) โดยทุกคนจะต้องนำผลผลิตมารวมไว้ส่วนกลาง และจะมีการจัดสรรทรัพยากรให้กับทุกคนในสังคมอย่างเท่าเทียมกันทุกด้าน แต่กองทุนฅาปนกิจสงเคราะห์ในหมู่บ้านจะเป็นการตั้งโดยกำหนดวัตถุประสงค์เป็นหลักประกันความมั่นคงทางสังคมกับผู้สูงอายุเมื่อตายเท่านั้น

1.2 รูปแบบระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน จำแนกตามประเภทบริการ 3 ประเภท (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) สรุปได้ ดังนี้

1) การสร้างความมั่นคงทางรายได้หรือการประกันสังคม (Social Insurance) เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตและคุ้มครองลูกจ้าง ปัญหาการขาดรายได้เมื่อเกษียณอายุการทำงาน สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวน้อยลง ปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังส่งผลให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548) เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญและอาจรุนแรงมากยิ่งขึ้น หากไม่มีการวางแผนเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง การออมเพื่อเกษียณอายุมีความจำเป็นในสังคมไทยเนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น มีอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน) สูงขึ้น การเกื้อหนุนจากครอบครัวอาจลดลง การออมจึงมีความสำคัญสำหรับวัยเกษียณ ปัญหาของการออมเพื่อเกษียณอายุ คือ การออมครัวเรือนต่ำระหว่างปี พ.ศ. 2536 - 2546 การออมภาคครัวเรือนของไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่เป็นการออมแบบบัญชีออมทรัพย์ จึงควรพัฒนาและส่งเสริมรูปแบบการออมแบบผูกพันในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องเสถียรภาพของกองทุนประกันสังคม เนื่องจากระบบกองทุนเป็นการจ่ายเงินเข้ากองทุนโดยผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน และรัฐจ่ายเงินออกให้ผู้เกษียณอายุ โดยที่รัฐบาลไม่มีการเก็บสะสมเพื่อเป็นกองทุน ดังนั้นเมื่อสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้น การจ่ายผลประโยชน์ให้กับผู้เกษียณจึงเพิ่มขึ้น

1.1) ระบบบำนาญแห่งชาติ เป็นระบบที่การประชุมสมัชชาผู้สูงอายุเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2551 เสนอต่อรัฐบาล เนื่องจากปัจจุบันระบบบำนาญในประเทศไทย เป็นระบบบำนาญพื้นฐานอาชีพ ครอบคลุมบุคคลบางกลุ่มเท่านั้น เช่น สมาชิกกองทุนประกันสังคม ลูกจ้างเอกชน ครูเอกชน พนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น และส่วนกลาง ซึ่งยังมีประชาชนมากกว่า 30 ล้านคนที่ยังไม่มีหลักประกันรายได้ในยามสูงอายุ (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, 2551) จึงควรจัดระบบ

บำนาญสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ ซึ่งการจัดการกับระบบที่ใหญ่เช่นนี้ รัฐบาลควรเข้ามาดำเนินการ ระบบบำนาญเพื่อผู้สูงอายุไทยไม่ใช่การให้เงินเปล่าๆ แต่ให้ทุกคนมีโอกาสเป็นสมาชิกร่วมออม ผู้ที่อายุน้อยอยู่ในระบบนานก็จะจ่ายน้อย และเงินบำนาญที่จะได้รับก็ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่อยู่ในระบบ ระบบบำนาญแห่งชาติ อาจดำเนินการใน 2 ลักษณะแบบแรก ผู้รับบำนาญไม่ต้องสมทบร่วม เป็นระบบการให้เบี้ยยังชีพที่ขยายไปสู่ผู้สูงอายุทุกคน ข้อดีคือเป็นการต่อยอดจากระบบเดิมที่มีอยู่แล้ว ข้อเสียคือการไม่ส่งเสริมการออม และเป็นภาระหนักทางงบประมาณของประเทศ สำหรับความเป็นไปได้ และความยั่งยืนของระบบบำนาญแบบนี้ยังต้องพิจารณาอีกมาก สำหรับระบบบำนาญอีกแบบหนึ่งเป็นแบบที่ผู้รับบำนาญต้องสมทบร่วมจึงเกี่ยวข้องกับการออมและศักยภาพของประเทศในระยะยาว ทั้งนี้ประเด็นที่ต้องคำนึงถึงคือ ฐานอาชีพหรือฐานพื้นที่ หรือเป็นระบบถ้วนหน้าทุกคน หรืออาจเป็นระบบเกื้อกูลระหว่างรุ่น ที่คนวัยทำงานจ่ายเงินสำหรับช่วยเหลือผู้สูงอายุ ข้อดีของการสร้างระบบบำนาญรายอาชีพคือการบริหารจัดการภายในกลุ่มอาชีพทำได้สะดวก แต่จะมีปัญหาการเกิดกองทุนย่อยมากมายเมื่อมีการเปลี่ยนอาชีพ และไม่ครอบคลุมคนที่ไม่มีอาชีพ เมื่อเทียบกับกองทุนรายได้พื้นที่ ที่จะเปิดช่องว่างนี้ได้ แต่กองทุนรายพื้นที่ก็เป็นกองทุนขนาดเล็กที่บริหารจัดการให้เกิดผลประโยชน์ได้ยาก อีกทั้งความหลากหลายของกฎกติกาสำหรับพื้นที่ที่แตกต่างกัน ระบบบำนาญของประเทศไทยจะพึ่งพาภาษีรายได้จากประชากรที่ทำงานในระบบเช่นประเทศที่พัฒนาแล้วไม่ได้ เพราะแรงงานนอกระบบนอกประเทศไทยมีสัดส่วนที่มากกว่าจึงควรมีระบบการออมจากประชาชนวัยทำงานทุกคน ระบบบำนาญแห่งชาติเป็นทางเลือกใหม่ของการคลังเพื่อสังคมที่ภาครัฐสนับสนุนงบประมาณผ่านองค์กรภาคประชาชน เป็นการใช้จ่ายเชิงของภาครัฐในการกำกับดูแลด้วยระเบียบ และจุดแข็งของภาคประชาคม คือ การอยู่ในพื้นที่รับทราบข้อมูลที่แท้จริงของประชาชน และต้นทุนในการบริหารจัดการต่ำ ทั้งนี้ต้องเสริมศักยภาพขององค์กรในชุมชน เช่น การจัดเก็บข้อมูล ระบบการทำบัญชี รวมทั้งการบริหารเงิน แนวทางการบริหารกองทุนบำนาญแห่งชาติ รัฐควรจัดตั้งกองทุนเป็นองค์กรใหม่ และเป็นนิติบุคคล มีระเบียบชัดเจน มีผู้บริหารกองทุนมีอาชีพและดำเนินงานอย่างโปร่งใส ภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณ 1 ใน 3 ของบำนาญแต่ละปี (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, 2551) หากผู้รับบำนาญร่วมออมน้อยละ 3 และภาครัฐสมทบอีกร้อยละ 3 จะทำให้กองทุนมีปริมาณสูงในส่วนของ การออม ผู้รับผิดชอบการออม คือองค์กรที่ประชาชนทำงานอยู่ สำหรับแรงงานนอกระบบอาจมีระบบการออมผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะเข้าถึงประชาชนอย่างครอบคลุม ศักยภาพในการติดตามมีประสิทธิภาพมากกว่าส่วนกลาง การบริหารกองทุนตามแนวทางดังกล่าวมีความเป็นไปได้สูงกว่า และถูกกว่าการบริหารโดยส่วนกลาง ทั้งนี้ยังจำเป็นต้องศึกษาในรายละเอียดต่อไป (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, 2551) ประเด็นหนึ่งที่ควรคำนึงถึง คือ ศักยภาพการออมของประชาชน การศึกษาของ รศ.ดร.ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550) พบว่าประชาชนกลุ่มวัยแรงงานร้อยละ 60 รู้ว่าไม่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เห็นด้วยที่จะเป็นสมาชิกกองทุน และมีศักยภาพการออมเพื่ออนาคต โดยร้อยละ 77 มีความพร้อมที่จะจ่ายเงินเข้า

กองทุน แต่ขาดการกระตุ้นจากภาครัฐ จะเห็นว่าโดยภาพรวม ระบบบำนาญแห่งชาติมีความเป็นไปได้ทางสังคมและทางเศรษฐกิจ แต่ความเป็นไปได้ทางการเมืองยังไม่แน่นอน

1.2) กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) เป็นการส่งเสริมการออมของข้าราชการเพื่อวัยเกษียณอายุราชการ ให้กับข้าราชการที่สมัครใจเป็นสมาชิก และกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ เป็นกองทุนภาคบังคับที่กำหนดเงินสะสมแน่นอน ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ผลการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติปี พ.ศ. 2551 (คณะกรรมการจัดเวทีสมัชชาผู้สูงอายุปี พ.ศ.2551 และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551) ได้เสนอระบบบำนาญแห่งชาติเพื่อการพัฒนาว่าจุดอ่อนของกองทุนนี้ คือ มุ่งส่งเสริมการออมเฉพาะแรงงานในระบบเท่านั้น ไม่ได้แก้ไขแรงงานนอกระบบหรือผู้ด้อยโอกาส

1.3) กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นกองทุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2548 ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุได้รับงบประมาณเริ่มต้นในการดำเนินงาน จำนวน 30 ล้านบาท และได้รับเพิ่มเติมในปีต่อๆ มาตามลำดับ สำหรับปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้ดำเนินการขยายวงเงินการกู้ยืมรายบุคคลจาก 15,000 บาทต่อราย เป็น 30,000 บาทต่อราย และมีเงินงบประมาณจำนวน 80 ล้านบาทปี พ.ศ. 2552 กองทุนผู้สูงอายุได้ให้การสนับสนุนเงินทุนสำหรับการกู้ยืมประกอบอาชีพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล จำนวน 3,138 ราย คิดเป็นจำนวนเงิน 51,082,208 บาท และสนับสนุนเป็นรายกลุ่มจำนวน 22 กลุ่ม คิดเป็นจำนวนเงิน 2,071,000 บาท นอกจากนี้ได้ให้การสนับสนุนโครงการส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุจำนวน 193 โครงการ คิดเป็นจำนวนเงิน 27,523,924 บาท

ทั้งนี้การสนับสนุนการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพรายบุคคลของกองทุนผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 ส่วนใหญ่เป็นการกู้ยืมไปเพื่อการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำไร่/สวนจำนวน 1,102 ราย ค้าขาย(ของชำ เสื้อผ้า ของเล่น เบ็ดเตล็ด) จำนวน 939 ราย ปศุสัตว์จำนวน 823 ราย การบริการรับจ้างจำนวน 177 ราย และงานหัตถกรรมงานฝีมือ รวมทั้งการสนับสนุนการกู้ยืมเงินทุนประเภทโครงการ ส่วนใหญ่เป็นการกู้ยืมเพื่อดำเนินโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุด้วยการฝึกอบรมจำนวน 87 โครงการ รองลงมาได้แก่โครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการออกกำลังกายจำนวน 58 โครงการ และโครงการเกี่ยวกับการอนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญาจำนวน 28 โครงการ ตามลำดับ

พ.ศ.	โครงการที่ได้รับ การอนุมัติ (โครงการ)	รวมเป็นเงิน (บาท)	การกู้ยืม รายบุคคล (ราย)	รวมเป็นเงิน (บาท)	การกู้ยืม รายกลุ่ม (ราย)	รวมเป็นเงิน (บาท)
2550	40	9,935,415	717	9,500,000	-	-
2551	69	5,504,803	1,560	23,210,109	10	942,560
2552	200	27,523,924	3,138	51,082,208	22	2,071,000

ที่มา: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552

1.4) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ การส่งเสริมการออมเพื่อให้ลูกจ้างมีเงินใช้หลังเกษียณอายุการทำงาน เป็นการจัดสวัสดิการอีกรูปแบบหนึ่งที่จัดให้กับประชาชนตั้งแต่ก่อนเข้าวัยสูงอายุ เป็นระบบสวัสดิการที่มีผลระยะยาวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นสวัสดิการสำคัญที่นายจ้างจัดให้แก่ลูกจ้างที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นสมาชิก จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ. 2530 ที่มีหน่วยงานของรัฐ คือ สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ ทำหน้าที่กำกับดูแลในฐานะนายทะเบียนกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานได้ส่งเสริมให้สถานประกอบการจัดระบบสวัสดิการนี้ให้แก่ลูกจ้าง นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้ใช้แรงงานจัดตั้ง “กองทุนเพื่อผู้ใช้แรงงาน” ในลักษณะสหกรณ์ออมทรัพย์ เพื่อให้ผู้ใช้แรงงานกู้ยืมในอัตราดอกเบี้ยต่ำ เป็นการแก้ไขการกู้ยืมเงินนอกระบบ หรือการไม่มีหลักทรัพย์ค้ำประกันในการกู้ยืมจากธนาคารพาณิชย์ กองทุนนี้เป็นกองทุนหมุนเวียนตามพระราชบัญญัติเงินคงคลัง พ.ศ. 2491 สำหรับการปลูกฝังการใช้จ่ายเงินอย่างเหมาะสม ป้องกันการเป็นหนี้ กรมสวัสดิการฯ ได้จัดอบรมวิทยากรหลักสูตรการขับเคลื่อนแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เพื่อให้ผู้ที่ผ่านการอบรมมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และถ่ายทอดความรู้สู่ผู้ใช้แรงงานทุกระดับได้

1.5) กองทุนการออมแห่งชาติ กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) เป็นหน่วยงานของรัฐ และมีฐานะเป็นนิติบุคคลที่ไม่เป็นส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมการออมทรัพย์ของสมาชิก และเพื่อเป็นหลักประกันการจ่ายบำนาญ และให้ประโยชน์ตอบแทนแก่สมาชิกเมื่อสิ้นสมาชิกภาพ

ผู้มีสิทธิเป็นสมาชิก กอช. จะต้องเป็นบุคคลสัญชาติไทยที่มีอายุ 15 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ซึ่งส่งเงินเพื่อได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ สมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนสงเคราะห์ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน หรือสมาชิกกองทุนอื่น หรืออยู่ในระบบบำนาญอื่น ตามที่จะกำหนดโดยกฎกระทรวง

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินสมทบให้แก่สมาชิก กอช. สรุปได้ดังนี้

อายุสมาชิก	อัตราเงินสมทบต่อเงินสะสม	เงินสมทบสูงสุด ที่จะกำหนดโดยกฎกระทรวง
ไม่ต่ำกว่า 15 ปี แต่ไม่เกิน 30 ปี	ร้อยละ 50	600 บาท/ปี
มากกว่า 30 ปี แต่ไม่เกิน 50 ปี	ร้อยละ 80	960 บาท/ปี
มากกว่า 50 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี	ร้อยละ 100	1,200 บาท/ปี

การจ่ายเงินออกจากกองทุน กรณีสมาชิกอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ (รวมถึงผู้ที่มิอายุ 50 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่สมัครในช่วง 1 ปีแรก นับแต่วันที่กองทุนเปิดรับสมาชิก ได้ออมจนครบ 10 ปี หรือเมื่อผู้นั้นอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ และได้แจ้งยุติการเป็นสมาชิกของกองทุน) ให้มีสิทธิได้รับบำนาญจากเงินสะสม เงินสมทบ และผลประโยชน์ของเงินดังกล่าวไปตลอดอายุขัย ทั้งนี้ ในวันที่คำนวณบำนาญ หากเงินในบัญชีของสมาชิกผู้ใด เมื่อคำนวณบำนาญแล้วมีจำนวนน้อยกว่า บำนาญขั้นต่ำ สมาชิกผู้นั้นจะได้รับ “เงินดำรงชีพ” เป็นจำนวนเท่ากับบำนาญขั้นต่ำเป็นรายเดือนจนกว่าเงินในบัญชีจะหมด

2) การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance)

เป็นการสงเคราะห์แบบให้เปล่าสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ เพราะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ด้วยโอกาสทางสังคม และไร้ที่พึ่ง รูปแบบของสวัสดิการที่มีอยู่ คือ

2.1) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นภารกิจที่ได้มีการถ่ายโอนจากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย รับผิดชอบดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่หลักในการจัดทำทะเบียน ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุ และจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นเงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพ จำนวนคนละ 500 บาท ต่อ 1 เดือน โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง หรือขาดผู้ดูแล ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลไทยได้ริเริ่มนโยบายสร้างหลักประกันด้านรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2552 โดยครอบคลุมผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันทางด้านรายได้จากรัฐบาล ซึ่งได้จัดสรรเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มาแสดงความจำนงขอขึ้นทะเบียน เพื่อขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ดังนั้นในเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 ประเทศไทยจึงได้ดำเนินการจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างถ้วนหน้า คนละ 500 บาทต่อเดือน ส่งผลให้จากเดิมที่มีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 1,828,456 คน คิดเป็นงบประมาณ 10,970,736,000 บาท ได้เพิ่มเป็นจำนวน 5,652,893 คน ที่ได้รับเบี้ยยังชีพ หรือคิดเป็นประมาณกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย

2.2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่ดำเนินการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งใน 3 ด้าน ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีเดือดร้อนจากการถูกทารุณกรรม ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย และถูกทอดทิ้ง (รายละ 500 บาท อ้างอิงจากเอกสารเผยแพร่ ปี พ.ศ. 2549) การสนับสนุนการจัดการงานศพผู้สูงอายุที่มี

ฐานะยากจน (รายละ 2,000 บาท) และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเรื่องที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม (รายละ 2,000 บาท) (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2549)

3) การบริการสังคม (Social Services)

เป็นระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชน ประกอบด้วยบริการด้านต่างๆ ดังนี้

3.1) ด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย

3.1.1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชนที่รัฐมอบให้เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยขอขยายให้บริการครอบคลุมด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ.2549 เพื่อให้ประชาชนในทุกพื้นที่ได้รับหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนให้เป็นผู้ดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตระดับท้องถิ่น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ร่วมมือกันให้การสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (คือ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล) ได้บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) บริการเชิงรุกของ สปสช. รูปแบบหนึ่งคือการจัดสรรงบประมาณให้ “กองทุนตำบล” เพื่อให้ผู้สูงอายุรวมตัวกันในลักษณะชมรมขอทุนสนับสนุนไปทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.1.2) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังให้มีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้มีระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่น ซึ่งได้เริ่มดำเนินโครงการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา ในปี พ.ศ. 2552 กรมอนามัย ได้ดำเนินการให้ศูนย์อนามัยเขตที่ 1-12 ดำเนินการคัดเลือกตำบลต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวนศูนย์อนามัยละ 1 ตำบล เพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบนำร่องร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีรูปแบบการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 12 รูปแบบ จากทั้ง 12 เขต โดยครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกุล/ทพพลภาพ (ดิดเตียง) ซึ่งพื้นที่ตำบลนำร่องทั้ง 12 แห่ง ได้มีการจัด

กิจกรรม/โครงการที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ อาทิ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรคให้แก่ผู้สูงอายุ กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.1.3) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ริเริ่มดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและขยายระบบการดูแล และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและประสบปัญหาทางสังคม ได้รับการดูแลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง และสามารถเข้าถึงบริการของรัฐ ขณะเดียวกันก็ยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ในวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2550 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้ขยายผลการดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2556 จากการดำเนินการขยายผลอย่างต่อเนื่องตามมติคณะรัฐมนตรี ในปี พ.ศ. 2552 ได้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 9,894 คน จาก 75 จังหวัด ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ได้จำนวน 91,794 คน

3.2) ด้านที่อยู่อาศัย การสงเคราะห์ที่อยู่อาศัยและการดูแล เป็นบริการในสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมความจำเป็นด้านปัจจัย 4 รวมทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด ศาสนกิจ งานอดิเรก นันทนาการ กิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม ปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์ของรัฐ 21 แห่ง ให้บริการได้ 3,000 คน ในจำนวนนี้มี 13 แห่ง ที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมเป็นผู้รับผิดชอบ และอีก 8 แห่ง จัดเป็นศูนย์สาธิตสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปัญหาของบริการในสถานสงเคราะห์ คือขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) นอกจากนี้ เกณฑ์ในการรับผู้สูงอายุเข้ารับบริการกำหนดให้เป็นผู้ที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ จึงขัดกับแนวคิดที่ควรช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพา และไม่มีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่อยู่นานจนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และแม้ว่าการดูแลจะครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นเวลานานจะรู้สึกเหงา คิดถึงลูกหลาน บางรายกลับไปอยู่บ้าน บางรายมีอาการซึมเศร้า โครงการวิจัยทองนิเวศน์ที่เชียงใหม่ สว่างคินิวาส ที่บริการที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุหลายคนที่อยู่ได้ไม่นานต้องย้ายที่อยู่ บ้างก็ย้ายกลับไปอยู่บ้าน เพราะน้อยใจลูกหลาน บางคนก็คิดถึงลูกหลาน ซึ่งผลการศึกษาความต้องการหลักประกันทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุของสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากอยู่กับครอบครัว (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) ดังนั้น แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จึงควรมุ่งขยายบริการในรูปแบบศูนย์บริการหน่วยสงเคราะห์เคลื่อนที่ และจำกัดจำนวนสถานสงเคราะห์ไว้เท่าที่จำเป็น (ศศิปพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

การส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชน สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ดำเนินการศึกษา และสำรวจข้อมูลพื้นที่นำร่องในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 2 ตำบล ได้แก่ เทศบาลตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง และเทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา อำเภอหางดง เพื่อเตรียมดำเนินการโครงการพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยได้มีการจัดทำสื่อเพื่อการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์เรื่องบ้านและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือที่ประกอบด้วยแนวคิด และบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบ และแนวปฏิบัติการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และได้มีการเผยแพร่สื่อดังกล่าวให้แก่หน่วยงานในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความตระหนักถึงประโยชน์ของการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2552 สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการจัดโครงการค่ายความสัมพันธ์คนสองวัย (ผู้สูงอายุและเยาวชน) ณ เทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการผลิตสื่อวีดิทัศน์เรื่องหมู่บ้านต้นแบบ การดูแลและการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

3.3) ด้านการมีงานทำและการมีรายได้

กองทุนสวัสดิการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ สืบเนื่องจากนโยบายของรัฐบาลในปี พ.ศ. 2550 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม) ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดสวัสดิการชุมชนท้องถิ่นระดับชาติ และคณะกรรมการสวัสดิการชุมชนท้องถิ่นระดับจังหวัดในทุกจังหวัดขึ้น โดยรัฐบาลได้มีการจัดสรรงบประมาณให้ชุมชนในการดำเนินงานด้านการจัดสวัสดิการแก่คนภายในชุมชนในรูปแบบของเงินกองทุนสวัสดิการที่ครอบคลุมตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งในการดำเนินงานให้เป็นไปตามข้อตกลงหรือกฎระเบียบของแต่ละกองทุนที่มุ่งเน้นการฟื้นฟูระบบการดูแลและการเกื้อหนุนซึ่งกันและกันระหว่างคนภายในชุมชนเดียวกัน ทำให้เกิดเครือข่ายสวัสดิการชุมชนทั้งในระดับจังหวัดและระดับชาติ ซึ่งในเวลาต่อมาได้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้มีการขยายการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนดังกล่าวในพื้นที่ใหม่เพิ่มเติม รวมทั้งมีการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานของกองทุนสวัสดิการชุมชนในพื้นที่เดิมในรัฐบาลปัจจุบัน (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2552 รัฐบาลยังคงให้การสนับสนุนนโยบายการจัดสวัสดิการชุมชน โดยได้ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่กองทุนสวัสดิการชุมชนในหลักการ 1 : 1 : 1 (ชุมชน: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: รัฐบาล) และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการจัดสวัสดิการชุมชนระดับชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และในระดับจังหวัด ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการขับเคลื่อนสวัสดิการชุมชนจังหวัด ที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีผู้นำองค์กรสวัสดิการชุมชนเป็นรองประธาน และมีผู้นำกองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นเลขานุการร่วมกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด มีหน้าที่เฝ้าอำนวยความสะดวกและประสานการดำเนินงานร่วมกับองค์กรภาคประชาชน และ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินการจัดสวัสดิการชุมชนในพื้นที่ให้ครอบคลุมและสามารถตอบสนองความต้องการของคนในชุมชนได้อย่างแท้จริง

3.4) ด้านการบริการสังคมและนันทนาการ ประกอบด้วย

3.4.1) ชมรมผู้สูงอายุ รูปแบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสนใจและมีอุดมการณ์ร่วมกันในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าและมีคุณภาพประโยชน์ทั้งแก่ตนเองครอบครัวและสังคม โดยมีสภาผู้สูงอายุ และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน แต่ผู้บริการจัดการและดำเนินการหลักคือกลุ่มผู้สูงอายุเอง การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในลักษณะเครือข่าย ทำให้งานด้านผู้สูงอายุเข้มแข็งมากขึ้น ดังเช่น โครงการพันธมิตรเครือข่ายผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ (Age Net) ที่เป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง

3.4.2) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ริเริ่มดำเนินโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในลักษณะของโครงการนำร่องในพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พิชญโลก ขอนแก่น สกลนคร พัทลุง ชลบุรี และเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศูนย์อเนกประสงค์เป็นสถานที่ หรือศูนย์กลางสำหรับจัดกิจกรรมต่างๆ อย่างหลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ และบุคคลทุกวัยภายในชุมชน โดยมีกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องศูนย์อเนกประสงค์ฯ ให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งคนในชุมชน และมีการบริหารจัดการศูนย์ฯ โดยคนในชุมชน สำหรับกิจกรรมภายในศูนย์อเนกประสงค์ฯ จะมุ่งเน้นให้มีการจัดกิจกรรมที่สร้างเสริมและขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และได้รับการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ภายในชุมชน โดยกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้จะเป็นเครื่องมือในการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเองทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา

ในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการประเมินผลการดำเนินโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ได้ร่วมกับสำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน และการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์ฯ ทั้ง 9 แห่ง รวมทั้งแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ในอนาคต ซึ่งพบว่าการดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแนวคิดใหม่ที่มีความเหมาะสม และควรสนับสนุนให้มีการขยายผลการจัดตั้งเพิ่ม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแล และดำเนินการ ซึ่งมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย ทำหน้าที่สนับสนุนความรู้ทางวิชาการ การให้คำแนะนำในเรื่องการบริหารจัดการ กล่าวได้ว่าศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้น สามารถเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนในการเข้ามาทำกิจกรรมร่วมกันในระหว่างเวลากลางวันได้ ชุมชนละประมาณ 800 – 1,000 คน นอกจากนี้ยังได้จัดให้มีการสัมมนาเผยแพร่แนวคิด และรูปแบบการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 4 ภาค ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุชมรม มูลนิธิ เป็นต้น ซึ่งมีจำนวนผู้เข้าร่วมการสัมมนา รวมจำนวนทั้งสิ้น 575 คน จาก 502 องค์กร

3.5) การดำเนินงานการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุในลักษณะของสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล หรือไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวของตนเองได้ โดยปัจจุบันมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่ง ในทุกภาคทั่วประเทศ ได้แก่

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง
จังหวัดชลบุรี
3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรม
ปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่
4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักซิณ
จังหวัดยะลา
5. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวสม์ฯ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
6. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต
จังหวัดภูเก็ต
7. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์
จังหวัดบุรีรัมย์
8. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัด
ปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
9. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง
จังหวัดลำปาง
10. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม
จังหวัดนครพนม
11. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสงขลาจังหวัด
สงขลา

12. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

โดยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั้ง 12 แห่ง มีขีดความสามารถในการรับผู้สูงอายุเข้าพำนักรักษาได้ จำนวนประมาณ 1,500 คน โดยในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,213 คน ที่ได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมทั้ง 12 แห่ง

2) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ (Day Centre) เนื่องจากปัจจุบันมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ประกอบกับการสงเคราะห์ ภายในสถานสงเคราะห์มีค่าใช้จ่ายสูงมาก มีความจำกัดด้านบุคลากรดูแลผู้สูงอายุ และไม่ได้รับอัตราค่าจ้างเพิ่ม รวมทั้งหลักการดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุด คือ การให้ผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุขในบั้นปลายชีวิต ไม่ใช่การแยกผู้สูงอายุจากครอบครัว จากหลักการและเหตุผลดังกล่าว กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ จึงจัดให้มีบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุโดยให้บริการ ดังนี้

บริการภายในศูนย์ ได้แก่ สุขภาพอนามัย กายภาพบำบัด สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมเสริมรายได้ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมเสริมความรู้ และศาสนกิจ บริการหน่วยเคลื่อนที่ เป็นต้น

บริการบ้านพักฉุกเฉิน เป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า โดยรับเข้าพักในบ้านพักฉุกเฉิน และให้บริการในด้านปัจจัย 4 สังคมสงเคราะห์ หรือส่งไปรับการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น การจัดตั้งศูนย์บริการบางแห่งเป็นส่วนหนึ่งของสถานสงเคราะห์ และในบางแห่งจัดตั้งเป็นเฉพาะศูนย์บริการเพียงอย่างเดียว

3) บริการหน่วยเคลื่อนที่ เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้าน นำข้อมูลข่าวสารบริการไปเผยแพร่การให้บริการในด้านคำแนะนำ และการรักษาพยาบาลเล็กๆ น้อยๆ โดยหน่วยเคลื่อนที่ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล ดำเนินการโดยหน่วยงานส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชราต่างๆ

4) การสงเคราะห์เครื่องอุปโภค บริโภค เครื่องช่วยความพิการ และอื่นๆ การสงเคราะห์เครื่องอุปโภค บริโภค เครื่องช่วยความพิการ และอื่นๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ให้บริการตามความเหมาะสม รวมทั้งติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ร่วมให้ความช่วยเหลือต่อไป

5) การจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โครงการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเข้ารับการฝึกอบรมในหน่วยงานสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการ กำหนดไว้ และประสานงานให้นายจ้างที่มีความประสงค์ต้องการต่อไป

การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ จากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) โดย พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ ผู้จัดการแผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

(4 มิติ สู่คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน, 2554) กล่าวว่าการสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุควรประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง มิติการสร้างงานอาชีพและรายได้แก่ผู้สูงอายุ มิติการปรับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และมิติการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงมิติการดูแลระยะยาวด้านเดียว

กล่าวคือ มิติการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง คือมิติด้านสุขภาพทั้งทางกายภาพและจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะโดยธรรมชาติจะแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัยของผู้สูงอายุและต้องการได้รับการดูแลที่ต่างกัน ประกอบด้วย

1. **ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)** คือกลุ่มที่มักเห็นกันทั่วไป สามารถไปไหนมาไหนได้ จำนวนไม่น้อยยังทำงานได้ และทำงานอยู่ มีกิจกรรมทางสังคม ช่วยเหลือตัวเองได้ในกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน และไม่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแล

2. **ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)** คือกลุ่มที่มักเริ่มมีปัญหสุขภาพ เริ่มออกจากบ้านไม่ค่อยได้ จำนวนไม่น้อยมีโรคประจำตัว แต่ยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ ในบางระดับมีภาวะพึ่งพิงบ้าง ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันบางอย่าง

3. **ผู้สูงอายุวัยปลาย (80ปีขึ้นไป)** คือกลุ่มที่มักมีปัญหสุขภาพรุนแรง ออกไปไหนไม่ได้อยู่แต่ในบ้าน นอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันไม่ได้ เป็นกลุ่มที่มีพึ่งพิงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ

หลักการคือ ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุวัยต้นมีภาวะสุขภาพที่ดี ไม่ต้องพึ่งพิงคนอื่นของวัยนี้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ว่าวัยจะเลยไปเป็นวัยกลางหรือปลายแล้วก็ตาม สำหรับผู้สูงอายุวัยกลางเริ่มมีปัญหสุขภาพพยายามฟื้นฟูให้กลับมาวัยต้นให้มากที่สุด หากฟื้นฟูได้อย่างน้อยให้รักษากวะนั้นให้ทรงตัวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ให้ตกไปมีอากาการวัยปลาย และส่วนผู้สูงอายุวัยปลายเน้นการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด พยายามฟื้นฟูให้เขาสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ให้มากที่สุด ที่สำคัญสุขภาพจะมาพร้อมจิตใจ พออายุเยอะขึ้นโดยธรรมชาติจะมีภาวะเหงาว่าเหว ต้องการมีส่วนร่วมทางสังคม มีกิจกรรมทางสังคม ฉะนั้นการส่งเสริมสุขภาพกายต้องให้ความสำคัญด้านสุขภาพใจไปพร้อมกันด้วย โดยในบรรดาผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มนั้น กลุ่มพึ่งพิง คือความเร่งด่วนที่สุดที่จะต้องได้รับการดูแล และต้องเป็นการดูแลระยะยาว ซึ่งต่อเนื่องจากกลุ่มอื่นด้วย

1.3 บริการทางสังคมและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

บริการทางสังคมและสุขภาพ เป็นบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่ต้องอาศัยการพึ่งพิงมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รูปแบบการให้บริการทางสังคมและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ระดับ

1.3.1 **รูปแบบที่ให้บริการถึงบ้านหรือจัดขึ้นในสถาบัน** ซึ่งได้แก่ การบริการดูแลตามบ้าน โดยอาสาสมัคร การบริการดูแลตามบ้านประเภทเสียเงิน การบริการงานพยาบาลตามบ้าน การบริการทางการแพทย์ตามบ้าน และการบริการด้านการจัดการเฉพาะกรณี ได้แก่ การค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ

และประสานงานกับองค์กรเครือข่ายที่ให้บริการทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อจัดให้มีการดูแลรักษาที่เป็นชุดเฉพาะ เป็นต้น

จากข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นรูปแบบการให้บริการงานดูแลตามบ้านที่อาจจัดขึ้นโดยบุคคล องค์กรชุมชน เช่น กรรมการบริหารชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มแม่บ้าน องค์กรภาครัฐ เช่น หน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น แต่เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมแล้ว ยังมีรูปแบบการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่จัดขึ้นในสถาบันด้วย โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน ซึ่งการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนนั้น นอกจากหน่วยงานต่างๆ จะมีส่วนร่วมในการนำบริการเข้าไปแล้ว ประชาชนในชุมชนยังมีบทบาทต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแตกต่างกัน คือ “กลุ่มผู้นำชุมชนจะเป็นแกนสำคัญในการวางแผน และดำเนินการดูแลและบริการผู้สูงอายุ ทั้งในระดับภายในชุมชน และระหว่างชุมชน หรือระหว่างชุมชนกับองค์กร กลุ่มคนหนุ่มสาวเป็นกำลังสำคัญทั้งด้านกำลังกาย กำลังความคิด และสติปัญญา ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่ผู้สูงอายุ จะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการช่วยกำหนดแนวทาง และสะท้อนความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคต สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเอง มีประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญ ที่สามารถถ่ายทอด หรือนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้สูงอายุอื่นๆ และชุมชนส่วนร่วมได้” (มาลินี วงษ์สิทธิ์: 2542 น.223)

1.3.2 รูปแบบการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จัดขึ้นเพื่อสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Daycare for Older Persons) และศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multi – purpose Senior Center) มีลักษณะเป็นสถานที่อำนวยความสะดวกของชุมชนในการให้บริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ บางแห่งอาจเรียกว่าศูนย์บริการของผู้สูงอายุ (Day center) (กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กรมสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม: 2536 น.137) ซึ่งหมายถึง สถานที่ซึ่งผู้สูงอายุมาอยู่ร่วมกัน เพื่อจัดทำกิจกรรมบางอย่างตามความต้องการของตน ลักษณะกิจกรรมที่จัดตั้งขึ้นในศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุมักเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น กิจกรรมหลักแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการสมาคมและนันทนาการ เช่น การจัดงานฉลองวันเกิดสมาชิก สโมสร งานแกะสลัก การเล่นเกม การเล่นเกม และเกมต่างๆ กิจกรรมการศึกษาและวัฒนธรรม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้บริโภคร การจัดทำกิจกรรมทัศนศึกษาตามสถานที่สำคัญทางประวัติศาสตร์ กิจกรรมด้านสุขภาพและโภชนาการ เช่น การตรวจสุขภาพ การให้ความรู้ด้านโภชนาการ เป็นต้น

การให้บริการด้านโภชนาการนี้ ในต่างประเทศได้มีแหล่งที่ให้บริการด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุหลายแห่ง เช่น ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day center) ซึ่งมีบริการอาหารกลางวัน และเครื่องดื่มแก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก สโมสรอาสาสมัคร (Voluntary Social Clubs) ให้บริการอาหารกลางวันแก่สมาชิก สโมสรอาหารกลางวัน(Luncheon Clubs) เป็นสโมสรที่จัดอาหารกลางวันสำหรับสมาชิกของสโมสร ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุหรือผู้พิการที่สมัครเป็นสมาชิกสามารถไปใช้บริการได้ในเวลากลางวัน

โดยมีอาสาสมัครคอยช่วยเหลือ นอกนั้นอาจมีบริการการดูแลจากเพื่อนบ้าน (Neighborhood Care) และบริการจากอาสาสมัคร (Voluntary Services)

กล่าวโดยสรุป แนวคิดสวัสดิการสังคมและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยนั้น มองว่า การจัดสวัสดิการสังคมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ นั้น ยังต้องมีการพึ่งพาบริการจากภาครัฐในส่วนหนึ่ง ร่วมกับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนเป็นฐานสำคัญ ซึ่งการจัดบริการของรัฐ เช่นสถานสงเคราะห์ และเบี้ยยังชีพ นั้น เป็นเพียงการช่วยเหลือในขั้นพื้นฐานเท่านั้น ในการคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น ทำให้ประเทศไทยนำแนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวม ในชุมชนเข้ามาใช้มากขึ้น ร่วมกับการส่งเสริมของภาครัฐที่ให้คนไทยมีการสร้างความมั่นคงทางรายได้ การส่งเสริมการออม การมีกองทุนผู้สูงอายุเข้ามาเกื้อหนุนกลุ่มผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทั้งนี้ รัฐบาลเองก็ได้มีการส่งเสริมให้เกิดการบริการสังคมมากยิ่งขึ้น โดยการส่งเสริมรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดให้มีอาสาสมัครเพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น เห็นได้ชัดเจนจากการที่ประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มที่จะลดลงตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป ในขณะที่ประชากรวัยทำงานต้องรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากรวัยสูงอายุดังกล่าว มีผลกระทบต่อบประมาณของรัฐบาล อันเกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 25,315 ล้านบาท ในปี 2523 เป็น 434,974 ล้านบาท ในปี 2548 หรือเพิ่มขึ้น 17.2 เท่าในช่วง 25 ปี เฉพาะค่าใช้จ่ายของภาครัฐ เพิ่มจาก 7,576 ล้านบาท เป็น 143,775 ล้านบาท ในช่วงดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษาของสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง พบว่า ในช่วง 10 ปีข้างหน้า (2553 - 2562) ภาระทางการคลัง เฉพาะที่จะเกิดจากโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวนถึงปีละ 142,071-251,607 ล้านบาท หรือร้อยละ 7.4-7.8 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี

จากปัญหาการเปลี่ยนแปลงขนาดประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว ทำให้ประเทศไทยนั้นจะต้องเตรียมความพร้อมในหลายๆ ด้าน เพื่อรองรับกับสภาพการเปลี่ยนแปลงและป้องกันปัญหาจากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งแนวทางที่จะต้องดำเนินการเกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุนั้นมีหลายประเด็นที่จะต้องเร่งดำเนินการ โดยผลจากการศึกษา ทำให้เห็นได้ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอีกประมาณ 15 ปีข้างหน้า จึงมีเวลาค่อนข้างน้อยในการเตรียมความพร้อม ทั้งด้านบุคลากร และระบบต่างๆ เพื่อเสริมสร้างหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ รวมไปถึงแนวทางที่จะต้องดำเนินการเกี่ยวกับประเด็นปัญหาผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาแล้ว รวมกับมาตรการที่ต้องรีบดำเนินการ

ทั้งนี้ จากการศึกษาถึงปัญหาของผู้สูงอายุทำให้ พบว่า การเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยทั่วไปเราถือว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ในทางปฏิบัติจะนับตั้งแต่

65 ปี ซึ่งวัยนี้ถือเป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการแห่งชีวิต และการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในช่วงนี้มักเป็นไปในทางเสื่อมลง โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลง เป็น 3 ด้านหลัก คือ (สืบค้นจาก <http://suwanna12.blogspot.com/2012/07/blog-post.html> เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2558

2.1 ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่

- 1) ผิวหนังเหี่ยวยุบ สีผิวเปลี่ยนมักเกิดจุดด่าง-ขาว หรือตกรัศ คันตามผิวหนัง เนื่องจากผิวแห้ง เส้นเลือดฝอยแตกง่าย ทำให้มีรอยฟกช้ำตามตัวได้ง่าย
- 2) ผมและขนจะเปลี่ยนเป็นสีขาว มักหลุดร่วงง่าย
- 3) กล้ามเนื้อและกระดูกไม่แข็งแรง ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า เมื่อเกิดอุบัติเหตุเล็กๆ น้อยๆ กระดูกมักหักได้ง่าย บางรายที่กระดูกหลังเสื่อมมากจะเห็นมีลักษณะหลังโก่ง
- 4) การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง ส่วนหนึ่งเกิดจากเลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะดังกล่าวได้น้อยลง อวัยวะที่ว้านี้ ได้แก่ สมอง สมอง การเข้าใจเรื่องใหม่ได้น้อยลง คิดช้าลง
- 5) ประสาทสัมผัสทั้งห้า การรับรู้ทาง ตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัสต่างๆ ทางผิวหนังน้อยลง
- 6) ระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายลดลง การรับรู้รสของลิ้นน้อยลง มีผลให้เบื่ออาหาร ท้องอืดและท้องผูก
- 7) ระบบไหลเวียนเลือด เลือดข้นมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนลดลง หลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้น ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น ในขณะที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้เกิดอาการหัวใจล้มเหลว หรือโรคของเส้นเลือด เช่น ความดันโลหิตสูงได้ง่าย
- 8) ตับและไต ขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ช้า
- 9) ฮอรโมน ต่อมาผลิตฮอรโมนต่างๆ เสื่อมไป มีผลให้ปริมาณฮอรโมนที่สำคัญต่อร่างกายลดลง ก่อให้เกิดโรคหลายอย่างตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคขาดยัยรอยด์ฮอรโมน โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น

2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากสภาพร่างกายที่เสื่อมลง บางรายก็อาจพบกับความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดในช่วงนี้ อีกส่วนเป็นผลจากสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนไป เพราะความสูงอายุ ชนิดของอารมณ์ที่ผู้สูงอายุมักแสดงออกที่ผิดปกติ และพบได้บ่อย คือ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหงา ร้องไห้ง่าย น้อยใจบ่อยๆ ซึม แยกตัว ฯลฯ อารมณ์วิตกกังวลก็พบได้บ้าง มักแสดงออกโดยห่วงใยลูกหลานมากขึ้น บางครั้งจะมีการเครียด หงุดหงิดง่าย บ่นมากขึ้น อาการทางจิตที่รุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หรือหลงผิด หวาดระแวงต่างๆ พบได้บ้าง บางครั้งจะมีการสับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่และบุคคล กลางคืนไม่นอนตื่นวันว้าย หรือมีอาการขับถ่ายเลอะเทอะ พฤติกรรมเป็นเด็กทารก หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมก็ได้ ในกรณีที่สมอง เสื่อมมาก

2.3 ด้านสังคม

บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมมักถูกจำกัดให้ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากถูกมองว่าสุขภาพไม่แข็งแรง เกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การสื่อสารกับคนทั่วไปทำได้ลำบาก มีผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในบ้าน และมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีประโยชน์ หมดคุณค่าเป็นภาระให้ลูกหลาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยพึ่งตนเอง หรือเป็นที่พึ่งให้สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับการช่วยเหลือ และถ้าผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความสนใจ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองได้

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่า ปัญหาของผู้สูงอายุนั้นมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น จากอัตราการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศไทย ที่กำลังจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้การเตรียมการทั้งแนวทางและมาตรการเพื่อการรองรับปัญหาทั้งด้านสุขภาพ สังคม จิตใจของผู้สูงอายุ และครอบครัว ที่เกี่ยวเนื่องในฐานะผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง และเตรียมการรองรับให้ดีขึ้นทั้งในด้านการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชน การจัดสวัสดิการที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุนั้นได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และเหมาะสมตามสภาพปัญหา

3. กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

3.1.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2552: 742-751) กล่าวถึงสาระสำคัญของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่ได้กำหนดสิทธิประชาชนเพื่อความมั่นคงของมนุษย์ไว้หลายประการ เช่น สิทธิเด็กและเยาวชน สิทธิสตรีและบุคคลในครอบครัว สิทธิผู้สูงอายุ สิทธิคนพิการ และบุคคลวิกลจริต สิทธิผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากด้านไร้ที่อยู่อาศัย สิทธิผู้บริโภค สิทธิการรวมตัวของประชาชน สิทธิชุมชน ชุมชนท้องถิ่น หรือชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม และกำหนดให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถใช้สิทธิผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐรับรองคุ้มครองการเข้าถึง และใช้ประโยชน์จากสิทธิดังกล่าว

โดยบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับงานสวัสดิการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทั้งในแนวนโยบาย สังคม และแนวทางการคุ้มครองสวัสดิภาพผู้สูงอายุ มีดังนี้

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของประชาชนชาวไทย

- มาตรา 40 บุคคลย่อมมีสิทธิในกระบวนการยุติธรรม

ข้อ 6. เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ หรือทุพพลภาพ ย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการพิจารณาตัวอย่างเหมาะสม และย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางเพศ

หมวด 5 แผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

- มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

- มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม

ข้อ 1. คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนอบรมเลี้ยงดู และให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือ หุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพึ่งพาตนเองได้

- มาตรา 84 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ

ข้อ 4. จัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง

3.1.2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 มีสาระสำคัญดังนี้

- มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

- มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ

(2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ต่อการดำเนินชีวิต

(3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

(4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

(5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น

(6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

(7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

(8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

(9) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาคอรัว

(10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

(11) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

(13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้คณะกรรมการเสนอความเห็นต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาและประกาศกำหนดให้หน่วยงานหนึ่งหน่วยงานใดของกระทรวงหรือทบวงในราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านความสัมพันธ์กับภารกิจหลักและปริมาณงานในความรับผิดชอบ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนประกอบด้วยเป็นสำคัญ

การคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนตามวรรคหนึ่ง ให้หน่วยงานตามวรรคสอง ดำเนินการให้โดยไม่คิดมูลค่าหรือโดยให้ส่วนลดเป็นกรณีพิเศษก็ได้แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีผู้รับผิดชอบประกาศกำหนด

- มาตรา 11 (11) แก้ไขโดยมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนที่ 56 ก หน้า 2 วันที่ 15 กันยายน 2553)

- มาตรา 12 การเรียกร้องสิทธิหรือการได้มาซึ่งสิทธิหรือประโยชน์ของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัตินี้ ไม่เป็นการตัดสิทธิหรือประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายอื่น

3.2 นโยบายรัฐบาล

คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557 ซึ่งมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

ข้อ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ

3.4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงาน หรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (อณูลิน))

3.3 แผนแม่บทที่เกี่ยวข้อง

3.3.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559)

แผนพัฒนาฯ 11 ใช้แนวคิดที่ต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 - 10 โดยยังคงยึดหลัก “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ที่ให้ “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” และ “สร้างสมดุลการพัฒนา” ในทุกมิติ

ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศมี 6 ประการ โดยมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม

ข้อ 5.1 การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมให้ทุกคนในสังคมไทย ควบคู่กับการเสริมสร้างขีดความสามารถในการจัดการความเสี่ยง และสร้างโอกาสในชีวิตให้แก่ตนเอง

5.1.4 ส่งเสริมการใช้สิทธิแรงงานขั้นพื้นฐานในสถานประกอบการ โดยเฉพาะด้านสุขอนามัยและความปลอดภัย ชั่วโมงการทำงาน การไม่เลือกปฏิบัติ ควบคู่กับการเปิดโอกาสการทำงานสำหรับผู้สูงอายุ สตรี และคนพิการ ได้ตามศักยภาพมากขึ้น มีการร่วมมือระดับภูมิภาคเพื่อการพัฒนาทักษะ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเยาวชน ผู้สูงอายุ สตรี และผู้พิการ การมีระบบการจ้างและสวัสดิการแรงงานที่เป็นธรรม การเพิ่มโอกาสทางการศึกษา การฝึกอบรม และการฝึกอบรมซ้ำของแรงงาน รวมทั้งปรับปรุงและพัฒนากฎเกณฑ์ด้านแรงงานและการบังคับใช้ให้เกิดประสิทธิผลเพื่อคุ้มครองแรงงานบนหลักสิทธิพื้นฐานและการเพิ่มผลิตภาพแรงงาน

ข้อ 5.2 การจัดบริการทางสังคมให้ทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐาน เน้นการสร้างภูมิคุ้มกันระดับปัจเจก และสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการพัฒนาประเทศ

5.2.1 พัฒนาระบบบริการสาธารณะให้มีคุณภาพและมีช่องทางการเข้าถึงอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะระบบบริการสาธารณสุข และการศึกษาขั้นพื้นฐาน สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม เพื่อสร้างโอกาสให้กลุ่มด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม และทั่วถึง รวมทั้งลดความแตกต่างคุณภาพบริการสาธารณะในระหว่างพื้นที่และกลุ่มคน โดยสนับสนุนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นตามกรอบที่รัฐธรรมนูญกำหนด ทั้งบริการการศึกษา สุขภาพ สวัสดิการสังคม กระบวนการยุติธรรม ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพและการศึกษาของประเทศ การกระจายทรัพยากรด้านการศึกษา สาธารณสุข และมีระบบการจูงใจให้บุคลากรมีการกระจายที่เหมาะสมภายใต้มาตรการการเงินการคลังที่ยั่งยืน และสามารถเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.3 พัฒนาระบบสวัสดิการทางสังคมโดยจัดระบบความสัมพันธ์ของสวัสดิการทางสังคม ทั้งเกิด แก่ เจ็บ ตาย ให้มีความเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับชาติ ท้องถิ่น และชุมชน โดยมุ่งเน้นการจัดสวัสดิการที่มีคุณภาพและยั่งยืน ด้วยบทบาทและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

โดยเฉพาะบทบาทสถาบันครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และภาคเอกชน ที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม และการลงทุนในธุรกิจเพื่อสังคม

5.2.4 พัฒนาระบบการเงินฐานรากและระบบการออม ที่หลากหลาย เพื่อขยายฐานการให้บริการทางการเงินฐานราก และสนับสนุนการระดมทรัพยากรในชุมชน เพื่อการพัฒนา โดยบทบาทร่วมกันของภาครัฐ ภาคชุมชนท้องถิ่น และภาคธุรกิจเอกชน ส่งเสริมการต่อยอดการออมในชุมชน และส่งเสริมการออมเพื่อเป็นหลักประกันในความมั่นคงเมื่อชราภาพ

5.2.6 พัฒนาระบบฐานข้อมูลการให้การคุ้มครองทางสังคม ให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมประชาชนทุกคนตามสิทธิ และเชื่อมโยงระหว่างการคุ้มครองประเภทต่างๆ และกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเพิ่มขีดความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้เป็นเหตุผล และผลประกอบการในการพัฒนาหรือออกแบบช่องทางและรูปแบบการให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

ข้อ 5.2 การพัฒนาคุณภาพคนไทยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง มีการเรียนรู้สู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการส่งสมทุนทางปัญญา เชื่อมโยงการค้นคว้าวิจัย และพัฒนาสู่การเสริมสร้างขีดความสามารถในการประกอบสัมมาอาชีพ และการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย

5.2.4 พัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดย

1) ส่งเสริมการสร้างรายได้และการมีงานทำ ในผู้สูงอายุ โดยกำหนดลักษณะประเภทงานและอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม ควบคู่กับการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะทั้งด้านวิชาการและการใช้สื่อการเรียนรู้สมัยใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อการประกอบอาชีพและการพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่อง

2) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นคลังสมองของชาติทั้งภาครัฐและเอกชน ราษฎร์ชาวบ้าน ผู้มีความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น และประเทศ

3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเอง โดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะสมกับวัย และการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพ และสวัสดิการทางสังคมอย่างบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและความพร้อมให้เป็น ต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นๆ

3.3.2 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1

พ.ศ. 2552

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เริ่มต้นตั้งแต่ปี 2545 และในปี 2550 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ มีข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

โดยแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับนี้เป็นแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 ของประเทศไทย ให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” และความสำคัญของทุกคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง และจะต้องเข้าสู่ระยะวัยสูงอายุตามวงจรชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ยกเว้นจะเกิดการเสียชีวิตไปก่อนวัยอันควร

แผนผู้สูงอายุฯ ฉบับนี้ได้แบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

1. มาตรการ หลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
 - 1.1 ขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมถ้วนหน้า
 - 1.2 ส่งเสริมและสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัย
2. มาตรการ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
 - 2.1 ส่งเสริมการเข้าถึง และพัฒนาการจัดบริการการศึกษา และการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อความเข้าใจชีวิต และพัฒนาการในแต่ละวัย และเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม
 - 2.2 รณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ
3. มาตรการ การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
 - 3.1 ส่งเสริมให้ประชาชนทุกวัยเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน
 - 3.2 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกวัย โดยเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และการกีฬา
 - 3.3 รณรงค์ให้สังคมมีจิตสำนึก และตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ

1. มาตรการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น
 - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว
2. มาตรการ ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ
 - 2.1 ส่งเสริมการจัดตั้งและดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย
 - 2.2 สนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ
3. มาตรการ ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
 - 3.1 ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลาทั้งในระบบ และนอกระบบ
 - 3.2 ส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับวัยและความสามารถ
 - 3.3 ส่งเสริมการรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อจัดทำกิจกรรมเสริมรายได้ โดยให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วม
4. มาตรการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
 - 4.1 ประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม
 - 4.2 ส่งเสริมให้เกิดคลังปัญญากลางของผู้สูงอายุเพื่อรวบรวมภูมิปัญญาในสังคม
 - 4.3 ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุและให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่างๆ ในสังคม
5. มาตรการ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการสำหรับผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ
 - 5.1 ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 5.2 ส่งเสริมการผลิต การเข้าถึงสื่อ และการเผยแพร่ข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุ

5.3 ดำเนินการให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูล

ข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

6. มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมียุทธศาสตร์

และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

6.1 สนับสนุนส่งเสริมให้ความรู้แก่ครอบครัว และ

ผู้สูงอายุในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อรองรับความต้องการในวัยสูงอายุ

6.2 กำหนดมาตรการแหล่งเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อ

สร้าง/ ปรับปรุงที่อยู่อาศัย และระบบสาธารณูปโภคสำหรับผู้สูงอายุ

6.3 มีการออกกฎหมายให้สิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชน

ที่จัดบริการด้านที่พักอาศัยที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้

สูงอายุ

1. มาตรการ คุ้มครองด้านรายได้

1.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับสวัสดิการด้าน

รายได้พื้นฐานที่รัฐจัดให้

1.2 ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับ

ผู้สูงอายุ

2. มาตรการ หลักประกันด้านสุขภาพ

2.1 พัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มี

คุณภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทุกคน

2.2 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการ

ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง

2.3 ให้อำนาจที่จำเป็นตามมาตรฐาน การป้องกันและ

ส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

2.4 รัฐต้องให้อุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน

ตามที่จำเป็น เช่น แวนตา ไม่เท้า รถเข็น ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ

3. มาตรการ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

3.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นาน

ที่สุด โดยการส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ

3.2 ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลให้มี

ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ และข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับการบริการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

4. มาตรการ ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4.1 ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และบุคคล

4.2 จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพ และทางสังคม รวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้าน และมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้

- 1) สนับสนุนการดูแลระยะยาว
- 2) ระบบประกันสังคม
- 3) ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดัน

โลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมอง

- 4) อาสาสมัครในชุมชน
- 5) สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ

ในการดูแลผู้สูงอายุ

4.3 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ โดยกระบวนการประชาคม

4.4 เกื้อหนุนให้เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการที่เป็นธรรมร่วมด้วย

4.5 รัฐมีระบบและแผนเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ

4.6 ส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐ และเอกชนมีบริการแพทย์ทางเลือก

4.7 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

**ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา
งานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ**

1. มาตรการ การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ

1.1 เสริมสร้างความเข้มแข็งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ให้สามารถผลักดันนโยบายและภารกิจที่สำคัญด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ

1.2 ให้คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมด้านผู้สูงอายุจังหวัด ในคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัด เป็นเครือข่ายการบริหารและพัฒนาผู้สูงอายุในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

1.3 พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

1.4 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติวางแผนและดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ปรับแผน และแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติที่ทันกำหนดเวลา

2. มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

2.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ในระดับวิชาชีพอย่างเพียงพอและมีมาตรฐาน

2.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างเพียงพอและมีมาตรฐาน

2.3 กำหนดแผนการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศ และดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

1. มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

2. มาตรการ ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

3. มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์: 2553 น. 29-35)

กล่าวโดยสรุป ในประเด็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาด้านผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการกล่าวถึงการจัดทำแนวนโยบายสังคม และแนวทางการคุ้มครองสวัสดิภาพผู้สูงอายุ ที่เน้นให้สิทธิและการคุ้มครองผู้สูงอายุ รวมไปถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น และสามารถพึ่งพาตนเองได้ รวมไปถึงการส่งเสริมให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราด้วย ทั้งนี้ยังได้มีการร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เพื่อให้ผู้สูงอายุนั้นมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการบริหารทางการแพทย์

และการสาธารณสุข การศึกษา ศาสนา การประกอบอาชีพ หรือการพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ซึ่งในรัฐบาลปัจจุบัน ได้มีการแปลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ให้มีนโยบายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีการกล่าวถึงในประเด็นของการจัดเตรียมระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในสถานพักพิง และโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมไปถึงจนถึงการพัฒนากระบวนการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุด้วย

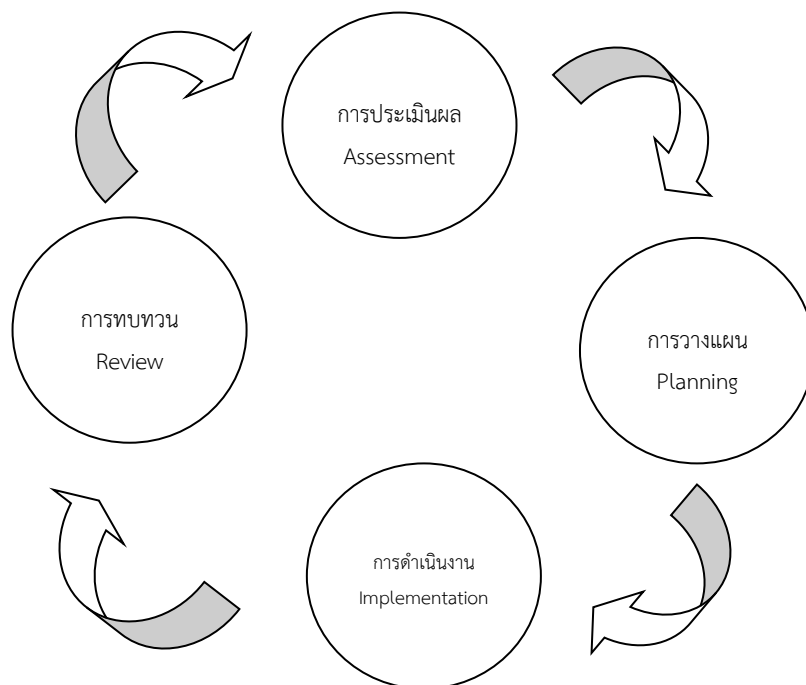
4. แนวคิดการดูแลทางสังคม

4.1 ความหมายการดูแลทางสังคม

การดูแลทางสังคม หมายถึง เป็นวิธีการให้บริการที่ไม่รวมถึงการช่วยเหลือทางสุขภาพ เพื่อมุ่งสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีพออยู่ได้ด้วยตนเอง โดยเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และใช้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นเครื่องมือ

4.2 ลักษณะการดูแลทางสังคม

การดูแลทางสังคมและงานด้านสังคมสงเคราะห์ โดยทั่วไปมีกระบวนการที่ชัดเจน Taylor and Devine (1993) กล่าวว่า “วงจรช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน” เป็นกระบวนการพื้นฐานการดูแลทางสังคม มีวงจรดังภาพ



ลักษณะการดูแลทางสังคมมีกระบวนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานเกิดการดัดแปลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในแต่ละขั้นตอนที่ง่ายต่อการเข้าใจ ซึ่ง “วงจรการช่วยเหลือ” คือ สิ่งที่สำคัญที่ผู้เชี่ยวชาญงานด้านการดูแลทางสังคมต้องเข้าใจ

โดยยังมีแนวคิดที่คล้ายคลึงกันกับรูปแบบวงจรดังกล่าว เช่น The Aspire model (Sutton 1999) ให้คำจำกัดความในแต่ละขั้นตอนไว้ว่า AS – Assessment P- Planning I – Intervention และ RE – Review and Evaluation

4.3 ประเภทการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

4.3.1 การบริการในชุมชน

การให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เป็นลักษณะบริการที่จัดขึ้นเพื่อสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ในหลากหลายลักษณะ โดยเกิดจากการร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน องค์กร และสถาบันทางสังคมต่างๆ ในการจัดบริการ ดังนั้นรูปแบบและลักษณะของบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จึงเป็นบริการที่จัดขึ้นทั้งจากชุมชนเอง บริการที่จัดโดยองค์กรภายนอก รวมทั้งบริการที่จัดร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดบริการแตกต่างกันตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

บริการดูแลในกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Day care for Older Persons) เป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ และครอบครัว ซึ่งเป็นการรวบรวมบริการพื้นฐานที่จำเป็น ทั้งด้านสังคม อารมณ์ และสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวของตนเองให้นานที่สุด โดยอาจจะให้บริการที่บ้านหรือศูนย์ของชุมชนก็ได้

บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ มีจุดมุ่งหมาย ดังนี้ (Goldberg and Nami, 1982: 12 อ้างถึงในศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1. เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการดูแล ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม
2. เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีชีวิตอย่างเรียบง่าย ได้พบปะสังสรรค์กับบุคคลวัยเดียวกัน และกับบุคคลอื่น
3. เป็นบริการที่ช่วยแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. เป็นสถานที่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสุขภาพทางกายแก่ผู้สูงอายุ
5. เป็นสถานที่ให้บริการด้านการฟื้นฟู และบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตเวช เพื่อให้เกิดการปรับตัวที่ดีต่อสังคม
6. เป็นสถานที่ให้บริการด้านที่อยู่อาศัยชั่วคราว หรือเป็นแหล่งเตรียมการสำหรับผู้สูงอายุที่จะเข้าสู่สถานสงเคราะห์

อาจกล่าวได้ว่า บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุนั้น เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และครอบครัวเป็นอย่างมาก นอกจากเป็นบริการที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุน้อยที่สุดแล้วยังเป็นบริการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ติดต่อสมาคมกับบุคคลอื่นได้อีก สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความบกพร่องทางกาย หรือทางสมองบริการนี้ สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะปกติแต่ต้องการสังสรรค์กับวัยเดียวกัน สามารถไปใช้บริการได้เช่นเดียวกัน

ลักษณะกิจกรรมการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมด้าน การรักษาพยาบาลทั่วไป กิจกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งทางกายและจิตใจ การดูแลเป็นรายบุคคล เช่น การอาบน้ำ ทำแผล ป้อนอาหาร และยา การจัดกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพร่างกาย และบริการด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือ ในสิ่งที่ขาดแคลน รวมทั้งการให้คำปรึกษาและแนะนำต่างๆ โดยทั่วไป มักเป็นกิจกรรมที่จัดสำหรับผู้ที่พักตนเองได้น้อย หรือเป็นผู้สูงอายุที่อายุค่อนข้างมาก ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าลักษณะดังกล่าวนี้ นิยมที่จะไปใช้บริการในศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

4.3.2 ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multipurpose Senior Center)

ความต้องการที่สำคัญประการหนึ่งของผู้สูงอายุ คือ การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนฝูงหรือบุคคลในวัยเดียวกัน ที่มีความเข้าใจ และความต้องการที่ใกล้เคียงกัน การพบปะกับบุคคลในวัยเดียวกัน มีผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งกายและจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การยอมรับจากบุคคลในกลุ่มเดียวกัน จะเป็นเสมือนยาอายุวัฒนะสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ บริการที่จัดขึ้นเพื่อตอบสนองความคงอยู่ของสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลอื่น จึงได้ถูกจัดให้มีขึ้นในลักษณะศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึง สถานที่รวมสำหรับองค์การ ชุมชน และผู้สูงอายุ ใช้ในการจัดบริการและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นสถานที่อำนวยความสะดวกของชุมชน เพื่อให้บริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุจะเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุที่จะได้รับการตอบสนองในด้านต่างๆ ซึ่งมีผู้เสนอประโยชน์ของศูนย์อเนกประสงค์ที่มีต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การที่ผู้สูงอายุได้เข้ามาร่วมพบปะบุคคลอื่นในศูนย์อเนกประสงค์ จะทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สร้างสรรค์ความใฝ่รู้ และจะทำให้เกิดการแสวงหาความรู้ต่างๆ อยู่เสมอ เป็นการสร้างการเรียนรู้ตลอดชีวิต

2) ศูนย์อเนกประสงค์เป็นแหล่งที่ผู้สูงอายุสามารถแสวงหาความสนใจส่วนบุคคล สามารถทำกิจกรรม ใฝ่หาความรู้ สนทนาปราศรัยกับผู้อื่นได้อย่างอิสระตามที่ตนเองต้องการ ดังนั้นศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุจะเป็นแหล่งในการสนับสนุนความเป็นอิสระของบุคคลได้เป็นอย่างดี

3) จุดมุ่งหมายสำคัญของการมีศูนย์อเนกประสงค์ คือ การที่ให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการบริหาร การดำเนินการ และการจัดกิจกรรมในศูนย์ร่วมกับเพื่อนสมาชิกอื่นๆ และสมาชิกในชุมชน เป็นการใช้ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ให้เป็นประโยชน์ รวมทั้งเป็นการ

สร้างความตระหนักต่อตนเอง และสร้างความภาคภูมิใจต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มีคุณค่าในตนเอง และปฏิบัติตนสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ที่มีคุณค่า

4) การร่วมกันสร้างสรรค์และร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มของผู้สูงอายุ กลุ่มบุคคลอื่นและชุมชน ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ การร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อแสวงหาทางออก เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และใช้ประสบการณ์ให้เป็นประโยชน์ รวมทั้งอาจเป็นแรงผลักดันให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครอื่นๆ ในชุมชนได้ด้วย

5) เป็นการสะสมความรู้และประสบการณ์มาอยู่มามาย การเข้าสู่วัยสูงอายุสิ่งเหล่านี้ คือ ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่มีคุณค่า การมีศูนย์เอนกประสงค์ จะเป็นแหล่งรวบรวมภูมิปัญญา เป็นสถานที่ที่ ผู้สูงอายุจะได้มาอยู่ร่วมกัน อนุรักษ์และถ่ายทอดภูมิปัญญาให้กับคนรุ่นต่อไป

6) การมีกิจกรรมทั้งทางร่างกายและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างภาวะทางร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา เพื่อมุ่งสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ลักษณะกิจกรรมในเอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่จัดขึ้นในศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ มักเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น ดังนั้น กิจกรรมหลักสามารถแบ่งเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่

1) กิจกรรมเกี่ยวกับการสมาคม และนันทนาการ (Social and Recreational Programs)

กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอโอกาสสำหรับการรื่นเริง เพื่อความสนุกสนาน และสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สร้างการปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น และสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปของตนเอง และสร้างการพัฒนาบุคลิกภาพ และทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ภาพรวมกิจกรรมนี้ มุ่งเน้นเสริมสร้างการปรับตัวทั้งทางสังคมและจิตใจแก่ผู้สูงอายุ ลักษณะของกิจกรรมที่จัดขึ้น ได้แก่ การจัดงานรื่นเริงและฉลองในโอกาสวันสำคัญ เช่น วันชาติ วันเฉลิมพระชนมพรรษา วันสำคัญทางศาสนา และวันเกิดของสมาชิกสโมสร งานศิลปะต่างๆ เช่น งานวาด งานปั้น งานแกะสลัก การถ่ายภาพ และงานเย็บปัก ถักร้อย เป็นต้น นอกจากนั้น อาจมีการจัดกิจกรรมนันทนาการอื่นๆ เช่น การลีลาศ การร้องเพลง การเล่นดนตรี รวมทั้งการเล่นกีฬาในร่ม และเกมส์ต่างๆ บริการนี้ อาจรวมถึงบริการจัดรถรับ – ส่ง ผู้สูงอายุ ด้วย

2) กิจกรรมที่เกี่ยวกับการศึกษาและวัฒนธรรม (Education and Cultural Programs)

กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงความสามารถในการเรียนรู้ของตน ตลอดจนจดจำ และเรียนรู้ข้อเท็จจริงที่สำคัญ ต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมบางประการ ดังนั้น ความหมายของกิจกรรมเพื่อการศึกษาหมายถึง

ความสามารถในการเรียนรู้ ความเข้าใจ การจดจำ การแก้ไขปัญหาและการพัฒนาทักษะต่างๆ ของผู้สูงอายุ กิจกรรมบางประการที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและวัฒนธรรม ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูล ข่าวสารทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและการปกครองของประเทศ การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้บริโภค ได้แก่ ข่าวสารทางเศรษฐศาสตร์บริโภค เป็นต้น กิจกรรมการศึกษาเพื่อการพัฒนาตนเอง เช่น การเรียนภาษาอังกฤษ คอมพิวเตอร์ การดูแลตนเองเบื้องต้น การฝึกหัดการเป็นผู้นำ และบทบาทในการมีส่วนร่วมในชุมชน การอ่าน การแลกเปลี่ยนความรู้และทักษะต่อวรรณกรรมต่างๆ รวมทั้ง กิจกรรมทัศนศึกษาแหล่งประวัติศาสตร์ ศาสนาและแหล่งท่องเที่ยวทั่วไป

3) กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ (Health Services and Nutrition Programs)

กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย (Health Services) การให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัย มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การช่วยเหลือสมาชิกดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด กิจกรรมในการให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัย จะประกอบไปด้วยบริการต่างๆ ดังนี้

3.1) การบริการตรวจรักษาสุขภาพ เช่นการตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจวัดความดัน เป็นต้น ซึ่งในการให้บริการนี้ อาจจะจัดในรูปแบบของกลุ่มแพทย์อาสาสมัครเคลื่อนที่ ให้บริการตามชุมชนต่างๆ หรือการจัดกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำในการรักษาสุขภาพ เป็นต้น

3.2) การให้คำปรึกษาแนะนำ หรือการจัดกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจในตนเอง ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ

3.3) การให้บริการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การกีฬา และการอนามัย

3.4) การจัดกิจกรรมพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การให้บริการทางด้านกายภาพบำบัด โดยมีการอำนวยความสะดวก เรื่องของอุปกรณ์กายภาพบำบัดต่างๆ และการให้บริการด้านอาชีพบำบัด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และมีนกออาชีพบำบัดคอยดูแลให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกตามที่ตนถนัดและมีความสนใจ เช่น การจักสาน การปั้น แกะสลัก การทำอาหารฝีมือต่างๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลายอารมณ์ และช่วยแก้สภาพจิตใจที่บกพร่อง และเพื่อก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน รวมทั้งเกิดความภูมิใจในผลงานของตนเอง

3.5) การอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลทั่วไป ตลอดจนผู้สูงอายุเอง ให้มีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

4) กิจกรรมด้านโภชนาการ (Nutrition Programs)

ในสังคมปัจจุบันนี้ ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ขาดความรู้ขาดเครื่องอำนวยความสะดวก และขาดความสามารถในการจัดซื้อหรือในการเตรียมอาหารเพื่อตนเอง โดยกิจกรรมด้านโภชนาการนี้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยว และเป็นการประสานให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านโภชนาการ ตามที่เขาต้องการ ซึ่งจุดมุ่งหมายของบริการด้านโภชนาการนี้ เพื่อเป็นหลักประกันว่า ผู้สูงอายุต้องได้รับอาหารที่ถูกสุขลักษณะ หรือตามหลักโภชนาการและเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ไม่แข็งแรงไม่สามารถประกอบอาหารได้ด้วยตนเอง

ในต่างประเทศ มีการให้บริการด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุหลายแห่ง เช่น ศูนย์กลางวันผู้สูงอายุ (Day Centers) ซึ่งมีบริการอาหารกลางวันและเครื่องดื่มแก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก หรือสโมสรอาสาสมัคร (Voluntary Social Clubs) ให้บริการอาหารกลางวันแก่สมาชิก หรือสโมสรที่ให้บริการอาหารกลางวัน (Luncheon Clubs) หมายถึง สโมสรที่จัดบริการอาหารกลางวันแก่ผู้สูงอายุที่เกษียณแล้ว หรือคนพิการที่ได้ลงทะเบียนไว้กับสโมสร ซึ่งผู้สูงอายุและคนพิการจะไปสโมสรนี้ในเวลากลางวัน และอาสาสมัครคอยช่วยเหลือ

5) กิจกรรมที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์แก่ผู้สูงอายุ

(Creative Thinking Program)

การส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ขึ้นในวัยผู้สูงอายุนั้น เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ทางใจ ทพพลภาพ การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น การสร้างความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีคุณค่า ยังสามารถกระทำการบางอย่างได้ด้วยตนเองอยู่นั้น จะเป็นสิ่งที่เหมาะสมและมีประโยชน์ การแสดงออกยังความคิดสร้างสรรค์นั้นสามารถกระทำได้หลายวิธี แต่จากงานวิจัยหลายเรื่อง พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น หากได้สร้างสรรค์งานศิลปะต่างๆ แล้วจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจในตนเองว่ามีกำลัง มีความสามารถที่จะทำสิ่งต่างๆ ได้ และยังเป็นผู้ที่มีคุณประโยชน์ต่อผู้อื่นอยู่

ลักษณะกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ใน

วัยสูงอายุมีหลายประการ ได้แก่

5.1) การเขียน (Writing) เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้

ผู้สูงอายุเกิดความคิดสร้างสรรค์ การเขียนโดยทั่วไป มักเน้น ในการเขียนตัวอักษรรูปแบบต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกหัดบังคับมือ สายตา ขีดเขียนตัวอักษรตามความคิดของตน ซึ่งการเขียนตัวอักษรไทยนั้นสามารถเขียนได้หลายรูปแบบ เป็นตัวประดิษฐ์ลากหาง หรือตัวคล้ายอักษรโบราณ ล้วนแต่ทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกหัดบังคับประสาทของตนเองทั้งสิ้น นอกจากนั้น การเขียนอาจรวมทั้งการเขียนจดหมาย การเขียนโคลงกลอน การเขียนอัตชีวประวัติ การเขียนบทความท่องเที่ยว เรื่องสั้น และนวนิยาย ซึ่งจากการเขียนจะ

ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา ระลึกถึงความทรงจำในอดีต และให้ความใส่ใจกับสิ่งรอบๆ ตัว เพื่อนำมาใช้เป็นแหล่งทรัพยากรและวัตถุดิบในการเขียน

5.2) งานศิลปะ (Arts) เช่น การวาดรูป การระบายสี งานหล่อ งานปั้น งานประดิษฐ์ งานศิลปะ งานเซรามิค เป็นต้น การทำงานศิลปะจะทำให้ผู้สูงอายุได้ระบาย และสื่อสารความรู้สึกต่างๆ ออกมา นอกจากนั้นบางครั้งศิลปะเหล่านี้สามารถขาย และเป็นรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุได้อีกด้วย

5.3) ดนตรี (Music) การใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดรักษา เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ดนตรี ได้แก่ การร้องเพลง การเคาะเท้า การตบมือ การเต้นรำ หรือโยกตัวและเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย การเขียนเนื้อร้องหรือทำนองเพลง การเล่นเครื่องดนตรีร่วมกับบุคคลอื่น ฯลฯ จะสร้างความรู้สึกผ่อนคลายได้ใช้ความคิด จินตนาการที่สร้างสรรค์ เพราะดนตรีจะกล่าวถึงความนุ่มนวลของอารมณ์ เช่น อารมณ์รัก ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เกิดกำลังใจ สามารถเผชิญ และต่อสู้กับความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกกดดันจากการที่ต้องออกจากงาน หรือการที่อยู่ในวัยที่เข้าใกล้ความตาย นอกจากนี้ ดนตรีจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้รำลึกถึงความหลัง ปลอบใจ บำบัดรักษา ช่วยให้มีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างสมาชิก มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันที่ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ตลอดจนปรับปรุงด้านการหายใจ การไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท หลอดเลือด และการเคลื่อนไหว

5.4) การเล่นละคร (Dramatic) เป็นการให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมแสดงบทบาทต่างๆ ในเรื่องที่ได้เตรียมตัวและไม่ได้เตรียมตัว ซึ่งการแสดงละครจะเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนกลับให้เห็นถึงความวิตกกังวล ความเครียด อารมณ์ขันที่แสดงออกมา รูปแบบของการเล่นละครมีความแตกต่างและหลากหลายมาก เช่น การเป็นผู้เล่าเรื่องจากความทรงจำ การเล่าเรื่องจากหนังสือ การเล่นละครเวที ละครวิทยุ นวนิยาย หุ่นกระบอก ละครธรรมะ และละครจากชาดก เป็นต้น

5.5) การรำ และเต้นรำ การรำและเต้นรำมีความสอดคล้องกันกับการดนตรี การรำและเต้นรำเป็นการเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรี ซึ่งนับได้ว่าเป็นความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และที่อยู่ในสถาบันการดูแลต่างๆ การรำ และเต้นรำจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพกาย เช่น ช่วยให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ดีอีกวิธีหนึ่ง ช่วยควบคุมน้ำหนัก ทำให้ระบบหมุนเวียนของโลหิตดีขึ้น ช่วยให้ผ่อนคลาย และเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย นอกจากนั้น ยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพจิต ได้แก่ เสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้สูงอายุทำให้มีความจำที่ดีขึ้น ลดความเครียด สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ตลอดจนเป็นการเข้าร่วมสังคมกับบุคคลอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสัมผัสและได้สัมผัสผู้สูงอายุผู้อื่น จะช่วยในการสร้างความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ และเป็นกำลังใจที่ดีต่อกัน และนอกจากนั้น ยังช่วยอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมไทยไว้ด้วย

6. กิจกรรมด้านสังคมสงเคราะห์ (Social Work Services Program)

การให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์ เป็นความรับผิดชอบโดยตรงของนักสังคมสงเคราะห์ ทั้งบริการเฉพาะราย (Case Work) และบริการเป็นกลุ่ม (Group Work) การให้บริการด้านนี้เน้นเรื่องการพบปะกันทางสังคม การตอบสนองต่อความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในความทุกข์ และปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการประเมิน วินิจฉัยสภาพปัญหา เพื่อตัดสินใจต่อบริการที่ผู้สูงอายุควรได้รับและส่งต่อไปรับบริการยังแหล่งอื่น สำหรับการให้บริการสังคมสงเคราะห์โดยใช้กลุ่ม นักสังคมสงเคราะห์จะทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มใช้กิจกรรม เพื่อแก้ไขและพัฒนาผู้สูงอายุ การช่วยให้เกิดการปรับตัวสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ากลุ่ม หรือเข้ารับบริการที่ศูนย์เป็นครั้งแรก รวมทั้งทำหน้าที่ในการประสานแหล่งบริการต่างๆ ด้วย

4.3.3 ชมรมผู้สูงอายุ (Senior Citizen Club)

ชมรมผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากสโมสรและชมรมที่กล่าวมานี้เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยชุมชนและองค์กร เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม แต่ชมรมผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นจากการริเริ่ม และก่อตั้งโดยผู้สูงอายุเอง (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2539: 19 อ้างถึงในศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 170-171) ให้ความหมายชมรมผู้สูงอายุว่า หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป มารวมตัวกัน โดยมีวัตถุประสงค์ และแนวคิดร่วมกันในการพัฒนาตนเองทั้งในด้านสุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษา วัฒนธรรม และการศึกษาหลักธรรมะในพุทธศาสนา รวมทั้งร่วมกันพัฒนาสังคมและประเทศชาติในที่สุดด้วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมเป็นอันดับแรก และหากเป็นไปได้ก็รวมถึงผู้สูงอายุอื่นๆ และสังคมโดยรวมด้วย

ลักษณะของกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุมีแตกต่างกัน โดยในประเทศอาจารย์รวมอยู่ในสโมสรผู้สูงอายุ หรือศูนย์บริการเพื่อผู้สูงอายุ ทั้งกิจกรรมและสถานที่ ในประเทศไทยชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีที่ตั้งในสถานที่ราชการ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน ที่ว่าการอำเภอ และอื่นๆ นอกนั้นจัดตั้งที่วัดหรือบ้านของสมาชิกเอง การดำเนินกิจกรรมของชมรมที่จัดขึ้นเป็นประจำ และบ่อยที่สุด คือ กิจกรรมด้านการศาสนา รองลงมาคือ กิจกรรมด้านอาชีพ กิจกรรม ด้านการออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพ อย่างไรก็ตาม กิจกรรมที่กล่าวมานี้ได้ถูกจัดให้มีขึ้นทุกวันแต่จัดเป็นครั้งคราว อาจจะทุกเดือน หรือทุกวาระโอกาสก็ได้ โดยมีวัตถุประสงค์ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก

4.3.4 บริการดูแลจากเพื่อนบ้าน (Neighborhood care)

แนวความคิดการดูแลจากเพื่อนบ้านพัฒนามาจากทฤษฎีโครงสร้างการหน้าที่ ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่ของบุคคล และสถาบันในชุมชนนั้น แต่ละชุมชนย่อมมีคุณลักษณะเฉพาะตัว และต่างมีหน้าที่ต่อสมาชิกในชุมชนของตนแตกต่างกัน วอเรน และจิลล์ (Warren and Jill, 1985 อ้างถึงในศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 171) ได้ระบุถึงการประยุกต์แนวความคิดความเป็นเพื่อนบ้านในงานบริการผู้สูงอายุว่า เพื่อนบ้านมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด มั่นคงและเจริญงอกงาม ซึ่งเป็นรากฐานของการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงสามารถจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยผ่านเพื่อนบ้านได้

เมื่อพิจารณาในระบบของเครือข่ายทางสังคมแล้ว ความเป็นเพื่อนบ้านเป็นระบบการเกื้อกูลกันของผู้คนในชุมชน และเป็นเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มคนที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมเดียวกัน ที่จะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี นิยามของบริการดูแลจากเพื่อนบ้าน จึงหมายถึง บริการต่างๆ ที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการของชุมชน อันเกิดในกลุ่มคนที่มีลักษณะ ค่านิยม ผลประโยชน์ รูปแบบการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน มีความสัมพันธ์ทางครอบครัว เครือญาติ หรือมีความคุ้นเคยกันจนเกิดเป็นความไว้วางใจ และความสมัครใจในการช่วยเหลือเกื้อกูลและพึ่งพาอาศัยกันได้ วัตถุประสงค์ของบริการดูแลจากเพื่อนบ้าน ประกอบด้วย

- 1) เพื่อแลกเปลี่ยนสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน หรือมีความใกล้ชิดกัน
- 2) เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ที่ขาดเครือข่ายทางครอบครัว และเครือญาติ
- 3) เพื่อให้ความใกล้ชิดเข้าถึงปัญหา และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วก่อนการช่วยเหลือจากแหล่งอื่น

ลักษณะกิจกรรมที่จัดขึ้นในบริการดูแลจากเพื่อนบ้านได้แก่ การเยี่ยมเยียนตามบ้าน (Home Visit) การจัดหาอาหารและส่งอาหาร การเป็นเพื่อนคุย การอ่านหนังสือให้ผู้สูงอายุฟัง การให้คำปรึกษาต่างๆ รวมถึงบริการด้านพาหนะด้วย อย่างไรก็ตามในประเทศไทยบริการรูปแบบนี้มีลักษณะไม่เป็นทางการแต่ความที่คนไทยมีน้ำใจไมตรี เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา เช่น ขาดผู้ดูแลหรือขาดรายได้ที่พอเพียงในการดำรงชีพ เพื่อนบ้านและคนในชุมชนจะเข้าไปให้ความช่วยเหลือโดยมิได้ร้องขออยู่แล้ว หากเกินความสามารถ ผู้สูงอายุเหล่านั้นจะถูกส่งต่อไปยังบริการของรัฐต่อไป

การนำบริการชนิดนี้มาใช้ มักเกิดข้อจำกัดในเรื่องการจัดการ หากมีการจัดการที่ไม่เข้มแข็ง ทำให้ระบบการเกื้อกูลมีความแข็งแกร่งน้อย แต่หากดำเนินการได้บริการตามแนวคิดนี้จะช่วยผดุงรักษา และเสริมสร้างระบบของชุมชนให้ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในรูปขององค์กรประชาชนที่เป็นศูนย์กลางให้ความช่วยเหลือสมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และจัดบริการสังคมด้านต่างๆ เพื่อประโยชน์แก่สมาชิกในชุมชนซึ่งรวมถึงผู้อาวุโสด้วย

4.3.5 บริการส่งต่อ (Referral Program)

ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจประสบปัญหาเจ็บป่วยกะทันหันรุนแรง หรือประสบปัญหาอื่นๆ ที่ไม่สามารถพบกับแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมได้ จำเป็นที่ได้รับการเฉพาะด้าน บริการส่งต่อเป็นประเภทหนึ่งของการประสานงาน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบกับทรัพยากรที่ต้องการอย่างเหมาะสม รวมทั้งเป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร และการอำนวยความสะดวกด้านต่างๆ บริการส่งต่อจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญที่ควรจัดขึ้น ทั้งในหน่วยงานและในระดับชุมชน บริการส่งต่อ ครอบคลุมกิจกรรมหลัก 3 ประการ ได้แก่

1) การประเมินสถานะของบริการ ทั้งที่เป็นฝ่ายแรกรับ และฝ่ายที่จะส่งต่อ เป็นการประเมินความสามารถและได้จำกัดของสถานการณบริการและชุมชนว่าสามารถรับหรือจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ นั้นๆ ได้หรือไม่ รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชี้แนะแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่เขาจะได้รับ

2) การให้ผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งทรัพยากร เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้พิจารณาถึงทางเลือกต่างๆ ตามข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อตัดสินใจเลือกบริการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ ชุมชนจะมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ประสานการติดต่อการส่งข้อมูลให้ผู้รับเรื่อง รวมถึงกระบวนการส่งต่อผู้สูงอายุไปยังแหล่งบริการอื่น ที่ตรงกับปัญหา กระบวนการนี้ในบางครั้งมีความจำเป็นที่ต้องตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เช่น กรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยกะทันหัน จำเป็นต้องรับบริการฉุกเฉิน ชุมชนหรือผู้ทำหน้าที่ในชุมชนอาจตัดสินใจส่งต่อได้ทันที

3) การติดตามผล เป็นลักษณะงานที่ต่อเนื่องมาจากการส่งต่อผู้สูงอายุ โดยดำเนินการกับหน่วยงานที่รับผู้สูงอายุ ตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาว่าผู้สูงอายุได้รับบริการตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการหรือไม่ บริการนั้นๆ มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคใดๆ เกิดขึ้นหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อช่วยในการตัดสินใจต่อบริการที่อาจจะต้องแสวงหาแหล่งใหม่ หรืออาจจะยุติเพียงแหล่งที่ส่งต่อเท่านั้น ดังนั้นการติดตามผลบางครั้งจึงเสมือนการทบทวนวิชาการ และการกระทำตามแผน เพื่อตัดสินใจในการหาเหตุผลสำหรับความล้มเหลวของการส่งต่อ รวมทั้งอาจชี้ให้เห็นถึงความไม่เหมาะสมของทรัพยากรได้

4.3.6 บริการจากอาสาสมัคร (Voluntary Services)

อาสาสมัคร เป็นกลุ่มที่สนับสนุนการปฏิบัติงานสำหรับผู้สูงอายุให้ดำเนินต่อไปได้ เพราะหากจะให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินการเองแล้ว อาจเกิดปัญหาที่ไม่สามารถจัดการกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างครอบคลุม อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้ที่มีความเสียสละเป็นพิเศษ และมีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน โดยทั่วไปภารกิจของอาสาสมัครสำหรับผู้สูงอายุจะประกอบด้วย งานช่วยเหลือทั่วไป งานกิจกรรม และบริการภายในศูนย์ฯ งานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ งานด้านยานพาหนะ งานทัศนศึกษา สังคม วัฒนธรรม และกิจกรรมชุมชนสัมพันธ์อื่นๆ

การดำเนินงานกับผู้สูงอายุตามที่อยู่อาศัยของอาสาสมัครมีลักษณะกิจกรรมในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน การดูแลให้คำปรึกษาเป็นครั้งคราวตามเวลาที่กำหนด และตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม บริการโดยอาสาสมัครนี้ ควรคำนึงถึงสิ่งตอบแทนที่อาสาสมัครจะได้รับจากผู้จัดบริการ และผู้สูงอายุ คือ การขอบคุณ ยกย่องความเสียสละ และความมีน้ำใจของเขาเหล่านี้

4.3.7 บริการที่เป็นอื่นๆ

1) บริการรถรับส่ง (Transportation Services Program) บริการด้านการจัดรถรับ-ส่ง มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เพราะเป็นสิ่งที่นำผู้สูงอายุให้ได้พบกับบริการต่างๆ การพบปะเพื่อนฝูงและการเข้าร่วมกิจกรรม โดยทั่วไปเป็นกิจกรรมที่เชื่อมต่อกับกิจกรรมอื่นๆ เช่น

ศูนย์เเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลกลางวัน เป็นการอำนวยความสะดวกจัดรถ รับ – ส่ง ผู้สูงอายุไปรับบริการ โดยองค์กรด้านชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุน และมีอาสาสมัครทำหน้าที่ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุในการขึ้น – ลง พาหนะอีกด้วย

2) บริการติดต่อทางโทรศัพท์ (Telephone Services) เป็นบริการ ที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ไม่มีโอกาสติดต่อกับบุคคลภายนอก และมีความจำเป็นต้องอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัย เป็นเวลานาน ผู้ที่รับบริการนี้จะได้รับการสอบถาม หรือติดต่อทางโทรศัพท์เป็นประจำทุกวัน หรือหาก ต้องการความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุก็สามารถเรียกร้องความช่วยเหลือได้ กรณีที่การติดต่อไปแล้วไม่ได้รับการ ตอบรับจากผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง ตำรวจ นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้รับไปตรวจสอบ และดูแล ว่ามีปัญหาใดๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ บริการนี้สามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

3) บริการทางด้านกฎหมาย (Legal Services) เป็นบริการที่ชุมชนจัด ให้มีขึ้นเพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ และอาจถึงขั้นช่วยดำเนินการทางด้านเอกสาร และธุรกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือส่วนใหญ่บริการด้านกฎหมายจะเน้นเฉพาะการให้คำปรึกษา แนะนำ ด้านสัญญา การซื้อขาย ทรัพย์สิน และการทำพินัยกรรม ส่วนกระบวนการฟ้องร้อง หรือ ดำเนินการทางศาลนั้น นิยมใช้ระบบส่งต่อไปรับบริการยังหน่วยที่ให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อไป (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549: 164-175)

4.3.8 การบริการในสถาบัน

1) รูปแบบการดูแลในสถานสงเคราะห์

การดูแลในสถานสงเคราะห์ เป็นบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุที่ ประสบปัญหาความเดือดร้อน ฐานะยากจน ไร้ญาติ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ให้การเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข รวมทั้งครอบครัวของผู้สูงอายุไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุ และไม่มีเวลามากพอ เพราะผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด บริการในสถานสงเคราะห์ให้บริการพื้นฐานปัจจัย 4 ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ตลอดจน บริการอื่นๆ ในการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด งานอดิเรก ศาสนกิจ สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม นันทนาการ และฅาปนกิจ เป็นต้น

ปัจจุบันสถานสงเคราะห์คนชราที่ถ่ายโอนลงท้องถิ่นแล้วมี 13 แห่ง และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุจำนวน 2 แห่ง ดังนี้

1. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัด นครสวรรค์
2. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัด จันทบุรี
3. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่ เป็นอุปถัมภ์) จังหวัดนครปฐม

(หลวงพ่อลำไยอุปถัมภ์) จังหวัดกาญจนบุรี	4. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี
นครปฐม	5. สถานสงเคราะห์คนชรานครปฐม จังหวัด
(โพธิ์กลาง) จังหวัดนครราชสีมา	6. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์
(วัดม่วง) จังหวัดนครราชสีมา	7. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์
กรุงเทพมหานคร	8. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2
จังหวัดลพบุรี	9. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี
จังหวัดตรัง	10. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง
พื้งตาก จังหวัดชุมพร	11. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุ่ทอง –
มหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม	12. สถานสงเคราะห์คนชราบ้าน
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	13. สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวสน์
สถานสงเคราะห์คนชราที่เหลือจำนวน 7 แห่ง และ	
ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 1 แห่ง ที่ยังคงอยู่ที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการ	
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยทั้ง 8 แห่ง ได้มีการเปลี่ยนชื่อใหม่ ดังนี้	
บางแค กรุงเทพมหานคร	1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน
บางละมุง จังหวัดชลบุรี	2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน
ธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่	3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน
ทักษิณ จังหวัดยะลา	4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน

5. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาระ
เวสร์มา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
6. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน
ภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
7. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน
บุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
8. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัด
ปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
9. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัด
ลำปาง จังหวัดลำปาง
10. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
นครพนม จังหวัดนครพนม
11. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
สงขลา จังหวัดสงขลา
12. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

สำหรับสถานสงเคราะห์ที่ภาคเอกชนดำเนินการ ในประเทศ
ไทยส่วนใหญ่มูลนิธิต่างๆ ได้ดำเนินการ ได้แก่ มูลนิธิวิวัฒน์นิवास คามิลเลียนโซเซียลเซนต์เตอร์นครปฐม
และจันทบุรี มูลนิธิฮั่วเคี้ยวปอเต็กเส็งตั้ง และมูลนิธิสิริวัฒนาเซสส์เซียร์ เป็นต้น

2) รูปแบบการดูแลในสถานพยาบาล

ผู้สูงอายุโดยทั่วไป ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษ
และดูแลในสถานพยาบาลได้ ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี แต่มีสภาพ
ทางร่างกายไม่แข็งแรง เช่น มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคไขข้อ ความจำเสื่อม และโรคเรื้อรังอื่นๆ
การเจ็บป่วย และการอยู่อาศัยในสถานพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาทางด้านจิตใจ
และแสดงออกให้เห็นถึงปัญหาทางด้านพฤติกรรมบางประการ เช่นภาวะกดดัน ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออก
จากผู้อื่น การทำร้ายเจ้าหน้าที่ และผู้อยู่อาศัยร่วมกัน ฯลฯ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในสถาบันต้อง
ประกอบด้วยนักวิชาชีพและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่นอกจากบุคลากรด้านการแพทย์ เช่น นักสังคมสงเคราะห์
นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด ฯลฯ

ลักษณะของบริการที่ควรจัดขึ้นในสถานพยาบาล

- 1) บริการให้คำปรึกษาแนะนำ การให้คำปรึกษา
แนะนำจะช่วยลดปัญหาการปรับตัวได้ ผู้สูงอายุที่มีความหวาดกลัวในการเข้าอยู่ในสถานพยาบาล จึงควร
จัดบริการให้คำปรึกษาแนะนำตั้งแต่กระบวนการแรกเริ่ม (Intake Phase) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ความหวาดกลัวที่พบในผู้ป่วยนั้นมักเกิดจากการขาดข้อมูล ข้อมูลที่มีนั้นไร้ประสิทธิภาพ หรือการขาดความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารต่างๆ ดังนั้นการให้คำปรึกษาแนะนำ โดยใช้เวลาในการอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตนทั้งของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว ตลอดจนผลกระทบต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวลลงได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความกลัวเกี่ยวกับความตาย อาจต้องได้รับคำแนะนำปรึกษาทางศาสนา (Pastoral Counseling) เช่น จากพระ นักบวช หรือผู้นำในศาสนา

2) บริการส่งต่อและจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ การส่งต่อ (Referral) เพื่อไปรับบริการยังสถานพยาบาลอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุ อาจเกิดใน 2 กรณี คือ การส่งต่อเพื่อไปรักษายังสถานพยาบาล ที่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และความชำนาญของแพทย์ที่สูงกว่า หรือการส่งต่อ เพื่อเข้าสู่สถานบริการระยะสุดท้าย ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะใกล้ตาย การส่งต่อเพื่อไปยังสถานบริการอื่นนั้น นักสังคมสงเคราะห์ ต้องอธิบายถึงความจำเป็นในการส่งเข้าไปยังสถานที่อื่นให้เข้าใจ เพื่อป้องกันปัญหาการเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งได้ ขาดการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะเกิดผลเสียต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้ พร้อมทั้งอธิบายและให้ข้อมูลของสถานที่ใหม่แก่ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวด้วย

การจำหน่ายผู้ป่วย ถือว่าเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการรักษาและดูแลในสถาบัน แต่เป็นขั้นเริ่มต้นของการรักษาและดูแล โดยครอบครัว และชุมชน การจำหน่ายผู้ป่วย เป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) ที่ได้ถูกกำหนดขึ้นจากความเชื่อพื้นฐานที่ว่า สุขภาพของบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงเป็นวงจร (Cycle) หรือการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ดังนั้น การดูแล จะต้องเป็นการดูแลที่ครบวงจร โดยใช้ทรัพยากรต่างๆ และเครือข่ายทางสังคมที่บุคคลมีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์ การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปตลอด ทุกระยะของโรคโดยไม่ขาดตอนนั้น เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับมากในปัจจุบัน ถือได้ว่าเป็นบริการที่สมบูรณ์แบบ และเป็นเป้าหมายหลักของระบบบริการสุขภาพ เป็นการวางแผนการพยาบาลให้ได้ประโยชน์สูงสุด ช่วยให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน โดยให้มีปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด ด้วยเหตุนี้ ผู้สูงอายุเมื่อจะพ้นจากสถานพยาบาล กลับสู่ครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์และทีมงานสุขภาพ จะต้องมีการบริการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ (Discharge Plan) ร่วมกับผู้ป่วยเองและครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549:186-194)

กล่าวโดยสรุป การดูแลทางสังคม เป็นการจัดการบริการหรือการช่วยเหลือทางสังคมเพื่อมุ่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการในหลากหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นการบริการในชุมชน เช่น การบริการดูแลในช่วงกลางวัน สำหรับผู้สูงอายุ (Day Care) การจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์ เพื่อเปิดพื้นที่ทางสังคมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ มาร่วมกิจกรรมที่เสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ เช่น การจัดกิจกรรมนันทนาการ การอบรมให้ความรู้กับกลุ่มผู้สูงอายุในเรื่องต่างๆ รวมไปถึงการจัดกิจกรรมพิเศษเพื่อผู้สูงอายุเป็นต้น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกิจกรรมในชุมชน และมีส่วนร่วมกับกลุ่มหรือองค์กรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

รวมไปจนถึงการบริการดูแลจากเพื่อนบ้านหรืออาสาสมัคร สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้านก็เป็นลักษณะการบริการทางสังคมอีกลักษณะหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีการบริการในสถาบันในรูปแบบต่างๆ เช่น รูปแบบการดูแลในสถานสงเคราะห์ การดูแลในสถานพยาบาล ซึ่งในการบริการลักษณะนี้จะมีสหวิชาชีพในการร่วมการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมความต้องการมากที่สุด

5. แนวคิดการดูแลระยะยาว (Long – Term Care System)

5.1 นิยามการดูแลระยะยาว

การให้ความหมายของคำว่า การดูแลระยะยาว ได้มีนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้ให้ความหมายที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบและวิธีการในการดูแล ซึ่ง U.S Department of Health and Human Services ได้ให้ความหมายที่เน้นถึงการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง กล่าวคือ เป็นการให้บริการสุขภาพที่มีความหลากหลาย หรือเป็นลักษณะของการดูแลส่วนบุคคลที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นเวลานาน (Brody Elaine M ,1997 , p.14) หรือเป็นลักษณะของการดูแลสุขภาพแบบเต็มรูปแบบ ทั้งการบริการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และการบริการทางสังคม ซึ่งเป็นลักษณะที่ให้บริการที่บ้านและในชุมชนเป็นเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง และโดยมากจะเป็นการให้บริการแก่บุคคลที่สูญเสียศักยภาพในการดูแลตนเองและต้องการพึ่งพาผู้อื่น (ยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2550) ทั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่ยังอยู่ในช่วงการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการดูแลระยะยาว ส่วนมากไม่จำเป็นต้องมีทักษะ (non-skilled personal care assistance) ในการดูแลมากนัก เนื่องจากการให้บริการเป็นกิจกรรมทั่วไป เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ช่วยพาไปห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากเตียง หรือเก้าอี้ เป็นต้น อีกความหมายหนึ่ง เป็นความหมายที่เน้นการจัดบริการ และระบบการบริหารจัดการ โดย Koff, Theodore H. (1982, p.1) มีมุมมองว่า ตั้งแต่ในช่วงต้นปี ค.ศ. 1980 คำว่า การดูแลระยะยาว มีความเชื่อมโยงถึงบริการทางสังคม และสุขภาพที่มีความสัมพันธ์และต่อเนื่องกัน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องระหว่างการให้บริการโดยผ่านสถาบันกับการให้บริการโดยไม่ผ่านสถาบัน รวมทั้งการประสานระหว่างนโยบายสาธารณะ งบประมาณ การจัดการรายบุคคล (case management) เพื่อจัดเตรียมทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการแก่บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ในรูปแบบบริการทางเลือกที่หลากหลายเพื่อสนับสนุนให้พวกเขาสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ เช่นเดียวกัน Hooyman, Nancy R. and Kiyak, H. Asuman (2002, pp.539) ได้ให้นิยามว่า การดูแลระยะยาว เป็นการกล่าวถึงภาพกว้างในระดับของการให้บริการสนับสนุน และการเตรียมการช่วยเหลือให้แก่บุคคลที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ

นอกจากนั้น ยังมีผู้ให้ความหมายในมิติของความต้องการของบุคคล และบทบาทของนักวิชาชีพที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้น ซึ่งได้แก่ Thomas Day ที่ได้กล่าวว่า การดูแลระยะยาว คือ

ความต้องการของบุคคลหนึ่งที่ต้องการให้อีกบุคคลช่วยเหลือเขาเกี่ยวกับด้านร่างกายหรืออารมณ์เป็นระยะเวลานาน โดยการช่วยเหลือดังกล่าวอาจมีความต้องการให้ช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆหรือในด้านสุขภาพ ซึ่งอาจรวมถึงการช่วยเหลือกิจกรรมดังต่อไปนี้ การเดิน การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การจัดการเรื่องการเงิน เป็นต้น”(http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long_term_care.htm) และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548, น.94) ระบุว่า การจัดบริการระยะยาว หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นบุคลากรวิชาชีพ (professional in health, social and others) หรือ ประชาชนทั่วไป (family, friends and / or neighbours) จัดให้บริการกับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยคำนึงถึงความเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นอิสระและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการจัดการบริการเพื่อให้บุคคลสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) เพื่อให้อยู่ในสังคมได้ โดยมุ่งตอบสนองกิจกรรมพื้นฐานใน 6 กลุ่มด้วยกัน คือ การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ การซื้อหาสินค้าบริโภคอุปโภค การเตรียมอาหารและการดูแลที่พักอาศัย ซึ่งความหมายดังกล่าวนี้ไม่แตกต่างจากที่ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549, น. 25) ได้อธิบายว่าการดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดการบริการอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ที่เป็นลักษณะการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบันและชุมชน โดยให้เกิดการกระจายบริการด้านสุขภาพสังคมไปสู่กลุ่มเป้าหมายให้ทั่วถึงที่สุด ทั้งนี้เพื่อทดแทนความต้องการขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถกระทำหน้าที่ทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

ดังนั้น ในการวิจัยเรื่องนี้ จึงได้ให้ความหมายของ การดูแลระยะยาว ว่าหมายถึง การจัดการบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง หากแต่จะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

5.2 ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการการดูแลระยะยาว

ดังที่กล่าวไว้ในความหมายว่า การดูแลระยะยาวมีความจำเป็นแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้พิการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาระยะเฉียบพลัน ที่ควรได้รับการบำบัดหรือฟื้นฟูภายหลังการรักษาทางการแพทย์ ผู้พิการ ทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

ในประเด็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ถูกจัดให้เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวนั้น เป็นสาระสำคัญของประเทศต่างๆ ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่น

สหรัฐอเมริกา จากสถิติ U.S. Department of Health and Human Services ปี 2008 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ มากกว่า 65 ปี มีความจำเป็นต้องใช้บริการการดูแลระยะยาวประมาณ 9 ล้านคน โดยในปี 2020 จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 12 ล้านคน ในขณะที่คนส่วนใหญ่ที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่ายังเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวดังกล่าว อย่างไรก็ตาม บุคคลที่ต้องการการดูแลระยะยาว สามารถมีอายุเท่าใดก็ได้ จากสถิติร้อยละ 40 ของประชากรปัจจุบันคือผู้ได้รับการดูแลระยะยาว ประเทศญี่ปุ่น และสาธารณรัฐเยอรมนี โรงพยาบาลจะจัดเตรียม ทั้งการดูแลระยะยาวและการดูแลการป่วยแบบเฉียบพลัน/สาหัส (Acute care) ดังนั้นตัวเลขของผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการโดยผ่านสถาบัน/สถานพยาบาลจึงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูแลในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และบุคคลเหล่านี้ต้องการการดูแลระยะยาวทั้งสิ้น (Hooyman, Nancy R. and Kiyak, H. Asuman 2002, pp.344)

สำหรับประเทศไทย ถึงแม้ไม่มีการศึกษาสถิติโดยตรง แต่มีการเก็บข้อมูลและงานวิจัยหลายเรื่องที่สามารถนำมาทำนายความต้องการการดูแลระยะยาวได้ กล่าวคือ การวิจัยเรื่อง “ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย” ของ สุทธิชัย จิตะพันธุ์ และคณะ ปี 2542 พบว่า ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และกลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นภาระของประเทศ โดยเฉพาะภาวะทุพพลภาพนับเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของผู้สูงอายุไทย ประมาณร้อยละ 7.0 ของประชากรสูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล และร้อยละ 1.6 ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งต้องการการดูแล เกือบตลอดเวลา

นอกจากนั้น หากพิจารณาจาก การคาดประมาณสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแสดงว่าในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวจำนวน 1,644,685 คน (ร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนที่ ออกนอกบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยจำนวน 412,910 คน (ร้อยละ 4.7 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) และต้องนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกนั่งหรือเคลื่อนย้ายได้จำนวน 78,622 คน (ร้อยละ 0.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ) ทั้งนี้ มีผู้สูงอายุทั้งหมดที่ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของตนเองจำนวน 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) นางลักษณ์ พะโกยะ (2551) ได้ศึกษาความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ โดยคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ข้อมูลที่นำมาใช้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนนี้ คือ ข้อมูลมาตรฐานกำลังคนใช้ ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักวิจัยและพัฒนากำลังคน (2551) ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) โดยการคาดการณ์มีความสัมพันธ์กับข้อมูลผู้สูงอายุจากรายงานของมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ (2549) พบว่า ในการคาดการณ์ผู้สูงอายุพบว่า ในปี 2553 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุสูงมากถึง 7,639,000 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น

499,873 คน (ร้อยละ 6.5) และในปี 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากถึง 10,776,000 คน และในจำนวนนี้ ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 741,766 คน (ร้อยละ 6.9)

จากสถิติดังกล่าว ทำให้คาดการณ์ได้ว่าภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับประเทศไทยในอนาคต ดังนั้น แนวคิดการดูแลระยะยาวในครอบครัวจึงได้ถูกนำมาศึกษาและเตรียมการอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ทันรับกับสภาพการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยในอนาคตไทย

5.3 รูปแบบการดูแลระยะยาว

หากพิจารณาตามมิติของลักษณะการให้บริการ เฮอร์คอฟ (Theodore H. Koff) (อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549 น.22) ได้แบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

5.3.1 รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการ (Integrated Home – Service Center Model) เป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน สถานที่จัดบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ – ส่ง การจ้างงาน การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์

5.3.2 รูปแบบการรวมบริการ (Congregate Service Model) เป็นการรวบรวมบริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการพื้นฐานหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน โดยมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ ครอบครัวยุโรป บ้านพักคนชราที่มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่ง บริการนี้มีความแตกต่างจากรูปแบบที่ 1 เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

5.3.3 รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่กับสถาบัน โดยสถานที่จัดบริการคือบ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่ บริการทางโทรศัพท์ แม่บ้าน อาหาร บริการแม่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เพื่อนเยี่ยมบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่งเพื่อไปรักษาพยาบาล

5.3.4 รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) เป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัดฟื้นฟู และการพักผ่อนภายหลังเจ็บป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบัน

ต้องอาศัยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการคือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การพยาบาล การดูแลด้านการแพทย์ นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคมอื่นๆ

5.3.5 การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) หมายถึง การเตรียมการดูแลของบุคคลตั้งแต่ 3 คนหรือมากกว่า ในสถานที่เดียวกัน

5.3.6 การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการเตรียมการดูแลในบ้าน หรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น หรือเป็นชุมชนแออัด

5.3.7 การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) เป็นการจัดการบริการ โดยองค์การภาครัฐ องค์การเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมีนักวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัคร เป็นผู้ให้บริการ

5.3.8 การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแลโดยครอบครัว เพื่อน บ้าน เพื่อน และอาสาสมัครซึ่งการแบ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวขององค์การอนามัยโลกดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับกนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาส์ตย์ (2550, น.43) ที่ได้แบ่งรูปแบบของการบริการระยะยาวอย่างไม่เป็นทางการในแต่ละประเทศแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

1) **บริการดูแลในสถานบริการ (institutional-based care)** เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน

2) **บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care)** เป็นบริการในชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมเยียนบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป แนวคิดการดูแลระยะยาวนั้น เน้นรูปแบบและวิธีการในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และต้องการการดูแลส่วนบุคคลที่จำเป็น และต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่เต็มรูปแบบ โดยมากจะเป็นการให้บริการแก่บุคคลที่สูญเสียศักยภาพในด้านการดูแลตนเองและต้องการการพึ่งพาผู้อื่น ลักษณะบริการหลักๆ จะเกี่ยวกับกิจกรรมทั่วไป เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน ที่เกี่ยวกับการกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว พาไปห้องน้ำ เป็นต้น ทั้งนี้ รูปแบบการดูแลระยะยาวจะมี 4 แบบ หลักๆ ได้แก่ 1. รูปแบบศูนย์บริการ ที่เป็นการบริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคม 2. รูปแบบการรวมบริการ ที่เป็นการจัดการบริการพื้นฐานหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน เช่น บ้านพักคนชรา ที่มีบริการทั้งด้านอาหาร นันทนาการ การให้การดูแลด้านสุขภาพ เป็นต้น 3. รูปแบบการดูแลที่บ้าน ซึ่งเป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การบริการแม่บ้าน บริการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และ 4. รูปแบบการดูแลในสถาบัน ซึ่งเป็นลักษณะ

บริการทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล บำบัด ฟันฟูและพักฟื้นภายหลังการเจ็บป่วย ซึ่งมีการให้บริการทั้งในการทำความสะอาด การพยาบาล การดูแลทางด้านการแพทย์ เป็นต้น

6. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

แนวคิดการใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานการให้บริการ ถือว่าเป็นการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องที่ผู้เกี่ยวข้องและบุคคลในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการให้บริการ ภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัวทั้งระยะสั้นและในระยะยาว

6.1 พัฒนาการของแนวคิด

การให้บริการโดยใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐาน เป็นลักษณะการให้บริการรูปแบบหนึ่งในการให้บริการโดยตรง (Direct Services) เกิดขึ้นจากความเชื่อที่ว่า ครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคลเป็นสถาบันหนึ่งของสังคมที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้องสมาชิก รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้องและจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญที่จะตอบสนองความต้องการต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวได้ โดยทั่วไปครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค และที่เป็นนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยอมรับ และการให้ความรู้ข่าวสาร เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549 น. 129) แนวคิดการใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานการให้บริการ ถือว่าเป็นการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องที่ผู้เกี่ยวข้องและบุคคลในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการให้บริการภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัวทั้งระยะสั้นและในระยะยาว หัวใจของการให้บริการในรูปแบบนี้อยู่ที่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อพัฒนาให้เกิดรูปแบบของสัมพันธภาพรูปแบบใหม่ขึ้น อันจะนำไปสู่การลดภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในครอบครัว ต่อไป

แนวคิดนี้ได้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยประมาณ 20 ปี โดยกระทรวงสาธารณสุขได้นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง เรียกว่า การดูแลที่บ้าน (Home-Care) ซึ่งเป็นโครงการการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติงานกับองค์กร ในปัจจุบันได้ขยายขอบข่ายการให้บริการไปยังผู้พิการ เด็กปัญญาอ่อน ผู้ติดยาเสพติด และผู้ติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น การให้บริการรูปแบบนี้ มีส่วนผลักดันให้เกิดการสร้างเครือข่ายไป ถึงการดูแลของชุมชน (Community Based Rehabilitation, CBR) และชุมชนบำบัด (Community Therapy, CT) อีกด้วย ต่อมาเมื่อมีการเพิ่มขึ้นของผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการกับผู้สูงอายุในครอบครัว ต่อไป

6.2 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ในอดีตที่ผ่านมา การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่สังคมมักไม่ค่อยให้ความสำคัญและคำนึงถึงความจำเป็นในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุมากนัก เนื่องจากทัศนคติและแนวคิดของสังคมที่มองว่าผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และสังคม ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และมีความยืนยาวของชีวิตสั้นลง แต่อย่างไรก็ตาม

ในปัจจุบันทัศนคติ และแนวคิดของสังคมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไป สังคมมีการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเน้นการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านเป็นเวลามากที่สุด จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจในการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุให้สามารถมีสภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยครอบครัวเป็นสถาบันแรกในการให้การดูแลผู้สูงอายุก่อนสถาบันอื่นๆ ดังนั้นครอบครัวควรมีความพร้อมและความรู้ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีอายุที่ยืนยาวขึ้น และไม่เป็นการต่อสังคมในอนาคต

การดูแลในครอบครัวเป็นรูปแบบหนึ่งของบริการดูแลในระยะยาว (Long - Terms Care) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และเพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับไปพักฟื้น และดูแลสุขภาพที่บ้าน ต้องการบริการชนิดนี้เป็นอย่างมาก ทั้งนี้นอกจากบุคคลในครอบครัวแล้วบางครั้งยังมีบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัย หรืออาสาสมัคร ซึ่งมีบทบาทในการดูแลที่บ้านด้วยเช่นกัน การดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานต่างๆ ได้ และเป็นการให้ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ทั้งความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสัมพันธภาพอันดีระหว่างกัน ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2544) ให้ความหมายของ ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึงผู้ดูแลที่มีใบอนุญาต เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงโดยได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health Care Assistant) และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หรือผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ของผู้รับการดูแลที่ไม่ได้เสียค่าบริการ แต่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่อ่อนแอ หรือผู้ที่ต้องการที่พึ่งในบ้านหรือชุมชน ซึ่งสำหรับผู้สูงอายุไทยแล้ว ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งได้แก่ คู่สมรส บุตรของผู้สูงอายุ เป็นผู้ทำหน้าที่นี้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ

6.3 ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่ให้การดูแลสมาชิกในสังคม เป็นแหล่งที่ให้ความรักความคุ้มครองและความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิกครอบครัว สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุนั้นความต้องการการเอาใจใส่และความรักจากครอบครัวจะมีสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ และต่างคาดหวังว่าครอบครัวจะเป็นแหล่งพักพิงแหล่งสุดท้ายในชีวิตของเขา การดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานต่างๆ ได้ และเป็นการให้ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ ทั้งความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสัมพันธภาพอันดีระหว่างกัน ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเต็มที่

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544 น.91-92) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุไว้ว่า ขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

1) โครงสร้างของครอบครัว

ครอบครัวที่มีจำนวนบุคคลในครัวเรือนน้อย จะมีเครือข่ายการดูแลที่น้อยตามไปด้วย ครอบครัวที่เป็นโสด ม่าย หรือหย่าร้าง มักเกิดปัญหาในการขาดผู้ดูแล เช่นเดียวกับครอบครัวหรือบุคคลที่อยู่ตามลำพัง ห่างไกลจากเพื่อนบ้านย่อมประสบปัญหา เช่นเดียวกัน ด้วยเหตุนี้แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม ควรถูกนำมาพิจารณาทดแทนปัญหาดังกล่าว

2) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Family Caregivers)

การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต การกระทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น การเกิดปัญหาสุขภาพทำให้เกิดการพึ่งพา เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล การรักษาพยาบาลและผู้ดูแลขาดความเป็นส่วนตัว การศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมา ระบุว่าบุตรเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่สำคัญ บุตรเป็นส่วนหนึ่งที่กระตุ้นการให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้มีรายได้เลี้ยง ครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจและสังคม เมื่อในครอบครัวใดบุตรต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยแล้ว อาจทำให้บทบาทและภาระหน้าที่ของเขาดังกล่าวลดลง หรือสูญสิ้นไป ดังนั้น ในแต่ละครอบครัวควรมีการเสริมสร้างและพัฒนาทักษะของการสร้างสัมพันธ์ที่ดีและการอยู่ร่วมกันของบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย

3) อัตราการเจริญพันธุ์

การแยกกันอยู่ การหย่าร้าง และการเป็นม่าย ปัจจุบันจำนวน และสัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงข้ามกับจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยเจริญพันธุ์ที่มีแนวโน้มลดลงท่ามกลางจำนวนคู่สมรส ซึ่งการให้ความเอาใจใส่ดูแลนี้ ส่วนใหญ่เกิดจากความรักความต้องการดูแลเอาใจใส่ และให้ความช่วยเหลือเป็นระยะยาวระหว่างการสมรส แต่เมื่อเกิดการแยกกันอยู่ การหย่าร้าง และการเป็นม่าย รวมทั้งอัตราการได้รับการดูแลจากบุตรลดลง เมื่อถึงวัยสูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการช่วยเหลือจากสถาบันมากขึ้น

4) การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของสตรี

เป็นที่ยอมรับกันว่า บุตรมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบุตรสาว ซึ่งอยู่ในวัยแรงงาน ต้องประกอบอาชีพหารายได้จนเจือรอบครัว รวมถึงการดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย และต้องพึ่งพาอยู่ตลอดเวลา และจากการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ต้องหยุดทำงาน ลดชั่วโมงการทำงาน หรือต้องออกจากงานก่อนเวลา การกระทำดังกล่าว มีผลกระทบต่อสตรีในฐานะเป็นบุตร คือการดูแลผู้สูงอายุทำได้ไม่เต็มที่ และกระทบต่อความรับผิดชอบในการะการทำงานของสตรีในฐานะที่เป็นกำลังแรงงานอีกด้วย

5) ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ความบกพร่องของสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกือบตลอดเวลาถือว่าเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก ดังนั้นหากผู้ดูแลมีปัญหาภาวะสุขภาพไม่ว่าจะทางด้านร่างกายหรือด้านจิตใจก็ตาม จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความเครียด อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย อันจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ได้เช่นกัน

6) ค่านิยมทางสังคม

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2549) ได้ศึกษาพบว่า ค่านิยมทางสังคมมีผลต่อการดูแลในครอบครัว โดยระบุว่า ค่านิยมเป็นสิ่งที่แสดงเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่ม ที่เป็นบรรทัดฐานที่กำหนดการประพฤติปฏิบัติของบุคคลในสังคม ลักษณะค่านิยมของคนไทยมุ่งเน้นไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ต่างยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะค่านิยมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อันได้แก่ การยึดถือระบบอาวุโส การให้ความเคารพ การยกย่องให้เกียรติ เชื้อพียงคำสั่งสอน และการให้ความดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุมาก

(7) รายได้ของครอบครัว

ไพรินทร์ กันทะ (2543) ระบุว่า รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การจัดหาอาหารที่มีคุณค่า รวมทั้ง การใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยน่าจะมีภาระในการดูแลมากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว

8) สภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2541) ศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อนประกอบด้วยปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านตัวบุคคล สถานการณ์และสภาพแวดล้อมอื่นที่เกี่ยวข้อง มนุษย์มีการเคลื่อนไหว มีการรับรู้ มีการสัมผัสประสบการณ์ และพยายามที่จะสร้างกฎเกณฑ์ที่เป็นเอกภาพในด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ให้เกิดความสมดุลกับความต้องการ เพื่อให้บรรลุซึ่งความมั่นคงในชีวิต ด้วยการตอบสนองเอาใจใส่และปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เกิดความพึงพอใจและเหมาะสมกับความต้องการของตน ในกลุ่มผู้สูงอายุการจัดสภาวะ

แวดล้อมมีผลต่อการดำเนินชีวิตมากกว่ากลุ่มบุคคลวัยอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมสภาวะแวดล้อมลดลง โดยไม่สามารถควบคุมหรือปรับสภาพให้ลดลงจะก่อให้เกิดปัญหา มีผลกระทบต่อกายภาพ สังคม และจิตใจ การจัดการและปรับปรุงสภาพแวดล้อมจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุอย่างมาก

(9) ระบบบริการสุขภาพและสังคม

ระบบบริการสุขภาพ ถือเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองอย่างจริงจัง เท่าที่ความสามารถของเขาจะกระทำได้ การมีระบบส่งต่อที่ดีจะช่วยเสริมให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ระบบบริการทางสังคมยังสามารถเกื้อหนุนให้ผู้ดูแลใช้ทรัพยากร ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุได้มากขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่า “บริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุด้วย ยังเน้นการดูแลในสถาบัน และเป็นแบบเฉียบพลัน ในขณะที่ผู้สูงอายุต้องการการบริการทั้งสร้างและซ่อมสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลระยะยาวที่ยังมีน้อย และขาดการควบคุมคุณภาพที่เหมาะสม” (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545 น.8)

10) เครือข่ายการดูแลทางสังคม

แนวคิดเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวได้ถูกนำมาใช้มากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจมีผลกระทบต่อดำเนินชีวิตในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ซึ่งมักเกิดปัญหาในการอุปการะเลี้ยงดู อาทิ การจัดหาผู้ดูแล การแสวงหาเครือข่าย และแหล่งบริการสังคมต่างๆ ยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน ครอบครัวมีขนาดเล็กมีสมาชิกจำนวนไม่มาก และต่างมีภารกิจประจำวันของตนเอง ทำให้ปัญหาในเรื่องนี้เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นเครือข่ายทางสังคมจึงได้ถูกนำมาพิจารณาเพื่อทดแทน และเสริมสร้างบทบาทที่ขาดไปของครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลทางสังคม (Social Care) รูปแบบหนึ่ง การอธิบายถึงเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ คือการที่สมาชิกของสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการดูแลมากขึ้นเพียงใดส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคม โดยภาพรวมแล้วการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญอยู่ 2 ลักษณะ คือ เครือข่ายอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541 น. 10-15)

11) การเกื้อหนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว

ถึงแม้ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมอ่อนแอกว่าประชากรวัยอื่นก็ตาม แต่ผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีระบบเกื้อหนุนบางอย่างอยู่บ้าง ระบบดังกล่าวมีความสำคัญต่อการช่วยให้การดำเนินต่อไปได้แม้ที่จริง และสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ความเกื้อหนุนอย่างมากมาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ครอบครัวมีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุด้านต่างๆ อาทิ การทำกิจกรรมร่วมกัน การยกย่องเคารพนับถือ ครอบครัวที่มีระบบการเกื้อหนุนสูง ทำให้ความสามารถในการดูแลดีกว่าครอบครัวที่ขาดแคลน

กล่าวโดยสรุป คุณภาพการดูแลนับเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เพราะถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวก็ตาม แต่หากการดูแลนั้นขาดคุณภาพแล้วย่อมไม่เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ คุณภาพการดูแลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคม และปัจจัยอื่นๆ ซึ่งหากเราต้องการดูแลผู้สูงอายุให้บรรลุถึงยังการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว การดูแลในครอบครัวถือว่าเป็นบรรทัดฐานที่ต้องให้ความสำคัญ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 นาริรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ (2552: น.105-107) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร” ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนผลการถอดบทเรียนจากต้นแบบชุมชนด้านบทบาทของชุมชน ลักษณะบริการทางสุขภาพและทางสังคม และถอดบทเรียนจากต้นแบบครอบครัวด้านเครือข่ายผู้ดูแล บริการการดูแลในครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้สามารถสรุปเป็นตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนและของครอบครัวที่อาจใช้เป็นแนวทางการวางแผนการดูแลระยะยาวสำหรับชุมชนและครอบครัวอื่นๆ ได้แก่ 1. ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน ประกอบด้วย 7 ประการ คือ 1.1) การมีชุมชนที่เข้มแข็ง 1.2) การมีระบบสนับสนุนที่ดีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ 1.3) การมีทุนทางสังคม 1.4) การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 1.5) การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 1.6) การบูรณาการบทบาทในชุมชน 1.7) การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน 2. ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว ประกอบด้วย 7 ประการ คือ 2.1) การคัดเลือกผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีความพร้อม 2.2) การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ 2.3) การดูแลบนพื้นฐานของความรัก ความห่วงใย ความกตัญญู และความรู้สึภาคภูมิใจในความสามารถดูแลของตนเอง 2.4) การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง 2.5) การจัดการสิ่งแวดล้อม 2.6) การมอบความไว้วางใจให้ผู้ดูแลรับจ้าง 2.7) การได้รับการสนับสนุนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

7.2 ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552: น.207-213) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น มีองค์ประกอบสำคัญหลายประการ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน สถาบันทางวิชาชีพ และบริการสนับสนุนต่างๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัว เป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นบุตรของผู้สูงอายุ โดยเป็นหญิงมากกว่าชาย ผู้ดูแลหลักมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างดีเป็นที่พอใจของผู้สูงอายุ และได้รับการยอมรับในระดับชุมชน การปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมในที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ตัวแบบการดูแลที่ดีในชุมชน ปัจจัยที่อยู่ภายนอกครอบครัว ได้แก่ นักวิชาชีพ เพื่อนบ้าน ผู้นำในชุมชน รวมทั้งสถาบันที่เป็นทางการ ได้แก่ อำเภอ โรงพยาบาล อบต. และอื่นๆ ซึ่งมีความสำคัญในฐานะเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่

ในการบริหารจัดการดูแล การสนับสนุนบริการ งบประมาณและบุคลากร โดยสถาบันเหล่านี้มีบทบาทในระดับมหภาคมากกว่าบทบาทระดับจุลภาค ในชุมชนที่มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลชุมชน และพยาบาล Home Health Care รวมทั้ง อสม. และ อพส. ได้ทำหน้าที่เสริมแรงแก่ครอบครัวและเป็นเครือข่ายในการดูแลที่ดีที่ช่วยเติมเต็มระบบการดูแลระยะยาวให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น 1. บทบาทของสถาบันที่เป็นทางการ สถาบันที่เข้มแข็งและมีการจัดการที่ดี ได้แก่ การกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่เด่นชัด การกำหนดทีมการดูแล การบริหารทรัพยากร การมีข้อมูลระบบสารสนเทศที่ดี และมีการประเมินบริการ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างบูรณาการ 2. ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวและในชุมชน คือการมีระบบฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจและกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน 3. ระบบการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่ามี การประเมินการทำงาน การจัดบริการ การสอบถามประเมินความสุข ความพึงพอใจในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน และนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร ไปสู่การแก้ไขปัญหาต่างๆ และพัฒนาบริการใหม่ขึ้นมา

7.3 ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2552: น.181-183) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย” ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ 1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (low care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์แต่เน้นการดูแลทางสังคม การช่วยเหลือการดำรงชีวิต และการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น บ้านพักคนชราและสถานดูแลช่วยเหลือเพื่อการดำรงชีวิต บุคลากรประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้อาจมีนักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด และนักโภชนาการ 2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (high care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีภาวะเปราะบาง ต้องการการช่วยเหลือดูแล ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การพยาบาล และการรักษาจากแพทย์ เช่น สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลระยะสุดท้าย การดูแลจึงเน้นการดูแลความสุขสบายทั่วไป การฟื้นฟูสภาพ การดูแลจากความทุกข์ทรมานและการดูแลแบบองค์รวมที่มีความมุ่งเน้นที่การดูแลจิตวิญญาณ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลยังต้องประกอบด้วยปรัชญาการดูแล และการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการดูแล

ระดับของการดูแล สถานบริการทุกประเภทได้ให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีระดับความต้องการการช่วยเหลือตั้งแต่ต่ำสุดไปจนถึงมากที่สุด ทุกสถานบริการมีการแบ่งผู้สูงอายุตามระดับความต้องการการช่วยเหลือออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในสถานบริบาล สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะในการพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด ดังนั้น การดูแลจะมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพ การพยาบาล การรักษาเพื่อประคับประคอง ในขณะที่บ้านพักคนชรา และสถานช่วยเหลือในการดำเนิน

ชีวิตมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นประมาณร้อยละ 50 บ้านพักคนชราและสถานดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต การดูแลจะมุ่งเน้นการดูแลทางด้านสังคมการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

7.4 นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553: น. 6-9) ศึกษาการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long-term Care) สำหรับประเทศไทย ได้เสนอการพัฒนาอิงกับบริบท และต้นทุนทางสังคมที่มีในพื้นที่เป็นหลัก ดังนี้

7.4.1 การคลัง ระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาว สำหรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันจัดให้แบบถ้วนหน้าอยู่แล้ว แต่ควรต้องพัฒนารูปแบบการจ่ายให้เหมาะสม และเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ทั้งการดูแลระยะกลาง และระยะยาว) ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง เชื่อมโยง ทั้งในชุมชนและในสถาบัน ส่วนการดูแลด้านสังคมในระยะแรกยังคงให้ครอบครัวเป็นหลักในการดูแล และจำกัดบทบาทภาครัฐ (ส่วนกลาง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ในการให้การช่วยเหลือเฉพาะรายที่ขาดความสามารถในการดูแล ทั้งนี้อาจขยายบทบาทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ไปสนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพในเรื่องนี้ และในอนาคตอาจพัฒนากองทุนสวัสดิการชุมชน หรือกองทุนบำนาญแห่งชาติ ที่กำลังจะตั้งขึ้นเพื่อมารองรับการประกันการดูแลระยะยาว ต่อไป

7.4.2 การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะกลาง/ ระยะยาว ควรต้อง มีการพัฒนาให้เป็นระบบ มีการเชื่อมโยงกันในพื้นที่ตั้งแต่ ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน การดูแลระยะกลาง และการดูแลระยะยาว ทั้งในชุมชนและในสถาบัน รวมถึงกลไกในการสนับสนุนและกำกับในพื้นที่ ในที่นี้เสนอให้มีการนำร่องในบางจังหวัดที่มีความพร้อมก่อนเป็นอันดับแรก และให้มีการประเมินเป็นระยะเพื่อหาข้อสรุปในการพัฒนาต่อไปทั่วประเทศ

7.4.3 รูปแบบบริการในพื้นที่นำร่องที่ควรพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1. การจัดบริการในโรงพยาบาล ควรมีเตียงหรือหอผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อประเมินและวางแผนเป้าหมาย และแบบแผนการดูแลเฉพาะราย และเป็นการเตรียมญาติและผู้พ่วงก่อนส่งกลับไปอยู่ในชุมชน หรือรับผู้ป่วยจากในชุมชนกลับมาดูแลชั่วคราว 2. การจัดบริการในชุมชน อปท. มีบทบาทหลักในการสนับสนุนการดูแลด้านสังคม สนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้เอื้อต่อการดูแลในรายที่ไม่สามารถจัดการเองได้ 3. กลไกการอภิบาลระบบ ให้มีคณะกรรมการและศูนย์การดูแลระยะกลางและระยะยาวระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธาน พมจ./สสจ. เป็นเลขาฯร่วม โดยอาจขยายบทบาทของคณะกรรมการประสานงานผู้พิการ มีบทบาทในการประสานยุทธศาสตร์การทำงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัด 4. กลไกสนับสนุนจากส่วนกลางกระทรวงมหาดไทย ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กำหนดนโยบายให้ อปท. มีบทบาทในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน

7.5 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2553, น.163-166) ศึกษาเรื่อง ระบบการดูแลระยะยาว เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบของระบบการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย 3 ระบบใหญ่ คือ 1) ระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ เป็นการจัดให้บริการที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ ทั้งด้านรูปแบบการให้บริการ เช่น ในรูปสถานบริการและศูนย์บริการต่างๆ และในด้านผู้ที่ให้บริการทั้งรัฐบาล องค์กร เอกชน มูลนิธิ องค์กรศาสนา เป็นต้น 2) ระบบการเงินการคลังเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะบอกว่าใครเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่าย โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ระบบใหญ่ คือ ระบบผู้รับบริการเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่าย เมื่อต้องการใช้บริการ ผู้ใช้บริการจะเป็นผู้จ่ายเอง ระบบการประกันการดูแลระยะยาวเอกชน ระบบประกันดูแลระยะยาวภาครัฐ เป็นระบบบังคับเมื่อทำงานมีรายได้ ก็จ่ายเบี้ยประกันในแต่ละปี เมื่อถึงเวลาที่ต้องการใช้บริการก็สามารถเข้าไปรับบริการได้ โดยค่าใช้จ่ายจะแตกต่างกันตามอาการหรือโรคตามที่กำหนด ระบบรัฐเป็นผู้แบกรับภาระโดยใช้แหล่งเงินทุนจากภาษีอากร ระบบนี้เป็นรัฐอาจจัดให้บริการเอง หรือภาคเอกชนจัดให้บริการก็ได้ เพียงแต่รัฐเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมด และ 3) ระบบสนับสนุนการปฏิบัติการกิจแทนผู้สูงอายุ เช่น ระบบการพิทักษ์ และอนุบาลผู้สูงอายุ เป็นระบบที่ภาครัฐเข้ามามีบทบาทในการตั้งผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล เพื่อดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในสภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ระบบการขอแต่งตั้งผู้กระทำการแทน ระบบนี้ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ขอแต่งตั้งเอง และเป็นการตัดสินใจล่วงหน้า การทำสัญญามอบอำนาจให้บุคคลที่สามารถทำการแทน เป็นไปตามกฎหมายแพ่งที่สามารถให้บุคคลที่สามารถทำการแทนได้ ระบบทรัสต์ จะเป็นการที่ผู้สูงอายุมอบให้สถาบันการเงินหรือธนาคารบริหารจัดการทรัพย์สินแทนผู้สูงอายุ

7.6 สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (2555 : น.150-151) ศึกษาเรื่องการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม ผลการศึกษารูปได้ว่า รูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม ควรจะเป็นรูปแบบการดูแลของชุมชนและครอบครัวเป็นฐาน (community and family based care) โดยจัดบริการในลักษณะของศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และบริการในลักษณะ direct services ซึ่งมีความจำเป็น และสำคัญในการบริการสวัสดิการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต ยังคงต้องเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคล ซึ่งควรประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กันหลากหลายปัจจัยในลักษณะเครือข่ายการดูแล และในส่วนของระบบบริการในชุมชนโดยมีข้อมูลเป็นฐาน เป็นสิ่งที่ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนซึ่งรวมถึงตัวผู้สูงอายุเองด้วย อันจะทำให้บริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

7.7 สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (2556 : น.140) ศึกษาเรื่อง ทิศทางการให้บริการของธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่จะก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ สรุปผลการศึกษาได้ว่า ลักษณะธุรกิจที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ธุรกิจบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ สันทนาการ การรักษา และบริการผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้

อย่างปกติ และลดการเป็นภาระให้แก่บุคคลในครอบครัว ส่วนการศึกษาลักษณะและแนวโน้มของธุรกิจบริการในอีก 10 ปีข้างหน้า ของธุรกิจบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญส่วนหนึ่งมองว่ารูปแบบการดำเนินธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ รายได้ กำลังซื้อ บริการ และศักยภาพของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงอายุใดก็ตาม แม้ว่าบางส่วนเป็นผู้มีศักยภาพมีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้และยังต้องการช่วยเหลือสังคม ต้องการมีเพื่อน แลกเปลี่ยนพูดคุย จะใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเสริมบางส่วน ต้องการให้มีวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อความสะดวกสบาย ต้องการการเอาใจใส่ในเรื่องการดูแลสุขภาพ การดูแลตนเองที่ได้มาตรฐาน ต้องการบริการด้านการท่องเที่ยว ซ่อมปั๊มป์ สถานบริการที่เป็นบริการเหมือนอยู่ที่บ้าน การบริการด้านการให้คำปรึกษา บริการตรวจสุขภาพถึงบ้าน บริการให้ความรู้เรื่องการเงิน การลงทุน การประกอบอาชีพ ฉะนั้นรูปแบบของธุรกิจบริการจึงเป็นรูปแบบที่สามารถตอบสนองความต้องการดังกล่าวของผู้สูงอายุในวัยนี้ได้ ดังนั้น ธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จะต้องเป็นธุรกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขดี มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวได้ และมีมาตรฐานสำหรับผู้ให้บริการ

7.8 ศิริภาณี ศรีหาคาศ โกมาตร จิ่งเถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง (2557 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) สืบค้นจาก <http://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/5535> เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2558 ได้ศึกษาเรื่อง “ผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย” ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์เกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุ มี 4 เส้นทาง คือ ภาวะ Stroke ภาวะสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วม และอายุที่มากกว่า 80 ปี

ด้านสถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในระยะยาวในสังคมไทย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในภาวะไร้อำนาจต่อรอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประมาณร้อยละ 85.0 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ โดยพบผู้ดูแลหนึ่งในสามมีปัญหาโรคเรื้อรัง หนึ่งในสามของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรับภาระดูแลครอบครัว สามในสี่ของผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่ประมาณหนึ่งในเก้ามีผู้ที่ต้องดูแลระยะยาวมากกว่า 1 คน และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการภายในครอบครัว โดยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพบว่าการดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญู

ด้านการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรังอื่นก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้านการเศรษฐกิจมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 ซึ่งทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง จนทำให้เกิดหนี้สิน และผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และพบว่ามีมากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลมีภาระและผลกระทบด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว และญาติพี่น้องมากกว่า 2 ใน 5 อีกทั้งพบว่ามีมากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น

เหนียวลำร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และพบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 45 ไม่ได้ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้เกิดภาระ และผลกระทบด้านอารมณ์ เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด 4 ใน 5 ของผู้ดูแล ผู้ดูแลมากกว่า 3 ใน 4 เกิดภาระและผลกระทบด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลลาออกจากงานและหยุดงาน ร้อยละ 11 เพื่อทำหน้าที่ผู้ดูแล และพบว่า มีข้อจำกัดของการวินิจฉัย และความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุ ขาดโอกาสในการบำบัด ร้อยละ 72 นอกจากนี้พบว่าขาดความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการ สุขภาพ รวมทั้งขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้าน และการบูรณาการภารกิจขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบกับผู้ดูแล และครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน ดังนั้น การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่มีทางเลือกสำหรับผู้ดูแล และครอบครัวในชุมชน ได้แก่ พัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงกำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ อันนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน และสอดคล้องกับวัฒนธรรม ไทย

7.9 ศิริพันธุ์ สาสัจย์ ทัศนาศู วรรัตนะปรกรณ์ เตื่อนใจ ภักดีพรหม เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง ได้ศึกษาเรื่อง “รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย” โดยทำการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ ผลการศึกษาพบว่า มีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง เป็นสถานบริบาล สถานสงเคราะห์คนชราให้บริการทุกระดับความต้องการการดูแล ส่วนสถานบริบาลให้บริการตั้งแต่ส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้าน จนถึงดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 45 ของสถานสงเคราะห์ที่ไม่มีพยาบาลประจำ และร้อยละ 45.5 ของสถานบริการไม่ได้ขึ้นทะเบียน

ทั้งนี้พบว่า สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชนเก็บค่าบริการสูงสุด ซึ่งสาเหตุของการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริการ คือไม่มีผู้ดูแล ในส่วนของปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยสำหรับผู้สูงอายุ คือโรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดข้อ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ และจากการคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด แต่ก็พบว่า มีภาวะพึ่งพาปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด สำหรับสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้สูงอายุนั้นต้องการได้รับการดูแลถึง 20-27 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยพบว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในบ้านพักคนชรา ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัดในสถานบริบาล นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลในสถาน

ดูแลระยะยาว ซึ่งส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่ายังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ

7.10 สิริธร ฉันทศิริกาญจน (2014) (สืบค้นจาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4096>) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “Long-term care of elderly with dementia and Alzheimer’s disease in Thailand” ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยมากขึ้นในผู้สูงอายุ และจะเป็นปัญหาใหญ่สำหรับสังคมไทยต่อไปในอนาคตอันใกล้ โดยเฉพาะเมื่อทั้งจำนวน และสัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ในขณะที่ครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว รวมทั้งเมื่อคู่สมรสมีลูกน้อยลง ทั้งหญิงและชายสมัครใจที่จะอยู่เป็นโสดมากขึ้น สมองเสื่อมเป็นความเปลี่ยนแปลงของความสามารถสมองที่เลวลงเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่คนเดียวอย่างปลอดภัยอีกต่อไป การที่สมองเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลงนี้เกิด จากสาเหตุหลายอย่าง ทั้งจากความคิดปกติของสมองโดยตรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ หรือเป็นจากโรคทางกายอื่นๆ ซึ่งมีผลทำให้ความสามารถของสมองเปลี่ยนแปลงไป เช่น สมองเสื่อมจากปัญหาหลอดเลือดสมอง ฯลฯ ผู้ป่วยเหล่านี้ อาจมีอาการแสดงในช่วงต้นแตกต่างกันบ้าง แต่เมื่อโรครุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการ และอาการแสดงคล้ายๆ กัน ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลทั้งเรื่องกิจวัตรประจำวัน การสุขภาพทั่วไป ความปลอดภัยทั้งสำหรับตัวเอง และผู้ที่อยู่รอบๆ ผู้ป่วย ซึ่งอาจจะต้องได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะกลางของโรคไปจนถึงระยะท้าย ซึ่งเป็นเวลาโดยเฉลี่ย ประมาณ 10 ปี ปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบันซึ่งเป็นการดูแลโดยผู้ป่วยอยู่ในบ้าน และมีผู้ดูแลอยู่ด้วยกัน ผู้ดูแลอาจเป็นคนในครอบครัว หรือ เป็นผู้ดูแลที่ได้รับการจ้างวานมาเพื่อการดูแลโดยเฉพาะ คือ ครอบครัวไม่ทราบว่าอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นเพราะมีพยาธิสภาพในสมอง กลับไปโทษว่าเป็นเพราะความขรา ความไม่รู้จัก ไม่เข้าใจในลักษณะของโรค นำไปสู่ปัญหาระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ ซึ่งการขัดแย้งเหล่านี้นักจะมีผลทำให้อาการของผู้ป่วยเลวลงไปอีก ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ต่อไป จึงมักต้องพึ่งสถานดูแล ซึ่งในขณะนี้ มีสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุหญิงเพียงแห่งเดียวที่ได้ถูกออกแบบอย่างเฉพาะเจาะจง สำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ยังไม่มีสถานดูแลระยะยาวอื่นๆ (ทั้งภาครัฐ หรือเอกชน) ในประเทศไทยที่กำหนดแน่ชัดว่าเป็นสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเห็นตรงกันว่าควรเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกฝ่าย โดยมีหลักที่จะให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มความสามารถ จนกว่าจะทำได้ หลักการในการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ได้แก่ - ชะลอความเสื่อม ให้สามารถ “รู้เรื่อง” อยู่ได้นานที่สุด ซึ่งต้องดูแลทั้งเรื่องอาหารการออกกำลังกาย กิจกรรมประจำวันเพื่อการกระตุ้น และฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง - การดูแลเรื่องความปลอดภัยทั้งในสถานที่อยู่ และป้องกันการที่ผู้ป่วยอาจหายออกไปจาก บ้าน - จัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย (รวมทั้งคน หรือเจ้าหน้าที่ด้วย) - การให้ความรู้ ความเข้าใจกับผู้ดูแล ทั้งกลุ่มที่เป็นญาติและครอบครัวของผู้ป่วย และผู้ดูแลอาชีพ เพื่อให้สามารถรับมือกับผู้ป่วยกับอาการต่างๆ ของผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรคอย่างเหมาะสม การดูแลระยะยาวนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับโรคหรือความเจ็บป่วยที่

ไม่อาจรรักษาให้หายขาด และร่างกายไม่กลับสู่สภาพเดิม ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นการให้ความช่วยเหลือดูแลจะยาก และซับซ้อนกว่าการเลี้ยงดูเด็กที่มีปัญหาทางกายหรือมีความพิการทางสมอง หรือการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสภาพร่างกายอื่นๆ เช่น อัมพาต เพราะปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะต้นของโรคที่ญาติยังคิดว่าผู้ป่วยเป็น “คนแก่” มักเป็นเพราะผู้ป่วยยังทำกิจกรรมต่างๆ พอได้ แต่ไม่เหมือนเดิม สภาพร่างกายก็ดูว่าไม่เปลี่ยนไปจากเดิมนัก และครอบครัวมักจะปลอบใจตนเองว่าเพราะเขาแก่ จึงเปลี่ยนไปบ้าง กว่าจะทราบว่สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นจากโรค อาการของผู้ป่วยก็มักจะเป็นไปมากแล้ว สิ่งที่สำคัญมากอีกประการหนึ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมคือ ครอบครัวมักรู้สึกอับอาย ที่มีญาติผู้ใหญ่ในบ้านมีอาการผิดปกติขนาดนี้ จึงมักปกปิด แอบซ่อนเอาไว้ การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสมองเสื่อมสู่ชุมชนให้เกิดความตระหนักและรู้จักโรคจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเร็วขึ้น และสังคมโดยรอบเป็นหูเป็นตา ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่ทิ้งให้เป็นภาระของครอบครัวแต่ฝ่ายเดียว จะช่วยเรื่องการพลัดหายออกไปจากที่อยู่ได้ดี ซึ่งเป็นสิ่งที่สังคมไทยจะสามารถพัฒนาจิตสาธารณะของคนในชาติ และเครือข่ายความช่วยเหลืออื่นๆ อย่างเป็นระบบต่อไป

บทที่3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” เป็นการวิจัยประยุกต์ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีกระบวนการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการศึกษาเชิงปริมาณ

1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 ประกอบด้วย

สำนักงาน	จังหวัด	สำนักงาน	จังหวัด
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1	ปทุมธานี	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2	กรุงเทพฯ
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3	ชลบุรี	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 4	นครปฐม
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 5	นครราชสีมา	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 6	ขอนแก่น
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7	กาฬสินธุ์	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8	ลพบุรี
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9	อุดรธานี	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 10	เชียงใหม่
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 11	สุราษฎร์ธานี	สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 12	สงขลา

2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ที่มีทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ โดยกำหนดพื้นที่เก็บข้อมูลแต่ละเขตพื้นที่ดังนี้

สำนักงาน	พื้นที่ดำเนินการ
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1	(1) เทศบาลเมืองลำสามแก้ว ต.คูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2	(1) เขตลาดพร้าว (2) เขตวังทองหลาง (3) เขตบางกะปิ (4) เขตสะพานสูง
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3	(1) เทศบาลนครแหลมฉบัง อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี (2) เทศบาลเมืองบ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี (3) เทศบาลเมืองหนองปรือ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 4	ต.สระกะเทียม อ.เมือง จ.นครปฐม
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 5	ต.นิคมสร้างตนเอง อ.พิมาย จ.นครราชสีมา
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 6	(1) ต.หนองโก อ.กระนวน จ.ขอนแก่น (2) ต.พังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น (3) ต.ห้วยเตย อ.ซำสูง จ.ขอนแก่น

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7	(1) ต.ดงลิง อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์ (2) ต.เจ้าท่า อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8	อบต.หนองแขม อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9	เทศบาลตำบลน้ำริด อ.เมือง จ.อุดรธานี
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 10	เทศบาลสบตึยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 11	(1) ต.พุมเรียง อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี (2) ต.ทุ่ง อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี (3) ต.เลม็ด อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 12	(1) ต.บ่อทราย อ.เมือง จ.สงขลา (2) ต.ท่าช้าง อ.บางกล่ำ จ.สงขลา (3) ต.สทิงหม้อ อ.สิงหนคร จ.สงขลา

1.2 ประชากรในการศึกษาเชิงคุณภาพ

1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 - 12 ประกอบด้วย

1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการสังคมจากส่วนราชการในระดับตำบล และระดับอำเภอได้แก่เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียน

2) ผู้นำชุมชน หรือผู้แทนชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัคร กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น

3) หน่วยงานหรือบุคคลที่ทำหน้าที่ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และแบบสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ โดยแบ่งการศึกษา ดังนี้

1.1) แบบสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และแบบเติมคำ (Completion) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการในการรับบริการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ จำนวน 42 ข้อ

1.2) แบบสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังบริการการดูแลเมื่อผู้สูงอายุพึ่งพิงตนเองไม่ได้ในครอบครัวและชุมชน เป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการในการรับบริการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ

แบบสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน

2.2 การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือเพื่อรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการ ดังนี้

- 1) ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ
- 2) นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยตรวจสอบ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยรายชื่อดังนี้

2.1) ศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

2.2) อาจารย์ ดร.เอกจิตรา คำมีศรีสุข อาจารย์ประจำกลุ่มชำนาญการสวัสดิการผู้สูงอายุ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2.3) ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1

2.4) ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 4

2.5) ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 6

3) นำแบบสอบถามที่ผ่านการแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

4) นำแบบสอบถามไปทดสอบใช้ (Pre Test) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้จำนวนแบบสอบถามละ 30 ชุด คือจากผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ชลบุรี สุราษฎร์ธานี และปทุมธานี ในเดือนธันวาคม 2557 เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient : α) โดยได้ค่าเชื่อมั่นในภาพรวมของแบบสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง = 0.784 และแบบสอบถามผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ = 0.802

5) นำแบบสอบถามที่หาความเชื่อมั่นได้แล้วมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง และปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้สมบูรณ์ และนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูล ต่อไป

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถาม 2 ชุด สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

ผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	249 คน
ผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้	1,184 คน

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน โดยได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลด้วยวิธีสนทนากลุ่มในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 รวมจำนวน 392 คน

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย

พื้นที่	ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม
1. สสว. 1 เทศบาลเมืองลำสามแก้ว ต.คูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี	1.1 ตัวแทนจากเทศบาลเมืองลำสามแก้ว ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป และนักพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม , พยาบาลวิชาชีพกองสาธารณสุข 1.2 ประธานกลุ่มสตรีแม่บ้าน 1.3 ประธานสภาองค์กรชุมชน 1.4 ตัวแทน อสม. รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน
2. สสว. 2 (1) เขตตลาดพร้าว (2) เขตวังทองหลาง (3) เขตบางกะปิ (4) เขตสะพานสูง	2.1 ผู้แทนจากศูนย์บริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข 2.2 ประธานชุมชน ผู้สูงอายุ 2.3 เจ้าหน้าที่ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน ในเขตบางกะปิ เขตสะพานสูงเขตตลาดพร้าว เขตวังทองหลาง พื้นที่ละ 10 คน 2.4 เจ้าหน้าที่ของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2 รวมจำนวนทั้งสิ้น 45 คน
3. สสว. 3 (1) เทศบาลนครแหลมฉบัง อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี (2) เทศบาลเมืองบ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี (3) เทศบาลเมืองหนองปรือ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี	3.1 นายก/รองนายก อบต./ ผู้แทน 3.2 ประธานชมรมผู้สูงอายุ/ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3.4 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และผู้สูงอายุในตำบล รวมจำนวนทั้งสิ้น 45 คน

พื้นที่	ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม
4. สสว. 4 ต.สระกะเทียม อ.เมือง จ.นครปฐม	4.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4.2 ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลสระกะเทียม 4.3 ประธานชมรมผู้สูงอายุ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 4.4 ผู้แทน อสม. 4.5 เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเลน อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี รวมจำนวนทั้งสิ้น 27 คน
5. สสว. 5 ต.นิคมสร้างตนเอง อ.พิมาย จ.นครราชสีมา	5.1 ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง 5.2 อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วยที่พิการในพื้นที่ 5.3 นายก/รองนายก อบต./ ผู้แทน 5.4 ประธานชมรมผู้สูงอายุ/ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน
6. สสว. 6 (1) ต.หนองโก อ.กระนวน (2) ต.พังทวย อ.น้ำพอง (3) ต.ห้วยเตย อ.ชำสูง จ.ขอนแก่น	6.1 นายก/ รองนายก อบต./ ผู้แทน, 6.2 ประธานชมรมผู้สูงอายุ/ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 6.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 6.4 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และผู้สูงอายุตำบล 6.5 ผอ./ জনท.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน
7. สสว. 7 (1) ต.ดงลิง อ.กมลาไสย (2) ต.เจ้าท่า อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์	7.1 นายกเทศมนตรี กำนัน 7.2 ผอ.รพ.สต. และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7.3 ประธานชมรมผู้สูงอายุ/ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 7.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 7.5 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และผู้สูงอายุ 7.6 เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน (อบต.) รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

พื้นที่	ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม
8. สสว. 8 อบต.หนองแขม อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี	8.1 รองนายก อบต. หนองแขม/ ผู้แทน 8.2 ประธานชมรมผู้สูงอายุ/ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 8.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 8.4 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) 8.5 ผู้สูงอายุตำบลหนองแขมอำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน
9. สสว. 9 เทศบาลตำบลน้ำริด อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์	9.1 เจ้าหน้าที่ รพ.สต 9.2 สมาชิกสภาเทศบาล 9.3 ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบล 9.4 ประธานกลุ่มแม่บ้านผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 9.5 ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลน้ำริด (นักพัฒนาชุมชน) 9.6 เครือข่าย อพม. อสม. อผส. คพม. รวมจำนวนทั้งสิ้น 15คน
10. สสว. 10 เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่	10.1 เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10.2 นายก อบต.สบเตี๊ยะ และผู้นำชุมชน 10.3 ประธานชมรมผู้สูงอายุ และผู้แทน 10.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 คน
11. สสว. 11 (1) ต.พุมเรียง อ.ไชยา (2) ต.ทุ่ง อ.ไชยา (3) ต.เลม็ด อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี	11.1 นายก/รองนายก อบต./ เจ้าหน้าที่ อปท., 11.2 ประธานชมรมผู้สูงอายุ/ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ, 11.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), 11.4 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และผู้สูงอายุตำบล 11.5 ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมจำนวนทั้งสิ้น 45 คน
12. สสว. 12 (1) ต.บ่อียง อ.เมือง (2) ต.ท่าช้าง อ.บางกล่ำ (3) ต.สทิงหม้อ อ.สิงหนคร จ.สงขลา	12.1 ผู้แทนจากเทศบาล 12.2 ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12.3 ผู้แทนชมรมผู้สูงอายุ 12.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.), 12.5 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และผู้สูงอายุตำบล รวมจำนวนทั้งสิ้น 45 คน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติในการวิเคราะห์

1) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามจากแบบสอบถาม ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2) ข้อมูลระดับความต้องการในการรับบริการ จากแบบสอบถามส่วนที่ 3 วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

2.1) ให้คะแนนสำหรับการประมาณค่าแบบ Likert Scale แก่คำตอบ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	1	หมายถึง	น้อยมาก
ค่าคะแนน	2	หมายถึง	น้อย
ค่าคะแนน	3	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าคะแนน	4	หมายถึง	มาก
ค่าคะแนน	5	หมายถึง	มากที่สุด

3) การแปลความหมายของคะแนนให้ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเป็นเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนน โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.80	=	ระดับน้อยที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย	1.81 – 2.60	=	ระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย	2.61 – 3.40	=	ระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย	3.41 – 4.20	=	ระดับมาก
- คะแนนเฉลี่ย	4.21 – 5.00	=	ระดับมากที่สุด

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) พรรณนารายละเอียดข้อความโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต

5. การนำเสนอข้อมูล

การบรรยายประกอบตาราง แบ่งเนื้อหาเป็น 7 บท

6. การตรวจสอบคุณภาพผลการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการตรวจสอบโดยการจัดเวทีวิพากษ์ผลการศึกษา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในเวทีวิพากษ์ ดังนี้

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน
1. นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ
2. นายชินชัย ชีเจริญ	ที่ปรึกษาวิชาการพัฒนาสังคม สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
3. นางปิยะพร เฉลิมช่วง	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ
4. นางสาวจิรภา วิวัฒนะ	นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ กรมกิจการผู้สูงอายุ
5. นางสาวพัชรินทร์ วรดิถี	นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ / กองวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
6. นางสาวสุรรัตน์ ก้านบัวแก้ว	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ / กองวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
7. นางจงหยั อมรพัฒนากุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

7. ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา

ระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ.2558

บทที่ 4

การศึกษาเปรียบเทียบระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ

การศึกษาเปรียบเทียบระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยเป็นการศึกษาความหมายของการดูแลระยะยาว หลักการสำคัญ ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนซึ่งเน้นการจัดบริการที่เป็นเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยบุคลากรด้านการแพทย์ อาสาสมัครด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน และศูนย์อเนกประสงค์ผู้สูงอายุ โดยนำมาวิเคราะห์ วางแผนเพื่อการดูแลทางสังคมและการดูแลด้านสุขภาพ สำหรับระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ คณะผู้ศึกษาได้ค้นคว้าวิจัยจากเอกสาร งานวิจัย บทความฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ประเทศ ประกอบด้วย สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เนื้อหา กล่าวถึงระบบกฎหมาย การบริหารจัดการด้านภาษีสวัสดิการด้านสุขภาพ และการดูแลทางสังคมที่รัฐบาลจัดให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัว

บทนำ

การดูแลด้านการแพทย์และสาธารณสุข และบริการด้านสังคมในประเทศไทยอยู่ภายใต้แนวคิดและความรับผิดชอบในการดูแลของต่างหน่วยงานกัน กล่าวคือบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน จัดบริการภายใต้แนวคิดเรื่อง “สิทธิขั้นพื้นฐานของพลเมืองไทย” รัฐบาลจัดให้แก่ประชาชนทุกคนอย่างถ้วนหน้าโดยอาศัยระบบภาษีและการประกันสังคมครอบคลุมบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทั้งในและนอกสถานพยาบาล ขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้มีภาวะทุพพลภาพ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีจำกัด ขณะเดียวกันบริการเชิงรุกอย่างเป็นระบบในชุมชนก็ยังไม่มีการพัฒนาอย่างจำกัด การดูแลเกื้อกูลผู้สูงอายุในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และความเป็นอยู่ ถือเป็นความรับผิดชอบหลักของครอบครัว ในสังคมไทย สำหรับการจัดบริการด้านสังคมที่เป็นทางการในปัจจุบันอยู่ภายใต้การดูแลของหลายหน่วยงาน โดยหน่วยงานหลัก คือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การจัดบริการที่เป็นอยู่มีลักษณะเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว ให้เป็นวัตถุหรือตัวเงินเช่นเบี้ยสงเคราะห์ต่างๆ มากกว่าการจัดบริการอย่างเป็นระบบสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไม่มีที่อยู่ภาครัฐ มีการจัด

บ้านพักคนชราให้ แต่รับเฉพาะรายที่ไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิง แต่เมื่อเวลาผ่านไปคนกลุ่มนี้ก็จะมีความพึ่งพิงและดูแลกันตามอัตภาพในขณะที่ผู้มีความพึ่งพิงหากมีความสามารถในการจ่ายก็ไปใช้บริการสถานบริการผู้สูงอายุภาคเอกชน แต่สถานบริการผู้สูงอายุเหล่านี้ยังขาดการดูแลกำกับด้านคุณภาพบริการ การที่หน่วยงานที่ดูแลด้านการแพทย์ และสาธารณสุขแยกส่วนกับหน่วยงานที่ดูแลบริการด้านสังคมทำให้การเชื่อมประสานและความต่อเนื่องของการได้รับบริการมีข้อจำกัด ระดับหนึ่งจำเป็นต้องมีกลไกการเชื่อมประสานกันในการทำงานระดับพื้นที่มากขึ้น ทั้งนี้กลไกหลักด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการเข้าถึงผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในชุมชน คือสถานอนามัย ในขณะที่บริการด้านสังคม กลไกหลักที่จะเข้าถึงกลุ่มนี้ คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาล การทำงานเชื่อมกันของ 2 องค์กรดังกล่าวจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งขณะนี้การมีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล น่าจะสร้างโอกาสในการทำงานร่วมกันได้ดีขึ้น รวมถึงการมีงบประมาณสำหรับการดำเนินการในชุมชน คำนิยมของสังคมไทยในเรื่อง “ความกตัญญู กตเวทิต่อบุพการี” ถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่สำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ขณะเดียวกันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ประสงค์จะอาศัยอยู่ และได้รับการดูแลจากลูกหลานมากกว่าไปอาศัยในสถานบริการผู้สูงอายุ ดังนั้นทิศทางการพัฒนาจึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแล แต่ต้องพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวสามารถทำบทบาทดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

1. ระบบการดูแลทางสังคมในประเทศไทย

ความหมายของการดูแลทางสังคม

การดูแลทางสังคม เป็นลักษณะงานสังคมสงเคราะห์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่วนบุคคล การป้องกันหรือการสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นการจัดให้บริการกับเด็กหรือผู้ใหญ่ในด้านความต้องการหรือมีความเสี่ยงหรือผู้ที่มีความต้องการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย การพิการ ความชรา หรือความยากจน (สืบค้นจากเว็บไซต์ <https://en.wikipedia.org> เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2558)

จากการนิยามความหมายการดูแลทางสังคม ตามนิยามทางกฎหมายหลักที่อิงถึง เรื่องสุขภาพและการดูแลชุมชน ได้กล่าวครอบคลุมการดูแลทางสังคมว่า รวมถึงความรับผิดชอบต่อการดูแลที่เป็นทางการ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่จะปกป้องคนที่ใช้บริการการดูแลจากการละเมิดหรือละเลยที่จะป้องกันการเสื่อมสภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมความเป็นอิสระและการรวมบริการทางสังคม เพื่อให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การดูแลทางสังคมนั้น รวมการบริการที่สนับสนุน ทั้งจากภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน โดยเน้นในด้านการจัดหาอุปกรณ์ในการจัดการความพิการ หรือการขาดความสามารถในการดำรงชีวิตบางประการ

เช่น การจัดระบบเตือนภัย เพื่อป้องกันการตกบ้านของผู้พิการหรือผู้สูงอายุ การจัดบริการรับเลี้ยงดูเด็ก/ผู้สูงอายุ การจัดให้มีบ้านพักคนชรา เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การดูแลทางสังคม หมายถึง การจัดบริการสวัสดิการสังคมทางเลือกในการทำงานด้านสังคม เพื่อสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทางสังคม

และเมื่อก้าวถึงระบบการดูแลทางสังคมในประเทศไทย พบว่า ได้มีการจัดระบบการดูแลทางสังคมให้อยู่ในส่วนหนึ่งของระบบการจัดสวัสดิการสังคม (สืบค้นจากเว็บไซต์ www.thaigov.go.th เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2557) ที่รวมตั้งแต่การประกันสังคม (Social Insurance) การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance) และการบริการสังคม (Social Service) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

รูปแบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย

1. การประกันสังคม (Social Insurance)

เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิต และคุ้มครองลูกจ้าง ปัญหาการขาดได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวน้อยลง ปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง ส่งผลให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553) ระบบประกันสังคมในประเทศไทย ประกอบด้วยกองทุนต่างๆ ดังนี้

- 1) กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ เป็นการส่งเสริมการออมสำหรับกลุ่มแรงงานที่เป็นลูกจ้างในภาคเอกชนของกระทรวงแรงงาน
- 2) กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) เป็นการออมภาคบังคับสำหรับกลุ่มข้าราชการ
- 3) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำของส่วนราชการ ซึ่งจดทะเบียน (กสจ.) ผลประโยชน์ที่ได้รับ คือ เงินบำเหน็จลูกจ้าง และเงินที่สมาชิกส่งสทบเข้ากองทุน
- 4) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมการออมแบบสมัครใจ
- 5) กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ เป็นการออมแบบ (วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2557) สมัครใจ สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีกำลังการออมมาก
- 6) กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่ และครูโรงเรียนเอกชน ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการได้จัดตั้งขึ้นเป็นการออมภาคบังคับ
- 7) กองทุนทวีสุข เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เพื่อส่งเสริมให้เกษตรกรออมเงินไว้ใช้เป็นสวัสดิการแก่ตนเอง และครอบครัว
- 8) กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นการส่งเสริมการออมในระดับชุมชน เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงของคนในชุมชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)

9) กองทุนการออมชราภาพ (กอช.) กระทรวงการคลังเป็นผู้จัดตั้งกองทุนเป็นกองทุนการออมเพื่อการชราภาพขั้นพื้นฐานแบบสมัครใจ

2. การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance)

เป็นการสงเคราะห์แบบให้เปล่าสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ด้วยโอกาสทางสังคมและไร้ที่พึ่ง รูปแบบของสวัสดิการที่มีอยู่คือ

1) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นการจ่ายเงินแบบให้เปล่าตามมติของคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2554 ให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สอ.) จ่ายเบี้ยยังชีพแบบขั้นบันไดให้กับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 600 บาท ต่อเดือน ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพ คนละ 700 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีอายุ 80-89 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 800 บาทต่อเดือน และผู้ที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 1,000 บาท ต่อเดือน โดยให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 เป็นต้นไป นอกจากนี้ พยากร หวังมหาพร (2555) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย

2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งโดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีเดือดร้อนจากการทารุณกรรม ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายและถูกทอดทิ้ง การสนับสนุนการจัดการงานศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเรื่องที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม

3) การได้รับคำปรึกษาในทางคดี การช่วยเหลือจากการทารุณกรรมและถูกทอดทิ้ง โดยกระทรวงยุติธรรมให้คำแนะนำปรึกษาที่เกี่ยวข้องในทางคดีสำหรับผู้สูงอายุ

4) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐโดยกระทรวงคมนาคม และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติฯ ให้ผู้สูงอายุเข้าชมฟรี

5) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม โดยกระทรวงคมนาคม ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยรถไฟ/ รถไฟฟ้า /รถ ขสม./ ขสมก. ลดค่าโดยสารครึ่งราคา และการบินไทย ลดค่าโดยสารภายในประเทศ ร้อยละ 15

3. การบริการสังคม (Social Service) เป็นระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชนประกอบด้วยบริการด้านต่างๆ 5 ด้าน คือ

3.1 ด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย

1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ให้บริการครอบคลุมด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขจาก พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) มีการจัดช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก

3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นโครงการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และท้องถิ่น บนพื้นฐานแนวคิด “หุ้นส่วนการดูแล” ประกอบด้วยประชาชนในพื้นที่สถานบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุที่อาการไม่รุนแรง และไม่สะดวกในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล เป็นการลดค่าเดินทางของผู้ใช้บริการ และผู้สูงอายุ ส่วนมากพึงพอใจที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่บ้าน (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรัง, 2549)

5) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เป็นโครงการที่มุ่งแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง ถูกละเลยเพิกเฉย และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยอาศัยการสร้างอาสาสมัคร จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือประชาชนในชุมชนที่สมัครใจทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน

3.2 ด้านการศึกษา ประกอบด้วย

1) การศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการโดยศูนย์ส่งเสริมการศึกษานอกโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายพิเศษ (ศกพ.) ได้พัฒนาแนวทางการจัดการศึกษานอกโรงเรียน สำหรับผู้สูงอายุตามความต้องการ และความสนใจของผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ การเสริมสร้างคุณค่า และการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุ การเสริมสร้างความร่วมมือเพื่อความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ เป็นต้น

2) การศึกษาเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ เช่น “ชมรมการศึกษาเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (Old People Playing Young Club: OPPY)” เป็นชมรมที่มุ่งเผยแพร่ความรู้ และทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ตให้แก่ผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะต้องจ่ายค่าบริการเอง

3.3 ด้านที่อยู่อาศัย ประกอบด้วย การสงเคราะห์ที่อยู่อาศัย และการดูแล เป็นบริการในสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมความจำเป็นด้านปัจจัย 4 รวมทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด ศาสนกิจ งานอดิเรก นันทนาการ กิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม ปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์ของรัฐ 21 แห่ง

3.4 ด้านการมีงานทำ และการมีรายได้ ประกอบด้วย กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) จัดทำโครงการที่ยึดหลักการให้ผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการกำหนด และตัดสินใจร่วมกันในการบริหารจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุตนเอง

3.5 ด้านบริการสังคม และนันทนาการ ประกอบด้วย

1) ชมรมผู้สูงอายุ รูปแบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสนใจ และมีอุดมการณ์ร่วมกันในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่า และมีคุณภาพประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม โดยมีสภาผู้สูงอายุและปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสนใจ และมีอุดมการณ์ร่วมกันในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่า และมีคุณภาพประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม โดยมีสภาผู้สูงอายุและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ แต่ผู้บริหารจัดการ และดำเนินการหลัก คือกลุ่มผู้สูงอายุเอง การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในลักษณะเครือข่าย ทำให้งานด้านผู้สูงอายุเข้มแข็งมากขึ้น

2) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (ศคิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) เป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมขององค์การ ชุมชน ผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ สังคม จิตและปัญญา โดยมีแนวคิดพื้นฐานคือ การใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดบริการแบบองค์รวม

3) ศูนย์ชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ ให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้สูงอายุ การบริการที่จัดให้ เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด ออกกำลังกาย ศาสนกิจ กิจกรรมนันทนาการ ตลอดจนกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ

4) ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด เป็นโครงการที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยมีวัดหรือสถาบันทางศาสนาเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรม

5) กองทุนผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนอุดหนุนโครงการสำหรับองค์กรของผู้สูงอายุ หรือ องค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพ มีความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. การช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ
วาระสารเทคโนโลยีภาคใต้ ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม –มิถุนายน 2557สังคมแห่งชาติ, 2553) เป็นการจัด
สวัสดิการสังคมโดยกลุ่มต่างๆ เป็นผู้ดำเนินการหลัก เช่น การจัดสวัสดิการชุมชนที่ครอบคลุมการเกิด แก่ เจ็บ
ตาย กลุ่มออมทรัพย์ ที่มีรูปธรรมก้าวหน้าชัดเจน ทั้งเชิงองค์ความรู้ กลไก และพื้นที่ดำเนินการ ในอีกด้านหนึ่ง
ภาคธุรกิจเอกชน ที่เดิมมุ่งหวังผลประโยชน์ขององค์กรเป็นหลัก แต่ในปัจจุบันได้ปรับบทบาทเข้ามาช่วยเหลือ
ร่วมรับผิดชอบปัญหาสังคมมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการจัดสวัสดิการโดยปัจเจกชน อาทิ การซื้อประกันชีวิต
รูปแบบต่างๆ ผ่านกิจการประกันภัยของเอกชน ซึ่งเข้ามาช่วยเติมเต็มหรือยกระดับสวัสดิการในภาพรวมให้
สมบูรณ์มากขึ้นอย่างมาก ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะได้มีการจัดสวัสดิการสังคม สำหรับผู้สูงอายุในหลายรูปแบบ

กล่าวโดยสรุป การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง และมีการ
การบูรณาการในหลายภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ทั้งนี้เพื่อรองรับจำนวน
ผู้สูงอายุที่จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในขณะเดียวกัน ภาครัฐได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายจากเชิงรับมาเป็น
เชิงรุก เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่าต่อสังคม มีใช้ภาระของสังคม มีความเข้าใจบริบท
ของผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการที่เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุของภาคประชาชน/
ชุมชนในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุในลักษณะต่างๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่
ผู้สูงอายุได้อยู่อย่างมีความสุข และมีศักดิ์ศรีในตนเองได้ ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบการบริการในลักษณะของการ
บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ

จากการศึกษารูปแบบการจัดบริการสังคมของ ภูซังค์ เสนานุช และกรรณิกา ขวัญอารีย์ ที่ได้
ทำการศึกษาถึงรูปแบบการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน (คณะสังคมสงเคราะห์
ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2552) พบว่า การดูแลทางสังคมหรือ
การบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุนั้นได้มาจากศึกษาแนวความคิดของการจัดบริการสังคมแบบกลุ่ม
พึ่งพา และบริการดูแลที่บ้านเป็นหลัก โดยผู้ศึกษาได้ศึกษา แนวคิดการบริการสังคมจากประเทศต่างๆ
ดังนี้

ประเทศสหรัฐอเมริกา

แนวคิดนี้เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา ช่วงต้นค.ศ.1970 เพราะผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 47 ล้านคน หรือ ร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด) ทำให้บริการทางสังคมที่มีอยู่ในขณะนั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง บริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา (Group Home) จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยว ต้องการสังคม เพื่อน และความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

1. ลักษณะสำคัญของบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา

สำนักผู้สูงอายุของรัฐแมรีแลนด์ (Maryland, Department of Aging) ได้ดำเนินงานโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุแบบกลุ่มพึ่งพา (Senior Assisted Group Home Subsidy Program) ได้อธิบายลักษณะของโครงการว่า เป็นโครงการที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และปานกลาง โดยการจัดหาที่พักอาศัยให้เข้าไปอยู่ในบ้าน ที่ออกใบอนุญาตให้โดยสำนักอนามัย (Department of Health and Mental Hygiene) โดยมีสมาชิกที่อยู่ร่วมกันระหว่าง 4 - 16 คน รัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพให้แก่บุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้แก่ ค่าอาหาร (Meals) การดูแลส่วนบุคคล และการให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งนี้สำนักผู้สูงอายุจะเป็นผู้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการดังกล่าว สำหรับผู้ที่ได้รับสิทธิในการรับบริการดังกล่าวจะต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติดังนี้ มีอายุอย่างน้อย 62 ปี มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางร่างกาย หรือจิตใจ และมีความจำเป็น หรือต้องการความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นผู้ที่มีรายได้ตามที่กำหนด และมีสิทธิได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลท้องถิ่น

สำนักงานสาธารณสุขรัฐอิลลินอยส์ (Illinois Department of Public Health) ได้อธิบายลักษณะของกลุ่มพึ่งพาไว้ว่า เป็นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะการจัดเตรียมห้องพักไว้บริการไม่เกิน 16 คน มีการจัดหาอาหารให้อย่างน้อยหนึ่งมื้อ มีบริการดูแลทำความสะอาดที่พัก และมีห้องรวม (Community room) สำหรับการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยผู้สูงอายุจะรับผิดชอบในการดูแลตนเอง รวมทั้งด้านการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังมีบริการการดูแลเฉพาะบุคคล เช่น การช่วยเหลืออาบน้ำ หรือการดูแลเรื่องการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ดังกล่าวจะต้องเป็นบุคคลที่ได้รับอนุญาต (Licensed) ตามกฎหมายเท่านั้น

Olive Evans (1988) อธิบาย การบริการทางสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาของ Dexter House ซึ่งดำเนินงานโดยองค์กรเอกชน ในรัฐนิวเจอร์ซีย์ว่า มีลักษณะเป็นบ้านสองชั้น แต่ละชั้นประกอบด้วย ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องรับประทานอาหาร และห้องส่วนตัว ผู้อาศัยเป็นผู้สูงอายุทั้งหมด มีผู้ชาย 4 คน จะพักอยู่ชั้นล่าง และผู้หญิง 3 คน จะพักอยู่ชั้นบน ทุกคนล้วนเป็นคนแปลกหน้าที่มาอาศัยอยู่ในบ้านร่วมกัน ราคาห้องพักก็ไม่แพงมากนัก และผู้สูงอายุสามารถจ่ายได้ แต่จะต้องรับผิดชอบตัวเองในด้านการทำอาหาร และการทำความสะอาด ผู้สูงอายุจะต้องมีหนังสือรับรองว่ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ผู้สูงอายุจะอยู่ร่วมกันในลักษณะของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น การทำอาหารรับประทานร่วมกัน การฝากกันซื้อข้าวของ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตร่วมกัน หรือแม้แต่การถกเถียงการเมืองร่วมกัน เนื่องจากว่าผู้หญิงกับผู้ชายจะพักอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน ปัญหาเรื่องอารมณ์และเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ทางบ้านก็ไม่ได้มีข้อห้ามในเรื่องนี้แต่อย่างใด เนื่องจากเห็นว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มีประสบการณ์และมีความรู้เป็น อย่างดี

ประเทศสวีเดน

บริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาในประเทศสวีเดน (Inlasningstjansten, 2002) เป็นบริการด้านที่อยู่อาศัย มีลักษณะเป็นอพาทเมนต์ขนาดเล็กที่ประกอบไปด้วย ห้องครัว ห้องอาหาร ห้องนั่งเล่น และใช้ร่วมกัน มีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะจัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคความจำเสื่อม

ประเทศญี่ปุ่น

ในประเทศญี่ปุ่น (Ministry of Foreign Affairs, 2006) อธิบายบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา ว่าเป็นบริการให้เช่าที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคความจำเสื่อม ซึ่งมีลักษณะเป็นอพาทเมนต์ แต่ละชั้นประกอบไปด้วย 8 ยูนิต ผู้สูงอายุจะประกอบอาหารเข้า กลางวันด้วยตัวเอง และรับประทานอาหาร โดยการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ ห้องครัวและห้องอาหารจะใช้ร่วมกัน ผู้สูงอายุจะต้องรับผิดชอบในการทำ ความสะอาดบริเวณที่พักของตนเองและเข้าร่วม กิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นเท่าที่สามารถจะทำได้ โดยการดูแลของเจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุสามารถนำเฟอร์นิเจอร์มาใช้ได้เท่าที่พื้นที่มีให้ ในแต่ละยูนิตห้องนอนจะเป็นห้องสไตล์ญี่ปุ่นและมีห้องน้ำส่วนตัว

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปลักษณะสำคัญของบริการทางสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา ได้ดังนี้ เป็นบริการทางเลือกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยวได้อยู่ร่วมกับผู้อื่น มีสังคม เพื่อน และมีบริการด้านที่พักอาศัยสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มขนาดเล็ก ตั้งแต่ 4 - 16 คน โดยผู้สูงอายุจะต้องมีสุขภาพสมบูรณ์ และสามารถดูแลตนเองได้ แต่ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ก็จะมีบริการเฉพาะบุคคล โดยการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม เน้นให้กลุ่มผู้สูงอายุ ดูแลและช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันตามความสามารถของแต่ละคน เป็นบริการทางเลือกที่มีค่าใช้จ่ายถูกกว่า และมีบริการเฉพาะเท่าที่จำเป็นต่อความต้องการ ที่สำคัญสามารถกระจายการให้บริการได้อย่างกว้างขวาง แม้แต่ในชุมชนที่มีขนาดเล็ก และอยู่ห่างไกล เนื่องจากต้นทุนในการดำเนินงานค่อนข้างถูก และสามารถดำเนินการได้โดยรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรสาธารณประโยชน์ โบสถ์ ภาครัฐกิจ และองค์กรภาคประชาชนในชุมชน แต่ต้องมีหน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ในการกำกับดูแล เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน

2. แนวความคิดของ การจัดการบริการสังคมแบบบริการดูแลที่บ้าน (Home Care)

การจัดการบริการสังคมแบบบริการดูแลที่บ้าน โดยทั่วไปจะใช้แนวความคิดการจัดการบริการและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นหลักสำคัญในการทำงานโดยจะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของคนพิการ ผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม ซึ่งมีเป้าหมายให้ได้รับการฟื้นฟูในด้านต่างๆ เช่นการรักษาพยาบาล การศึกษา การฝึกงาน อาชีพ มีงานทำ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ การจัดทำบริการต่างๆ โดยมีบุคคล 3 ส่วนด้วยกัน คือ 1) บุคคลตามกลุ่มเป้าหมาย 2) ชุมชน ครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่ม และ 3) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยบุคคลทั้ง 3 กลุ่มนี้ จะต้องมีความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรม การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีกำลังใจ ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายเท่าเทียมคนปกติ สร้างแหล่งทรัพยากรในชุมชน (วริยาภรณ์ พรนภดล, 2544)

ในการดำเนินโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน จำเป็นต้องปรับทัศนคติและพฤติกรรมของคนในชุมชนให้สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้พิการได้ ทั้งเรื่องการแพทย์ รายได้ ความมั่นคงในสังคม การศึกษา สิทธิทางกฎหมาย และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยกลุ่มเป้าหมายครอบครัว ตลอดจนชุมชนคือ ศูนย์กลางของกิจกรรม ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งแต่ละพื้นที่จะมีรูปแบบการดำเนินงานที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับภูมิปัญญาของท้องถิ่น ความต้องการเฉพาะของพื้นที่ และทรัพยากรที่มีอยู่โดยมีลักษณะ และรูปแบบการจัดการบริการที่สำคัญได้แก่

- 1) การให้บริการในสถาบัน เป็นการบริการในสถานสงเคราะห์ โรงพยาบาล เน้นที่บทบาทของผู้ให้บริการ โดยที่คนพิการจะได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ
- 2) การให้บริการแบบจัดหน่วยเคลื่อนที่ จัดผู้เชี่ยวชาญไปให้บริการในชุมชน ยังคงเน้นบทบาทผู้ให้บริการ
- 3) การให้บริการโดยการจัดตั้งเป็นศูนย์บริการในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นสาขาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายหรือสถานสงเคราะห์ที่จัดตั้งขึ้น เพื่อขยายบริการให้แก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน
- 4) การให้บริการโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน เป็นการบริการที่เน้นการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายเป็นรายกรณีที่บ้าน
- 5) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเน้นการเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการ เพื่อให้การบริการ และฟื้นฟูครบวงจร ทั้งการแพทย์ ศึกษา อาชีพ และสังคม

3. แนวทางการดำเนินงานการจัดบริการสังคมรูปแบบกลุ่มพึ่งพา และบริการดูแลที่บ้าน

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ และผู้พิการ ยังคงประสบปัญหาเนื่องจากระบบบริการทางสังคมที่มีอยู่ยังขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นระบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในรูปแบบ Group Home และ Home Care จึงเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันมากที่สุด เพราะเป็นการจัดบริการสังคมมุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมาย (ผู้พิการและผู้สูงอายุ) ครอบครัว ชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ได้เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดบริการ ภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบขององค์กรที่เหมาะสม ควรเป็นดังนี้

- 1) ความรับผิดชอบในระดับท้องถิ่น องค์กรท้องถิ่นควรเป็นผู้ดำเนินการเพื่อสนองตอบความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น เช่น การกำหนดรูปแบบบริการ สนับสนุนทรัพยากร และการบริหารจัดการ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้พิการได้อย่างเหมาะสม
- 2) ความรับผิดชอบในระดับชุมชน การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในท้องถิ่นโดยรูปแบบ Group Home และ Home Care จะมีประสิทธิภาพเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความพร้อมของสมาชิกในชุมชนต้องเรียนรู้ และเข้าใจสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ และผู้พิการในชุมชน รวมทั้งมีบทบาทกระตุ้นให้สมาชิกชุมชนตระหนักถึงความต้องการการดูแลร่วมกัน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมเสนอความต้องการ การบริการ ตลอดจนการประเมิน และตรวจสอบคุณภาพการจัดบริการ

3.1 กิจกรรมส่วน Group Home

อาคารอเนกประสงค์ ประกอบด้วย

บริการด้านการศึกษาตลอดชีพ โดยการให้การสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ เอกชน หลักสูตรและวิธีการสอน ผู้สอนเป็นผู้พัฒนาประยุกต์ตามความต้องการของผู้เรียน อาจมีหลักสูตรต่างๆ เช่น สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุผู้พิการ การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย การฝึกอาชีพ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กฎหมาย ศาสนา ศิลปวัฒนธรรม การเกษตรและการออมทรัพย์ เป็นต้น

- Social day Center เป็นบริการที่จัดในชุมชน ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการในช่วงกลางวัน แทนครอบครัว หรือผู้ดูแล มีกิจกรรมนันทนาการ - สังคม มีบริการรับส่ง บริการอาหารกลางวัน ออกกำลังกาย ตรวจสอบสุขภาพเป็นครั้งคราว

- Day Rehabilitation Center มีกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

- ศูนย์ที่สามารถให้บริการที่หลากหลายรูปแบบ เชื่อมโยงกับศูนย์ชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นอาสาสมัครในการดูแลผู้ช่วยตัวเองไม่ได้ในชุมชนเดียวกัน

- Sheltered Homes บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่ไม่มีผู้ดูแล หรือได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม โดยพิจารณาแยกเป็นรายๆ ทั้งเป็นแบบถาวร และชั่วคราว

ครอบครัวอุปถัมภ์ เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่ขาดผู้ดูแล รวมทั้งญาติ ทั้งในลักษณะบ้านพักถาวร และชั่วคราว โดยมีครอบครัวในชุมชนรับเป็นผู้อุปถัมภ์ให้การอุปการะ และดูแลเช่นเดียวกับญาติ

3.2 กิจกรรมส่วน Home Care

- 1) Home Help Service เป็นบริการเกี่ยวกับการส่งอาหาร ซักรีด ดูแลบ้าน ดูแล สุขอนามัย ช่วยงานเล็กๆ น้อยๆ รับส่งไปยังสถานพยาบาล

- 2) Home Nursing เป็นบริการที่ส่งหมอ พยาบาล บุคลากรที่ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการไปให้การดูแล และแนะนำที่บ้าน

- 3) สายด่วนให้คำปรึกษา ให้บริการเกี่ยวกับการขอรับบริการต่างๆ สนับสนุนให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ปรึกษาปัญหา ระบายอารมณ์ ร้องทุกข์ ให้กำลังใจ ให้เยี่ยมอุปกรณ์ จัดผู้ดูแลแทนชั่วคราว

- 4) บริการแพทย์ทางเลือกบริการ ลูกประคบ สมุนไพร นวดแผนโบราณ

4. ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการจัดการสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

1) การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึกด้านสวัสดิการ การจัดสวัสดิการเป็นเรื่องของคนในชุมชนที่จะต้องเรียนรู้ปัญหาของตนเอง เสนอปัญหา และกำหนดความต้องการ และวิธีการ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทต่อการริเริ่มจัดสวัสดิการเหล่านี้ คือผู้นำชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำที่เป็นทางการ ที่จะเป็นแหล่งที่มาของความคิดการจัดการด้านงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการ

2) การมีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน การกระจายบริการสวัสดิสังคมที่เน้นการให้บริการในระดับชุมชนและครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ชุมชน นักกายภาพบำบัด และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเพิ่มพลังความสามารถของประชาชน และชุมชน สร้างความเข้มแข็งทั้งด้านการเรียนรู้ การบริหารจัดการสวัสดิการในชุมชน การจัดการเกี่ยวกับระบบข้อมูลของสภาพปัญหาความต้องการ ตลอดจนระบบการเฝ้าระวังทางสังคม

3) การมีระบบเฝ้าระวังในชุมชน สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มที่ยากจนไม่มีผู้ดูแล กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีอาการทางจิตประสาท และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น การมีระบบการเฝ้าระวังทางสังคม จะทำหน้าที่ในการสะท้อนปัญหาความต้องการและแหล่งจัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูลของชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อประโยชน์ในการวางแผน การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็ง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมความรู้ฝึกทักษะ เพื่อให้การดูแล ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือดำรงชีวิตในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการสูงอายุ และผู้พิการ เบื้องต้นที่บ้านได้ นอกจากนั้นการมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็งยังส่งผลกระทบต่อระบบข้อมูล เพื่อเฝ้า ระวัง และจัดสวัสดิการในชุมชน รวมทั้งการใช้อาสาสมัครเป็นกลไกในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาชุมชน

5) ความเข้มแข็งของระบบเครือข่ายในชุมชน องค์กรชุมชนเข้มแข็งแต่ละองค์กรจะมีการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ปัญหา และพึ่งพาตนเอง ซึ่งช่วยทำให้กลุ่มและเครือข่ายเกิดความเข้มแข็งและขยายตัว และยังเมื่อพวกเขามีการเคลื่อนไหวร่วมกับเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งประเภทอื่นๆ หรือมีการเรียนรู้ข้ามภูมิภาค หรือเป็นระดับนานาชาติด้วยแล้ว จะยิ่งเกิดการเรียนรู้ทางพลังยิ่งขึ้น นี่คือการสร้างพื้นฐานและกิจกรรมจำเป็นสำหรับประชาสังคมในทุกท้องถิ่น

กล่าวโดยสรุปการจัดบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา และบริการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นรูปแบบการจัดบริการสังคมที่มุ่งการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว กลุ่ม และองค์กรชุมชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสังคม สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ โดยที่องค์กรหรือหน่วยงานภายนอกจะทำหน้าที่เป็นเพียงพี่เลี้ยงให้คำแนะนำปรึกษา รวมทั้งการสนับสนุนด้านเทคนิค วิชาการ การประสานงานและทรัพยากร ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบริการสังคมประสบความสำเร็จ ได้แก่ การมีระบบฐานข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้อง การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว และชุมชน มีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึก มีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน การมีระบบเฝ้าระวัง ระบบอาสาสมัครชุมชน รวมทั้งการมีระบบเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง

2. ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

ความหมายของการดูแลระยะยาว

ระบบการดูแลระยะยาว หมายถึงการจัดบริการสุขภาพและสังคม ที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง หากแต่จะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

2.1 หลักการสำคัญของระบบการดูแลระยะยาว (รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553)

ระบบการดูแลระยะยาว ควรพัฒนาบนพื้นฐานหลักการที่สำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ การบริการแบบบูรณาการ มีการเชื่อมโยงระหว่างบริการต่างๆ มีความครอบคลุมต่อเนื่อง ตอบสนองกับวิถีชีวิต และบริบทของพื้นที่ และเป็นระบบบริการที่เป็นธรรม ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาครัฐ โดยเน้นการสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถดูแลจัดการ เพื่อตนเองและช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด (Self care , self reliance) นั่นคือต้องยึดหลักการสำคัญของการไม่เข้าไปแย่งความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เกินความจำเป็น แต่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถดูแลตนเอง สามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม และสามารถตัดสินใจเข้าใช้ระบบที่เป็นทางการได้อย่างเหมาะสม และต้องพร้อมที่จะเข้าถึง เพื่อการช่วยเหลือ และปกป้องบุคคลหรือ

ครอบครัวที่ล้มเหลวในการดูแลตนเอง ไม่สามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม หรือไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการที่เป็นทางการเมื่อมีความจำเป็น

2) **ความครอบคลุม** มีความครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพ และสังคม โดยในด้านสุขภาพยังบูรณาการทั้งสี่มิติ คือการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และปัญหาทางสุขภาพ (พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย สภาพการทำงานที่ไม่ดี โรคต่างๆ ความพิการ และปัญหาความรุนแรงในครอบครัว) การจัดการดูแลในระดับต้นสำหรับโรคและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น การจัดการให้มีความต่อเนื่องการรักษา (Adherence to management) ของกลุ่มโรคเรื้อรัง และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถกลับมีสถานะสุขภาพหรือสมรรถภาพที่เหมาะสมอีกครั้ง นอกจากนั้นจะต้องครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ

3) **เนื่องจากความจำเป็นด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีมากกว่าหนึ่งมิติ จึงมีความจำเป็นในการเชื่อมโยงกิจกรรมในการบริการ (Linkage of activities) และดำเนินการให้เกิดความเป็นสหสาขาจัดการ ให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่อง และการดำเนินการติดตามประเมิน และกำกับระบบการบริการให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ทั้งนี้รูปแบบความเชื่อมโยงต้องชัดเจน และบุคลากรทุกระดับต้องทราบภารกิจและบทบาทที่แน่นอนของตน การเชื่อมโยงกิจกรรมที่ดีจะนำไปสู่คุณภาพบริการความต่อเนื่องในการให้บริการ และความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ นอกจากนั้นในกรณีที่มีการจัดระบบข้อมูล และสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนความเชื่อมโยงดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการระบบการบริการ**

4) **ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่** การจัดบริการมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน ทั้งระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ ส่งเสริมการประยุกต์ และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในการจัดบริการ

5) **เป็นระบบบริการที่เป็นธรรม** ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการและการใช้ระบบการเงินการคลังที่มีความเป็นธรรมในการจ่ายสมทบ โดยที่ผู้รับบริการได้รับบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็น โดยไม่ถูกจำกัดด้วยความสามารถ

2.2 **ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน** ชุมชนให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุผ่านทางเครือข่ายทางสังคมหลายเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรในชุมชนโดยเครือข่ายที่สำคัญได้แก่ 1) เพื่อน/เพื่อนบ้าน 2) ผู้นำชุมชน 3) วัดและองค์กรทางศาสนา 4) ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา 5) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ และ 6) อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ รวมถึงอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการเกื้อหนุนที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นการเกื้อหนุนเป็นครั้งคราวสำหรับผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตัวเองได้ และส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุกันเอง การรวมกลุ่มคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ การดูแลระยะยาวในชุมชนถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบที่จะสามารถทำให้เกิดการดูแลที่

ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับบริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ยังต้องการการดูแลระดับพื้นฐานไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยเองจำเป็นต้องมีการสนับสนุนที่มีลักษณะเป็นเครือข่ายระหว่างสถานบริการสุขภาพ เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร และอปท. ตลอดจนองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการผู้สูงอายุหรือสถานพยาบาลในกรณีที่ไม่สามารถดูแลได้ในชุมชน ทั้งนี้หากพิจารณาจากโครงสร้างของชุมชนในปัจจุบัน องค์กรที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดคือ “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ซึ่งมีงบประมาณและศักยภาพในการจัดการรวม ทั้งมีอัตรากำลังของนักสวัสดิการสังคม และ “สถานพยาบาลปฐมภูมิในชุมชน” ซึ่งมีผู้มีความรู้ด้านบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ภายใต้การสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย (Contracting Unit for Primary Care : CUP) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และที่เกิดขึ้นใหม่คือ “กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล” ซึ่งมีการบริหารจัดการในลักษณะคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากทั้งฝั่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนฝั่งชุมชน และในบางพื้นที่มี “ศูนย์อเนกประสงค์” ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากอปท. มีพันธกิจในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนรวมถึงการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงกลุ่มด้อยโอกาสต่างๆ

ดังนั้นจึงมีบทบาทหลักในการสนับสนุน/ บริหารจัดการให้เกิดบริการในการสนับสนุนครอบครัวในการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้อาจใช้กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ที่จัดตั้งขึ้นโดยการสนับสนุนของ สปสช. และ อปท. และในบางพื้นที่มีการลงขันของชาวบ้านร่วมด้วย เป็นกลไกในการจัดการ และสนับสนุนให้เกิดบริการต่างๆ ในชุมชนโดยมีการบูรณาการทั้งบริการด้านสุขภาพ และสังคม เข้าด้วยกัน โดยท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ทั้งนี้ควรมีส่วนร่วมจากครอบครัว ชุมชน ชมรม/ องค์กร อาสาสมัครองค์กรสาธารณกุศลในชุมชน และสถาบันศาสนา อย่างเข้มแข็ง และมีส่วนในการกำหนดบทบาท และการดำเนินงานของผู้ให้บริการ โดยอาจใช้รูปแบบคณะกรรมการกองทุนประกันสุขภาพตำบล เป็นกลไกเชื่อมโยงในการบริหารโครงการ รวมถึงการบริหารระบบการจัดบริการระบบอาสาสมัคร และผู้จัดการผู้ป่วย

2.3 การจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการ ดังนั้นเพื่อให้คนกลุ่มนี้เข้าถึงบริการที่จำเป็นต้องเน้นการจัดบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน และให้บริการถึงบ้าน โดยในการจัดบริการ ควรเป็นดังนี้

1) บทบาททีมเชิงรุกของโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) ในการออกให้บริการนั้น ไม่จำเป็นต้องออกเป็นทีมใหญ่ ขึ้นกับสภาพปัญหาความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการทำ case conference ทั้งก่อน และหลังการออกปฏิบัติงาน มีนักกายภาพบำบัด/ กิจกรรมบำบัด/ ผู้ช่วยออก

ให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยบุคลากรต้องมีทักษะที่หลากหลาย บุคลากร ทั้งนี้ เป้าประสงค์หลักในการออกให้บริการทางการแพทย์ คือการฝึกญาติให้สามารถดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างเหมาะสม มากกว่าการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง (เนื่องจากผู้ดูแลหลัก คือญาติ หรือบุคคลในครอบครัว)

2) การออกปฏิบัติงานควรมีเจ้าหน้าที่ สอ. อาสาสมัคร (สาธารณสุข/ ผู้พิการ/ ดูแลผู้สูงอายุ) รวมถึงบุคลากรที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองท้องถิ่น เพื่อร่วมกันประเมิน และวางแผน การให้บริการผู้สูงอายุ/ ผู้มีภาวะทุพพลภาพเฉพาะราย ส่วนการออกให้บริการครั้งต่อไป อย่างน้อยควรมี อาสาสมัครร่วมทีมด้วยในการให้บริการ

3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทภารกิจในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลด้านสังคม เช่นเศรษฐกิจความเป็นอยู่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กรณีไม่มีผู้ดูแล) สภาพแวดล้อม ทั้งนี้ อบต. ควรต้องจัดให้มี

- นักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้จัดการการดูแลด้านสังคมในการทำงานเชื่อม และร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ฐานข้อมูลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และต้องการการดูแลทั้งที่มีคนดูแล และไม่มีคนดูแล และกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือจากท้องถิ่นและชุมชน
- ให้ผู้จัดการการดูแลด้านสังคมเป็นผู้จัดการระบบอาสาสมัคร/ ผู้ช่วยผู้ดูแลในการจัดบริการแก่ครอบครัวที่มีปัญหาด้านการดูแล ปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัครดูแลผู้พิการได้รับค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานในแต่ละเดือน ดังนั้นสามารถกำหนด หรือจัดการระบบอาสาสมัครได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้ควรมีการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของอาสาสมัครในการดูแลผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ และผู้พิการให้ชัดเจนขึ้น เช่นกำหนดผู้ที่ต้องดูแลของอาสาสมัครแต่ละท่าน หรือการจัดเวรในการดูแล เช่นอาสาสมัครดูแลผู้พิการของ อบต. ปากพูน หรือ อสม. จัดเวรกันมาช่วยอาบน้ำผู้ป่วยที่อัมพาตทั้งตัว และมีน้ำหนักร่างกายทุกวันพระ ของ รพช.ด้านซ้าย

4) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน ในพื้นที่ที่มีความพร้อมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและทางจิตแก่ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งขณะนี้มีวัดหลายแห่งได้จัดให้มีศูนย์ฯ ในลักษณะดังกล่าวในชุมชน โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5) บทบาทศูนย์อเนกประสงค์ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความพร้อม หรือโรงพยาบาลชุมชนให้จัดบริการ Day care สำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเวลากลางวันให้แก่ญาติ

ดังนั้น ประเทศไทยเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับความกตัญญูทดแทน ต่อบุพการี การดูแลผู้สูงอายุ จึงเป็นบทบาทหลักของครอบครัว และชุมชน ซึ่งล้วนเป็นเครือญาติ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสงค์

ที่จะอยู่อาศัยกับครอบครัวมากกว่าที่อาศัยในสถานบริการผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการจัดการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยงานที่มีบทบาทความรับผิดชอบหลัก คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบอาสาสมัครในการจัดบริการ ซึ่งการดูแลระยะยาวในชุมชน มีเครือข่ายที่สำคัญ เช่น 1) เพื่อน/เพื่อนบ้าน 2) ผู้นำชุมชน 3) วัดและองค์กรทางศาสนา 4) ชมรมผู้สูงอายุ และคลังปัญญา 5) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ และ 6) อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ การดูแลระยะยาวในชุมชนถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบที่จะสามารถทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกับบริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

2.4 แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 - 2561 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ยุทธศาสตร์มาตรการหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบดังนี้ และเป้าหมายประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

1. การคัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน
2. การพัฒนาการจัดบริการในชุมชนเพื่อการป้องกันการดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุโดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริการผู้สูงอายุ
3. การพัฒนาระบบการเงินการคลังและชุดสิทธิประโยชน์
4. การพัฒนากำลังคน
5. การสร้างการจัดการความรู้และการติดตามประเมินผล
6. การพัฒนานโยบาย/ระเบียบและการบริหารจัดการ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การคัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน

เป้าประสงค์ ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมินเพื่อคัดกรองจำแนกตามกลุ่มเพื่อรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละกลุ่ม รวมถึงมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทุกชุมชน

1.1 พัฒนาแบบประเมินเพื่อสำรวจผู้สูงอายุและจัดทำเกณฑ์/ มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาว

1.2 พัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมมาตรฐานการคัดกรองให้แก่อาสาสมัคร/ อสม.

1.3 ทำการสำรวจและประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์/ มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาว โดยบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ

1.4 จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลระยะยาว และการจัดสวัสดิการและบริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริการในชุมชนเพื่อป้องกันการดูแลผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยง กับระบบบริการในสถานบริการผู้สูงอายุ

เป้าประสงค์ มีระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่และมี
ระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาวในชุมชน และระบบรองรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และไม่สามารถ
พักอาศัยในชุมชนได้

2.1 พัฒนามาตรฐานบริการและระบบสนับสนุนการบริการ

- มาตรฐานหน่วยจัดบริการ; ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, Day care, respite care, Community nursing home

- มาตรฐานบุคลากร; มาตรฐานผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ มาตรฐาน
หลักสูตรผู้จัดการบริการระยะยาว

- มาตรฐานบริการ; ในระดับชุมชน, ในสถานบริการผู้สูงอายุ
ผู้สูงอายุ และมาตรฐานระบบส่งต่อระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานบริการผู้สูงอายุ เป็นต้น

2.2 มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกที่บ้าน/ ชุมชน

2.3 มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศูนย์อเนกประสงค์ ผู้สูงอายุ)

2.4 Day care center ในระดับตำบล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์

เป้าประสงค์ มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมตามความ
จำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบการเงินการคลังที่เหมาะสม และยั่งยืน

3.1 พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง

3.2 ออกแบบระบบการเงินการคลัง และรูปแบบการจ่ายค่าบริการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เฝ้าต่อการเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน

3.3 จัดทำข้อเสนอการบูรณาการงบประมาณการดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ

3.4 ขยายความครอบคลุมกองทุนฟื้นฟูผู้พิการระดับจังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนากำลังคน

เป้าประสงค์ กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีจำนวนเพียงพอ และผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

4.1 สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เอกชนมีส่วนร่วม ในการวางแผน และบริหารจัดการกำลังคน เพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับ ความต้องการของพื้นที่

4.2 การพัฒนาหลักสูตร และการอบรมบุคลากรด้านการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ

- ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long term care manager)
- Care assistant

4.3 สนับสนุนการผลิต การจ้าง และการสร้างแรงจูงใจแก่กำลังคนใน ระบบการดูแลระยะยาว

4.3.1 Community care ในชุมชน ได้แก่ อสม., อพส., ผู้จัดการ บริการดูแลระยะยาว (Long term case manager), ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care assistant)

4.3.2 Assistant care ใน รพ.สต. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (เพิ่ม อีกแห่งละ 1 คน), นักจิตวิทยาคลินิก, หมอนวดไทย

4.3.3 Hospital care

- ในรพ.ชุมชน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด (เพิ่มอีกแห่งละ 1 คน)
- ในรพ.ศ./ รพท. ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด, พยาบาลเวช ศาสตร์ผู้สูงอายุ, แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างการจัดการความรู้และการติดตามประเมินผล

เป้าประสงค์ มีองค์ความรู้ และข้อมูลสำหรับการพัฒนา และติดตามกำกับระบบ บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

5.1 ศึกษา และพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในการป้องกันและการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5.2 ศึกษา และพัฒนารูปแบบการจัดบริการในชุมชน และการบริหารจัดการ กองทุนระดับต่างๆ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการ

5.3 ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจ่ายค่าบริการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการ
บริการ และเพิ่มคุณภาพบริการ

5.4 ศึกษา ระบบ Long-term care financing

5.5 ศึกษา และพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการ
ดูแลระยะยาว

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบและการบริหารจัดการ

เป้าประสงค์ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนากฎหมาย/ระเบียบและการบริหาร
จัดการเพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

6.1 แก้ไขระเบียบสวัสดิการ การรักษาพยาบาลข้าราชการให้ครอบคลุม
บริการสุขภาพในชุมชน

6.2 กำหนดบทบาทให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลการจัดบริการดูแลระยะยาว
ผู้สูงอายุ และปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบของท้องถิ่นให้เอื้อต่อการดำเนินงานตามบทบาท

6.3 ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลระยะยาว เช่น
มาตรฐานและการกำกับสถานบริบาลเอกชน มาตรฐานและการกำกับการจัดบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน

3. ระบบการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ

คณะผู้ศึกษาได้ค้นคว้าวิจัยจากเอกสาร งานวิจัย บทความ ฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ต ที่เกี่ยวข้อง จำนวน
5 ประเทศ ประกอบด้วย สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี
เนื้อหากล่าวถึงระบบกฎหมาย การบริหารจัดการด้านภาษี สวัสดิการด้านสุขภาพ และการดูแลทางสังคม
ที่รัฐบาลจัดให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัว

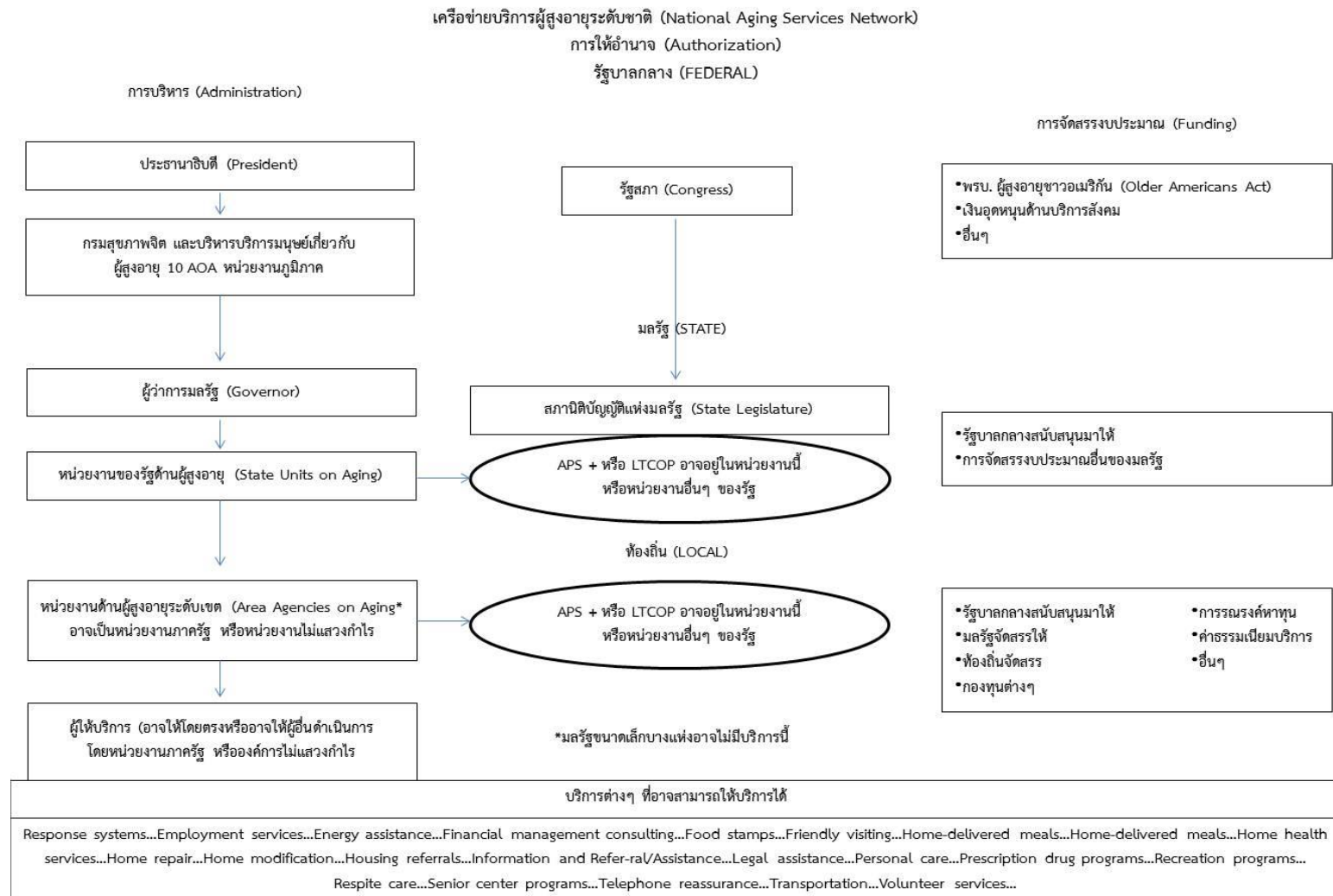
3.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

โครงสร้างการบริหารระบบการดูแลระยะยาวของสหรัฐอเมริกา

การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา เริ่มเป็นรูปร่างชัดเจน ใน ค.ศ. 1965 เมื่อ
รัฐบาลได้ผ่านกฎหมายสำหรับการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเฉพาะขึ้นเป็นครั้งแรก กฎหมายดังกล่าว
ได้แก่รัฐบัญญัติว่าด้วยผู้สูงอายุชาวอเมริกัน (Older American Act) รัฐบัญญัติดังกล่าวประกอบด้วย
บทบัญญัติ และมาตรการสำคัญที่รัฐบาลกลางต้องรับผิดชอบ พร้อมทั้งมอบหมายความรับผิดชอบในการ
จัดระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไปยังรัฐบาลระดับมลรัฐ และรัฐบาลท้องถิ่น ตลอดจนให้ชุมชนและครอบครัว
เป็นสถาบันและองค์กรที่มีหน้าที่ดำเนินการจัดบริการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของ
ตนเอง รัฐบัญญัติว่าด้วยผู้สูงอายุนี้มีเจตนารมณ์ในมิติที่จะประกันคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของ

ผู้สูงอายุชาวอเมริกันอย่างถ้วนหน้า โดยการให้การประกันความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งการประกันทางด้านสุขภาพอนามัย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง รัฐบัญญัติดังกล่าวมีบทบัญญัติที่สำคัญ ได้แก่การจัดสรรงบประมาณสมทบของรัฐบาลกลางให้แก่ลัทธิ และท้องถิ่นต่างๆ ในการจัดบริการและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งบริการดังกล่าวรวมถึงการเดินทาง การบริการภายในบ้าน บริการทางด้านกฎหมาย การจัดงบประมาณสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์บริการอาหารกลางวันให้แก่ผู้สูงอายุ มาตรการว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ มาตรการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาตรการจ้างงานผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ในท้องถิ่นของตนเอง มาตรการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ และการช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งมาตรการฝึกอบรมการวิจัยและการแสวงหาองค์ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้มีการรวบรวมขึ้นอย่างครบถ้วนภายใต้บทบัญญัติฉบับดังกล่าว (เล็กสมบัติ, วรรณลักษณ์ เมียนเกิด และเดชา สังขวรรณ, 2550 น.96) ซึ่งในการดำเนินงานและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละระดับนั้นมีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการตั้งแต่ระดับสูงสุดคือระดับประเทศ ไปจนถึงระดับท้องถิ่น ตามแผนภูมิภาพรวมของระบบบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา ต่อไปนี้

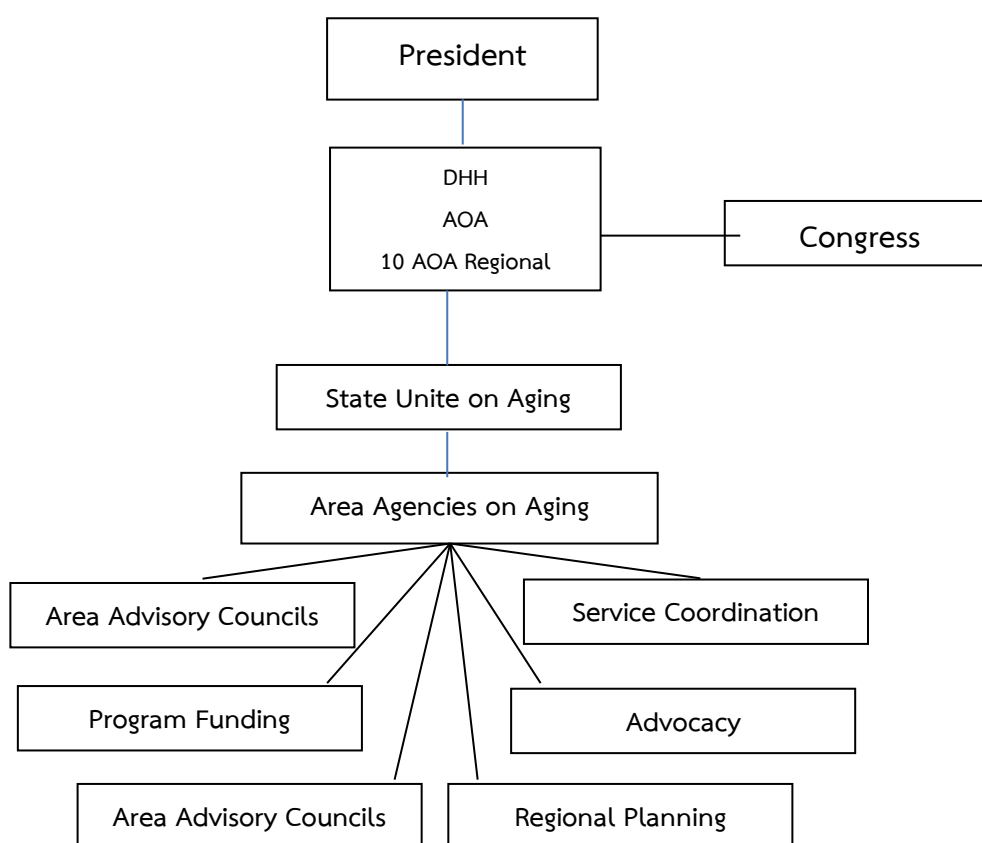
แผนภาพที่ 4.1 ภาพรวมของระบบบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา



ที่มา: ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2553:64

หน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพ และสังคมสำหรับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา มีกระทรวงที่รับผิดชอบบริการ ทั้ง 2 ด้านนี้แก่ประชาชนอยู่ร่วมกัน เรียกว่า Department of Health and Human Services (DHHS) ในด้านการบริหารได้ให้อำนาจแก่มลรัฐได้บริหารจัดการเอง (ภายใต้กฎหมาย Older Americans Act) จึงทำให้การบูรณาการต่างๆ เป็นไปได้อย่างดี แต่ละมลรัฐดำเนินการโดย Area Agencies on Aging (AAA) ซึ่งมีหน่วยงานในการดำเนินงานอีกหลายฝ่าย ดังแผนภาพที่ 4.2 โครงสร้างการบริหารงานบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา ดังนี้

แผนภาพที่ 4.2
โครงสร้างการบริหารงานบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา



ที่มา: ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2553:64

จากแผนภาพดังกล่าวจะเห็นว่าบริการการดูแลระยะยาวของสหรัฐอเมริกา ทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม อยู่ภายใต้หน่วยงานของรัฐหน่วยงานเดียว จึงทำให้นโยบายและการบริหารเป็นเอกภาพ (US Department of Health and Human Services: DHHS) โดยในระดับการบริหารนั้น มลรัฐต่างๆ ได้จัดโครงสร้างของตนขึ้นในลักษณะการบูรณาการแนวนราบ (Horizontally Integrated) โดยบูรณาการหน่วยงานการดูแลระยะยาวของส่วนงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานภายนอก และผู้รับบริการ เข้าด้วยกันวิธีการดำเนินการเริ่มจากการประสานงาน ซึ่งเป็นการดำเนินงานพื้นฐานที่สุดไปจนถึงการจัดสร้างองค์กร ซึ่งในแต่ละมลรัฐมีแตกต่างกัน (Allison Armour, 2004, pp. 2-3)

การบูรณาการของระบบการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาวมีลักษณะสำคัญ คือต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบัน และชุมชน เพื่อทดแทนความต้องการขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสีย หรือเสื่อมความสามารถกระทำหน้าที่ทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ ทำให้กิจกรรม และการบริการมีความคาบเกี่ยวกับบริการที่ต่างประเภทกัน คือบริการสุขภาพและบริการสังคมและยังมีความแตกต่างภายในรูปแบบบริการต่างๆ ของการดูแลระยะยาวอีกด้วย การดูแลระยะยาวที่ดีจึงต้องสามารถประสานกิจกรรม และบริการจากหลายฝ่ายเข้าด้วยกัน ต้องมีการบริหารการจัดบริการแก่ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความจำเสื่อม ซึ่งต้องการบริการหลากหลายประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้ได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันการออกแบบที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม และการจัดหารายได้สำหรับซื้ออุปกรณ์ และเครื่องช่วยเหลือนต่างๆ ซึ่งเป็นบริการด้านสังคมก็มีความสำคัญต่อผู้รับบริการและเป็นเครื่องมือที่จะช่วยลดภาระของการดูแลระยะยาวลง

การศึกษาทบทวนโดยศศิพัฒน์ ยอดเพชร ที่ทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานของต่างประเทศ ได้ค้นพบเทคนิคในการปฏิบัติงานแบบบูรณาการหลากหลายวิธี ได้แก่การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการการดูแลแบบ Intermediate Care และการทำงานร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพ และสังคม การประเมินสถานะแวดล้อมในชุมชน และหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) สร้างระบบการเชื่อมประสานบริการที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านทรัพยากร การประสานการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัว และชุมชน ระหว่างองค์กร หรือสถาบันหลัก และหน่วยงานในชุมชน รวมไปถึงอาสาสมัครเพื่อให้สามารถจัดบริการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมเชื่อมโยง และทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ทั้งการประสานเพื่อให้ได้รับบริการระยะสั้นจากโรงพยาบาลสู่การดูแลระยะยาวที่บ้านของผู้สูงอายุ

- 2) การจัดระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และทำงานร่วมกัน ถือเป็นกลไกสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคม และตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งพ้นจากระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระมากที่สุด

ในชุมชน ขณะเดียวกันก็เป็นการเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ทั้งนี้บริการดังกล่าวเป็นตัวเชื่อมระหว่างบริการระยะเฉียบพลัน และบริการระยะยาว ขณะเดียวกันก็เป็นการลดหรือป้องกันภาวะพึ่งพิงถาวรที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลที่ดี

3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเนื่องจากผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการบริการหลากหลาย ทั้งในด้านบริการสุขภาพและบริการสังคม ดังนั้นจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยง และแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ ดังนั้นจำเป็นต้องมีมาตรการเก็บรักษาความลับของข้อมูลของผู้รับบริการและปกป้องให้ปลอดภัยจากการนำไปใช้ประโยชน์ในทางมิชอบ ทั้งนี้ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักต้องตกลงเรื่องแบบฟอร์มของข้อมูลและกำหนดเงื่อนไข และบุคคลที่จะเข้าใช้ข้อมูลให้ชัดเจนนอกจากนั้นควรมอบข้อมูลให้ผู้รับบริการทราบด้วย

4) การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงการสร้างความมั่นใจแก่ญาติและผู้ดูแลว่าผู้สูงอายุจะได้รับบริการอย่างทันท่วงทีในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยกะทันหัน หรือต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และผู้ที่เพิ่งถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล และอยู่ในแผนการติดตามหลังจำหน่ายจะมีการบริการดูแลฉุกเฉินเฉพาะให้

5) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การบริการด้านสุขภาพและสังคมสามารถบูรณาการการดำเนินงาน และการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น การสร้างเครือข่ายจะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนแนวคิดทักษะการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทรัพยากรซึ่งกันและกัน รวมไปถึงการทำงานร่วมกันในลักษณะการบูรณาการระหว่างเครือข่ายด้วย

6) การประเมินสภาวะแวดล้อมในชุมชนเป็นอีกเทคนิคหนึ่งที่เป็นการบูรณาการการดูแลระยะยาวที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลภายหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้านโดยมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมและเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

7) การจัดบริการการบำบัดฟื้นฟูที่บ้านเป็นการจัดบริการเชิงรุกเพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย และเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ในการจัดบริการมุ่งเน้นไปที่การฝึกอบรมญาติและผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองเนื่องจากมีเวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้สูงอายุ นอกจากนั้นจำเป็นต้องดัดแปลงอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับบริบทของการใช้งานด้วย

3.2 สหราชอาณาจักร

ระบบการดูแลระยะยาวของสหราชอาณาจักร

การจัดระบบการดูแลในระยะยาว และบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงวัยในสหราชอาณาจักร รัฐบาลเป็นกลไกสำคัญ และประชาชนสนับสนุนการเงินผ่านทางภาษีโดยมี National Health Services (NHS) เป็นองค์กรรับผิดชอบการบริการรักษาพยาบาลประชาชนสามารถรับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ บริการดูแลระยะยาวเป็นความรับผิดชอบของท้องถิ่น และมีการประเมินเพื่อยกเว้นค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการต้องผ่านการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลกิจวัตรส่วนบุคคลและ

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย มีคณะกรรมการระดับชาติว่าด้วยมาตรฐานการดูแล (National Care Standards Commission) เป็นผู้ควบคุมมาตรฐานการบริการของรัฐพิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุหรือเป็นตัวแทนในการสื่อสารขององค์กรเอกชนต่างๆ (Department of Health, 2001)

ระบบการดูแลระยะยาว (LTC : long-term care) ในสหราชอาณาจักร มีลักษณะเป็น “ระบบความปลอดภัย” เพื่อรองรับผู้ที่มีความต้องการและไม่สามารถที่จ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแลได้ (Fernandez et al., 2009) ซึ่งเป็นระบบที่พัฒนา การบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน (Ikegami and Campbell, 2002) โดยคณะกรรมการการตรวจสอบการดูแลสังคม (CSCI: Commission for Social Care Inspection) เพื่อให้มีความชัดเจน และความโปร่งใสในการปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับกรอบการทำงาน ทั้งมีอาชีพหรือผู้ที่ให้บริการให้มีความมั่นใจในการทำงานของคณะกรรมการ (CSCI, 2008, p. 4)

ซึ่งตามหลักการดูแลชีวิตเป็นความรับผิดชอบของตนเอง ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ของสหราชอาณาจักรที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ให้ความสำคัญการดูแลสภาพร่างกายของตนเอง และการดูแลจากครอบครัว บุคคลที่มีรายได้และทรัพย์สินโดยเสียภาษีให้รัฐ รัฐก็จะพยายามจัดการดูแลและบริการประชาชนเบื้องต้นจัดการให้ความช่วยเหลือตามโรงพยาบาล แต่ก็มีส่วนที่ไม่ได้รับการดูแลจากรัฐเท่าที่ควร (see, for example, Pickard 2001) ปี ค.ศ. 2009 รัฐบาลมีแผนการดูแลระยะยาวในพิมพ์เขียว และรัฐบาลให้คำมั่นสัญญาในการปฏิรูปการดูแลระยะยาวให้สำเร็จและติดตามมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่มีรายงานของคณะกรรมการที่มีความกระตือรือร้น และอภิปรายในเรื่องระบบการดูแลระยะยาว (LTC) กับรัฐบาลหลายๆ คณะเพื่อที่จะหาหน่วยงานมารับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาโดยตรง ในสหราชอาณาจักรมีระบบกองทุนสำรองสำหรับการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตามระบบการดูแลก็ยังเป็นแบบเดิมที่ให้การดูแลด้านการพยาบาล อาจจะมีค่าใช้จ่ายเล็กน้อย ใน ปี ค.ศ. 2006 ใช้ทุนกษัตริย์เขียนบทวิจารณ์ (an independent UK think tank) เกี่ยวกับระบบการจัดหาเงินทุนและการจัดหารูปแบบการบริการ (Wanless et al., 2006) ใน ปี ค.ศ. 2009 รัฐบาลมีการวางแผนอย่างคร่าวๆ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลระยะยาวในระดับชาติ (to the UK) และพิจารณาวิธี หรือแนวทางใหม่ทั้งหมดที่เป็นเรื่องกองทุนสำรอง และการประกันที่จำเป็น (HM Government, 2009)

การดูแลระยะยาวในสหราชอาณาจักร เน้นการดูแลกับผู้ที่มีร่างกายทรุดโทรม ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ โดยดูแลในด้านการจัดเตรียมอาหารการทำธุระส่วนตัว การอาบน้ำ การแต่งกาย และการดูแลด้านพยาบาล เนื่องจากจำนวนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร ข้อมูลจากการรับเงินดูแลระยะยาวแทนการรับบริการจากงบประมาณในการดูแลแต่ละบุคคล เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการอยู่ที่บ้านของตนเอง (Pickard et al., 2000) รูปแบบการบริการระยะยาวมีทั้งจากหน่วยงานราชการ ที่บริการสังคม หน่วยงานที่ดูแลสุขภาพในชุมชน และองค์กรอิสระ (หน่วยงานที่ไม่หวังผลกำไร) มีภาคธุรกิจบริการการดูแลที่บ้าน การดูแลพยาบาล สถานบริการตลอดเวลา และสถานบริการดูแลรายวัน มีการจัดหาเงินทุนเพื่อการบริการทางด้านสุขภาพ (NHS: National Health Service) ผู้บริหารท้องถิ่น มูลนิธิ และชมรมผู้สูงอายุ

ถึงแม้ว่าการใช้บริการทางด้านสุขภาพจะฟรี แต่สิทธิขั้นพื้นฐานตามความต้องการก็ยังมีพิจารณาอย่างถี่ถ้วน มีวิธีการทดสอบอย่างเคร่งครัดในการรับผลประโยชน์กับผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ โดยเฉพาะเงินดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุพิการ (สืบค้นจาก เว็บไซต์ <http://www.ancienlongtermcare.eu> เมื่อ 13 มกราคม 2558)

แนวคิดในการจัดระบบการจัดสวัสดิการของสหราชอาณาจักร คือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ตามความสามารถ ให้โอกาสแก่ผู้ที่ทุพพลภาพ และสร้างมาตรการให้ผลประโยชน์ในการอยู่ในระบบจ้างงาน เพื่อจูงใจให้คนทำงานระบบประกันสังคมของสหราชอาณาจักร มีวัตถุประสงค์ประการหนึ่งคือส่งเสริมความมั่นคงทางการเงินหลังเกษียณ ส่งเสริมการจัดการกองทุนบำนาญ และสนับสนุนให้มีการออมเงินที่เหมาะสม รวมทั้งให้ผู้เกษียณมีรายได้หลังเกษียณที่เพียงพอ ความมั่นคงด้านรายได้ประกอบด้วยระบบสวัสดิการ 3 แบบ ได้แก่

1. ผลประโยชน์จากเงินเบี้ยประกันที่จ่ายเพื่อเป็นบำนาญหลังเกษียณ (retirement pension)
2. ผลประโยชน์ในกรณีที่ต้องได้รับ เช่น ทุพพลภาพ แหล่งเงินมาจากภาษีอากร
3. ผลประโยชน์จากรายได้ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือเกื้อกูล (Income related support benefit) แหล่งเงินมาจากภาษีอากร และจ่ายให้กับผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่ทำงานต้องเข้าร่วมระบบบำนาญ (retirement basic pension) และเลือกเข้าระบบการจ่ายสมทบ (second-tire portion)

ระบบบำนาญมี 2 ลักษณะ คือ แบบที่ 1 บำนาญจากรัฐ State Pension เป็นร่วมจ่ายในอัตราที่คงที่ของทุกคน เงินบำนาญจะเป็นอัตราคงที่ (flat rate) และให้กับผู้ชายอายุ 65 ปี ผู้หญิงอายุ 60 ปี ไม่ว่าจะเกษียณหรือไม่ ระบบบำนาญแบบที่ 2 คือ บำนาญภาคสมทบ second-tire portion เป็นการออมภาคบังคับเพื่อให้มีเงินบำนาญมากขึ้น ดำเนินงานโดยภาครัฐและภาคเอกชน

ระบบบริการสุขภาพ มีกรอบการบริการแห่งชาติเพื่อผู้สูงอายุ (National Health Service Frame work for Older People) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ และสังคมลดความแตกต่างในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ขจัดการกีดกันในการเป็นผู้สูงอายุ จัดให้มีการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเสริมสร้างสุขภาพ ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ จัดบริการให้ครอบคลุมความต้องการ และเน้นการดูแลเรื่องการหลั่ง โรคหลอดเลือด และสุขภาพจิต

ระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยบริการในโรงพยาบาลเป็นการดูแลระยะกลาง (intermediate care) ที่เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน และการดูแลในชุมชนเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ แทนการไปอยู่ในสถานบริการซึ่งมีรูปแบบเป็นการบริการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) คือ การเยี่ยมบ้านแบบการช่วยเหลือที่บ้าน (Home Help Service) คือการดูแลเรื่องอาหาร การดูแลเวลากลางวัน การจัดบริการด้านสังคม เป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่น ทำหน้าที่ประเมินความต้องการผู้สูงอายุ วางแผนการดูแล เสนอและจัดซื้อชุดบริการ (Care Package) และติดตามประเมินผลเพื่อประกันว่าได้รับการบริการที่เหมาะสม งานบริการสังคมรวมถึงช่วยเหลืองานบ้าน และการดูแลส่วนบุคคลด้วย นอกจากนี้ยังมีการ

จัดผู้ดูแลแทนชั่วคราว (Respite Care) ศูนย์ที่รับเรื่องผู้สูงอายุไว้ดูแล 1 – 2 ต่อสัปดาห์ และจัดให้ผู้สูงอายุไปอยู่กับครอบครัวอาสาดูแลระยะเวลายาวหนึ่ง (Family Placement Schemes) (สุพัตรา ศรีวณิชกร และคณะ, 2556 น.88–89)

การดูแลระยะยาวเน้นการจัดระบบการบริการสุขภาพ และการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยงานที่ดำเนินการ คือ National Health Service (NHS) โดยจัดให้มีระบบบริการสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ การบริการสุขภาพ มีทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน และระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน หรือการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่เตรียมความพร้อมก่อนที่จะกลับเข้าไปในชุมชน มีการทำงานร่วมกันหลายองค์กร แต่ส่วนใหญ่เป็นบริการที่จัดโดยพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ยังรวมถึงการดูแลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วย ส่วนบริการด้านสังคมนั้น จะผสมผสานอยู่ในบริการสุขภาพ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2549) รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ หน้า 32–33)

ระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักร

ระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักร หรือ NHS (National Health Service) เกิดขึ้นเมื่อช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 วันที่ 5 กรกฎาคม ปี 1948 เพื่อทำให้ระบบบริการของโรงพยาบาลดีขึ้นเป็นระบบสวัสดิการที่พลเมืองทุกคนได้รับความเสมอภาค เท่าเทียมกันหมด และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ภายใต้การดูแลของกระทรวงสุขภาพ Department of Health และกฎหมายบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Act 2006) โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณเท่ากันหมด ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลใหญ่หรือเล็กจากภาษีของประชาชน

ระบบบริการจะประกอบไปด้วย

บริการดูแลสุขภาพในชุมชน (Community Health care) คือการที่แพทย์และพยาบาลออกไปรักษาผู้ป่วยตามที่พักอาศัยของผู้ป่วยโดยตรง

การดูแลสุขภาพเบื้องต้น (Primary Health care) คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขตามเขตพื้นที่ชุมชนต่างๆ มีหมอทั่วไป พยาบาลประจำการอยู่

หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary care) คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเตียงหลายพันเตียง สามารถรองรับผู้ป่วยได้หลายคน มีหมอทั่วไป หมอเฉพาะทาง พยาบาล และยังมีหมอพิเศษอยู่อีกต่างหาก

พลเมืองที่สหราชอาณาจักรแม้กระทั่งนักเรียนต่างประเทศที่เรียนหลักสูตรมากกว่า 6 เดือน ต้องมีการขึ้นทะเบียนเพื่อขอสิทธิ์ในการรักษา สามารถทำได้ที่ศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้านของตน เมื่อลงทะเบียนเสร็จจะได้บัตรประจำตัว ในบัตรประจำตัวจะมีเขียนไว้ว่า หมอประจำตัวของเราคือใคร ในกรณีที่เจ็บป่วยผู้ป่วยจะต้องผ่านหมอประจำตัว หรือหมอประจำบ้านเป็นคนแรก และหมอประจำบ้านจะเป็นผู้พิจารณาว่าต้องส่งต่อไปให้แพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ซึ่งการโทรนัดหมอประจำบ้านจะต้องทำก่อนเวลา 9 โมงเช้า ถ้าโทรนัดหลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการตรวจในวันถัดไป เมื่อตรวจเสร็จแพทย์ให้เขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยไปซื้อยาที่ร้าน

ขายยาเอง โดยมีเภสัชกรเป็นผู้จ่ายยา ถ้าเป็นคนที่ไม่มียาได้ เช่น นักเรียน คนว่างงาน คนชรา เป็นต้น จะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยาอีกด้วย ถ้าเป็นกรณีฉุกเฉินก็สามารถโทร 999 ให้โรงพยาบาลมารับไปที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้ทันที ในกรณีที่มีการนอนที่โรงพยาบาลทุกคนจะได้รับบริการที่เท่าเทียมกันไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ แม้มีการผ่าตัดก็ตาม จะไม่มีห้องพิเศษ มีแต่ห้องรวมเท่านั้น เมื่อแพทย์เห็นว่าอาการดีขึ้น แพทย์ก็ส่งตัวกลับบ้านถ้าเป็นโรคเรื้อรังก็จะมีแพทย์ชุมชนคอยติดตามดูอยู่ตลอด

ระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ (Modern Health Care) เริ่มต้นในศตวรรษที่ 18 แต่ก็ยังไม่มีแพทย์ที่ให้บริการภายในโรงพยาบาล เพราะแพทย์ยังสนใจในเรื่องเงินค่าตอบแทนเป็นส่วนใหญ่ จึงรักษาเฉพาะคนมีฐานะ ต่อมาก็มีการตั้งโรงพยาบาลเพื่อการกุศล(voluntary hospitals) ซึ่งมีทุนมาจากคนรวยใจบุญในสมัยนั้น ทำให้มีการรักษาโดยไม่คิดค่าตอบแทน ทำให้แพทย์ทำงานโดยมองคนไข้เป็นเพียงภววิสัย คือมองคนไข้เป็นเพียงผู้ถูกรักษาไม่กังวล หรือมีเหตุผลทางจิตใจมาเกี่ยวข้อง กลักรักษาอย่างตรงไปตรงมา มีเวชปฏิบัติมากขึ้น และถือเป็นจุดเริ่มต้นของโรงเรียนแพทย์อีกด้วย

ในต้นศตวรรษที่ 19 การแพทย์เริ่มเปลี่ยนแปลงจากระบบเอกชน เป็นระบบรัฐ ในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 การแพทย์มีการพัฒนาให้เจริญมากขึ้น เริ่มแยกจากระบบศาสนา หรือโบสถ์ และเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น

ในปี ค.ศ. 1946 สามารถผลักดันกฎหมาย National Health Service (NHS) ได้สำเร็จและสามารถจัดการเรื่องผลประโยชน์ได้อย่างเป็นที่พึงพอใจในทุกฝ่าย มีองค์ประกอบ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่อยู่ในการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) คือ GPs หรือแพทย์ประจำบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น
2. แพทย์ในโรงพยาบาล
3. เทศบาลท้องถิ่น ซึ่งในขณะนั้นดูแลการบริการสุขภาพในชุมชนเช่น Health Visitors, Antenatal Care, การฉีดวัคซีน และอื่นๆ ทั้ง 3 ส่วนเป็นอิสระต่อกันและขึ้นตรง ต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หลักการของ NHS คือ การจัดระบบสุขภาพที่ไม่คิดค่าใช้จ่าย ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ NHS ปรับปรุงตามระบบเศรษฐกิจ เพื่อให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นับว่าเป็นเป็นองค์กรที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลก

ในทศวรรษที่ 1950 NHS ได้ตอบสนองความต้องการใช้บริการโดยใช้กลไกสองอย่าง คือ

1. ให้แพทย์ตัดสินใจว่าใครสมควรจะได้รับการรักษาหรือไม่
2. ระบบรอรับบริการ (Waiting List) วิธีนี้มีมาตั้งแต่เริ่มต้น NHS แต่ได้กลายเป็นประเด็นทางการเมืองในทศวรรษที่ 1980

แนวโน้มการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรในอนาคต

จะมีการเพิ่มขีดความสามารถ และข้อมูลข่าวสาร เพื่อคนไข้ โดยมีโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาลมากขึ้น ทั้งนี้การเพิ่มกำลังคนด้านแพทย์ในอนาคต อาจทำได้โดยการเปิดรับแพทย์จากนอกประเทศให้มากขึ้น เพิ่ม และขยายโรงเรียนแพทย์ หรือรับนักศึกษาแพทย์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาในการรอนัดหมายสั้นลง มีการพัฒนาการดูแลจากสาธารณสุขเพื่อผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อเสียของระบบบริการสุขภาพสหราชอาณาจักร

มีปัญหาในระยะยาวอยู่หลายประการ เช่นรัฐบาลจะมีเงินก้อนไหนไปได้อีกนานแค่ไหน ถ้าไรของสถานพยาบาลจะมากเพียงพอที่จะมาปรับปรุงสถานที่ต่างๆ ให้ดีขึ้นได้หรือไม่ บุคลากรทางการแพทย์จะมีเพียงพอหรือไม่ เป็นต้น

เป็นระบบบริการที่เบ็ดเสร็จจนเกินไป ไม่สามารถยืดหยุ่นได้ มีกรอบระเบียบแบบแผนที่กำหนดไว้แน่นอน เช่นหากผู้ป่วยจะไปพบแพทย์ต้องไปพบแพทย์ประจำบ้านก่อนแล้วค่อยไปพบแพทย์เชี่ยวชาญ หรือแพทย์ตามโรงพยาบาลใหญ่ๆ ได้ตามลำดับ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้าหรือหากแพทย์ประจำบ้านวินิจฉัยโรคผิดก็จะทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการรักษาในแนวทางที่ถูกต้อง

ข้อแตกต่างระหว่างประกันสุขภาพในสหราชอาณาจักร และไทย

ในข้อแตกต่างที่ใหญ่ที่สุดคือ ระบบ “GP” (General Practitioners) ในสหราชอาณาจักร เมื่อเปรียบเทียบกับ “ผู้เชี่ยวชาญ” ในประเทศไทย ในสหราชอาณาจักรถ้าคุณป่วยในกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน จะถูกแนะนำให้ไปหา GP ของคุณ หรือแพทย์รักษาโรคทั่วไป แพทย์นี้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลคุณในช่วงเวลาที่คุณอยู่ในสหราชอาณาจักร (ยกเว้นคุณตัดสินใจที่จะเปลี่ยน) ดังนั้นควรตระหนักถึงปัญหาทางสุขภาพของคุณที่เคยเป็นในอดีตถ้าหากการรักษาของคุณต้องการผู้เชี่ยวชาญ GP ของคุณจะติดต่อผู้เชี่ยวชาญให้และกำหนดการนัดหมายให้คุณ สำนักงานแพทย์ทั่วไปโดยส่วนใหญ่จะตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล แตกต่างกับในประเทศไทยที่คุณจะไปหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลก่อนเป็นลำดับแรก

ในสหราชอาณาจักร ระยะเวลาการรอในโรงพยาบาลจะนานกว่าในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้คนส่วนใหญ่จึงไปหา GP ของพวกเขาก่อนเป็นลำดับแรก ถ้าเป็นปัญหาที่ไม่เร่งด่วนมากนัก

ในกรณีฉุกเฉินแนะนำให้ไปโรงพยาบาลเลย เช่นเดียวกับในประเทศไทย ยาที่ต้องการใบสั่งยาจากแพทย์ในสหราชอาณาจักรมีมากกว่าในประเทศไทย ซึ่งยารักษาโรคที่คุณจะได้รับจากร้านขายยา เช่น ในประเทศไทยอาจต้องการใบสั่งยาจากแพทย์เมื่อไปซื้อในสหราชอาณาจักร ถ้าคุณต้องใช้ยารักษาเป็นประจำ ให้ขอใบสั่งยาเป็นภาษาอังกฤษจากแพทย์ในประเทศไทย ก่อนไปสหราชอาณาจักร (<https://www.gotoknow.org/posts/499328> สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2558)

3.3 ประเทศญี่ปุ่น

ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศหมู่เกาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออก ตั้งอยู่ในมหาสมุทรแปซิฟิก ทางตะวันตก ติดกับคาบสมุทรเกาหลี และสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยมีทะเลญี่ปุ่นกั้น ส่วนทางทิศเหนือ ติดกับประเทศรัสเซีย มีทะเลโอค็อตสค์เป็นเส้นแบ่งแดน ญี่ปุ่นมีเนื้อที่กว่า 377,930 ตารางกิโลเมตร นับเป็นอันดับที่ 61 ของโลก หมู่เกาะญี่ปุ่นประกอบไปด้วยเกาะน้อยใหญ่กว่า 3,000 เกาะ เกาะที่ใหญ่ที่สุดก็คือ เกาะฮนชูโกไกโด คิวชู และชิโกกุ ตามลำดับ เกาะของญี่ปุ่นส่วนมากจะเป็นหมู่เกาะภูเขา ประชากรของญี่ปุ่นมีมากเป็นอันดับที่ 10 ของโลก จากการสำรวจในวันที่ 1 สิงหาคม 2555 ญี่ปุ่นมีประชากรประมาณ 127,692,273 คน ประชากรส่วนใหญ่ใช้ภาษา และมีวัฒนธรรมที่เหมือนกัน โดยมีชาวต่างชาติ เช่น ชาวเกาหลี จีน บราซิล ฟิลิปปินส์ ไต้หวัน และชาติอื่นๆ ประมาณร้อยละ 1.2 ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามเมืองใหญ่ ประชากรญี่ปุ่นมีอายุคาดหมายเฉลี่ยประมาณ 82.07 ปี จึงนับเป็นประเทศที่มีประชากรอายุยืนยาวที่สุดประเทศหนึ่งในโลก โครงสร้างประชากรของญี่ปุ่นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเด็กที่เกิดมาในยุคเบบี้บูม หลังสงครามโลกเริ่มเข้าสู่วัยชรา ในขณะที่อัตราการเกิดตั้งแต่ พ.ศ. 2532 มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จึงทำให้จำนวนประชากรค่อยๆ ลดลง (มีการประมาณว่าจะลดลงต่ำกว่า 100 ล้านคนในช่วงปลายพุทธศตวรรษที่ 25) ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ในปี พ.ศ. 2550) ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีมากถึง 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด) การที่โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปทำให้เกิดปัญหาสังคมหลายอย่าง เช่น ปัญหาแรงงานที่ลดลง และภาระเงินบำนาญของคนหนุ่มสาวเพิ่มมากขึ้น จากการที่คุณภาพของระบบรักษาพยาบาลในญี่ปุ่นมีระดับที่สูงมาก ส่งผลให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรที่สูงและอัตราการตายของทารกที่ต่ำ รัฐบาลกำหนดให้ประชาชนทุกคนทำประกันสุขภาพ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นสองประเภทใหญ่ๆ คือ ประกันสำหรับพนักงานบริษัทและประกันที่ทำกับรัฐบาลท้องถิ่น ผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์ หรือสถานที่รักษาได้โดยอิสระ ผู้สูงอายุของญี่ปุ่นทั้งหมดได้รับการคุ้มครองด้วยประกันของรัฐบาลตั้งแต่ พ.ศ. 2516 แต่ปัจจุบันรัฐบาลต้องปรับระบบประกันเหล่านี้เพื่อรองรับโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป (สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://th.wikipedia.org> เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2558)

ประเทศญี่ปุ่นได้คาดการณ์ว่าในปี 2558 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยคาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 30 ล้านคน ซึ่งสัดส่วนประชากร 1 ต่อ 4 คน หมายความว่า ผู้สูงอายุ 1 คนต่อประชากรวัยแรงงาน 4 คน และมีแนวโน้มอัตราส่วนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีปัญหาระบบสภาพร่างกาย เพราะผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 75 ปีขึ้นไป สภาพร่างกายจะอ่อนแอ หรือเป็นโรคความจำเสื่อม จึงเป็นประชากรที่รัฐจะต้องดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างมาก เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้ต้องสร้างระบบเกี่ยวกับการดูแลสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ เพื่อลดภาระการดูแลของคนในครอบครัว และเป็นหน้าที่ของรัฐในการจัดสวัสดิการให้กับประชาชนญี่ปุ่น โดยการสร้างระบบประกันการดูแลจึงจำเป็นจะต้องมีนโยบายดูแลผู้สูงอายุอย่างเร่งด่วน โดยคำนึงถึงปัญหาในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

เนื่องจากครอบครัวที่มีผู้สูงอายุไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ประเทศญี่ปุ่นจึงได้พัฒนาระบบในการดูแลและประกันสุขภาพ สำหรับระบบประกันการดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นจะเหมือนกับประเทศเยอรมนี โดยการใช้บริการของระบบประกันการดูแล รัฐจะสร้าง careplan ซึ่งเป็นโปรแกรมการดูแลโดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ดำเนินการวิเคราะห์ว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเรื่องใดบ้าง ซึ่งระบบดังกล่าวได้นำเอาระบบการประกันการดูแลของประเทศอังกฤษมาปรับใช้ การบริหารจัดการดูแลอาจเป็นหน่วยงานในระดับเมือง อำเภอ หมู่บ้าน ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าเจ้าหน้าที่หน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบดูแล ระบบนี้จะเข้าไปดูแลค่าใช้จ่ายและการให้บริการกับผู้ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแล หรือครอบครัวใดต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแล โดยงบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับระบบประกันการดูแลผู้สูงอายุจะมาจากค่าประกัน 50% และอีก 50% เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับภาษี การเข้าระบบการดูแลสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่หนึ่งผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มที่สอง ผู้มีอายุระหว่าง 40 – 60 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่มีความจำเป็นในการรักษาหรือดูแลสุขภาพ บุคคลที่มีสิทธิในระบบประกันการดูแล คือ บุคคลที่ประกันการดูแลรักษาโดยได้รับบัตรประกัน และหากต้องการใช้บริการก็สามารถเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้ ซึ่งคนเหล่านี้จะได้รับการดูแลจะต้องเป็นผู้ที่ทราบถึงความจำเป็นว่าตนจะต้องเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาพยาบาลถึงเข้ารับรักษาได้ สำหรับผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีสภาพร่างกายดีแต่ไม่ได้ทำงาน หรือมีโรคความจำเสื่อม บุคคลดังกล่าวสามารถยื่นเรื่องเพื่อรับการรักษาดูแลได้ แต่ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40 – 64 ปี ต้องเป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาทที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ที่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาถึงจะได้รับการรักษาได้

การบริการแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเป็นบริการที่ผู้ให้บริการมากที่สุด กล่าวคือ บริการที่เจ้าหน้าที่ไปให้บริการถึงที่บ้าน โดยจะอำนวยความสะดวกในการทำความสะดวกสบายบ้าน ทำอาหาร ช่วยอาบน้ำให้กับผู้สูงอายุ หรือสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีบริการที่เรียกว่า Day service center ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้รับบริการสามารถจะเข้าไปใช้บริการเกี่ยวกับความจำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาบน้ำ หรือรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งสถานที่ดังกล่าวผู้รับบริการจะได้รับการดูแลจากสถานที่ดังกล่าว โดยงบประมาณค่าใช้จ่ายการบริการการดูแลมาจากเงินประกัน 90% และผู้ให้บริการจะเสียค่าใช้จ่ายเพียง 10% สัดส่วนในความจำเป็นที่ได้รับการดูแล แบ่งเป็นระดับการดูแล โดยขึ้นอยู่กับความจำเป็นของแต่ละบุคคลว่ามีความจำเป็นที่จะได้รับการช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด กล่าวคือ ผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลในระดับที่ 1 จะต้องเสียค่าใช้จ่าย 4,970 ยูนิตต่อเดือน (1 ยูนิตเท่ากับ 10 เยน) ผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลในระดับที่ 2 จะต้องเสียค่าใช้จ่าย 10,400 ยูนิตต่อเดือน และผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลในระดับที่ 5 จะต้องเสียค่าใช้จ่าย 35,830 ยูนิตต่อเดือน ภาระการเสียค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการจะอยู่ที่ 10% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยในอัตราดังกล่าวไม่ว่าผู้ที่มีรายได้น้อย หรือมากทุกคนจะเสียอัตราค่าใช้จ่ายที่เท่ากัน กรณีภาระที่จะต้องรับผิดชอบหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ประชาชนต้องจ่ายเกินกว่าค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายจริงประชาชนสามารถเรียกเงินคืนได้ ซึ่งระบบดังกล่าวได้เริ่มใช้เมื่อปี 2553 แต่สำหรับประชาชนจะต้องรับภาระเสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสิ่งอำนวยความสะดวกของรัฐ เช่น ค่าห้อง ค่าอาหารที่ผู้ให้บริการจำเป็นจะต้องใช้มากกว่ารายได้ของตน ผู้นั้นก็ไม่ต้องรับผิดชอบซึ่งจะมีขีดจำกัดสูงสุดไว้ให้ การประกันการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่

อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวนเงินที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายจะคิดตามรายได้ โดยจะมีทั้งหมด 12 ชั้น ค่าประกันมีทั้งหมด 6 ชั้น ซึ่งเสียค่าประกันประมาณ 65,282 เยน และค่าประกันจะคิดจากฐานรายได้ คือ ระหว่าง 0.45 เท่า – 2.3 เท่า การจ่ายค่าประกันดูแลสามารถจ่ายได้ 2 วิธี คือ วิธีที่หนึ่ง สำหรับผู้ที่ได้รับเงินบำนาญ รัฐจะหักค่าใช้จ่ายประกันการดูแลจากเงินบำนาญ วิธีที่สอง เป็นการจ่ายโดยทั่วไปโดยอาจหักจากบัญชี หรือไปจ่ายตามที่รัฐเรียกเก็บ หากผู้ที่มีปัญหาในการจ่ายค่าประกันก็สามารถไปขอจ่ายลดเปอร์เซ็นต์ได้ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40 - 64 ปี จะหักค่าใช้จ่ายในระหว่างการดูแลรักษาพยาบาล (สรุปผลการเดินทางศึกษาดูงานด้านกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการ ของคณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการ สภาผู้แทนราษฎร ระหว่างวันที่ 19 ถึงวันอังคารที่ 25 ธันวาคม 2555 ณ ประเทศญี่ปุ่น (สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://www.senate.go.th> เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2558)

สำหรับคำว่า “ผู้สูงอายุ” ประเทศญี่ปุ่นได้ให้นิยามไว้ว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สำหรับการประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศญี่ปุ่นมีระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care: LTC) ซึ่งถูกสร้างขึ้นมาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ระบบนี้ได้ถูกพัฒนาโดยลำดับ มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องให้มีความเหมาะสม สามารถจัดการปัญหาจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น การมีปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและภาวะทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้นตามมา ตามอายุที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งจัดการปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากที่ได้ดำเนินการการดูแลระยะยาว ระบบการดูแลระยะยาวนี้ เป็นระบบที่ได้ถูกพัฒนาให้มีแนวทางและผลประโยชน์ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจให้ประชากรชาวญี่ปุ่นสนใจ และต้องการที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว โดยการจ่ายเงินรายได้บางส่วนเข้าสู่ระบบฯ ระบบนี้เป็นการประกันสุขภาพภาคสมัครใจซึ่งหมายถึง ผู้ที่เข้าร่วมจะได้สิทธิประโยชน์จากการสมัครใจเพื่อการประกันการดูแลสุขภาพ หากตนเกิดสภาวะร่างกายอ่อนแอหรือจำเป็นต้องรับการดูแลในอนาคตการจ่ายเงินเข้าสู่ระบบจะเริ่มต้นเมื่อผู้ที่ต้องการเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวมีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายนี้ไปจนกระทั่งเสียชีวิต แต่ผู้ที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาวนี้ จะได้รับการดูแลด้วยกลไกในระบบการดูแลระยะยาวที่ได้ถูกจัดไว้เป็นอย่างดี

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว

การจัดกลุ่มเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสามารถจัดผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี สามารถพึ่งพาตนเองได้เป็นอย่างดี
2. ผู้สูงอายุที่แข็งแรง และสมัครเข้าร่วมการสนับสนุนเพื่อการป้องกันการดูแลระยะยาว

ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ

3. ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ

การดูแลจากภาครัฐ

การดูแลจากภาครัฐ ได้แบ่งตามระดับความต้องการการดูแล ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้เป็นอย่างดี (Independent)

กลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถใช้ชีวิตประจำวัน มีกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสม และสามารถจัดการกับสภาวะสุขภาพของตนได้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับการคัดกรองสภาวะสุขภาพด้วยคำถาม 25 ข้อคำถาม ซึ่งมีคำถามหลัก คือ คำถามที่ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ เช่น

- ความสามารถในการเดินทางออกนอกบ้าน หรือที่พักอาศัยด้วยตนเอง
- การมีความรู้สึกลัวอย่างมากต่อการหกล้ม
- จำนวนครั้งของการออกนอกบ้าน หรือที่พักอาศัยในระยะเวลาที่กำหนด
- ความสามารถในการบอกวัน เวลาในปัจจุบันได้อย่างถูกต้อง

โดยการประเมินดังกล่าว ร่วมกับการคัดกรองสภาวะสุขภาพจากคณะกรรมการพิจารณาการเข้าร่วมในระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งคณะกรรมการที่สำคัญจะประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ของท้องถิ่น แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น จะเป็นผู้กำหนดและตัดสินว่าผู้สูงอายุบุคคลดังกล่าว มีความจำเป็นจะต้องเข้าอยู่ในกลุ่มผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว หรือเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการสนับสนุนการป้องกันการดูแลระยะยาวหรือไม่

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี และได้ลงทะเบียนรับการสนับสนุนการป้องกันการดูแลระยะยาว (Prevention of Long Term Care program) ซึ่งมีการให้บริการที่จัดไว้ ดังนี้

- การดูแล และให้บริการด้านการดูแลสุขภาพจากศูนย์สุขภาพในระดับอำเภอ (District) มีหน่วยงานในระดับท้องถิ่นให้บริการให้คำปรึกษา และให้บริการการดูแลสุขภาพ (เน้นเชิงป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ)
- ศูนย์ให้คำปรึกษา เป็นแผนกส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอเล็กน้อยให้มีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น ผ่านโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพ โดยดำเนินการในลักษณะการดูแลรายบุคคล

การพัฒนาสุขภาพ และลดปัญหา Disused Syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มความผิดปกติที่เกิดจากการมีกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่ลดลงอย่างมาก ส่งผลให้มีการใช้กล้ามเนื้อ และการทำงานของระบบอวัยวะต่างๆ เป็นเวลานานนำมาสู่การที่กล้ามเนื้อ และอวัยวะส่วนต่างๆ มีการใช้งานน้อยลง ทำให้เกิดภาวะเสื่อมถอย และถดถอยทางสมรรถภาพด้านต่างๆ เช่น การเดินลดลง การทำงานของระบบข้อ และกล้ามเนื้อลดลง เป็นต้น อันนำไปสู่การเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา ดังนั้น ระบบการดูแลระยะยาวจึงเข้ามามีส่วนพัฒนา โดยมุ่งเน้นการไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และรักษาสุขภาพที่ดี การจัดกิจกรรมในแต่ละวัน การกำหนดตารางกิจกรรมที่ชัดเจน ทั้งการทำกิจกรรมในที่อยู่อาศัย และกิจกรรมนอกที่พัก มีการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่และผู้จัดการสุขภาพในศูนย์บริหารจัดการสุขภาพที่จัดตั้งขึ้น เพื่อการปรับปรุง และพัฒนากิจกรรมเพื่อคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ พร้อมกันนี้ ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะได้รับการประเมินสมรรถภาพเป็นระยะๆ มีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ และวางแผนด้านการดูแล

ทั้งนี้ระบบดังกล่าวจะเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ หรือผู้สูงอายุที่ใช้บริการมีการตอบสนองให้ความคิดเห็น หรือการร้องเรียน หากมีกรณีที่เกิดความบกพร่อง และต้องการแจ้งให้ปรับปรุง หรือแก้ไข ต่อไป

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Needed Long Term Care) ซึ่งสามารถจัดเป็น 5 ระดับ ตามความสามารถในการดำเนินกิจกรรม และความต้องการการดูแล หรือช่วยเหลือบริการที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องรับบริการการดูแลระยะยาว เช่น

- Home helper services
- Day care services
- Short term facilities health care needed (Everyday needs)
- Short term facilities with Nursing care
- Health care and Welfare Necessities Rental Services
- Benefits for house alteration for improve living function and

safety conditions

เป็นต้น

ระบบการดูแลระยะยาวจะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นจากการใช้สินค้า หรือการรับบริการ โดยค่าใช้จ่ายในการรับบริการแต่ละบริการ หรือแต่ละครั้ง ผู้สูงอายุจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมด้วยเสมอ ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะคิดคำนวณตามเกณฑ์มาตรฐานที่ได้ถูกกำหนดไว้ อาจเป็นจำนวนครั้งที่ใช้บริการ หรือตามระยะเวลา หรือชนิดของการรับบริการ หรือสินค้านั้นๆ โดยผู้รับบริการจะต้องจ่ายเงินเป็นจำนวน 10 เปอร์เซ็นต์ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และรัฐบาลจะเป็นผู้รับภาระส่วนที่เหลือ คือราว 90 เปอร์เซ็นต์ ระบบการดูแลระยะยาวนี้ ผู้ให้บริการอาจเป็นรัฐ หรือเอกชนก็ได้ แต่ทุกชนิด หรือประเภทบริการจะมีการกำหนดค่าใช้จ่ายสูงสุดที่สามารถใช้ได้ในการบริการ หรือสินค้านั้นๆ และหากผู้สูงอายุคนใดมีค่าใช้จ่ายมากกว่าอัตราสูงสุดที่สามารถใช้บริการได้นั้นไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม เช่น การเลือกสินค้า หรือบริการที่มีคุณภาพสูงกว่าที่มาตรฐานที่ได้ถูกกำหนดไว้ ผู้สูงอายุก็จำเป็นต้องจ่ายส่วนที่เกินนั้นด้วยตนเอง (ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น, นพ.จิตศักดิ์ พุนศรีสวัสดิ์ และอาจารย์ Takada Minako (สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://www.vcharkarn.com> เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2558)

3.4 ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียมีรูปแบบการปกครอง แบบสหพันธรัฐ ประกอบด้วย 6 รัฐ และ 2 ดินแดน territories รัฐบาลกลางเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการสนับสนุนงบประมาณ และออกแบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป หรือผู้ด้อยโอกาส และผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี (ยกเว้นผู้ที่อยู่ในตลาดแรงงาน) รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณ ภายใต้ข้อตกลงผู้ด้อยโอกาสแห่งชาติ (the National Disability Agreement) ซึ่งเป็นการจัดทำข้อตกลงระหว่างรัฐบาลออสเตรเลีย รัฐบาลแต่ละรัฐ และรัฐบาลของเทร์ริทอรี ในการออกแบบการพัฒนาการให้บริการสำหรับผู้ด้อยโอกาส ครอบครัวและผู้ดูแลของพวกเขา

ข้อเท็จจริงของการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุออสเตรเลีย มีดังนี้

- ในปี ค.ศ. 2008 ประชากรผู้สูงอายุออสเตรเลียที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนประมาณ 13.3% ในขณะที่ประชากรออสเตรเลียที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนประมาณ 3.7%
- รัฐบาลกลางออสเตรเลียมีรายจ่ายสำหรับการดูแลระยะยาว 0.8 เปอร์เซ็นต์ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ในปี ค.ศ. 2005
- ในปี ค.ศ. 2009 จำนวน 7.2% ของประชากรผู้สูงอายุออสเตรเลียที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ได้รับการดูแลระยะยาวทั้งในเชิงสถาบันหรือสถานที่บริการทางการแพทย์ และจำนวน 8.6% ได้รับการดูแลที่บ้าน
- ในปี ค.ศ. 2009 ประชากรผู้สูงอายุออสเตรเลียที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวนมากกว่า 265,000 คน ใช้บริการจากผู้เชี่ยวชาญ และจำนวน 200,000 คน ใช้บริการการให้บริการโดยครอบครัวและชุมชน
- ในปี ค.ศ. 2008 สถาบันต่างๆ มีจำนวนเตียงให้บริการ จำนวน 59.6 เตียงต่อผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 1,000 คน

รูปแบบการสนับสนุนด้านการงบประมาณและความคุ้มครอง

ทุกโปรแกรมการดูแลระยะยาวของรัฐบาลได้รับจัดสรรเงินจากภาษี และบางส่วนมีการร่วมจ่ายของประชาชนชาวออสเตรเลีย สหพันธรัฐสนับสนุนโดยตรงแก่การดูแลด้านที่อยู่อาศัย สำหรับการร่วมจ่าย คำนวณอัตราที่ 30 เปอร์เซ็นต์ของการดูแลด้านที่อยู่อาศัย และประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน แพ็คเกจ “การบริการการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน (Home and Community Care - HACC)” เป็นแพ็คเกจที่รัฐบาลสหพันธรัฐร่วมจ่ายประมาณ 60 เปอร์เซ็นต์ และรัฐต่างๆ รวมถึง เทอร์ริทอรีร่วมสมทบอีก 40 เปอร์เซ็นต์ (สืบค้นจากเว็บไซต์ www.eocd.org เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2558)

ประเทศออสเตรเลียให้คำจำกัดความของ ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งได้เขียนไว้ในพระราชบัญญัติเงินบำนาญผู้สูงอายุ (the Act Pension ค.ศ. 1909) อย่างไรก็ตาม กระทรวงบริการครอบครัวชุมชน และกิจการสำหรับชนพื้นเมือง (Ministry for Families, Community Services and Indigenous Affairs – Fa CSIA) กล่าวว่าใน ค.ศ.2023 รัฐบาลออสเตรเลียจะปรับเงื่อนไขของการได้รับการช่วยเหลือในฐานะผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 67 ปีขึ้นไป ซึ่งจะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ. 2023 (Caring for Older Australian, 2011)

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย แบ่งออกเป็น 3 แพ็คเกจ ขึ้นอยู่กับสุขภาพ ความจำเป็น การเข้าพิจารณาเข้ารับบริการ ดังนี้

1. แพ็คเกจการดูแลผู้สูงอายุ Community Aged Care Packages (CACP)
ให้การบริการที่บ้านของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือขั้นพื้นฐานในกิจกรรมประจำวัน

2. แพ็คเคจการดูแลแบบขยายช่วงอายุสำหรับผู้สูงอายที่บ้าน Extended Aged Care at Home (EACH) เป็นการให้บริการขั้นที่สูงกว่าการให้บริการแบบ CACP

3. แพ็คเคจการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมที่อาศัยที่บ้าน Extended Aged Care at Home Dementia (EACHD) เป็นการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และการดูแลด้านที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ให้บริการการจัดที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการให้มีการปรับปรุงที่พักอาศัยให้สอดคล้องกับความต้องการของร่างกาย

4. การดูแลด้านการพักผ่อนนันทนาการ Respite care เป็นการดูแลที่พักแบบชั่วคราว และแบบไม่เป็นทางการ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้ดูแล

5. การดูแลอย่างถาวร Permanent care เป็นการดูแลในระดับขั้นต้นและขั้นสูง ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของแต่ละบุคคลในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เมื่อไม่สามารถพึ่งพิงตนเองได้

ความพยายามในการบริการการดูแลผู้สูงอายุ ถูกจัดขึ้นโดยคำนึงถึงความต้องการ และความจำเป็นที่หลากหลายของผู้สูงอายุออสเตรเลีย บุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการตกเป็นกลุ่มชายขอบ และบุคคลที่ประสบกับภาวะยากลำบากในการเข้าถึงบริการด้านผู้สูงอายุ (สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://www.aihw.gov.au> เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2557)

โครงการดังกล่าวอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงบริการครอบครัวชุมชน และกิจการสำหรับชนพื้นเมือง (Ministry for Families, Community Services and Indigenous Affairs - FaCSIA) องค์กรระดับรัฐบาลกลางหรือระดับชาติ ซึ่งเป็นกระทรวงที่ดูแลงานด้านสวัสดิการครอบครัวและชุมชนในระดับชาติ ตั้งอยู่ที่กรุงแคนเบอร์รา ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายทางสังคมและกำกับดูแลให้มีการดำเนินการตามนโยบายโดยผ่านหน่วยงานที่เป็นพันธมิตรทั้งที่เป็นภาครัฐและภาคเอกชน กระทรวงมีเป้าหมายในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวออสเตรเลียและมุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของรายบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการจัดการกับปัญหาทางสังคมที่เกิดขึ้น (สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://www.tu.ac.th> เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2557)

การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ทีมสหวิชาชีพ Aged Care Assessment Teams – ACAT ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และหมอนวด จะเป็นผู้ประเมินผู้สูงอายุและให้การช่วยเหลือ ดูแล ตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2013 ทีมสหวิชาชีพ ACAT มีทั้งสิ้น 99 ทีมในออสเตรเลีย และมีหน่วยที่ตั้งที่โรงพยาบาล หรือในชุมชน จำนวนและผู้เชี่ยวชาญในทีม ACAT อาจเปลี่ยนแปลงได้โดยพิจารณาจากพื้นที่ดำเนินการ บทบาท และการจัดการ กล่าวได้ว่าทีมสหวิชาชีพ ACAT เป็นผู้ประเมินสุขภาพของบุคคล ดูแลด้านยา จิตใจ และความต้องการทางสังคมอื่นๆ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวและโปรแกรมที่มาสสนับสนุนผู้สูงอายุ ทีมสหวิชาชีพ ACAT ยังสามารถส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อเข้ารับการรักษาในโปรแกรมอื่นๆ เช่น โปรแกรมการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน Home and Community

Care Program และ โปรแกรม National Respite for Carer Program (สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://www.aihw.gov.au> เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2557)

สถานการณ์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศออสเตรเลีย

ปัจจุบันแต่ละปีมีผู้สูงอายุออสเตรเลียได้รับการและการช่วยเหลือมากกว่า 1 ล้านคน รัฐบาลได้จัดการบริการส่งให้ไปถึงชุมชน รวมถึงความสะดวกด้านที่พักอาศัย และการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลส่วนบุคคล และการดูแลด้านสุขภาพ

รายงาน Caring for Older Australian, 2011 ได้กล่าวถึงแพ็คเกจการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงจำนวนผู้เข้ารับบริการ ดังนี้

- ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวนมากกว่า 610,000 คน ได้รับการดูแลในรูปแบบ การบริการการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน (Home and Community Care - HACC)
- ผู้สูงอายุ จำนวนประมาณ 70,000 คน ได้รับการดูแลแบบแพ็คเกจการดูแลที่บ้านโดยชุมชน (Community Care at Home)
- ผู้สูงอายุ จำนวนประมาณ 215,000 คน ได้รับการดูแลด้านที่อยู่อาศัยแบบถาวร ในกลุ่มนี้ จำนวน 70 เปอร์เซ็นต์ เป็นผู้หญิง และ 55 เปอร์เซ็นต์ มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

ระบบการดูแลผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลียค่อยๆ พัฒนาไปในลักษณะชั่วคราวเฉพาะกิจ (Ad Hoc Way) เพื่อให้ตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้น และความต้องการที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุ การจัดการความเสี่ยง การประเมินประนีประนอมในแง่การเมือง และจำกัดรายจ่ายสาธารณะเพื่อมุ่งสู่ระดับการพัฒนาอย่างยั่งยืน

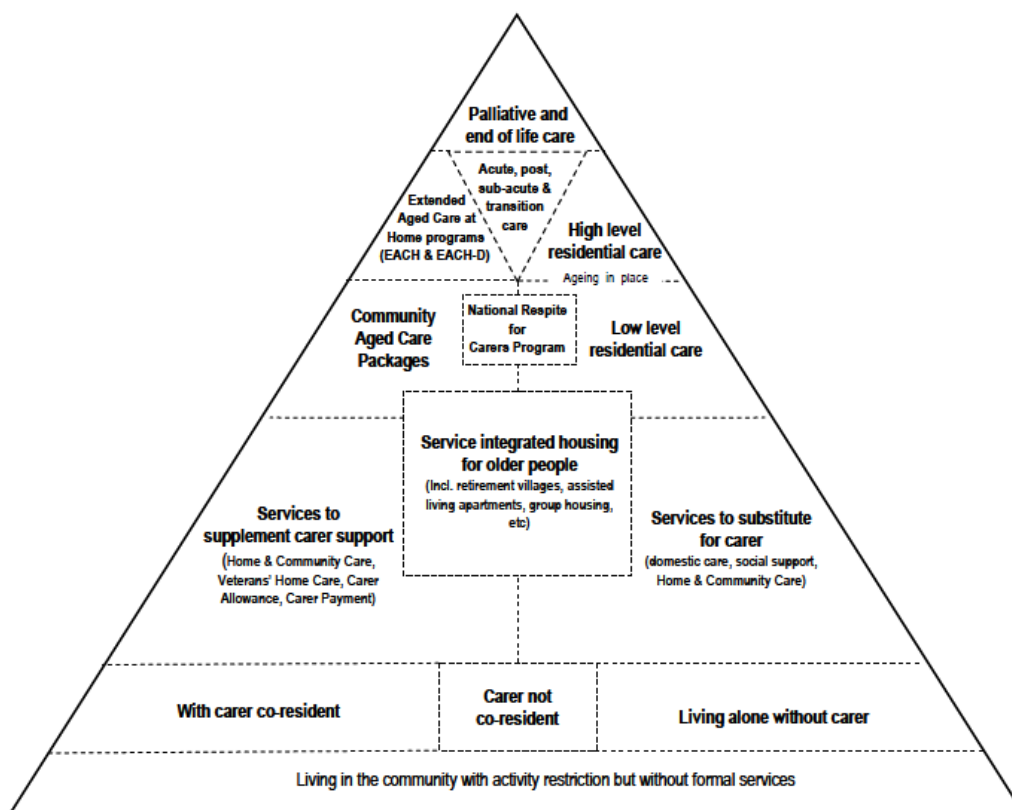
รูปแบบที่เป็นทางการของ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุ” ได้รับเงินสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลออสเตรเลีย ซึ่งรัฐทั้ง 6 รัฐ รัฐนิวเซาท์เวลส์ รัฐควีนส์แลนด์ รัฐเซาท์ออสเตรเลีย รัฐแทสเมเนีย รัฐวิกตอเรีย และรัฐเวสเทิร์นออสเตรเลีย รวมถึงดินแดนหลักๆ บนแผ่นดินใหญ่ 2 แห่ง ได้แก่ นอร์เทิร์นเทร์ริทอรี และออสเตรเลียแคปิตอลเทร์ริทอรี (เขตเมืองหลวง) เกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน

การให้บริการดูแลที่อยู่อาศัย และชุมชน ได้จัดเตรียมให้ผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงศาสนา ความโอบอ้อมอารี บริบทพื้นที่ชุมชน องค์กรธุรกิจ รวมทั้งรัฐเทร์ริทอรี และรัฐบาลท้องถิ่น

ในแง่ของแรงงานในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ประกอบด้วย ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ แรงงานที่ได้รับค่าจ้าง และอาสาสมัคร มีการให้บริการที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ระบบการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับนโยบายทางสังคมมากมาย รวมไปถึงสุขภาพ การดูแลในภาวะเร่งด่วน การให้บริการแก่ผู้ด้อยโอกาส การเคหะ (รวมถึงสถานสงเคราะห์ social housing) การโดยสาธารณสงฆมวชน และการช่วยเหลือด้านรายได้

แผนภาพที่ 4.3
โมเดลปัจจุบันในการระบบการดูแลผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลีย



ที่มา: Caring for Older Australian, Australian Government Productivity Commission No.53, 28 June 2011

3.5 สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

ภาพรวมของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

จากข้อมูลของ OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม ค.ศ.2011 ได้แสดงรายละเอียดของการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลสิทธิประโยชน์ การจัดหาแหล่งเงินทุน และความครอบคลุมในการให้บริการการใช้จัดสรรงบประมาณไว้ ดังนี้

- สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ใช้เงินงบประมาณจากผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) จำนวน 1.3 % สำหรับการดูแลระยะยาวในสถานบริการผู้สูงอายุ ใน ปีค.ศ. 2008 และสัดส่วนนี้คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในปี ค.ศ. 2050 ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี จะมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มากเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศ OECD

- สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี จัดการรูปแบบ “การประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage)” สำหรับการดูแลระยะยาว ซึ่งระบบนี้คล้ายคลึงกับประเทศญี่ปุ่น เกาหลี เนเธอร์แลนด์ และลักเซมเบิร์ก กล่าวคือ ใช้ระบบประกันสังคม ต่อมา มีการปรับปรุงเงื่อนไขของการ

ผลประโยชน์ของการประกันสุขภาพระยะยาวของเยอรมัน (LTC Insurance) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ดีค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวในอนาคตมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น

ข้อเท็จจริงของการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี มีดังนี้

- จำนวนผู้สูงอายุเยอรมัน ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนประมาณ 20% (ค่าเฉลี่ย ของ OECD อยู่ที่ 15%) และมีจำนวนผู้สูงอายุเยอรมัน ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวนประมาณ 5% (ค่าเฉลี่ย ของ OECD อยู่ที่ 4%)
- ในปี ค.ศ. 2008 สาธารณรัฐเยอรมนี ใช้เงินงบประมาณ จำนวน 1.3% สำหรับสถานบริการผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ จำนวน 0.9%
- ในปี ค.ศ. 2006 ประชากรชาวเยอรมัน ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 3.7% ได้รับการดูแลระยะยาวที่บ้าน และจำนวน 3.7% ได้รับการดูแลในสถาบัน
- มีจำนวนผู้ดูแลสุขภาพระยะยาว (Care Worker) จำนวน 3.6 คน ต่อประชากรชาวเยอรมันที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 1,000 คน ในปี ค.ศ. 2007
- ในปี ค.ศ. 2007 มีจำนวนเตียงให้บริการสำหรับการดูแลระยะยาว จำนวน 48 เตียง ต่อประชากรชาวเยอรมันที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 1,000 คน

ระบบการจ่ายเงินสมทบ การบริหารจัดการงบประมาณการดูแลระยะยาว (Funding)

ระบบการจ่ายสมทบการบริหารจัดการงบประมาณการดูแลระยะยาว (The Long-Term Care System for the Elderly in Germany, Erika Schulz, 2010) ได้ให้รายละเอียด ดังนี้

สาธารณรัฐเยอรมนี มีระบบการเงินที่ผสมผสานทั้งแบบสาธารณะและเอกชน ระบบประกันการดูแลทางสังคมในระยะยาวเป็นนโยบายระดับชาติในการร่วมจ่ายสมทบโดยหักจากรายได้ของประชากรชาวเยอรมันในอัตรา 1.95% (หักจากรายได้ของลูกจ้าง 0.975% และนายจ้างจ่ายสมทบ 0.975%) โดยคำนวณที่เพดานเงินเดือน จำนวน 3,600 ยูโรต่อเดือน ในปี ค.ศ. 2008 ผู้เกษียณอายุต้องจ่ายเงินเข้าระบบเต็มจำนวนด้วยตนเอง (เริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ต้นปี ค.ศ. 2006) เมื่อเดือนมกราคม ปี ค.ศ. 2005 ลูกจ้างที่อายุ 23 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีบุตร เริ่มจ่ายอัตราส่วนที่เพิ่มขึ้นจาก 0.975% อีก 0.25%

ผลประโยชน์ (Beneficiaries)

ในปี ค.ศ. 2007 ประชากรของสาธารณรัฐเยอรมนี จำนวน 2.25 ล้านคน ได้รับผลประโยชน์จากกองทุนประกันการดูแลทางสังคมในระยะยาว และจากองค์กรเอกชน ซึ่งนับว่าเป็นจำนวน 2.7% ของจำนวนประชากรทั้งหมด ของสาธารณรัฐเยอรมนี จำนวนผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็น 1.86% ดังนั้น ประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 11.3% ได้รับผลประโยชน์จากการดูแลระยะยาว

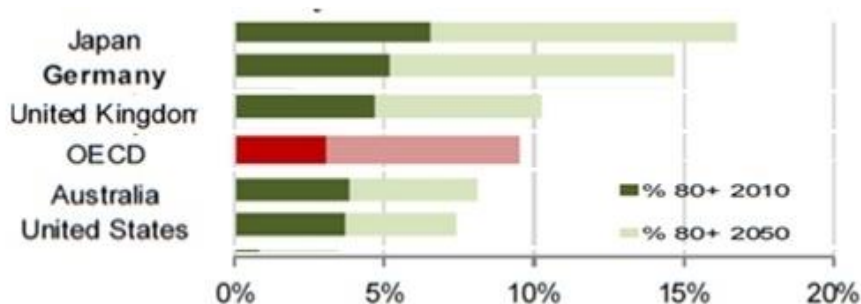
ความคุ้มครองแก่ผู้ดูแลระยะยาว

สำหรับผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัวได้รับวันพักผ่อนตามกฎหมาย จำนวน 4 สัปดาห์ โดยระบบประกันการดูแลทางสังคมระยะยาวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ ในบางองค์กรธุรกิจลูกจ้างสามารถได้วันลาพักผ่อน จำนวน 10 วัน หรือสามารถลาได้สูงสุดครึ่งปี โดยไม่ได้รับค่าจ้าง โดยการลานั้นเป็นการลาเพื่อดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมาตรการนี้อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติระยะเวลาในการดูแลรักษาพยาบาล (the Nursing Care Time Act)

ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัวยังได้รับยกเว้นค่าใช้จ่ายในการศึกษา หรือฝึกอบรม ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ที่ทำงานต่ำกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และให้การดูแลอย่างน้อย 14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ได้รับค่าจ้างโดย โครงการการประกันการดูแลระยะยาว (LTC Insurance Programme) อีกทั้งยังได้รับการประกันอุบัติเหตุ ด้วยเช่นกัน (อ้างถึงใน <http://www.oecd.org/health/longtermcare> สืบค้นเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2558)

แผนภูมิที่ 1

แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ของกลุ่มประเทศ OECD



ที่มา: www.oecd.org/health/longtermcare สืบค้นเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2558

ค่าเฉลี่ยของจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ของกลุ่มประเทศ OECD อยู่ที่ 4% โดยมีการคาดการณ์ในปี ค.ศ. 2050 จะมีจำนวนสูงขึ้น ซึ่งอันดับหนึ่งที่มีจำนวนเปอร์เซ็นต์จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป คือ ประเทศญี่ปุ่น ต่อด้วย อันดับสองสาธารณรัฐเยอรมนี และอันดับสามประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งสามประเทศนี้มีการคาดการณ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป สูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD

ตารางแสดงการเปรียบเทียบรูปแบบการจัดให้บริการในต่างประเทศ

รูปแบบ ประเทศ	โรงพยาบาลที่ให้บริการ ดูแลระยะยาว	สถานบริบาล	สถานดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย (Hospice Care)	การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)	บริการดูแลกลางวัน (Adult Day Care)	สถานดูแลระยะสั้น (Respite Care)	ที่อยู่อาศัยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ	ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ (Rehabi- litation Center)	ศูนย์ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม	บริการดูแลสุขภาพฟัน (Dental Care)	บริการดูแล ให้เข้าอุปกรณ์	บริการช่วยเหลือในบ้าน (Home Help)	บริการซ่อมแซมที่อยู่ อาศัย (Home Repair)	บริการด้านการขนส่ง (Transportation Service)	บริการสายด่วนและติดตั้ง สัญญาณบอกเหตุ
อเมริกา	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓
สหราชอาณาจักร	✓	✓	✓			✓	✓								
ญี่ปุ่น		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		
ออสเตรเลีย	✓	✓					✓								
เยอรมนี		✓	✓	✓	✓		✓					✓			

4. สรุปบทเรียนจากการทบทวนประสบการณ์ของประเทศไทยและต่างประเทศ

ประเทศไทยมีการนำระบบการดูแลระยะยาวมาใช้ยังไม่เป็นรูปธรรม ระบบการดูแลการจัดบริการที่เป็นอยู่มีลักษณะเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว ให้เป็นวัตถุ หรือตัวเงิน เช่น เบี้ยสงเคราะห์ต่างๆ มากกว่าการจัดบริการอย่างเป็นระบบ ระบบการดูแลระยะยาวเป็นการจัดบริการสุขภาพ และสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง หากแต่จะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การดูแลผู้สูงอายุยังพบว่าเป็นบทบาทหลักของครอบครัวและชุมชน ทั้งการดูแลในการใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพ โรคต่างๆ หน่วยงานภาครัฐที่ให้บริการยังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้มีภาวะทุพพลภาพ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง การจัดการด้านสังคมที่เป็นทางการในปัจจุบันอยู่ภายใต้การดูแลของหลายหน่วยงานโดยหน่วยงานหลัก คือกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระบบบริการการดูแลระยะยาวเป็นระบบบริการที่ต้องการการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้งครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาครัฐ ความครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม การเชื่อมโยงกิจกรรมในการบริการ และดำเนินการให้เกิดความเป็นสหสาขา จัดการให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่องและการดำเนินการติดตามประเมินและกำกับระบบการบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตอบสนองกับวิถีชีวิต และบริบทของพื้นที่ เป็นระบบบริการที่เป็นธรรมรัฐบาลได้มีแนวทางในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยได้จัดทำ แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 ซึ่งมียุทธศาสตร์ ดังนี้

1. การคัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน
2. การพัฒนาการจัดบริการในชุมชนเพื่อการป้องกันการดูแล และฟื้นฟูผู้สูงอายุโดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริการผู้สูงอายุ
3. การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์
4. การพัฒนากำลังคน
5. การสร้างการจัดการความรู้และการติดตามประเมินผล
6. การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบและการบริหารจัดการ

สำหรับระบบสุขภาพและสังคมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศมีความแตกต่างหลากหลายส่วนที่คล้ายคลึงกันของทั้งประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น ออสเตรเลียและสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ดังนี้

1. เน้นการดูแลจากครอบครัว เช่น สหราชอาณาจักรให้ความสำคัญการดูแลสภาพร่างกายของตนเอง และการดูแลจากครอบครัว เน้นการดูแลกับผู้ที่มีร่างกายทรุดโทรม ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ โดยดูแลในด้านการจัดเตรียมอาหารการทำธุระส่วนตัว การอาบน้ำ การแต่งกาย และการดูแลด้านพยาบาล เนื่องจากจำนวนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการอยู่ที่บ้านของตนเอง

2. การร่วมจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการร่วมจ่ายของประชาชนในหลายๆ ประเทศ เช่น สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ใช้ระบบประกันการดูแลทางสังคมในระยะยาว (Social Long-Term Care Insurance) เป็นนโยบายระดับชาติในการร่วมจ่ายสมทบโดยหักจากรายได้ของประชากรชาวเยอรมันในอัตรา 1.95% (หักจากรายได้ของลูกจ้าง 0.975% และนายจ้างจ่ายสมทบ 0.975%) โดยคำนวณที่เพดานเงินเดือน จำนวน 3,600 ยูโรต่อเดือน สำหรับผู้เกษียณอายุต้องจ่ายเงินเข้าระบบเต็มจำนวนด้วยตนเอง และลูกจ้างที่อายุ 23 ปีขึ้นไป และไม่มีบุตร เริ่มจ่ายอัตราส่วนที่เพิ่มขึ้นจาก 0.975% อีก 0.25%

3. การกำหนดชุดบริการ ที่แยกผู้สูงอายุที่สามารถเข้ารับบริการตามสุขภาพ ความจำเป็น เช่น ประเทศออสเตรเลีย มีทีมสหวิชาชีพ Aged Care Assessment Teams – ACAT ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และ หมอนวด ทีมสหวิชาชีพ ACAT เป็นผู้ประเมินสุขภาพของบุคคล ดูแลด้านยา จิตใจ และความต้องการทางสังคมอื่นๆ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว และโปรแกรมที่มาสสนับสนุนผู้สูงอายุโดยผ่านทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานในชุมชน การวางแผนจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบประกันตั้งแต่วัยทำงาน ประเทศไทยรวมถึงต่างประเทศหลายๆ ประเทศได้ให้ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตที่บ้านด้วยความรักความอบอุ่น (Ageing in Place) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Active Ageing) แพ้เคจการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- แพ้เคจการดูแลผู้สูงอายุ Community Aged Care Packages (CACP)
- แพ้เคจการดูแลแบบขยายช่วงอายุสำหรับผู้สูงอายุที่บ้าน Extended Aged Care at Home (EACH)
- แพ้เคจการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมที่อาศัยที่บ้าน Extended Aged Care at Home Dementia (EACHD)
- การดูแลด้านการพักผ่อนนันทนาการ Respite care
- การดูแลอย่างถาวร Permanent care

4. ผลประโยชน์และความคุ้มครองแก่ผู้ดูแลระยะยาว เช่น สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี มีสวัสดิการสำหรับผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัว ได้แก่ การได้รับวันพักผ่อนตามกฎหมาย จำนวน 4 สัปดาห์ โดยระบบประกันการดูแลทางสังคมระยะยาวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ ในบางองค์กรธุรกิจ ลูกจ้างสามารถได้วันลาพักผ่อน จำนวน 10 วัน หรือสามารถลาได้สูงสุดครึ่งปีโดยไม่ได้รับค่าจ้าง โดยการลานั้นเป็นการลาเพื่อดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมาตรการนี้อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติระยะเวลาในการดูแลรักษาพยาบาล (the Nursing Care Time Act) ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัวยังได้รับยกเว้นค่าใช้จ่ายในการศึกษาหรือฝึกอบรม ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ที่ทำงานต่ำกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และให้

การดูแลอย่างน้อย 14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ได้รับค่าตอบแทนจากรัฐโดยโครงการการประกันการดูแลระยะยาว (LTC Insurance programme) อีกทั้งยังได้รับการประกันอุบัติเหตุด้วยเช่นกัน

บทที่ 5

ความต้องการและความคาดหวังต่อการดูแลทางสังคม ในครอบครัวและชุมชน และการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ

ความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน หมายถึงความต้องการบริการสุขภาพและสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และความคาดหวังของผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้ ต่อบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาวในอนาคต ผลจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยแบ่งผลการศึกษาเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 ความต้องการบริการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 3 ความต้องการบริการทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและบริการการดูแลระยะยาว

ผลการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

การศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายในการดูแล รวมไปถึงการศึกษาความต้องการการบริการการดูแลระยะยาวและความต้องการการบริการทางสังคม ทั้งในส่วนของการรูปแบบการบริการสุขภาพที่ต้องการของผู้สูงอายุที่จัดให้บริการโดยสถาบันและการให้บริการโดยชุมชน โดยผลการศึกษา มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 249 คน ประกอบด้วย เพศ และอายุของผู้สูงอายุ สถานภาพของผู้สูงอายุ ศาสนา สิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะการเป็นโรค ผู้ดูแล และเครือข่ายนอกจากสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษามีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส และศาสนา)

เพศและอายุของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.8 เป็นเพศหญิง รองลงมา ร้อยละ 46.2 เป็นเพศชาย อายุของผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.1 อายุ 75 - 79 ปี รองลงมา ร้อยละ 19.7 อายุ 85 - 90 ปี และร้อยละ 16.9 อายุ 80 - 84 ปี ตามลำดับ โดยมีอายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุสูงสุด 100 ปี มีอายุเฉลี่ย 78.4 ปี (ตารางที่ 5.1)

สถานภาพสมรส

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 46.2 มีสถานภาพหม้าย รองลงมา ร้อยละ 43.8 มีสถานภาพสมรส และร้อยละ 6.8 มีสถานภาพโสด (ตารางที่ 5.2)

ศาสนา

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.0 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมา ร้อยละ 9.6 นับถือศาสนาอิสลาม และร้อยละ 0.4 นับถือศาสนาคริสต์ (ตารางที่ 5.3)

ตารางที่ 5.1

เพศและอายุของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

เพศและอายุ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	134	53.8
- ชาย	115	46.2
รวม (N = 249)	249	100.0
อายุ		
- 60-64 ปี	20	8.0
- 65-69 ปี	29	11.6
- 70-74 ปี	36	14.5
- 75-79 ปี	50	20.1
- 80-84 ปี	42	16.9
- 85-90 ปี	49	19.7
- 90-94 ปี	14	5.6
- 95 ปีขึ้นไป	9	3.6
รวม (N = 249)	249	100.0

ตารางที่ 5.2

สถานภาพของผู้สูงอายุ

สถานภาพ	จำนวน	ร้อยละ
- หม้าย	115	46.2
- สมรส	109	43.8
- โสด	17	6.8
- หย่าร้าง	7	2.8
- แยกทาง	1	0.4
รวม (N = 249)	249	100.0

ตารางที่ 5.3

ศาสนาของผู้สูงอายุนับถือ

ศาสนา	จำนวน	ร้อยละ
- พุทธ	224	90.0
- อิสลาม	24	9.6
- คริสต์	1	0.4
รวม (N = 249)	249	100.0

2. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ (รายได้ครอบครัว ความพอเพียง)

รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ

ครอบครัวผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.3 มีรายได้ 1,001 - 5,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 27.7 มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท และร้อยละ 13.3 มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ตามลำดับ โดยมีรายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุเฉลี่ย 8,966 บาท รายได้ต่ำสุด 600 บาท และรายได้สูงสุด 100,000 บาท (ตารางที่ 5.4)

ความพอเพียงของรายได้ต่อการดูแลผู้สูงอายุ

การให้ผู้ตอบประเมินความพอเพียงของรายได้ครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.3 ระบุว่า รายได้รวมของครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุ และร้อยละ 23.7 มีรายได้ครอบครัวเพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุ (ตารางที่ 5.5)

ตารางที่ 5.4
รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ

รายได้ของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
- ต่ำกว่า 1,000 บาท	33	13.3
- 1,001 - 5,000 บาท	93	37.3
- 5,001 - 10,000 บาท	69	27.7
- 10,001 - 15,000 บาท	19	7.6
- 15,001 - 20,000 บาท	9	3.6
- 20,001 บาท ขึ้นไป	26	10.4
รวม (N = 249)	249	100.0

ตารางที่ 5.5
ความพอเพียงของรายได้ครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ

ความพอเพียงของรายได้	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่เพียงพอ	190	76.3
- เพียงพอ	59	23.7
รวม (N = 249)	249	100.0

3. ข้อมูลด้านสุขภาพ (สิทธิในการรักษาพยาบาล ภาวะโรค/เจ็บป่วย)

สิทธิในการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงใช้

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.9 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมา ร้อยละ 14.1 มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และร้อยละ 1.2 มีสิทธิประกันชีวิต (ตารางที่ 5.6)

ลักษณะการเป็นโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20.7 เป็นโรคกระดูก รองลงมา ร้อยละ 19.3 เป็นโรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือด และร้อยละ 18.8 เป็นโรคเบาหวาน นอกนั้นเป็นโรคอื่นๆ ได้แก่ โรคที่เกี่ยวกับสายตา (ต้อหิน ต้อกระจก ฯลฯ) โรคหูตึง หูหนวก โรคหัวใจ อาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ โรคหอบ หืด โรคมะเร็ง และโรคตับ (ตารางที่ 5.7)

ตารางที่ 5.6

สิทธิในการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงใช้

สิทธิการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	209	83.9
- สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ	35	14.1
- ประกันชีวิต	3	1.2
- ประกันสังคม	2	0.8
รวม (N = 249)	249	100.0

ตารางที่ 5.7

ลักษณะการเป็นโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน

โรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
- โรคกระดูกและข้อ	84	20.7
- โรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือด	78	19.3
- โรคเบาหวาน	76	18.8
- โรคที่เกี่ยวข้องกับสายตา (ต้อหิน ต้อกระจก ฯลฯ)	45	11.1
- โรคหูตึง หูหนวก	35	8.6
- โรคหัวใจ	32	7.9
- อาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้	30	7.4
- โรคหอบ หืด	14	3.5
- โรคเมะเร็ง	9	2.2
- โรคตับ	2	0.5
รวม	405	100.0

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

4. ผู้ดูแล (ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว, นอกครอบครัว)

ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.3 ต้องมีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์แตกต่างกันไป ได้แก่ ร้อยละ 53.4 เป็นบุตรสาว รองลงมา ร้อยละ 18.5 เป็นคู่สมรส (สามี/ภรรยา) และร้อยละ 14.45 เป็นบุตรชาย ตามลำดับ อีกทั้งร้อยละ 19.7 เป็นผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตนเอง (ตารางที่ 5.8)

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน

ผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน ร้อยละ 39.5 เป็นญาติ รองลงมาคือ ร้อยละ 20.7 เป็นเพื่อนบ้านและเป็นคนในชุมชน และร้อยละ 12.8 เป็นอาสาสมัครดูแลต่างๆ ตามลำดับ (ตารางที่ 5.9)

ตารางที่ 5.8

ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
- บุตรสาว	133	53.4
- คู่สมรส (สามี/ภรรยา)	46	18.4
- บุตรชาย	36	14.4
- หลาน	12	4.8
- ญาติ/พี่น้อง	11	4.4
- บุตรสะใภ้	5	2.0
- บุตรเขย	2	0.8
- เป็นผู้ดูแลรับจ้าง	2	0.8
รวม (N = 249)	249	100.0

ตารางที่ 5.9

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
- ญาติ	204	39.5
- เพื่อนบ้าน	107	20.7
- คนในชุมชน	107	20.7
- อาสาสมัครดูแลต่างๆ	66	12.8
- เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานในชุมชน	33	6.4
รวม	517	100.0

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

5. เครือข่ายในการดูแล (เครือข่ายที่พึ่งพานอกจากสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง)

เครือข่ายที่พึ่งพานอกจากสมาชิกในครอบครัว

การพึ่งพาของผู้สูงอายุนอกจากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 39.7 เป็นญาติ รองลงมา ร้อยละ 21.1 เป็นทึมนามัยสุขภาพ และร้อยละ 20.9 เป็นเพื่อนบ้าน ตามลำดับ (ตารางที่ 5.10)

ตารางที่ 5.10

เครือข่ายที่พึ่งพานอกจากสมาชิกในครอบครัว

เครือข่ายที่พึ่งพานอกจากสมาชิกในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
- ญาติ	190	39.7
- เพื่อนบ้าน	100	20.9
- ทึมนามัยสุขภาพ	101	21.1
- กลุ่มผู้ดูแล เจ้าหน้าที่อื่นๆ (ท้องถิ่นวิชาชีพ)	44	9.2
- กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน	43	9.0
รวม	478	100.0

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความต้องการการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผู้ตอบแบบสอบถาม “ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” ร้อยละ 78.3 เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และร้อยละ 21.7 ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ความต้องการการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นความคิดเห็นและความต้องการบริการต่างๆ ทั้งของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ปรารถนาบริการช่วยในการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยรูปแบบบริการสุขภาพและสังคมที่ต้องการ มีดังนี้

2.1 รูปแบบการบริการสุขภาพที่ต้องการ

บริการสุขภาพที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ แบ่งเป็นการบริการในสถาบันและในชุมชน ซึ่งในสถาบันนั้นมีการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกวัยทอง สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home) สถานสงเคราะห์เอกชน ศูนย์/สถานบริการสุขภาพ ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน (Day Care Center) การบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) การบริการดูแลชั่วคราว (Hospice Care) บริการสถานบริบาลคนชรา (Nursing Home) บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) และบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) เป็นต้น

จากการพิจารณาค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการด้านรูปแบบการบริการสุขภาพ พบว่า

- ความต้องการบริการดูแลชั่วคราว (Hospice Care) หรือการให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น แบบพักค้างชั่วคราว เป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ในบางเวลา เพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักหรือทำกิจกรรมที่สำคัญในบางครั้ง โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 38.6 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 36.1 มีความต้องการระดับมากที่สุดและร้อยละ 15.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.96$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- บริการสถานบริบาลคนชรา (Nursing Home) สถานบริบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้ที่บ้าน มีพยาบาลหรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 40.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 19.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.92$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) เป็นการให้บริการสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 37.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 22.9 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.89$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- บริการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและพักรักษาตัวในสถานบริการ เช่น การฟื้นฟูสภาพเข้มข้นโดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 34.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 32.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 23.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.86$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณารูปแบบการบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการในระดับมากที่สุด โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 40.2 มีความต้องการบริการสถานบริบาลคนชราสูงกว่าด้านอื่นๆ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของรูปแบบการบริการสุขภาพที่ต้องการมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.90$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.11)

ตารางที่ 5.11

ระดับรูปแบบการบริการสุขภาพที่ต้องการ

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- บริการดูแลชั่วคราว (Hospice Care)	36.1	38.6	15.3	4.8	5.2	3.96	1.08	มาก
- บริการสถานบริบาลคนชรา	40.2	28.5	19.7	6.0	5.6	3.92	1.15	มาก
- บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	37.8	28.9	22.9	5.2	5.2	3.89	1.13	มาก
- บริการดูแลระยะกลาง	34.1	32.1	23.3	6.4	4.0	3.86	1.08	มาก
รวม						3.90	.93	มาก

2.2 ความต้องการบริการสุขภาพ

ในด้านของความต้องการการบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสามารถเข้าใช้บริการได้ทั้งในสถาบันที่มีการจัดบริการ หรือการบริการเชิงรุกที่หน่วยงานจัดให้บริการ โดยมีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครเข้าไปให้บริการถึงที่บ้านหรือในชุมชน โดยความต้องการที่พบจากการศึกษา มีดังนี้

(1) ความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน หรือสถานพยาบาล

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบันหรือสถานพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการบริการต่างๆ ดังนี้

- หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 51.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 14.9 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.25$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด

- หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 48.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.1 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.21$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด

- แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุ (OPD) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 49.4 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 14.1 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.19$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 48.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 13.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.19$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- หอผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยใน (IPD) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 46.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 33.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 14.1 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.19$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- คลินิกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 47.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.9 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.17$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การบริการของโรงพยาบาลในชุมชนที่มีรูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง/ มีภาวะทุพพลภาพ) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 40.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 19.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.12$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- บริการสุขภาพทางฟัน (Dental Care) มีวันเฉพาะที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 23.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.66$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบันหรือสถานพยาบาลโดยใช้ค่าร้อยละ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่สูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 51.8 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบันหรือสถานพยาบาลที่ต้องการมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.12$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.12)

ตารางที่ 5.12

ระดับความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบันหรือสถานพยาบาล

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่	51.8	28.5	14.9	2.8	2.0	4.25	.94	มากที่สุด
- หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน	48.6	30.1	16.1	4.0	1.2	4.21	.93	มากที่สุด
- แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุ (OPD)	49.4	29.7	14.1	4.4	2.4	4.19	.99	มาก
- แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค	48.6	30.9	13.7	4.4	2.4	4.19	.99	มาก
- หอผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยใน (IPD)	46.6	33.7	14.1	3.6	2.0	4.19	.94	มาก

ตารางที่ 5.12

ระดับความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบันหรือสถานพยาบาล (ต่อ)

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- คลินิกผู้สูงอายุ	47.8	29.7	16.9	3.2	2.4	4.17	.98	มาก
- การบริการของโรงพยาบาลในชุมชนที่มีรูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิง	40.2	28.5	19.7	6.0	5.6	4.12	.95	มาก
- บริการสุขภาพทางฟัน (Dental Care) มีวันเฉพาะที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ	30.9	28.5	23.7	9.2	7.6	3.66	1.2	มาก
รวม						4.12	.83	มาก

(2) ความต้องการการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชนพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการต่างๆ ดังนี้

- ระบบส่งต่อผู้ป่วย ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 50.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.3 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 15.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.28$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด

- การฝึกสอนอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 42.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 19.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.09$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 42.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 20.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.09$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีคนมาช่วยดูแลทดแทนบ้างบางเวลา ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 43.4 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 18.1 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.05$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การบริการดูแลกลางวัน (Day Care) ให้บริการและฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งส่งเสริมด้านสุขภาพ สังคม นันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบริการช่วงกลางวัน ไม่รับดูแล 24 ชั่วโมง ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 38.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.5 มีความต้องการ

ระดับมาก และร้อยละ 23.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.96$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การให้บริการเยี่ยม - เข้าอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 44.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.9 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.94$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมาให้บริการสุขภาพที่บ้าน เช่น เปลี่ยนสาย Feed อาหาร เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 34.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.5 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.67$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระบบส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 50.2 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชนมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.01$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.13)

ตารางที่ 5.13

ระดับความต้องการการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- ระบบส่งต่อผู้ป่วย	50.2	31.3	15.7	2.0	0.8	4.28	.85	มากที่สุด
- การฝึกสอนอบรมการดูแลผู้สูงอายุ	42.6	31.7	19.7	4.4	1.6	4.09	.96	มาก
- การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)	42.2	31.7	20.5	4.4	1.2	4.09	.95	มาก
- การมีคนมาช่วยดูแลทดแทนบ้างบางเวลา	43.4	30.1	18.1	4.8	3.6	4.05	1.06	มาก
- บริการดูแลกลางวัน (Day Care) ให้บริการและฟื้นฟูสภาพ	38.5	30.5	23.7	4.8	2.8	3.96	1.03	มาก
- การให้บริการเยี่ยม-เข้าอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ	44.2	24.5	16.9	10.0	4.4	3.94	1.11	มาก
- การมาให้บริการสุขภาพที่บ้าน เช่น เปลี่ยนสาย Feed อาหาร, เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ	34.5	28.1	16.5	11.2	9.6	3.67	1.31	มาก
รวม						4.01	.82	มาก

ส่วนที่ 3 ความต้องการบริการทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

การบริการทางสังคม เป็นรูปแบบหนึ่งของการบริการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีทั้งการบริการที่ผู้ให้บริการเป็นสถาบัน การบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร และการบริการทางสังคมที่ผู้ให้บริการเป็นสถาบันในชุมชน จากการศึกษา พบความต้องการของผู้สูงอายุต่อการบริการทางสังคม ดังนี้

(1) ความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการทางสังคม โดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการต่างๆ ดังนี้

- การมีผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผน และประสานการดูแลเมื่ออยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 45.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 19.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.13$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การฝึกสอนอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 42.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 19.7 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.09$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีกลุ่มผู้ดูแล เจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น ท้องถิ่น วิชาชีพต่างๆ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 34.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับมาก และมีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.84$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการทางสังคม โดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการมีผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแลเมื่ออยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้สูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 45.0 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.06$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.14)

ตารางที่ 5.14

ระดับความต้องการบริการทางสังคม โดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- มีผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่ออยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	45.0	30.5	19.7	2.4	2.4	4.13	.97	มาก
- การฝึกสอนอบรมการดูแลผู้สูงอายุ	42.6	31.7	19.7	4.4	1.6	4.09	.96	มาก
- กลุ่มผู้ดูแล เจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น ท้องถิ่น วิชาชีพต่างๆ	34.1	28.5	28.5	4.8	4.0	3.84	1.07	มาก
รวม						4.06	.75	มาก

(2) ความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการต่างๆ ดังนี้

- ระบบอาสาสมัครช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ร้อยละ 40.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.3 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.05$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวัน/ครอบครัวออกไปทำงานข้างนอก เช่น อาสาสมัคร อสม. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 37.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 26.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 24.9 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.86$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ให้เพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน พูดคุยที่บ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 33.7 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.3 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 26.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.84$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- มีเครือข่าย/เพื่อนบ้านมาดูแล ร้อยละ 32.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.83$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น การจัดหาอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การดูแลเครื่องแต่งกาย การดูแลสภาพแวดล้อม งานแม่บ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 28.9 มีความ

ต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 26.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.58$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การจัดส่งอาหารไปที่บ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 31.3 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 25.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 24.1 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.53$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการระบบอาสาสมัครช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านสูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 40.6 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัครมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.78$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.15)

ตารางที่ 5.15

ระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- ระบบอาสาสมัครช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้าน	40.6	35.3	16.5	3.6	4.0	4.05	1.03	มาก
- ผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวัน/ครอบครัวออกไปทำงานข้างนอก เช่น อาสาสมัคร อผส. อสม.	37.8	26.1	24.9	6.8	4.4	3.86	1.13	มาก
- ให้เพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน พูดคุยที่บ้าน	33.7	29.3	26.5	8.0	2.4	3.84	1.05	มาก
- การมีเครือข่าย/เพื่อนบ้านมาดูแล	32.1	30.1	28.5	7.2	2.0	3.83	1.02	มาก
- การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น การจัดหาอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การดูแลเครื่องแต่งกาย การดูแลสภาพแวดล้อม งานแม่บ้าน	26.9	28.5	28.9	6.8	8.8	3.58	1.20	มาก
- การจัดส่งอาหารไปที่บ้าน	25.3	31.3	24.1	10.0	9.2	3.53	1.23	มาก
รวม						3.78	.82	มาก

(3) ความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการทางสังคม โดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการต่างๆ ดังนี้

- หน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 57.4 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 10.8 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.40$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด

- การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 47.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.3 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 14.9 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.12$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การบริการสุขภาพที่บ้าน (สหสาขาวิชาชีพ) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 37.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 18.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.98$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ศูนย์บริการดูแลกลางวันในชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 37.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.9 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.97$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานบริการทางสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 35.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 34.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 23.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.96$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การดูแลทดแทนที่บ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 33.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด และมีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 22.1 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.85$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การสนับสนุนปรับปรุงบ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.59$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการหน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉินสูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 57.4 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชนมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.97$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.16)

ตารางที่ 5.16

ระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- หน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน	57.4	28.9	10.8	1.6	1.2	4.40	0.83	มากที่สุด
- การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น	47.0	29.3	14.9	6.0	2.8	4.12	1.05	มาก
- การบริการสุขภาพที่บ้าน (สหสาขาวิชาชีพ)	37.3	35.7	18.5	4.4	4.0	3.98	1.04	มาก
- ศูนย์บริการดูแลกลางวันในชุมชน	37.3	36.5	16.9	4.0	5.2	3.97	1.08	มาก
- การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานบริการทางสุขภาพ	35.3	34.9	23.3	3.2	3.2	3.96	1.00	มาก
- การดูแลทดแทนที่บ้าน	33.3	33.3	22.1	7.2	4.0	3.85	1.08	มาก
- การสนับสนุนปรับปรุงบ้าน	30.1	24.5	28.5	8.0	8.8	3.59	1.24	มาก
รวม						3.97	.82	มาก

(4) ความต้องการบริการดูแลในชุมชน

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการดูแลในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการบริการต่างๆ ดังนี้

- การจัดตั้งสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 46.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 33.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 14.1 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.19$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ การให้สวัสดิการแก่ครอบครัวเพื่อสามารถดูแลผู้สูงอายุและเด็กในครอบครัวได้ ตลอดจนสนับสนุนชุมชนให้จัดสวัสดิการที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุที่ไร้ญาติด้วย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 43.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 17.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.09$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การจัดหาอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุ แก่ญาติ หรือผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 38.6 มีความต้องการ

ระดับมากที่สุด ร้อยละ 38.2 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 18.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.08$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีผู้ดูแลในการไปรับยาที่ รพ./ พบแพทย์ เพื่อสะดวกในการเดินทาง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 39.8 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 39.4 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 12.4 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.06$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันตามข้อกำหนดของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 37.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 19.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.00$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีผู้ช่วยในการพาไปพบแพทย์ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 41.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 18.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.99$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น เช่น การเคลื่อนไหวแขน ขา ฯลฯ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 42.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.1 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.98$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- บริการสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพในชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 43.4 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 29.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 16.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.87$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ผู้ช่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ/ การดูแลแผลกดทับ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 38.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 17.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.85$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.5 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 29.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 26.9 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.67$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ผู้ดูแลสุขภาวะส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว เป็นต้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 31.3 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 27.7 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 26.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.63$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ผู้ดูแลพาเข้าร่วมทำกิจกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 34.9 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 27.3 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 14.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.20$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการดูแลในชุมชน โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการจัดตั้งสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 46.6 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการบริการดูแลในชุมชน มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.88$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.17)

ตารางที่ 5.17
ระดับความต้องการบริการดูแลในชุมชน

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- การจัดตั้งสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	46.6	33.7	14.1	3.2	2.4	4.19	0.95	มาก
- การสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	43.8	31.7	17.3	4.0	3.2	4.09	1.02	มาก
- การจัดหาอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติหรือผู้ดูแล	38.6	38.2	18.5	2.4	2.4	4.08	0.93	มาก
- การมีผู้ดูแลในการไปรับยาที่ รพ./พบแพทย์เพื่อสะดวกในการเดินทาง	39.4	39.8	12.4	4.4	4.0	4.06	1.02	มาก
- การจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันตามข้อกำหนดของผู้สูงอายุ	37.3	36.5	19.3	2.8	4.0	4.00	1.02	มาก
- การมีผู้ช่วยในการพาไปพบแพทย์	41.0	30.9	18.5	5.6	4.0	3.99	1.08	มาก
- การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น เช่น การเคลื่อนไหวแขน ขา ฯลฯ	42.6	30.1	16.1	5.2	6.0	3.98	1.15	มาก

ตารางที่ 5.17
ระดับความต้องการบริการดูแลในชุมชน (ต่อ)

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- บริการสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพในชุมชน	29.3	43.4	16.5	6.8	4.0	3.87	1.03	มาก
- ผู้ช่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การดูแลแผลกดทับ	38.6	29.7	17.3	6.8	7.6	3.85	1.22	มาก
- การปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ	29.3	30.5	26.9	4.8	8.4	3.67	1.18	มาก
- ผู้ดูแลสุขภาวะส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว เป็นต้น	26.5	31.3	27.7	7.6	6.8	3.63	1.15	มาก
- ผู้ดูแลพาเข้าร่วมทำกิจกรรมทางศาสนา	14.5	27.3	34.9	10.0	13.3	3.20	1.20	ปานกลาง
รวม						3.88	0.78	มาก

(5) ความต้องการบริการสวัสดิการสังคม

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการสวัสดิการสังคม พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการบริการต่างๆ ดังนี้

- การมีบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการทางสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 49.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 32.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 13.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.23$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด

- การสนับสนุนรายได้และการส่งเสริมงานให้แก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 45.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 10.8 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.17$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การจัดส่งยาไปที่บ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 43.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 34.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 14.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.08$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว: การบริการดูแลชั่วคราวที่บ้าน การดูแลกลางวัน กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานต่างๆ จัดกิจกรรมและ

นันทนาการ การสละปรายงานเพื่อวิเคราะห์และแก้ปัญหาการดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 34.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 25.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.84$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานบริการทางสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 35.7 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.84$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- บริการนวดแผนไทยที่บ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 33.7 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 22.1 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.77$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การช่วยเหลือดูแลส่วนบุคคล ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เช่น การใช้โทรศัพท์ การซื้อสิ่งของ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การซักเสื้อผ้า การเดินทางไปพบแพทย์ การรับประทานยา และการใช้สอยเงิน การถอนเงิน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 27.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 27.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.69$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการสวัสดิการสังคม โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการให้มีบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการทางสุขภาพสูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 49.0 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการบริการสวัสดิการสังคมมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.95$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.18)

ตารางที่ 5.18
ระดับความต้องการบริการสวัสดิการสังคม

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- มีบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการทางสุขภาพ	49.0	32.5	13.3	3.2	2.0	4.23	0.94	มากที่สุด
- การสนับสนุนรายได้และการส่งเสริมงานให้แก่ผู้ดูแล	45.8	35.7	10.8	5.2	2.4	4.17	0.98	มาก
- การจัดส่งยาไปที่บ้าน	43.0	34.1	14.5	4.8	3.6	4.08	1.04	มาก
- การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว	34.5	29.7	25.3	6.0	4.4	3.84	1.10	มาก
- การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานบริการทางสุขภาพ	30.9	35.7	24.5	4.4	4.4	3.84	1.05	มาก
- บริการนวดแผนไทยที่บ้าน	33.7	30.5	22.1	6.4	7.2	3.77	1.19	มาก
- การช่วยเหลือดูแลส่วนบุคคล	30.5	27.7	27.3	9.6	4.8	3.69	1.14	มาก
รวม						3.95	0.83	มาก

(6) ความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

6.1) ความต้องการการดูแลด้านสุขภาวะส่วนตัว

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้านสุขภาวะส่วนตัว พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแล ดังนี้

- การมีผู้ช่วยในการรับประทานอาหาร และยา ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 32.5 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 28.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 21.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.67$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- การมีผู้ช่วยในการเปลี่ยนผ้าอ้อม เสื้อผ้า มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 31.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 22.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.67$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- การมีผู้ช่วยในการขับถ่าย/ การใช้ห้องน้ำ และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 31.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 27.3

มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 23.7 มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.60$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีผู้ช่วยในการเปลี่ยนอิริยาบถ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 29.7 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 23.7 มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.56$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีผู้ช่วยในการอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 27.7 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 24.1 มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.58$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีผู้ช่วยในการดูแลช่องปาก ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 31.7 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 24.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 22.1 มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.39$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาวะส่วนตัว โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการให้ผู้ช่วยรับประทานอาหารและยา สูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 35.2 โดยเป็นความต้องการในระดับมาก เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้านสุขภาวะส่วนตัวมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.58$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.19)

ตารางที่ 5.19

ระดับความต้องการการดูแลด้านสุขภาวะส่วนตัว

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- การมีผู้ช่วยในการรับประทานอาหารและยา	28.9	32.5	21.7	10.4	6.4	3.67	1.18	มาก
- การมีผู้ช่วยในการเปลี่ยนผ้าอ้อมเสื้อผ้า	31.3	28.9	22.5	9.6	7.6	3.67	1.22	มาก
- การมีผู้ช่วยในการขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำ และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย	31.3	23.7	27.3	8.8	8.8	3.60	1.25	มาก
- การมีผู้ช่วยในการเปลี่ยนอิริยาบถ	29.7	23.7	28.5	9.2	8.8	3.56	1.25	มาก
- การมีผู้ช่วยในการอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว	30.1	24.1	27.7	10.0	8.0	3.58	1.23	มาก
- การมีผู้ช่วยในการดูแลช่องปาก	24.9	22.1	31.7	10.0	11.2	3.39	1.27	มาก
รวม						3.58	1.05	มาก

6.2) ความต้องการผู้ช่วยงานบ้านและการดูแลที่บ้าน

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการผู้ช่วยงานบ้านและการดูแลที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการ ดังนี้

- การมีผู้ช่วยในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.9 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 27.7 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 27.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.67$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีผู้ช่วยในการจัดเตรียมอาหาร ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 29.3 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 26.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 25.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.57$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีผู้ช่วยในการจับจ่ายซื้อของใช้ส่วนตัวของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 25.7 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 24.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.53$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีผู้ช่วยในการทำความสะอาดบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ฯลฯ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 28.1 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 26.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.48$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีผู้ช่วยในการซักเสื้อผ้า รีด ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 28.1 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 25.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 22.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.39$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการด้านผู้ช่วยงานบ้าน และการดูแลที่บ้าน โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการผู้ช่วยในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย สูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 30.9 โดยเป็นความต้องการในระดับมาก เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการด้านผู้ช่วยงานบ้าน และการดูแลที่บ้าน มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.53$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.20)

ตารางที่ 5.20

ระดับความต้องการด้านผู้ช่วยงานบ้าน และการดูแลที่บ้าน

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- การมีผู้ช่วยในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย	27.3	30.9	27.7	9.2	4.8	3.67	1.117	มาก
- การมีผู้ช่วยในการจัดเตรียมอาหาร	26.5	29.3	25.7	12.0	6.4	3.57	1.186	มาก
- การมีผู้ช่วยในการจับจ่ายซื้อของใช้ส่วนตัวของผู้สูงอายุ	24.9	30.1	25.7	11.2	8.0	3.53	1.208	มาก
- การมีผู้ช่วยในการทำมาหาเลี้ยงชีพในบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ฯลฯ	24.5	26.9	28.1	12.9	7.6	3.48	1.208	มาก
- การมีผู้ช่วยในการซักเสื้อผ้า รีดผ้า	22.9	25.7	28.1	14.1	9.2	3.39	1.240	มาก
รวม						3.53	1.09	มาก

6.3) ความต้องการด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการ ดังนี้

- ผ้าอ้อม ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 54.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 22.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 8.8 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.09$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- แผ่นรองนอน/ผ้าปูที่นอน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 47.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 9.2 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.05$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- เครื่องช่วยยกผู้ป่วย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 39.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 27.3 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 17.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.92$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- เตียงนอน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 41.4 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 24.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 15.3 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.71$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ที่นอนลม ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 36.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 26.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 15.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.64$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- รถเข็น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 38.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.1 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.61$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ชุดทำแผล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 33.7 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 24.1 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด และร้อยละ 20.9 มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.34$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง
- อุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 26.9 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 18.9 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.24$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง
- ไม้เท้า 2 ขา/ ไม้เท้า 3 ขา ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 27.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 25.7 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด และร้อยละ 19.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.09$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง
- เครื่องช่วยเดิน (Walker) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 28.1 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 22.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 20.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 2.97$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง
- ถังออกซิเจน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 27.3 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 20.1 มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 2.86$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง
- เครื่องดูดเสมหะ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 24.9 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 18.1 มีความต้องการระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 2.82$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง
- สายสวนปัสสาวะที่บ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.5 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด และร้อยละ 24.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 18.1 มีความต้องการระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 2.72$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง
- เครื่องช่วยฟัง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 31.3 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 21.3 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 17.3 มีความต้องการระดับมากและความต้องการระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 2.63$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- สายอาหาร ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 38.6 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 15.3 มีความต้องการระดับปานกลางและมีความต้องการระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 2.44$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ยาฉีดอินซูลิน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 43.1 มีความต้องการระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 20.2 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 14.1 มีความต้องการระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 2.35$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาความต้องการด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกโดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการผ้าอ้อมสูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 54.2 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.21$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.21)

ตารางที่ 5.21

ระดับความต้องการด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- ผ้าอ้อม	54.2	22.1	8.8	8.0	6.8	4.09	1.25	มาก
- แผ่นรองนอน/ผ้าปูที่นอน	47.0	30.1	9.2	8.0	5.6	4.05	1.18	มาก
- เครื่องช่วยยกผู้ป่วย	39.0	27.3	17.3	6.4	9.6	3.92	2.35	มาก
- เตียงนอน	41.4	24.9	12.9	5.6	15.3	3.71	1.43	มาก
- ที่นอนลม	36.9	26.1	15.7	6.4	14.9	3.64	1.41	มาก
- รถเข็น	38.2	24.5	13.7	7.6	16.1	3.61	1.45	มาก
- ชุดทำแผล	33.7	20.9	14.9	6.4	24.1	3.34	1.57	ปานกลาง
- อุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย	24.5	26.9	15.7	14.1	18.9	3.24	1.44	ปานกลาง
- ไม้เท้า 2 ขา/ไม้เท้า 3 ขา	27.3	16.5	19.7	10.8	25.7	3.09	1.54	ปานกลาง

ตารางที่ 5.21

ระดับความต้องการด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก (ต่อ)

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- เครื่องช่วยเดิน (Walker)	22.9	18.1	20.5	10.4	28.1	2.97	1.52	ปานกลาง
- ถังออกซิเจน	16.1	20.1	24.5	12.0	27.3	2.86	1.43	ปานกลาง
- เครื่องดูดเสมหะ	17.3	15.3	24.5	18.1	24.9	2.82	1.41	ปานกลาง
- สายสวนปัสสาวะที่บ้าน	13.7	24.1	13.7	18.1	30.5	2.72	1.45	ปานกลาง
- เครื่องช่วยฟัง	12.9	17.3	21.3	17.3	31.3	2.63	1.40	ปานกลาง
- สายอาหาร	11.6	15.3	17.3	17.3	38.6	2.44	1.42	ปานกลาง
- ยาฉีดอินซูลิน	10.1	14.1	20.2	12.5	43.1	2.35	1.41	ปานกลาง
รวม						3.21	0.90	มาก

6.4) ความต้องการด้านการเงินและข้อแนะนำด้านกฎหมาย

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการด้านการเงินและข้อแนะนำด้านกฎหมาย พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการ ดังนี้

- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 60.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 22.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 9.2 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.31$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด

- ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 56.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 8.8 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.30$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด

- ค่าใช้จ่ายในการซื้อของใช้ส่วนตัว ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 49.4 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 21.3 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 19.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.04$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ค่าใช้จ่ายในการจ้างคนดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 48.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 19.7 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 19.3 มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.96$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุง ซ่อมแซมบ้าน เพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 43.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 24.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 17.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.89$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การจัดการด้านการเงิน เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ มรดก ทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 17.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.55$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ผู้ช่วยทำเอกสารสำคัญทางกฎหมาย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 22.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 20.9 มีความต้องการระดับปานกลาง และมีความต้องการระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.02$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการด้านการเงินและข้อแนะนำด้านกฎหมาย โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าด้านอื่นๆ คือร้อยละ 60.2 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการด้านการเงินและข้อแนะนำด้านกฎหมายมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.87$ แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการระดับมาก (ตารางที่ 5.22)

ตารางที่ 5.22

ระดับความต้องการด้านการเงินและข้อแนะนำด้านกฎหมาย

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	60.2	22.9	9.2	3.2	4.4	4.31	1.06	มากที่สุด
- ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์	56.2	28.5	8.8	2.0	4.4	4.30	1.02	มากที่สุด
- ค่าใช้จ่ายในการซื้อของใช้ส่วนตัว	49.4	21.3	19.3	4.4	5.6	4.04	1.17	มาก
- ค่าใช้จ่ายในการจ้างคนดูแล	48.6	19.3	19.7	4.4	8.0	3.96	1.26	มาก
- ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุง ซ่อมแซม บ้านเพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนไหว	43.8	24.9	17.7	4.0	9.6	3.89	1.28	มาก
- การจัดการด้านการเงิน เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ มรดก ทรัพย์สินของผู้สูงอายุ	30.1	28.9	17.7	12.9	10.4	3.55	1.31	มาก
- ผู้ช่วยทำเอกสารสำคัญทางกฎหมาย	22.1	16.9	20.9	20.9	19.3	3.02	1.42	มาก
รวม						3.87	0.93	มาก

6.5) ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการการดูแลด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการ ดังนี้

- การสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทา ความเครียดและความกลัวต่างๆ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 24.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.54$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- มีผู้ช่วยจัดการนอนไม่หลับ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.4 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 27.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 21.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.42$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การมีผู้ช่วยพาออกไปนอก ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 29.7 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 25.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 20.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.34$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว เช่น ดูโทรทัศน์ ทำอาหาร สังสรรค์ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.5 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 25.3 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.9 มีความต้องการระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.20$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- การมีผู้ช่วยอ่านหนังสือ ข่าวสาร ให้ฟัง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 36.1 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 20.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 15.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.11$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- การมีผู้ช่วยนำสวดมนต์ ทำสมาธิ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 35.7 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 21.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 17.7 มีความต้องการระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 2.93$ หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาความต้องการการดูแลด้านจิตใจโดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการให้มีผู้ช่วยอ่านหนังสือ ข่าวสารให้ฟังสูงกว่าด้านอื่นๆ คือ ร้อยละ 36.1 โดยเป็นความต้องการในระดับปานกลาง ส่วนความต้องการในระดับมากที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความเครียด และความกลัวต่างๆ ซึ่งมีร้อยละ 24.1 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการการดูแลด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.26$ แสดงว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5.23)

ตารางที่ 5.23
ระดับความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- การสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความเครียดและความกลัวต่างๆ	24.1	30.1	28.5	10.0	7.2	3.54	1.17	มาก
- มีผู้ช่วยจัดอาหารนอนไม่หลับ	21.5	27.5	30.4	13.0	7.7	3.42	1.18	มาก
- การมีผู้ช่วยพาออกไปนอกบ้าน	20.9	25.7	29.7	14.1	9.6	3.34	1.22	ปานกลาง

ตารางที่ 5.23
ระดับความต้องการการดูแลด้านจิตใจ (ต่อ)

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว เช่น ดูโทรทัศน์ ทำอาหารสังสรรค์	16.5	25.3	30.5	16.9	10.8	3.20	1.21	ปานกลาง
- มีผู้ช่วยอ่านหนังสือ ข่าวสาร ให้ฟัง	15.3	20.5	36.1	16.1	12.0	3.11	1.20	ปานกลาง
- มีผู้ช่วยนำสวดมนต์ ทำสมาธิ	9.6	21.7	35.7	17.7	15.3	2.93	1.17	ปานกลาง
รวม						3.26	0.98	ปานกลาง

สรุปความต้องการบริการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

เมื่อนำค่าเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการแต่ละด้านมาพิจารณา สามารถจำแนกได้เป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย

1. **ความต้องการบริการทางสุขภาพ** ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสุขภาพ ด้านบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบันหรือสถานพยาบาล มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.12$ สูงกว่าความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.01$

2. **ความต้องการบริการทางสังคม** ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการบริการทางสังคมจากผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.06$ สูงกว่าความต้องการด้านอื่นๆ โดยผู้สูงอายุมีความต้องการรองลงมาคือ ด้านการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชนมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.97$ อยู่ในระดับมาก และด้านบริการสวัสดิการสังคม มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.95$ อยู่ในระดับมาก

3. **ความต้องการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ** ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการด้านการดูแลด้านการเงินและข้อแนะนำด้านกฎหมาย มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.87$ สูงกว่าความต้องการด้านอื่นๆ โดยผู้สูงอายุมีความต้องการรองลงมาคือด้านการดูแลสุขภาวะส่วนตัว มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.58$ อยู่ในระดับมาก และด้านการดูแลผู้ช่วยงานบ้านมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.53$ อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5.24)

ตารางที่ 5.24

ความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ความต้องการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความต้องการบริการสุขภาพ			
บริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน หรือสถานพยาบาล	4.12	0.83	มาก
บริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน	4.01	0.82	มาก
ความต้องการบริการทางสังคม			
บริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน	4.06	0.75	มาก
บริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร	3.78	0.82	มาก
บริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน	3.97	0.82	มาก
บริการดูแลในชุมชน	3.88	0.78	มาก
บริการสวัสดิการสังคม	3.95	0.83	มาก
การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ			
การดูแลด้านสุขภาวะส่วนตัว	3.58	1.05	มาก
การดูแลด้านผู้ช่วยงานบ้าน	3.53	1.09	มาก
การดูแลด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก	3.21	0.90	ปานกลาง
การดูแลด้านการเงินและข้อแนะนำด้านกฎหมาย	3.87	0.93	มาก
การดูแลด้านจิตใจ	3.26	0.98	ปานกลาง

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนได้ให้ข้อมูลความต้องการบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพิ่มเติมว่า

(1) ต้องการมีบุคลากรทางการแพทย์มาตรวจเยี่ยมเป็นประจำ

การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ควรมีแพทย์ลงมาดูแลในกรณีผู้สูงอายุติดเตียง เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจสอบสุขภาพและรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ติดเตียงอย่างถูกต้อง

(2) ต้องการการสนับสนุนกายอุปกรณ์

ในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ควรจัดหาอุปกรณ์ตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนของใช้ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์รถเข็นคนพิการ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำลี แอลกอฮอล์ล้างแผล เป็นต้น

สรุปความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

1. ความต้องการดูแลการบริการสุขภาพ

กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสถานบริบาลคนชรา ร้อยละ 40.2 มากกว่าต้องการอยู่บ้านหรือครอบครัว โดยมีความต้องการระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาถึงสถานภาพในครอบครัวแล้วพบว่า ร้อยละ 46.2 มีสถานภาพเป็นหม้าย และผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง ร้อยละ 19.7 นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาถึงครอบครัวพบว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.6 นอกจากนั้นเมื่อให้ครอบครัวของผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.3 ครอบครัวของผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า “ปัญหาของผู้สูงอายุที่มักประสบคือปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และเมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามมา ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนไม่เพียงพอ” ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพโดยครอบครัวหรือชุมชน ที่จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ จึงมีความต้องการจะได้รับการบริการจากสถานบริบาลคนชราเพื่อให้ได้รับการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน ร้อยละ 50.2 และหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ที่เป็นบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน ร้อยละ 51.8 เกิดจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 41.8 และผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน หรือบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงต้องการการดูแลใกล้ชิดเป็นพิเศษ และต้องเป็นการดูแลระยะยาวซึ่งต่อเนื่องจากกลุ่มอื่นด้วย

2. ความต้องการการบริการทางสังคม

ผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 45 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นวิชาชีพ มีความต้องการให้มีความสัมพันธ์กับเรื่องของสิทธิในการรักษาพยาบาล ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 83.9 และผลของข้อมูลเชิงคุณภาพลักษณะของโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน คือ โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 20.7 ซึ่งแตกต่างจาก ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ผู้สูงอายุร้อยละ 53 เป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือ เป็นมากกว่าหนึ่งโรค กลุ่มอาการของโรคที่ผู้สูงอายุตอบว่าเป็นมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง/คอเลสเตอรอลสูง กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงต้องการสิทธิในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร มีความสัมพันธ์ ลักษณะของโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน คือ โรคกระดูกและข้อ (ร้อยละ 20.7) ต้องนอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน มีหน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน (ร้อยละ 57.4) มีความสัมพันธ์ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนมากมีอายุระหว่าง 75 - 79 ปี (ร้อยละ 20.1) ผู้ป่วยในภาวะพึ่งพิงมีโรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือดค่อนข้างสูง (ร้อยละ 19.3) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการการบริการดูแลในชุมชน ให้จัดตั้งสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (ร้อยละ 46.6) มีความสัมพันธ์ผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน หรือเครือข่ายที่พึ่งพานอกจากสมาชิกในครอบครัว เป็นญาติ (ร้อยละ 39.5 และ 39.7 ตามลำดับ)

กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการการบริการสวัสดิการสังคม ต้องการให้มีบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการทางสุขภาพ ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต้องการผู้ดูแลในครอบครัว เป็นบุตรสาว (ร้อยละ 41.8) และผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน หรือเครือข่ายที่พึ่งพานอกจากสมาชิกในครอบครัว เป็นญาติ (ร้อยละ 39.5 และ 39.7 ตามลำดับ)

กล่าวโดยสรุปจากผลการศึกษา ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.8 มีอายุอยู่ในช่วง 75 - 79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 20.1 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 85 - 90 ปี ร้อยละ 19.7 และช่วงอายุ 80 - 84 ปี ร้อยละ 16.9 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นหม้ายและสมรส ร้อยละ 46.2 และร้อยละ 43.8 ตามลำดับ และนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.0

ในด้านเศรษฐกิจนั้น รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 37.3 รองลงมา มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 27.7 ซึ่งในด้านความพอเพียงของรายได้ส่วนใหญ่ระบุว่า รายได้รวมไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 76.3

ส่วนด้านสุขภาพนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 83.9 ซึ่งลักษณะโรคที่เป็นมากที่สุด คือโรคกระดูก ร้อยละ 20.7 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือด ร้อยละ 19.3 ซึ่งในการดูแลนั้นพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหลักๆ แล้วคือ บุตรสาว ร้อยละ 53.41 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 18.5 สำหรับผู้ดูแลที่ไม่ใช่คนในครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นญาติ ร้อยละ 39.5 และเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน ร้อยละ 20.7 ในส่วนของการพึ่งพาเครือข่ายภายนอกที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่จะเป็นทีมอนามัยสุขภาพร้อยละ 21.1 และเพื่อนบ้าน ร้อยละ 20.9

ผลการศึกษาในด้านการบริการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง พบว่ารูปแบบการบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องการ ส่วนใหญ่มีความต้องการบริการดูแลชั่วคราวหรือการให้บริการรับดูแลในบางเวลาที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ และต้องการบริการสถานบริบาลคนชรา ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ หรือต้องมีผู้ช่วยมาดูแลที่บ้าน โดยที่ความต้องการบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเข้าไปใช้บริการได้ คือในส่วนของสถาบันที่มีการจัดให้บริการ หรือ

การบริการที่หน่วยงานจัดให้บริการถึงบ้านและชุมชน เช่น บริการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วย บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และบริการดูแลกลางวัน เป็นต้น สำหรับในด้านความต้องการบริการทางสังคมนั้น ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการที่เป็นสถาบัน เช่น การมีผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแลให้กับผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ และบริการฝึกสอนอบรมการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยในส่วนของความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัครนั้น ส่วนใหญ่ต้องการระบบอาสาสมัครช่วยดูแลที่บ้าน และผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวันในขณะที่คนในครอบครัวออกไปทำงานนอกบ้าน สำหรับในส่วนของชุมชนนั้น ต้องการบริการในลักษณะของสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน หรือการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยการให้สวัสดิการแก่ครอบครัวในด้านต่างๆ รวมไปถึงจนถึงการจัดให้มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามและให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติหรือผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในด้านความต้องการการบริการสวัสดิการสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีบุคคลคอยดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็น เช่น การพาไปสถานบริการทางสุขภาพ การจัดให้มีผู้ส่งยาไปที่บ้าน ความต้องการผู้ช่วยงานบ้านและการดูแลบ้าน เป็นต้น

ตอนที่ 2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาว

ความคาดหวังต่อการบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ความต้องการในด้านของสิทธิและการบริการต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุนั้นได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพร่างกาย และตามความต้องการการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้จะมีความต้องการบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาวในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ โรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สิทธิในการรักษาพยาบาล รูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัว และเครือข่ายการดูแล ผลการศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา

เพศ และอายุของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ ที่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.7 เป็นเพศชาย และร้อยละ 36.3 เป็นเพศหญิง อายุของผู้สูงอายุ ร้อยละ 27.5 อายุ 60 - 64 ปี รองลงมา ร้อยละ 21.5 อายุ 70 - 74 ปี และร้อยละ 17.9 อายุ 65 - 69 ปี ตามลำดับ โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 97 ปี มีอายุเฉลี่ย 71.5 ปี (ตารางที่ 5.25)

สถานภาพสมรส และศาสนา

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ ร้อยละ 49.5 มีสถานภาพสมรส รองลงมา ร้อยละ 39.7 สถานภาพหม้าย และร้อยละ 5.9 มีสถานภาพโสด ตามลำดับ

การนับถือศาสนาของผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.1 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมา ร้อยละ 5.3 นับถือศาสนาอิสลาม และร้อยละ 0.4 นับถือศาสนาคริสต์ ตามลำดับ (ตารางที่ 5.26)

ตารางที่ 5.25

เพศและอายุของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	754	63.7
- หญิง	430	36.3
รวม (N = 1,184)	1,184	100.00
อายุ		
- 60 - 64 ปี	326	27.5
- 65 - 69 ปี	212	17.9
- 70 - 74 ปี	255	21.5
- 75 - 79 ปี	174	14.7
- 80 - 84 ปี	136	11.5
- 85 - 90 ปี	61	5.2
- 90 - 94 ปี	15	1.3
- 95 ขึ้นไป	5	0.4
รวม (N = 1,184)	1,184	100.00

ตารางที่ 5.26

สถานภาพและศาสนาของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ		
- สมรส	586	49.5
- หม้าย	470	39.7
- หย่าร้าง	39	3.3
- แยกทาง	19	1.6
- โสด	70	5.9
รวม (N = 1,184)	1,184	100.0
ศาสนา		
- พุทธ	1,114	94.1
- อิสลาม	63	5.3
- คริสต์	5	0.4
- อื่นๆ	2	0.2
รวม (N = 1,184)	1,184	100.0

2. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ (รายได้ของครอบครัว, ความพอเพียง)

รายได้ของครอบครัว

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ที่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.3 มีรายได้ 1,001 - 5,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 20.8 มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท และร้อยละ 16.6 มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ตามลำดับ (ตารางที่ 5.27)

ความพอเพียงของรายได้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ที่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 59.1 มีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้ชีวิตประจำวัน และร้อยละ 40.9 ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอในการใช้ชีวิตประจำวัน (ตาราง 5.28)

ตารางที่ 5.27

รายได้ของครอบครัวของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

รายได้ของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
- ต่ำกว่า 1,000 บาท	196	16.6
- 1,001 - 5,000 บาท	465	39.3
- 5,001 - 10,000 บาท	246	20.8
- 10,001 - 15,000 บาท	95	8.0
- 15,001 - 20,000 บาท	77	6.5
- 20,001 - 25,000 บาท	27	2.3
- 25,001 - 30,000 บาท	28	2.4
- 30,001 - 35,000 บาท	5	0.4
- 35,001 - 40,000 บาท	14	1.2
- 40,001 - 45,000 บาท	4	0.3
- 45,001 - 50,000 บาท	18	1.5
- 50,001 ขึ้นไป	9	0.8
รวม (N = 1,184)	1,184	100.0

ตารางที่ 5.28

ความพอเพียงของรายได้ในการใช้ชีวิตประจำวัน

ความพอเพียงของรายได้	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่เพียงพอ	700	59.1
- เพียงพอ	484	40.9
รวม (N = 1,184)	1,184	100.0

3. ข้อมูลด้านสุขภาพ (ภาวะโรค/เจ็บป่วย, สถิติในการรักษาพยาบาล)

โรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.1 มีโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และร้อยละ 18.9 ไม่มีโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 18.3 เป็นโรคกระดูกและข้อ รองลงมา ร้อยละ 16.3 เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 14.3 โรคอื่นๆ ตามลำดับ (ตารางที่ 5.29)

สถิติในการรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.0 ใช้สถิติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และร้อยละ 13.7 มีสถิติสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ร้อยละ 3.2 มีสถิติประกันสังคม และร้อยละ 3.1 มีประกันชีวิต (ตารางที่ 5.30)

ตารางที่ 5.29

โรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

โรคที่เป็น	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่เป็นโรค	224	18.9
- เป็นโรค	960	81.1
โรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน		
- โรคกระดูกและข้อ	377	18.3
- โรคเบาหวาน	334	16.3
- โรคอื่นๆ	293	14.3
- โรคที่เกี่ยวข้องกับสายตา (ต้อหิน ,ต้อกระจก ฯลฯ)	222	10.8
- โรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือด	216	10.5
- โรคหูตึง หูหนวก	134	6.5
- โรคหัวใจ	115	5.6
- โรคหอบ หืด	73	3.6
- อาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้	49	2.4
- โรคเมะเร็ง	11	0.5
- โรคตับ	7	0.3
รวม	2,055	100.0

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 5.30

สิทธิในการรักษาของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

สิทธิในการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	951	80.0
- สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	163	13.7
- ประกันสังคม	38	3.2
- ประกันชีวิต	37	3.1
รวม (N = 1,189)	1,189	100.0

4. รูปแบบการดูแล (รูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัว, เครือข่ายการดูแล)

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัว

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 2.6 อาศัยอยู่คนเดียว ส่วนกลุ่มที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้อื่นมีรูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัว รูปแบบที่พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 10.1 ผู้สูงอายุ บิดา/มารดา และคู่สมรส รองลงมา ร้อยละ 9.8 ผู้สูงอายุและคู่สมรส และร้อยละ 9.0 ผู้สูงอายุ บิดา/มารดา คู่สมรส และบุตรตามลำดับ (ตารางที่ 5.31)

เครือข่ายการดูแล

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีเครือข่ายที่พึ่งพาในการดูแล ร้อยละ 37.5 เป็นญาติ รองลงมา ร้อยละ 23.1 เป็นเพื่อนบ้าน และร้อยละ 22.0 เป็นกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน (ตาราง 5.32)

ตารางที่ 5.31

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัว

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
- ผู้สูงอายุ บิดา/มารดา และคู่สมรส	499	10.1
- ผู้สูงอายุ และคู่สมรส	485	9.8
- ผู้สูงอายุ บิดา/มารดา คู่สมรส และบุตร	446	9.0
- ผู้สูงอายุ คู่สมรส และบุตร	446	9.0
- ผู้สูงอายุ บุตร และ หลาน	429	8.7
- ผู้สูงอายุ บิดา/มารดา และบุตร	433	8.7
- ผู้สูงอายุ และบุตร	425	8.6

ตารางที่ 5.31

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัว (ต่อ)

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
- ผู้สูงอายุ คู่สมรส บุตร และ หลาน	423	8.5
- ผู้สูงอายุ บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร และ หลาน	423	8.5
- ผู้สูงอายุ บิดา/มารดา และหลาน	404	8.2
- ผู้สูงอายุ และ หลาน	390	7.9
- อาศัยอยู่คนเดียว	128	2.6
- ผู้สูงอายุ และบิดา/มารดา	24	0.5
รวม	4,955	100.0

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 5.32

เครือข่ายการดูแล

เครือข่ายการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
- ญาติ	883	37.5
- เพื่อนบ้าน	544	23.1
- กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน	517	22.0
- ทีมอนามัยสุขภาพ	334	14.2
- กลุ่มผู้ดูแล	74	3.1
รวม	2,352	100.0

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและบริการการดูแลระยะยาว

1. บุคคลที่ผู้สูงอายุคาดว่าจะดูแลและออกค่าใช้จ่ายในการดูแล

ความคาดหวังผู้ที่จะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อพึ่งตนเองไม่ได้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ คาดว่าในอนาคตเมื่อพึ่งพิงตนเองไม่ได้ ผู้ที่จะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 32.8 คาดหวังให้บุตรสาวเป็นผู้ดูแล รองลงมา ร้อยละ 23.3 เป็นบุตรชาย และร้อยละ 15.6 เป็นหลาน ตามลำดับ (ตารางที่ 5.33)

ตารางที่ 5.33

ความคาดหวังผู้ที่จะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อพึ่งตนเองไม่ได้

ผู้ที่จะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อพึ่งตนเองไม่ได้	จำนวน	ร้อยละ
- บุตรสาว	684	32.8
- บุตรชาย	485	23.3
- หลาน	325	15.6
- คู่สมรส	300	14.4
- บุตรเขย	167	8.0
- บุตรสะใภ้	117	5.6
- บิดา/มารดา (ของผู้สูงอายุ)	6	0.3
รวม	2,084	100.0

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

เหตุผลที่ต้องการผู้ดูแล

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ ให้เหตุผลที่ต้องการผู้ดูแลในกรณีที่ดูแลตัวเองไม่ได้ (กรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง/ ทุพพลภาพ) ร้อยละ 29.9 คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย รองลงมา ร้อยละ 28.6 ไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน และร้อยละ 21.6 ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ (ตารางที่ 5.34)

ตารางที่ 5.34

เหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลในกรณีที่ดูแลตัวเองไม่ได้ (กรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ)

เหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
- คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย	520	29.9
- ไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน	496	28.6
- ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	375	21.6
- ที่บ้านไม่มีผู้ดูแล	245	14.1
- อื่นๆ	101	5.8
รวม	1,737	100.0

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อบุคคลที่จะออกค่าใช้จ่าย กรณีพึ่งพิงตนเองไม่ได้

ความคาดหวังของผู้สูงอายุในการออกค่าใช้จ่ายกรณีพึ่งพิงตนเองไม่ได้ เมื่อต้องการใช้
บริการในสถานบริการทางการแพทย์ หรือโรงพยาบาลที่จัดให้บริการ ร้อยละ 31.3 บุตรสาว รองลงมา
ร้อยละ 22.1 บุตรชาย และร้อยละ 14.6 ผู้สูงอายุรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ตามลำดับ (ตารางที่ 5.35)

ตารางที่ 5.35

ความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อบุคคลที่จะออกค่าใช้จ่าย กรณีพึ่งพิงตนเองไม่ได้

บุคคลที่ผู้สูงอายุคาดหวังในการออกค่าใช้จ่าย	จำนวน	ร้อยละ
- บุตรสาว	656	31.3
- บุตรชาย	462	22.1
- ผู้สูงอายุรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง	305	14.6
- สามี/ภรรยา	261	12.5
- หลาน	198	9.5
- บุตรเขย	126	6.0
- บุตรสะใภ้	85	4.1
- บิดา/มารดา (ของผู้สูงอายุ)	2	0.1
รวม	2,095	100.0

2. ความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้

2.1 ความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้

1) ความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พบว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อการบริการต่างๆ ดังนี้

- ดูแลสุขภาพที่บ้านผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 41.3 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 35.1 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 19.2 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน $\bar{X} = 4.05$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- การบริการดูแลกลางวัน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 27.5 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 26.3 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อการบริการดูแลกลางวัน $\bar{X} = 3.84$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.95$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.36)

ตารางที่ 5.36

ความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ความคาดหวังต่อการบริการ	ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- การดูแลสุขภาพที่บ้าน	35.1	41.3	19.2	3.0	1.5	4.05	.89	มาก
- การบริการดูแลกลางวัน	27.5	38.7	26.3	5.2	2.4	3.84	.97	มาก
รวม						3.95	.86	มาก

2) ความคาดหวังต่อสถานบริบาล/ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

การพิจารณาค่าเฉลี่ยของระดับของระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อสถานบริบาล/ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่างๆ ดังนี้

- ศูนย์บริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.0 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.8 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 17.5 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อศูนย์บริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์ $\bar{X} = 4.04$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย ผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.1 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 33.4 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 21.5 มีความคาดหวังระดับ

ปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย $\bar{X} = 3.99$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- สถาบันบริบาลคนชรา ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.9 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 32.7 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 19.8 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อสถาบันบริการคนชรา $\bar{X} = 3.92$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- ศูนย์บริการดูแลกลางวัน และดูแลในชุมชน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 29.1 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 25.8 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อศูนย์บริการดูแลกลางวัน $\bar{X} = 3.84$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

- ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ ร้อยละ 32.3 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 30.1 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 26.6 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม $\bar{X} = 3.77$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อสถานบริการ/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.91$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.37)

ตารางที่ 5.37

ความคาดหวังต่อสถานบริการ/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

ความคาดหวัง	ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- ศูนย์บริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์	38.0	37.8	17.5	4.1	2.7	4.04	.98	มาก
- ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย	33.4	39.1	21.5	4.5	1.4	3.99	.93	มาก
- สถาบันบริบาลคนชรา	32.7	38.9	19.8	4.6	3.9	3.92	1.03	มาก
- ศูนย์บริการดูแลกลางวันและดูแลในชุมชน	29.1	36.7	25.8	6.1	2.4	3.84	.99	มาก
- ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	30.1	32.3	26.6	6.1	4.9	3.77	1.09	มาก
รวม						3.91	.80	มาก

3) ความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุ

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อการบริการ ดังนี้

- บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.5 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 34.6 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 21.1 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย $\bar{X} = 3.92$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- บริการดูแลระยะกลาง ผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 28.2 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 23.6 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อการบริการดูแลระยะกลาง $\bar{X} = 3.85$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

- บริการดูแลชั่วคราว ผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 29.7 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 26.4 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อการบริการดูแลชั่วคราว $\bar{X} = 3.81$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.86$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.38)

ตารางที่ 5.38

ความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุ

ความคาดหวังต่อ	ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	34.6	35.5	21.1	5.3	3.5	3.92	1.04	มาก
- บริการดูแลระยะกลาง	28.2	39.7	23.6	6.0	2.5	3.85	.98	มาก
- บริการดูแลชั่วคราว	29.7	34.7	26.4	5.7	3.5	3.81	1.04	มาก
รวม						3.86	.90	มาก

2.2 ความคาดหวังต่อบริการสังคม เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้

1) ความคาดหวังต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ

พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ พบว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวัง ดังนี้

- ผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล ผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.9 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 34.6 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 21.0 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล $\bar{X} = 3.91$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.6 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 31.2 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 25.5 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.88$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยรวม 3.89 แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.39)

ตารางที่ 5.39

ความคาดหวังต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ

ความคาดหวัง	ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- ผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล	34.6	34.9	21.0	5.7	3.7	3.91	1.06	มาก
- การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ	31.2	35.6	25.5	5.5	2.3	3.88	.99	มาก
รวม						3.89	.93	มาก

2) ความคาดหวังต่อการบริการเข้าถึงบ้าน

เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังต่อการบริการเข้าถึงบ้านพบว่า ผู้สูงอายุมีความคาดหวัง ดังนี้

- ระบบอาสาสมัครช่วยเหลือที่บ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 37.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 33.8 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 22.7 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อระบบอาสาสมัครช่วยเหลือที่บ้าน $\bar{X} = 3.88$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- การจัดส่งยาไปที่บ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 37.5 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 32.9 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 21.4 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการจัดส่งยาไปที่บ้าน $\bar{X} = 3.97$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- การบริการนวดแผนไทยที่บ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.6 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 31.4 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 22.5 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการบริการนวดแผนไทยที่บ้าน $\bar{X} = 3.81$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- การสนับสนุนปรับปรุงบ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 29.8 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 28.2 มีความคาดหวังระดับปานกลาง และร้อยละ 26.9 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการสนับสนุนปรับปรุงบ้าน $\bar{X} = 3.64$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- การช่วยเหลืองานบ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.3 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ร้อยละ 27.9 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 19.6 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการช่วยเหลืองานบ้าน $\bar{X} = 3.46$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- การจัดส่งอาหารบางมื้อ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 31.0 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ร้อยละ 26.6 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 19.8 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการจัดส่งอาหารบางมื้อ $\bar{X} = 3.35$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการเข้าถึงบ้าน ค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.70$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.40)

ตารางที่ 5.40

ความคาดหวังต่อการบริการเข้าถึงบ้าน

ความคาดหวัง	ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุ(ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- ระบบอาสาสมัครช่วยดูแลที่บ้าน	33.8	37.7	22.7	4.2	1.6	3.98	.94	มาก
- การจัดส่งยาไปที่บ้าน	37.5	32.9	21.4	5.8	2.4	3.97	1.02	มาก
- การบริการนวดแผนไทยที่บ้าน	31.4	34.6	22.5	6.3	5.2	3.81	1.11	มาก
- การสนับสนุนปรับปรุงบ้าน	26.9	29.8	28.2	10.1	4.9	3.64	1.13	มาก
- การช่วยเหลืองานบ้าน	19.6	27.9	36.3	11.1	5.2	3.46	1.08	มาก
- การจัดส่งอาหารบางมื้อ	19.8	26.6	31.0	13.9	8.8	3.35	1.19	ปานกลาง
รวม						3.70	.82	มาก

3) ความคาดหวังต่อการบริการรถรับส่ง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการรถรับส่ง พบว่า ผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อการบริการ ดังนี้

- หน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.4 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.2 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 13.3 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อหน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน $\bar{X} = 4.23$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมากที่สุด

- การบริการบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.3 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.1 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 19.9 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความหวังคาดหวังต่อการบริการบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการ $\bar{X} = 4.07$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- การบริการรถรับส่ง ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.8 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.2 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 17.7 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการบริการรถรับส่ง $\bar{X} = 4.06$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการรถรับส่ง มีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.12$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.41)

ตารางที่ 5.41

ความคาดหวังต่อการบริการรับส่ง

ความคาดหวังต่อ	ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- หน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน	45.4	37.2	13.3	2.8	1.3	4.23	.87	มากที่สุด
- การบริการบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการ	38.3	37.1	19.9	2.9	1.8	4.07	.92	มาก
- การบริการรถรับส่ง	38.8	37.2	17.7	3.9	2.4	4.06	.96	มาก
รวม						4.12	.80	มาก

4) ความคาดหวังต่อการสนับสนุนทางการเงินและรายได้

เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการสนับสนุนทางการเงินและรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความคาดหวัง ดังนี้

- การสนับสนุนเงิน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.9 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.6 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 11.5 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการสนับสนุนเงิน $\bar{X} = 4.30$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมากที่สุด

- การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแล ผู้สูงอายุ ร้อยละ 44.7 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.7 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 13.4 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแล $\bar{X} = 4.16$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- การสนับสนุนรายได้และการส่งเสริมงานให้แก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ร้อยละ 37.8 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.5 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 18.0 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการสนับสนุนรายได้และการส่งเสริมงานให้แก่ผู้ดูแล $\bar{X} = 4.04$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมากที่สุด

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการสนับสนุนทางการเงินและรายได้ มีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 4.1$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.42)

ตารางที่ 5.42

ความคาดหวังต่อการสนับสนุนทางการเงินและรายได้

ความคาดหวัง	ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- การสนับสนุนเงิน	53.9	29.6	11.5	2.6	2.4	4.30	.94	มากที่สุด
- การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแล	44.7	35.7	13.4	3.7	2.4	4.16	.96	มาก
- การสนับสนุนรายได้และการส่งเสริมงานให้แก่ผู้ดูแล	37.8	37.5	18.0	4.9	1.9	4.04	.96	มาก
รวม						4.17	.83	มาก

5) ความคาดหวังต่อการสนับสนุนต่างๆ ที่ไม่ใช่เงิน

เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความคาดหวังต่อการสนับสนุนต่างๆ ที่ไม่ใช่ตัวเงิน พบว่า ผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อการบริการ ดังนี้

- การให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับครอบครัว ผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 27.0 มีความคาดหวังระดับปานกลาง และร้อยละ 25.8 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับครอบครัว $\bar{X} = 3.84$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- การประสานงานช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.5 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.1 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 21.3 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการประสานงานช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ $\bar{X} = 3.86$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

- การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น ผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.6 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 30.2 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 25.4 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น $\bar{X} = 3.81$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการสนับสนุนต่างๆ ที่ไม่ใช่เงิน มีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.84$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.43)

ตารางที่ 5.43

ความคาดหวังต่อการสนับสนุนต่างๆ ที่ไม่ใช่เงิน

ความคาดหวัง	ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- การให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับครอบครัว	25.8	40.7	27.0	5.2	1.4	3.84	.91	มาก
- การประสานงานช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ	35.5	31.1	21.3	8.0	4.1	3.86	1.11	มาก
- การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น	30.2	33.6	25.4	8.2	2.5	3.81	1.04	มาก
รวม						3.84	.83	มาก

ความต้องการในการรับบริการ

ผู้สูงอายุมีความต้องการในการรับบริการ มากที่สุดร้อยละ 78.5 ต้องการรับบริการฟรี แต่ได้รับบริการระดับพื้นฐาน รองลงมา ร้อยละ 14.6 ต้องการรับบริการร่วมจ่าย แต่ได้รับบริการระดับดี และร้อยละ 6.9 ต้องการจ่ายบริการเองทั้งหมด ถูกกว่าเอกชน ได้รับบริการระดับดีมาก (ตารางที่ 5.44)

ตารางที่ 5.44

ความต้องการในการรับบริการ

ความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
- บริการฟรี แต่ได้รับบริการระดับพื้นฐาน	929	78.5
- บริการร่วมจ่าย แต่ได้รับบริการระดับดี	173	14.6
- จ่ายบริการเองทั้งหมด ถูกกว่าเอกชน ได้รับบริการระดับดีมาก	82	6.9
รวม (N=1,184)	1,184	100.00

สรุปความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้
เมื่อนำค่าเฉลี่ยโดยรวมของแต่ละความคาดหวังมาพิจารณา พบว่า

ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพ ในประเด็นความคาดหวังต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน $\bar{X} = 3.95$ ความคาดหวังต่อสถานบริบาล/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.91$ และความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.86$ ซึ่งค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของความคาดหวังต่อการบริการทางสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อการสนับสนุนทางการเงินและรายได้ $\bar{X} = 4.17$ เป็นค่าเฉลี่ยในระดับมากและสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่นๆ รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ย ความคาดหวังต่อการบริการรถรับส่ง $\bar{X} = 4.12$ ความคาดหวังต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ $\bar{X} = 3.89$ ความคาดหวังต่อการสนับสนุนต่างๆ ที่ไม่ใช่เงิน $\bar{X} = 3.84$ และความคาดหวังต่อการเข้าถึงบ้าน $\bar{X} = 3.70$ ซึ่งค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อการบริการทางสังคมทุกด้านอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5.45)

ตารางที่ 5.45

สรุปความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้

ความคาดหวัง	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพ			
- บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	3.95	.86	มาก
- สถานบริบาล/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	3.91	.80	มาก
- บริการดูแลผู้สูงอายุ	3.86	.90	มาก
ความคาดหวังต่อการบริการสังคม			
- ผู้ให้บริการวิชาชีพ	3.89	.93	มาก
- บริการเข้าถึงบ้าน	3.70	.82	มาก
- บริการรถรับส่ง	4.12	.80	มาก
- การสนับสนุนทางการเงินและรายได้	4.17	.83	มาก
- การสนับสนุนต่างๆ ที่ไม่ใช่เงิน	3.84	.83	มาก

จากการสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความต้องการบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนว่า

1. ต้องการเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหลายพื้นที่ให้ความเห็นว่า ผู้สูงอายุบางรายที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ การได้รับเบี้ยยังชีพตามขั้นบันไดในปัจจุบันยังน้อยไป ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ควรเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ นอกจากนี้ ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกอบรมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีรายได้สามารถพึ่งตนเองได้ การนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ โดยให้ผู้สูงอายุปลูกผักขาย และหน่วยงานต่างๆ รับซื้อ เพื่อเป็นการช่วยเหลือทางหนึ่ง

2. ต้องการมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ การสำรวจรวบรวมข้อมูลสภาพความเป็นอยู่ ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือ และดูแลจากหน่วยงานทุกภาคส่วนให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่

3. ต้องการให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกิจกรรม การสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน และส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มชมรมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดการตนเอง ตลอดจนแนวทางแก้ปัญหา โดยการขอรับสนับสนุนความรู้หรืองบประมาณจากหน่วยงานภายนอกชุมชน มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างกิจกรรมที่จัดได้แก่ การร้องเพลง การรำโกละ กิจกรรมภายในชุมชน เป็นต้น

4. ต้องการให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หลายพื้นที่ได้นำเสนอว่าควรจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุได้มารวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน ตัวอย่างเช่น การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวันในชุมชน หรือ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นศูนย์แบบ Day Care เพื่อให้เกิดการพัฒนาในการรักษา ดูแลสุขภาพ และจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เช่น การกีฬา นันทนาการ ศาสนา การศึกษาเรียนรู้ และวัฒนธรรม เป็นต้น หรือมีบ้านกลางหรือศูนย์รวมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุย โดยมีเจ้าหน้าที่ดูแล จัดหาสถานที่ และของสนับสนุนกิจกรรม ทั้งนี้อาจมีบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด มาประจำที่ศูนย์นี้ด้วย

สรุปจากผลการศึกษา ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.7 มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 64 ปี ร้อยละ 27.5 และช่วงอายุ 70 - 74 ปี ร้อยละ 21.5 สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและเป็นหม้าย ร้อยละ 49.5 และร้อยละ 39.7 ตามลำดับ และนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.1

ด้านเศรษฐกิจ รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 39.3 รองลงมา มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 20.8 ซึ่งในด้านความพอเพียงของรายได้ส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้รวมไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 59.1

ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.1 โรคที่เป็นมากที่สุดคือโรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 18.3 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.3 ในส่วนของการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 80

สำหรับรูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัวนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา และคู่สมรส ร้อยละ 10.1 โดยมีเครือข่ายที่พึ่งพาในการดูแลเป็นญาติมากที่สุด ร้อยละ 37.5 รองลงมา คือ เพื่อนบ้านและกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ร้อยละ 23.1 และ 22.0 ตามลำดับ

ด้านความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและบริการการดูแลระยะยาว ด้านบุคคลที่ผู้สูงอายุคาดว่าจะให้ดูแล และออกค่าใช้จ่ายในการดูแล ความคาดหวังให้บุตรสาวเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 32.8 รองลงมา คือ บุตรชายดูแล ร้อยละ 23.3 และมีเหตุผลที่ต้องการผู้ดูแล คือ คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย ร้อยละ 29.9 รองลงมา คือ ไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน ร้อยละ 28.6 โดยค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลนั้น คาดหวังจะให้บุตรสาวและบุตรชาย เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ร้อยละ 31.2 และร้อยละ 22.1 ตามลำดับ

เมื่อศึกษาถึงความคาดหวังต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านซึ่งเป็นบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้นั้น กลุ่มตัวอย่างคาดหวังต่อการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 41.3 และต้องการบริการดูแลกลางวัน ร้อยละ 38.7 โดยที่ต้องการให้มีบริการด้านสุขภาพต่างๆ เช่น ต้องการให้มีศูนย์บริการเยี่ยม/เช่าอุปกรณ์ ร้อยละ 38.0 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ร้อยละ 39.1 และบริการสถานบริบาลคนชรา ร้อยละ 38.9 เป็นต้น ส่วนของความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุนั้น กลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 35.5 และบริการระยะกลางและบริการดูแลชั่วคราว ร้อยละ 39.7 และ 34.7 ตามลำดับ

ด้านความคาดหวังต่อการบริการสังคม เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมองว่า การมีผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจะต้องเป็นผู้ให้บริการวิชาชีพ ร้อยละ 34.9 ส่วนบริการเข้าถึงที่บ้านนั้น ต้องการให้มีระบบอาสาสมัครช่วยดูแลที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 37.7 รองลงมาคือ ต้องการบริการจัดส่งยาที่บ้าน บริการนวดแผนไทย และการปรับปรุงบ้าน เป็นต้น โดยการบริการส่วนใหญ่ นั้น ต้องการให้เป็นบริการฟรีแต่ได้รับบริการระดับพื้นฐาน มากถึงร้อยละ 78.5 มีเพียงส่วนหนึ่งที่ต้องการบริการที่จ่ายเองทั้งหมด แต่ถูกกว่าเอกชนและได้บริการในระดับดีมาก

บทที่ 6

แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพโดยวิธีการสนทนากลุ่ม ได้แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนต่อรูปแบบบริการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษานำเสนอครอบคลุมเนื้อหา 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

ตอนที่ 2 บริการสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

ตอนที่ 3 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 การกำหนดนโยบาย และมาตรการการดูแลผู้สูงอายุ

ตอนที่ 5 แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

ตอนที่ 1 สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันในทุกพื้นที่ กล่าวคือส่วนใหญ่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่า ส่วนใหญ่ในชุมชนไม่มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไว้คนเดียว แต่มีผู้สูงอายุบางรายซึ่งอยู่ในชุมชนได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง สืบเนื่องจากไม่มีญาติ ดังนั้น ชุมชนจึงมีการช่วยเหลือโดยการให้อาศัยภายในวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความช่วยเหลือ ด้านเครื่องอุปโภค วัดให้ความช่วยเหลือด้านเครื่องบริโภค และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความช่วยเหลือในการดูแลด้านสุขภาพร่างกาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่กับบ้าน ผู้สูงอายุที่ไปรวมกิจกรรมทางสังคมมีจำนวนน้อย กลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือกลุ่มติดเตียง

1.2 สภาพปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่ มีดังต่อไปนี้

1. ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว เมื่ออายุมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีการเจ็บป่วยหลายๆ โรคมากขึ้น หลังจากอายุ 70 ปีขึ้นไป

ส่วนใหญ่จะอยู่บ้านไม่ได้ทำงาน เดินไปมาบริเวณบ้าน และบริเวณไม่ไกลจากบ้านเนื่องจากสุขภาพเริ่มเสื่อมถอยมีโรคชรา เบาหวาน ความดัน เป็นต้น

2. ปัญหาด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีปัญหาจิตใจบ้าง เช่น การน้อยใจลูกหลาน บางรายมีอาการซึมเศร้า กล่าวคือ บางคนลูกหลานให้พ่อแม่ไปอยู่ด้วยในต่างจังหวัดหลายเดือน ทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นห่วงบ้าน คิดถึงบ้าน ไม่สดชื่น อยากกลับมาดูแลบ้านตัวเอง นอนไม่หลับ

3. ปัญหาการต้องรับการดูแลครอบครัว หรือรับการดูแลในสถานดูแลของตนเองมากขึ้น เพราะลูกจะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

4. ปัญหาการขาดสิทธิด้านสวัสดิการ มีผู้สูงอายุที่เป็นประชากรแฝง เช่น ย้ายมาอยู่กับลูกหลาน แต่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

5. การขาดแคลนบุคลากรในการดูแล เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้การดูแลยังไม่ทั่วถึง เช่น อสม. 1 คน จะรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 ครอบครัว ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงตรวจเยี่ยมหรือดูแลได้ทั่วพื้นที่ หรือเข้าไม่ถึง เพราะไม่ได้ขึ้นทะเบียน อีกทั้ง อสม. ยังมีไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุ

6. ปัญหาครอบครัว เช่น ลูกหลานไล่ออกจากบ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัย ต้องอาศัยอยู่กับ ส.อบต. ที่มีเมตตาให้พักอาศัยร่วมด้วย

7. ไม่มีระเบียบรองรับในการดำเนินงานของท้องถิ่น เช่น การช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ครอบครัวยากจน แต่เกิดปัญหาสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินห้ามเบิกจ่าย เพราะซ้ำซ้อนกับเงินสงเคราะห์ครอบครัวของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือบางพื้นที่ต้องการมอบสิ่งของให้กับผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ แต่ไม่สามารถดำเนินการได้

กล่าวโดยสรุป สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ที่ได้ลงไปสำรวจนั้น ทำให้เห็นว่าปัญหาโดยมากเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพิงตนเองได้ และขาดผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากปัญหาของสุขภาพกาย มากกว่าปัญหาทางด้านสังคม แต่ในการบริหารจัดการการดูแลหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากรที่จะลงไปดูแลได้อย่างทั่วถึง จึงใช้กระบวนการทำงานของอาสาสมัคร ที่มีจิตอาสาลงไปให้ความช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งก็ถือว่ายังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ พื้นที่

ตอนที่ 2 บริการสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ต่างระบุถึงบริการที่หน่วยงานของตนจัดให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ บริการด้านสุขภาพ และบริการด้านสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 บริการด้านสุขภาพ บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้านทั่วไปที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุดให้บริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาล ให้การดูแลสุขภาพ เยี่ยมเยียน รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้พิการ โรคเรื้อรัง โดยมีรายละเอียดการให้บริการ ดังนี้

1.1) ให้การส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และการให้ความรู้ ด้านสุขภาพ
1.2) การจัดการด้านอาหาร มีการประชุม วางแผน เพื่อความเหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ โดยจัดอาหารให้ครบ 5 หมู่

1.3) การเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยติดเตียง เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ และการให้ของเยี่ยมในโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน

1.4) การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุแยกเป็นรายหมู่ และตามการประเมิน ADL (การประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ) โดยทะเบียนผู้สูงอายุ แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ทั้งหมด กลุ่มที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้เลย และกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้เลย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการติดตามเยี่ยมเยียนตามกลุ่มเป้าหมาย รวมไปถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1.4.1) กลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้มีงบประมาณโครงการชมรมผู้สูงอายุ ที่ได้รับการสนับสนุนจาก อบต.สมาชิกชมรม ผู้บริจาคนอกชมรม และการทอดผ้าป่าเพื่อนำเงินเข้าชมรม ในการดำเนินกิจกรรม โดยชมรมผู้สูงอายุร่วมกับ รพ.สต. ในการวางแผนดำเนินกิจกรรมร่วมกัน มีการประชุมผู้สูงอายุร่วมกันทุกวันพฤหัสบดีแรกของเดือน มีกิจกรรมบริการด้านสุขภาพ เช่น การวัดความดัน การชั่งน้ำหนัก เป็นต้น

1.4.2) กลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้บ้างเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. อสม. และชมรมผู้สูงอายุ ลงเยี่ยมเยียน พุดคุยให้กำลังใจ

1.4.3) กลุ่มที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้เลย เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.เข้าฟื้นฟู บำบัดเพิ่มฟื้นฟู กายภาพบำบัด

2) ศูนย์บริการผู้สูงอายุและคนพิการ ศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน เป็นศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้พิการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุผู้พิการมีความรู้ในการดูแลตนเอง และญาติผู้ดูแลและแกนนำมีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง บริการสำคัญของศูนย์คือ บริการกายภาพบำบัด การให้ยืมกายอุปกรณ์ ในศูนย์มีอุปกรณ์เครื่องนวดไฟฟ้า เครื่องทำนํ้าวนสำหรับผ่อนคลายให้ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปเข้าไปใช้บริการ

3) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่หรือตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล หลายแห่ง ได้จัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนกองทุนฯ เพื่อนำมาใช้ในการกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่

4) บริการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาล กิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ

เช่น

- การตรวจสุขภาพประจำปี
- การจัดหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ให้บริการแก่ประชาชน
- การให้บริการคลินิกเบาหวานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข
- บริการส่งเสริมตรวจช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุ
- การส่งเสริมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการปฐม

พยาบาลเบื้องต้น

- การศึกษาดูงาน ฝึกอบรมด้านการรักษาโรคเบื้องต้นต่างๆ
- กายภาพบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพ โดยโรงพยาบาล และมีการบริการเยี่ยมบ้านทุกเดือน
- บริการเยี่ยมบ้านกรณีผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง หรือมีการช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือ

ไม่ได้เลย จะมีการเยี่ยมติดตามและแนะนำครอบครัวให้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

5) บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน เป็นบริการรับ - ส่งผู้สูงอายุ เพื่อเข้ารับบริการยังสถาน

บริการสุขภาพ กรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน

6) บริการด้านกายอุปกรณ์เพื่อช่วยเรื่องการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า, รถเข็น, ไม้ค้ำยัน

ฯลฯ ผู้สูงอายุบางรายต้องการอุปกรณ์เพื่อใช้ในการอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต โดยตัวอย่าง การดำเนินงานเพื่อให้บริการด้านกายอุปกรณ์ที่มีในชุมชน ได้แก่

6.1) บริการมอบกายอุปกรณ์ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้พิการ

6.2) ธนาคารอุปกรณ์ สำหรับการให้ยืมอุปกรณ์ต่างๆ ในการดำรงชีวิต เช่น เตียง
ลมยาง รถเข็น 4 ขา ไม้เท้า เตียงนอน

6.3) การประสานขอสนับสนุนกายอุปกรณ์ เช่น รถโยกหรือรถเข็นนั่ง จาก
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด

7) บริการกายภาพบำบัด ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว บริการหนึ่งที่สำคัญในการ

ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ คือ การทำกายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตัวเอง และมี
คุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยมีนักกายภาพ เข้าไปสอน วิธีการดูแล รักษา ร่างกาย ตามวิธีการทาง
กายภาพบำบัด ตัวอย่างการบริหารจัดการด้านบริการกายภาพบำบัด ได้แก่

7.1) การจัดบริการกายภาพบำบัด โดยศูนย์บริการสาธารณสุข มีระบบการทำ
กายภาพบำบัดให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว

7.2) การจัดบริการกายภาพบำบัด โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล มีพื้นที่ออกกำลังกาย
ที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ และผู้พิการเพื่อฝึกทำกายภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะช่วยเหลือ
ตัวเอง และมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด

7.3) การจัดบริการกายภาพบำบัด โดยรพ.สต.มีพยาบาลวิชาชีพแนะนำการทำกายภาพบำบัดให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เข้าใจวิธีการทำกายภาพและการดูแลเบื้องต้นที่บ้าน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแลและมีเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เข้าไปดูและทำกายภาพให้อาทิตย์ละ 1 ครั้ง และบางแห่งมีการให้บริการนวดแผนไทย ลูกประคบด้วย นอกจากนี้ยังมีการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ทั้งนักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ร่วมทำงานประสานส่งต่อในกรณีของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและช่วยเหลือตนเองไม่ได้

7.4) การจัดบริการกายภาพบำบัด ในพื้นที่มีศูนย์กายภาพในตำบล และที่ชมรมผู้สูงอายุ มีการนวดบริการเพื่อผ่อนคลาย และบำบัดสำหรับผู้ป่วย

8) บริการเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข เป็นแกนนำ มีวัตถุประสงค์ เพื่อติดตามและประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเรื่องการทำความสะอาด อาหาร อาบน้ำ

2.2 บริการด้านสังคม

1) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1.1) การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการการจัดสิ่งแวดล้อมในที่สาธารณะให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการทำทางลาด ราวบันได ราวจับในห้องน้ำเพื่อป้องกันการลื่นล้ม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสะดวกสบายมากขึ้น

1.1.1) การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ สถานที่ที่ได้จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

1. สถานบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล รพ.สต. ศูนย์บริการสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการจัดการด้านการอำนวยความสะดวกในภาพรวมตามมาตรฐานบริการผู้สูงอายุ กล่าวคือ มีการจัดห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ทางลาดขึ้นลง ราวจับ

2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง มีจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ เช่น มีการจัดทำทางลาดขึ้นลง ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ลิฟต์โดยสาร ที่จอดรถผู้พิการ เป็นต้น

3. วัด บางพื้นที่ มีการจัดทำพื้นที่ทางลาดให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งใน ห้องน้ำและทางเข้าวัด มีการสร้างห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

1.1.2) การบริการอำนวยความสะดวก ในที่นี้คือ ช่องบริการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการให้มีช่องทางสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไป เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่สะดวกและรวดเร็ว ส่วนใหญ่พบในสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น มีการอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. มีช่องบริการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการให้มีช่องทางสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไป เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่สะดวกและรวดเร็ว เรียกว่า 80 ปี ไม่มีคิว คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จะได้รับบริการก่อน ไม่ต้องรอคิวร่วมกับผู้มารับบริการอื่นๆ

2) มีบริการรถ รับ – ส่ง ผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยใช้เงินสวัสดิการ

3) กิจกรรมผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เมื่อมีกิจกรรมจะได้รับสิทธิพิเศษจากผู้น้องในการดูแลและให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร

1.2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย และรวมกลุ่มกิจกรรม ได้แก่ การจัดให้มีพื้นที่สีเขียว การจัดมุมพักผ่อน การจัดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกมาพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การออกมาทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันกับเพื่อนบ้านมากขึ้น เป็นต้น ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย เช่น

1. สวนสาธารณะติดริมทะเล
2. ลานเอนกประสงค์ สำหรับจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ โดยทำเป็นลานกว้าง พื้นทราย เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ต้องขึ้นบันได รวมถึงจัดเป็นลานเอนกประสงค์สำหรับออกกำลังกาย เดินรำ
3. สถานที่ปฏิบัติธรรม สถานที่ฝึกอาชีพ มีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ
4. พื้นที่สำหรับรวมกลุ่มแม่บ้านเพื่อฝึกอาชีพ โดยผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมนี้ได้
5. การจัดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกมาพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การออกมาทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันกับเพื่อนบ้านมากขึ้น โดยจัดให้มีพื้นที่ออกกำลังกายให้บริการสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อฝึกทำกายภาพ และมีพื้นที่จัดกิจกรรมในการดำเนินการของชมรมผู้สูงอายุทุกเดือน
6. ลานกีฬา เพื่อเป็นสถานที่ให้ผู้สูงอายุมาออกกำลังกายเบาๆ
7. การสนับสนุนการรวมกลุ่มทำกิจกรรมการปั่นจักรยานของผู้สูงอายุ
8. พื้นที่ออกกำลังกายของตำบล เช่น ลานกะลา นวดฝ่าเท้า พื้นที่กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยไม้พลอง

1.3) การปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิต เช่น การปรับปรุงดูแลบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยปรับปรุงห้องน้ำจากส้วมซึมหรือคอกห่าน เป็นแบบโถนั่ง เพราะผู้สูงอายุส่วนมากมีปัญหาเรื่องข้อเข่าและกระดูก และผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาท้องผูกทำให้ต้องนั่งห้องน้ำเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตาม พื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทุกครัวเรือน เนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ การทำราวจับให้ผู้สูงอายุที่บ้านบางครอบครัว

2) **ส่งเสริมการจัดตั้งและกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ** ซึ่งชมรมผู้สูงอายุ คือการที่ผู้สูงอายุ รวมกลุ่มกัน ตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ของผู้มีความสนใจ และมีอุดมการณ์ร่วมกัน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งจึงร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

3) **กองทุนสวัสดิการ** กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นระบบที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทั้งเรื่องของคุณภาพชีวิต รวมถึงปฏิสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งมีการจัดทำกองทุนสวัสดิการ จัดตั้งโดยการได้รับบริจาคเงินหรือสิ่งของ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยโอกาส โดยจะแจกทุกเดือน แต่กองทุนดังกล่าวไม่ได้มีการจดทะเบียน ในบางกรณีการแจกสิ่งของหรือเงินดังกล่าว จะนำไปแจกเองที่บ้านแล้วแต่ว่าเขตไหนจะประสานไปที่กองสวัสดิการสังคม บางแห่งสมาชิกต้องเสียเงินปีละ 100 บาท โดยจะได้รับสวัสดิการ หากต้องนอนรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจะได้รับเงิน 500 บาท เสียชีวิตจะได้รับเงิน 2,000 บาท คลอดบุตรจะได้รับ 800 บาท

4) **ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ** ศูนย์นี้จัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุได้มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมและบริการ ส่งเสริมด้านอาชีพและการถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม เป็นศูนย์ส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยกิจกรรมของศูนย์มีทั้งการส่งเสริมสุขภาพอนามัย สนับสนุนการศึกษา อาชีพ สังคม ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ การติดตามให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นต้น ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งอยู่ระหว่างได้ดำเนินขอบประมาณในปี 2559 ทั้งครุภัณฑ์ และอุปกรณ์ในศูนย์สำหรับผู้สูงอายุ

5) **โครงการวิทยาลัยเพื่อชีวิตผู้สูงวัยใส่ใจสุขภาพ** เป็นโครงการเริ่มต้นตั้งแต่เดือนมีนาคม 2558 ได้มีการเปิดอบรมให้ความรู้ในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การออกกำลังกายผู้สูงอายุ การฝึกสมอง กิจกรรมนันทนาการ การละเล่นตามอัธยาศัย การฝึกอาชีพตามบริบทที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้และเหมาะสมกับวัยส่วนใหญ่ผู้ที่เข้าร่วมจะเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม โดยมีการคัดเลือกคณะกรรมการที่มีความต้องการและสนใจที่จะทำและมีศักยภาพ ดังนั้นในขั้นแรกจึงต้องเป็นพี่เลี้ยงแก่ผู้ดำเนินโครงการ รวมทั้งมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมีการเก็บเงินเพื่อเอาไว้ใช้ในยามเสียชีวิตเพื่อจัดการศพจะได้ไม่เป็นภาระแก่ลูกหลาน แต่ไม่ได้มีการส่งเสริมผู้สูงอายุให้ดูแลตัวเองและดูแลซึ่งกันและกัน

6) **รถหน่วยกู้ชีพ** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งให้รถหน่วยกู้ชีพบริการรับส่งผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาลในพื้นที่ กรณีผู้สูงอายุเกิดเหตุฉุกเฉิน

7) **ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน** สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยบริการสังคมในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร บริการที่จัดให้ ได้แก่ บริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุที่เดินทางลำบาก การสงเคราะห์ผู้ยากไร้ การช่วยซ่อมบ้านผู้สูงอายุ การสนับสนุนการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ และการส่งต่อผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ

8) **อาสาสมัคร** กลุ่มอาสาสมัครในชุมชนมีบทบาทด้านอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในชุมชน เยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือตามความจำเป็น และประสานงานระหว่างผู้สูงอายุและกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ประกอบด้วย อสม. อผส. อพม. อพมก. อปพร.

8.1) **อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** เป็นกลุ่มบุคคลภายในชุมชนที่ได้รับการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยเพื่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนให้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน อสม. เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน อสม. 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 15–20 คน บทบาทของ อสม. ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่

- เยี่ยมเยียนบ้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว อสม. เข้าไปร่วมดูแลหมุนเวียนเข้าไปดูแลและพูดคุยเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดอาการซึมเศร้าหรือเหงา

- การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก
- การให้ความรู้เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพ
- สืบหาผู้สูงอายุที่มีปัญหา/ต้องการความช่วยเหลือ
- ประสานขอรับความช่วยเหลือมายัง จนท. รพ.สต. และทาง อบต.
- รายงานสถานการณ์และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

8.2) **อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)** ปฏิบัติหน้าที่ให้ความคุ้มครองสวัสดิภาพและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ที่ขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ได้รับการดูแลมีบทบาทหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค มีการให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำชุมชนในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพพลานามัยให้แข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด รวมถึงดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพ และแจ้งข้อมูลข่าวสารให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงสิทธิของตนเอง

8.3) **อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)** คือ อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านต่างๆ ในชุมชนอยู่แล้วและสนใจเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อท้องถิ่นของตนเอง มีบทบาทหน้าที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม ประกอบด้วย 1) ชี้นำ – เฝ้าระวัง คือ การสำรวจและรวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมายและผู้รับบริการ การเฝ้าระวังการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสังคมเบื้องต้น และการรายงานสถานการณ์ทางสังคมของชุมชน 2) เชื่อมกลุ่มเดิม – เสริมสร้างกลุ่มใหม่ คือการประสานงานการส่งต่อผู้รับบริการและการให้ความร่วมมือและสนับสนุนการปฏิบัติงานตามภารกิจของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ส่วนราชการและเอกชนที่เกี่ยวข้อง และ 3) ร่วมใจทำแผนชุมชน คือควรเป็นผู้ผลักดันหรือกระตุ้นให้ชุมชนร่วมมือร่วมใจกันระดมความคิดเพื่อจัดทำแผนของชุมชนโดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เช่น การจัดทำแผนสวัสดิการชุมชน

8.4) อาสาสมัครช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) มีบทบาทหน้าที่ช่วยเหลือผู้พิการ โดยให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำชุมชนในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพพลานามัยให้แข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด รวมถึงดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพ และแจ้งข้อมูลข่าวสารให้ผู้พิการได้เข้าถึงสิทธิของตนเอง

8.5) อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) มีบทบาทหน้าที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือบรรเทาทุกข์แก่ประชาชนในเขตชุมชน โดยในพื้นที่ได้มีการช่วยเหลือผู้สูงอายุในกรณีเร่งด่วน เพื่อไปส่งยังโรงพยาบาล

จากลักษณะบริการที่กล่าวมา จะเห็นว่าเป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุโดยรวม อย่างไรก็ตาม ในชุมชนยังมีบริการเฉพาะกรณี สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ดังนี้

1. บริการสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน ญาติพี่น้องเป็นผู้ดูแล หลักการจัดบริการเน้นส่งเสริมให้ลูกหลานหรือบุคคลในครอบครัวช่วยกันดูแล เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างครอบครัวและดูแลกันเองได้อย่างถูกต้องและยั่งยืน จากการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อาทิเช่น

1.1 การออกตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง สอบถามความต้องการ การตรวจคัดกรองโรค ทำกายภาพบำบัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือต้องการการดูแลมาก ทาง รพ.สต. จะเข้าไปตรวจเยี่ยมบ่อยมากขึ้น หรือทีมสุขภาพเข้าไปดูแล บางแห่งอาจมีทีมผู้บริหาร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และ อสม. ร่วมดูแล

1.2 การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เช่น แจกข้าวสาร บริการให้ยืมกายอุปกรณ์ต่างๆ ไม่เก็บค่าเช่า รถเข็น วอร์คเกอร์ เพียงสำหรับผู้สูงอายุ

1.3 การให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลในเรื่องการทำความสะอาด ทำอาหาร อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า

1.4 การให้คำแนะนำการกายภาพเพื่อไม่ให้เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ในส่วนของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานจะมีโครงการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการนัดทำให้แก่ผู้สูงอายุ โดย อสม. ไปสอนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุฝึกนวดให้แก่ผู้สูงอายุ

1.5 การอบรมการพยาบาลเบื้องต้น เช่น สอนทำแผลให้กับผู้ดูแล หรือผู้สูงอายุในกรณีที่สามารถทำได้

1.6 กรณีผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง หรือมีการช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย จะมี การเยี่ยมติดตาม และแนะนำครอบครัวให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

1.7 มีการอบรม อสม. แกนนำ ที่มีกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่สอนการเคลื่อนตัว การพลิกตัวดูแลเรื่องแผล

2. บริการสำหรับผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง

ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ถูกจัดว่าเป็นผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งนั้น มีจำนวนน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่มียังมีลูกหลาน ญาติพี่น้องคอยดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ พบลักษณะการถูกทอดทิ้งเป็นช่วงเวลา กล่าวคือ ลูกหลานออกไปทำงานในตอนกลางวัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านคนเดียว สำหรับการให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มนี้เน้นให้ชุมชนช่วยกันดูแล จากการสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งดังนี้

2.1 การไปรักษาแทน กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถไปหาพบแพทย์เองได้ หรือไม่มีคนพาไป อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่นั้นจะเป็นคนที่ไปนำยามาให้

2.2 บริการเบอร์ 1669 แจ้งเหตุด่วน

2.3 โครงการสงเคราะห์ผู้ยากไร้

2.4 การติดตามเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมเยียน กรณีผู้สูงอายุยังดูแลตนเองได้ สนับสนุนช่วยเหลือในชุมชนกันเอง โดยผู้นำหมู่บ้าน อสม. และประชาชนทั่วไป การสังเกตและดูพฤติกรรมประจำวันของผู้สูงอายุเป็นประจำ ถ้าวันไหนผิดปกติเวลาที่เคยทำกิจวัตรประจำวันอะไรแล้วไม่พบเห็นจะรีบเข้าไปเพื่อดูว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุหรือไม่ เพื่อจะได้ทำการช่วยเหลือได้ทันเวลา

2.5 การส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการในสถานบริการ กรณีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและไร้ที่พึ่งอาศัย จะจัดส่งยังไปหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

ตอนที่ 3 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนได้ให้ข้อมูลบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 บทบาทของหน่วยงานท้องถิ่น

ในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่ แบ่งบทบาทการดูแลผู้สูงอายุตามภารกิจของหน่วยงานโดยแต่ละหน่วยงานจะดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหน้าที่ของตนเองที่ได้รับมอบหมาย เช่น กองสาธารณสุข ดูแลในเรื่องบริการเกี่ยวกับสุขภาพกายอนามัย กองสวัสดิการสังคม รับผิดชอบการดูแลบริการทางสังคม เช่นเดียวกับในพื้นที่กรุงเทพมหานครสำนักงานศูนย์บริการสาธารณสุข จะดูแลในเรื่องของสุขภาพกายและใจ ส่วนสำนักงานเขตพื้นที่จะดูแลในเรื่องเบี้ยยังชีพและการช่วยเหลือด้านสิ่งของ-เงิน แก่ผู้สูงอายุ

1) บทบาทตามภารกิจด้านสวัสดิการสังคม บทบาทการให้บริการด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานดังกล่าวแต่ละพื้นที่ผู้ที่รับผิดชอบจะเป็นหน่วยงาน ผู้นำชุมชนและแกนนำในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

กรรมการชุมชน มีบทบาทในการดูแลด้านสวัสดิภาพ ความเป็นอยู่ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบและบทบาทที่คล้ายคลึง และแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่

2) **บทบาทตามภารกิจด้านสุขภาพ** เป็นการดำเนินการให้บริการ เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ของผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานดังกล่าว หน่วยงานบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาล เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ แต่ละพื้นที่หน่วยงานที่รับผิดชอบมีบทบาทที่คล้ายคลึง

3) **ฐานข้อมูลผู้สูงอายุ**เป็นฐานข้อมูลที่หน่วยงานภาครัฐจัดทำขึ้น โดยจะเป็นการให้ ผู้สูงอายุมาลงทะเบียน หรือให้อาสาสมัครในพื้นที่เก็บข้อมูล และหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ส่วนใหญ่ผู้รับผิดชอบคือ กองสวัสดิการชุมชน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ ส่วนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีสำนักงานเขตแต่ละเขต รับผิดชอบ ซึ่งจะมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

3.1) การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ

ข้อมูลในฐานข้อมูลผู้สูงอายุ มีวิธีการเก็บรวบรวมจากหลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับประเภทของฐานข้อมูลแต่ละชนิด สามารถแบ่งได้ดังนี้

3.1.1) **ข้อมูลจากผู้สูงอายุมาลงทะเบียนด้วยตนเอง** ได้แก่ ฐานข้อมูลเบิยยังชีพ ผู้สูงอายุต้องมาลงทะเบียนเพื่อยืนยันสิทธิในการรับเบิยยังชีพ

3.1.2) **ข้อมูลจากการส่งบุคคลไปสำรวจข้อมูล** ได้แก่ ฐานข้อมูล จปฐ. ฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ฐานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่จัดบริการ อาสาสมัคร หรือชมรมผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน ทำการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของฐานข้อมูล เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้แบบฟอร์ม ADL สำรวจผู้สูงอายุ แล้วจัดส่งไปยังหน่วยบริการ ปฐมภูมิ และส่งต่อไปให้กับหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อรวบรวมต่อไป

3.1.3) **ข้อมูลจากการรับแจ้งจากบุคคลอื่น** ได้แก่ ฐานข้อมูลงาน สังคมสงเคราะห์โดยมีตัวแทนมาให้ข้อมูล เช่น อสม. เยี่ยมบ้าน พบผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ก็จะแจ้งมายังหน่วยงานที่รับผิดชอบ และมีการจัดเก็บข้อมูล ผู้สูงอายุขอใช้บริการรถฉุกเฉินของศูนย์บริการแพทย์ ฉุกเฉิน เทศบาลฯ จากนั้นเจ้าหน้าที่จะสังเกตจากสภาพร่างกายหรือการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุ หากป่วย เรื้อรัง หรือติดเตียงก็จะบันทึกสถิติเพิ่ม โดยฐานข้อมูลเหล่านี้ ได้แก่

1) **ฐานข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎร์ทั่วไป** ฐานข้อมูลนี้จัดทำโดยงานทะเบียนของท้องถิ่น เป็นข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของประชากร และเหตุการณ์ สำคัญในชีวิตของบุคคลหนึ่ง เช่น การเกิด ตาย แต่งงาน หย่า และย้ายที่อยู่

2) **ข้อมูลมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)** ฐานข้อมูลนี้ จัดทำโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นข้อมูลในระดับครัวเรือนที่แสดงถึงสภาพความจำเป็นของคนใน

ครัวเรือนในด้านต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเอาไว้ว่า คนควรจะมีคุณภาพชีวิตในเรื่องนั้นๆ อย่างไร ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้มีชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3) *ฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ* ฐานข้อมูลนี้จัดทำโดย กองสวัสดิการสังคม ขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล ส่วนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จัดทำโดย สำนักงานเขตพื้นที่ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในเขตการปกครองของตน มีรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อ-นามสกุล เพศ เลขบัตรประจำตัวประชาชน วันเดือนปีเกิด อายุ สถานภาพ ข้อมูลที่อยู่ของผู้สูงอายุ

4) *ฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน/ฐานข้อมูลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง หรือติดเตียง* ฐานข้อมูลนี้จัดทำโดยหน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น รพ.สต. ศูนย์บริการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร เป็นข้อมูลของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มติดสังคม เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิง 2) กลุ่มติดเตียง 3) กลุ่มติดบ้าน ส่วนกลุ่มที่ 2 และ 3 จัดเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง

บางพื้นที่มีฐานข้อมูลอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable diseases) หรือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของผู้สูงอายุ บางพื้นที่ มีข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกรมอนามัย เป็นการแบ่งกลุ่มตามสภาพอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังหรือติดเตียง นอกจากนี้ ในพื้นที่บางแห่งจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุแบ่งตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 – 69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 70 – 79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป)

5) *ฐานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ* โดยศูนย์บริการสาธารณสุข พื้นที่ กรุงเทพมหานคร ได้จัดทำข้อมูลชมรมผู้สูงอายุที่หน่วยงานตนเองรับผิดชอบ

6) *ฐานข้อมูลงานสังคมสงเคราะห์* โดยสำนักงานเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

7) *ฐานข้อมูลอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)* โดยเทศบาล

3.2) การนำฐานข้อมูลไปใช้ประโยชน์

การนำฐานข้อมูลไปใช้ประโยชน์ขึ้นอยู่กับลักษณะของฐานข้อมูลนั้นๆ โดยเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้แก่หน่วยงานภาคีฐานไปใช้ประโยชน์ เช่น การวางแผนจัดบริการ ด้านสุขภาพ การวางแผนการจัดสวัสดิการ เป็นต้น โดยสามารถสรุปการนำไปใช้ประโยชน์ของฐานข้อมูลได้ดังต่อไปนี้

1. การจัดส่งเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้แก่ผู้สูงอายุในอัตราแบบ
ขั้นบันได

2. รพ.สต. ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้สูงอายุนำไปใช้ในการจัดทำ
ประวัติสุขภาพของผู้สูงอายุ แล้วเชื่อมประสานงานกับทาง อปท. กองสวัสดิการสังคม และกองสาธารณสุขและ
สิ่งแวดล้อม ในการดำเนินการด้านการรักษาพยาบาลและด้านสุขภาพต่างๆ

3. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้นำมาใช้ดำเนินการเพื่อ
กำหนดบริการด้านสุขภาพ หากพบผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือพิการจะลงไปสำรวจในพื้นที่อีกครั้งเพื่อให้ความ
ช่วยเหลือ เช่น การลงพื้นที่ตรวจสุขภาพ รวมทั้งออกบัตรประจำตัวผู้พิการ

4. การใช้เพื่อเป็นฐานข้อมูล โดยคัดกรองผู้สูงอายุตามแต่ละ
ประเภทและให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น เพื่อจัดบริการการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยได้อย่าง
ถูกต้องและเหมาะสม หรือเสนอทาง อปท. เพื่อบริหารจัดการด้านการส่งเสริมอาชีพ ช่อมแซมบ้าน

5. ใช้เป็นฐานข้อมูลในการสมัครสมาชิกเพื่อเข้าชมรมผู้สูงอายุ
โดยคนที่ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนั้น จะต้องใช้บัตรประจำตัวได้ด้วยตนเอง ไปไหนมาไหนได้สะดวกไม่เป็น
ผู้สูงอายุติดเตียง

6. ใช้ในการติดต่อประสานงานทั่วไป เช่น กรณีผู้สูงอายุจาก
ภายนอกพื้นที่เข้ามาอาศัยอยู่กับลูกหลาน ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการต่างๆ อย่างคนในพื้นที่ เพราะรายชื่อผู้สูงอายุนั้น
ไม่ได้อยู่ในทะเบียนราษฎร์ แต่ทาง อปท. ได้ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีตามสมควรไป

7. ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส

8. การนำฐานข้อมูลมาใช้เพื่อวางแผนการทำโครงการกิจกรรม
ของชุมชน โดยโครงการ หรือกิจกรรมของแต่ละชุมชนก็แตกต่างกันไป โดยจะเน้นทางด้านสุขภาพและการ
ดูแลผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ให้ผู้สูงอายุและอาสาสมัครในกลุ่มต่างๆ มีบทบาทในการดำเนินโครงการ โดย
หน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่สนับสนุน

3.2 บทบาทของอาสาสมัคร/ กลุ่มชมรม

1) อาสาสมัคร กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน มีบทบาทด้านอำนวยความสะดวกให้
ผู้สูงอายุในชุมชน เยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือตามความจำเป็น และประสานงานระหว่างผู้สูงอายุและกับหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ประกอบด้วย อสม. อพส. อพม. อพมก. อปพร.

2) ชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทหน้าที่พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ
และการดำรงชีวิตในสังคม โดยชมรมผู้สูงอายุเกิดจากการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน
มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกันเองในทุกๆ ด้านและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การจัด
กิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง

3.3 บทบาทการดำเนินงานของหน่วยงานอื่นๆ มีบทบาทในการจัดบริการตามภารกิจของ
หน่วยงาน และมีบทบาทสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแล เช่น

1) ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทในการช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามความจำเป็นการสนับสนุนการรวมกลุ่มและการทำกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ

2) การศึกษาสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) กระทรวงศึกษาธิการมีบทบาทให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและให้ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเสริม รวมถึงการฝึกอบรมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ

3) สถาบันการศึกษา ในบางพื้นที่การดูแลผู้สูงอายุนั้นมีสถาบันการศึกษาเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เรื้อรัง ตัดเตียง ในพื้นที่ การออกแบบห้องน้ำเพื่อให้เข้าหลักเกณฑ์การใช้ประโยชน์ บางครั้งก็จะมีการออกแบบที่พักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุด้วย

4) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด มีบทบาทการจัดบริการสังคมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนการรวมกลุ่ม การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ถูกกระทำทารุณกรรม การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน รวมถึงให้การดูแลเรื่องเงินกู้ยืมผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพ การซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ การบริจาครถเข็นให้แก่ผู้สูงอายุ และการให้เงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ (ยกเลิกไปตั้งแต่ ตุลาคม 2557)

5) ภาคเอกชน เช่นบริษัทในเครือไทยออยล์บริษัทโลอ้อน หนองปรือ พัทยา ตลาดน้ำ 4 ภาค ปราสาทสังขารม เมืองจำลอง มิโมซ่า โจหลุยส์ โรงเรียนสอนตัดผม โรงเรียนไทยีโตะสอนภาษาอังกฤษ ได้เข้ามามีบทบาทส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

6) มูลนิธิ องค์กรสาธารณะประโยชน์ เช่น มูลนิธิไตรคุณธรรมมูลนิธิธรรมรัศมีมีณิรัตน์มูลนิธิคุณพ่อเรย์ให้บริการรถฉุกเฉิน โดยดูแลทุกกลุ่มเป้าหมายในชุมชน เหล่ากาชาด ร่วมแจกลสิ่งของให้บริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่

7) องค์กรศาสนา ในบางพื้นที่จะมีพระภิกษุสงฆ์เข้ามามีบทบาทร่วมกันดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

8) ภาคประชาชนทั่วไป มีบทบาทสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ โดยสมัครเป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจการเป็นอาสาสมัครในกิจกรรมต่างๆ การบริจาคทรัพย์สิน และสิ่งของเช่น ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตแล้วบริจาคเบี้ยเข้ากองทุนสวัสดิการสังคม การบริจาคเตียงคนไข้ เป็นต้น

ตอนที่ 4 การกำหนดนโยบาย และมาตรการการดูแลผู้สูงอายุ

4.1 การนำนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติในระดับชุมชน

1) ที่มาของนโยบาย

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่ที่ศึกษามีที่มาของนโยบายจาก 2 ส่วน คือ

1.1 นโยบายจากส่วนกลาง คือ รัฐบาล กระทรวงต่างๆ ที่กำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลและการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีนโยบายด้านการช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ เงินทุนประกอบอาชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น จากนั้นส่วนการปกครองท้องถิ่นจะแปลงนโยบายลงสู่การปฏิบัติ โดยบรรจุโครงการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุลงในแผน 3 ปี เพื่อเป็นการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1.2 นโยบายจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ นายกเทศมนตรี นายก อบต. ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

2) นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบ่งได้เป็น 2 แนวทาง คือ

2.1 นโยบายการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ สร้างเสริมเครือข่าย พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้าน รักษาพยาบาล และดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ชุมชนช่วยเหลือตนเอง ดูแลกันเอง โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ช่วยสนับสนุน การดูแลแบบองค์รวม ออกพื้นที่ติดตามทุกงาน และเยี่ยมบ้านทุกกลุ่มอายุ การดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม (ติดเตียง ติดบ้าน ติดสังคม) ตามลักษณะจำเพาะของแต่ละบุคคล ให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นและเร่งด่วนในแต่ละราย การบูรณาการงานในการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างกัน 2 ส่วน คือ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ การแบ่งพื้นที่ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุข โดยแบ่งการดูแลกันอย่างละครึ่งหนึ่งของพื้นที่ เพื่อไม่ให้งานซ้ำซ้อนกัน ผู้รับบริการไม่สับสน และยังสามารถสนับสนุนข้อมูลและช่วยเหลือด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน

2.1.1 มาตรการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

● มาตรการดูแลและการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะปรับใช้นโยบายในมิติของด้านสุขภาพ การรักษาผู้สูงอายุเบื้องต้น มาตรการดูแลและการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้านอื่นๆ เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา การดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม (ติดเตียง ติดบ้าน ติดสังคม) ตามลักษณะจำเพาะของแต่ละบุคคล ให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นและเร่งด่วนในแต่ละราย เป็นต้น

● มาตรการคัดกรองและตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ

มาตรการคัดกรองและตรวจสุขภาพผู้สูงอายุได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี ประจำเดือน การเร่งรัดบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นวัยผู้สูงอายุ การคัดกรองผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า การคัดกรองสมองเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม กิจวัตรประจำวัน โรคต่อกระฉก ภาวะทุพโภชนาการ ตรวจสุขภาพทั่วไป เช่น ทำประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน วัดรอบเอว และสะโพก ตรวจฟันผู้สูงอายุ การได้ยิน

- **มาตรการรณรงค์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ**

การรณรงค์ส่งเสริมสร้างภูมิคุ้มกันการเจ็บป่วยด้วยการ
ดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงและยั่งยืน

- **มาตรการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและจัดสวัสดิการแก่**

ผู้สูงอายุ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชน การนำนโยบาย
Long Term Care มาใช้จริงในพื้นที่เริ่มตั้งแต่รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่ แล้วแยกประเภท ติดสังคม
ติดบ้าน ติดเตียง การส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาล และสวัสดิการการ
รักษาพยาบาล

- **มาตรการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการดูแล**

ผู้สูงอายุ

การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ การ
สร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะปรับใช้นโยบายในมิติของด้านสุขภาพ
การส่งเสริมให้อาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ การปลูกจิตสำนึกคนในชุมชนให้เป็นคนมีจิตอาสามากขึ้น
โดยเฉพาะการมีจิตอาสาด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและในพื้นที่ เพราะจะเป็นการช่วยเหลือกันเบื้องต้นใน
พื้นที่ ตำบลนิคมสร้างตนเอง มีกองทุนสวัสดิการชุมชน โดยเริ่มจากฐานคนพิการในพื้นที่ ประชาชนในพื้นที่จะ
เห็นความสำคัญกับการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของผู้สูงอายุในรูปของ
การมอบเงินให้กับทางผู้สูงอายุในการเป็นค่าอาหารกลางวันเมื่อมีการทำกิจกรรมร่วมกัน หรือนำอาหารมาเลี้ยง
ผู้สูงอายุ และการดำเนินงานในพื้นที่แต่ละครั้งจะมีการวางแผนร่วมกันระหว่าง รพ.สต. อสม. อบต. ชมรม
ผู้สูงอายุ ว่าจะลงพื้นที่ที่ไหน ก่อน หลัง

- **มาตรการทำงานเชิงรุกและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ**

มาตรการทำงานเชิงรุกและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ได้แก่
การเยี่ยมบ้านที่ดี การทำงานเชิงรุกเข้าไปดูแลสุขภาพ

- **มาตรการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์**

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในบางพื้นที่มีการ
ประชาสัมพันธ์ในเรื่องข่าวสารต่างๆ รวมถึงเบี้ยยังชีพ ทุกเดือนตั้งแต่ต้นปี โดยผ่านเสียงตามสาย หนังสือพิมพ์
ตัววิ่ง เป็นต้น บางพื้นที่ลดขั้นตอนการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งการแจกเบี้ยยังชีพ มีการประชาสัมพันธ์ วิทยุ
ชุมชน เคเบิล รวมทั้งส่งหนังสือไปตามบ้านของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการฝึกอาชีพให้กับผู้สูงอายุบางพื้นที่ มี
หนังสือส่งแจ้งที่บ้าน ประชาสัมพันธ์ต่างๆ รวมทั้งให้ อสม. เป็นผู้บอกกล่าวแก่ผู้สูงอายุ มีการติดตามการตก
หล่นของเบี้ยยังชีพ และถ้าเป็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ เอดส์ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ทั้งสามกรณีส่วนนโยบายการให้

ความรู้ สร้างความเข้าใจการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และนำมาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ดิตเตียงที่ยังไม่มีผู้ดูแล

● มาตรการอบรมให้ความรู้และการแนะนำการช่วยเหลือ

ตนเอง

การอบรมให้ความรู้ในชุมชน ทั้งแกนนำ ผู้สูงอายุ ญาติ พี่น้องผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุและคนในชุมชนดูแลช่วยเหลือตนเองได้ นโยบายด้านการแนะนำช่วยเหลือตนเองได้ เช่น แนะนำในการทำเก้าอี้มีล้อเอง เพื่อฝึกการเคลื่อนไหวและช่วยตัวเองได้ แนะนำให้มีการทำราวจับเวลาเข้าห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุที่หลังค่อมงอ

● มาตรการจัดตั้งกลุ่มหรือพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะปรับใช้นโยบายในมิติของด้านสุขภาพ การจัดตั้งหมู่บ้านตัวอย่างผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งต่อเนื่อง และยั่งยืน หรือการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชน คือ สมาชิกต้องเสียเงินปีละ 100 บาท นอนโรงพยาบาลได้รับสวัสดิการเยี่ยม 500 บาท เสียชีวิตได้ 2,000 บาท คลอดบุตร 800 บาท การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุบ่อยครั้ง และการดูแลผู้สูงอายุในบ้านโดยชุมชน

2.2 นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคม

การพัฒนาด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีการนำนโยบายด้านสังคมมาใช้ในพื้นที่ นโยบายสำคัญได้แก่ นโยบายการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจโดยจ่ายเบี้ยยังชีพ ซึ่งแต่ละพื้นที่มีการดำเนินงานคล้ายคลึงกัน คือ การลงทะเบียนเร่งรัดเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ เพื่อรับเบี้ยยังชีพถึงบ้านสะดวกและทั่วถึง โดยประชาสัมพันธ์ในเรื่องข่าวสารต่างๆ รวมถึงเบี้ยยังชีพ ทุกเดือนตั้งแต่ต้นปี โดยผ่านเสียงตามสาย หนังสือพิมพ์ ตัววิ่ง เป็นต้นบางพื้นที่ลดขั้นตอนการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งการแจกเบี้ยยังชีพ มีการประชาสัมพันธ์ วิทยุชุมชน เคเบิล รวมทั้งส่งหนังสือไปตามบ้านของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการฝึกอาชีพให้กับผู้สูงอายุบางพื้นที่ มีหนังสือส่งแจ้งที่บ้าน ประชาสัมพันธ์ต่างๆ รวมทั้งให้ อสม.เป็นผู้บอกกล่าวแก่ผู้สูงอายุ มีการติดตามการตกหล่นของเบี้ยยังชีพ และถ้าเป็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ เอดส์ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพทั้งสามกรณีส่วนนโยบายการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และนำมาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ดิตเตียงที่ยังไม่มีผู้ดูแล

4.2 การจัดทำแผน/ โครงการ และการสนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

1) แหล่งงบประมาณ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการดำเนินงานของหลายหน่วยงาน โครงการ กิจกรรมที่ดำเนินงานจึงมีที่มาจากหลากหลายแหล่ง จำแนกได้ดังนี้

1.1) แหล่งให้การสนับสนุนงบประมาณหลัก คือ องค์กรปกครองท้องถิ่น จะจัดตั้งงบประมาณสนับสนุนงานด้านผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนงบประมาณทางชมรมผู้สูงอายุ ประมาณ 5 – 6 แสนบาทต่อปี เพื่อจัดกิจกรรมในนามของเทศบาลทุก 2 เดือน การให้การสนับสนุนงบประมาณโครงการผู้สูงอายุ

งบประมาณ 70,000 บาท/ปี และสนับสนุนการจัดกิจกรรมทุกวันพฤหัสบดีแรกของทุกเดือน โดยสนับสนุนเป็นค่าอาหารในการทำกิจกรรมของชมรม การสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง กิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ

1.2) การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพของคนในชุมชน เช่น การตรวจสุขภาพ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ

1.3) การบริจาคจากสมาชิกกันเอง และผู้บริจาคอื่นๆ รวมถึงได้รับเงินบริจาคจากญาติผู้เสียชีวิตในการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ

1.4) การเขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก

2) ที่มาของแผนงาน โครงการ กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ

2.1) โครงการที่เป็นนโยบายจากส่วนกลาง พื้นที่รับมาดำเนินการ เช่น กรุงเทพมหานคร จะเป็นผู้กำหนดนโยบายและโครงการให้หน่วยงานระดับพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการ

2.2) โครงการที่มาจากการสำรวจรวบรวมความต้องการของชุมชน โครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนที่จะกำหนดโครงการ/กิจกรรม มีการเข้าไปสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุ โดยใช้เวทีประชาคม ร่วมกับข้อมูลจาก อผส. ซึ่งไปสำรวจทุกบ้าน นำมาจัดไว้ในแผนพัฒนาฯ เพื่อจัดสรรงบประมาณ

2.3 โครงการตามความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงาน หน่วยงานภาครัฐ กองทุนต่างๆ เช่น โครงการส่งเสริมอาชีพ โครงการส่งเสริมความรู้ หรือการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยการดำเนินโครงการดังกล่าวจะมีหน่วยงานภาครัฐในระดับพื้นที่เป็นผู้ช่วย เช่น การสนับสนุนวิทยากร การประสานงานกับหน่วยงานที่มีกองทุน เป็นต้น

4.3 ลักษณะโครงการ/ กิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุน

องค์กรปกครองท้องถิ่น อบต. เทศบาล สนับสนุนโครงการกิจกรรมทางด้านสังคม เช่น โครงการฝึกอาชีพ นันทนาการ รำกลองยาว กีฬาผู้สูงอายุ การส่งเสริมการจัดกิจกรรมพัฒนาจิตใจและคุณภาพชีวิตตามประเพณี วัฒนธรรม วันสำคัญทางศาสนาและพระมหากษัตริย์ เช่น งานประเพณีลอยกระทง สงกรานต์ วันผู้สูงอายุ รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ สืบชะตาผู้สูงอายุในตำบล การให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในเขตรับผิดชอบการพาผู้สูงอายุไปศึกษาดูงานของกลุ่มผู้สูงอายุทั้งในจังหวัด และต่างจังหวัด

ส่วนของหน่วยงานด้านสาธารณสุข สนับสนุนโครงการกิจกรรมทางด้านสุขภาพ เช่น โครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย การตรวจคัดกรอง การตรวจรักษา การตรวจสุขภาพประจำปี การออกหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ อาสาสมัคร แบ่งประเภทของโครงการที่ได้รับการสนับสนุน ได้ดังนี้

1) โครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.1) กิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น

- การรำมวยไทเกก การรำไม้พอง การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายตามลานกิจกรรมหรือเครื่องออกกำลังกายประจำชุมชน

- โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม
- รำกระบอง ฝึกทักษะการใช้ระบบในร่างกาย รำกลองยาว
อังกฤษ

- การจัดกิจกรรมสันทนาการ
- การออกกำลังกายโดยการดัดแปลงใช้ท่อน้ำมาทำเป็นอุปกรณ์
ในการออกกำลังกาย

- การแสดงศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน เช่น รำปรบไก่ ลิเก ลำตัด
เพลงพวงมาลัย เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นการออกกำลังกายอีกวิธีหนึ่ง

1.2) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ เช่น

- การอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การบริโภค
อาหารที่เหมาะสมกับวัย การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การให้ความรู้เรื่องสิทธิที่ผู้สูงอายุได้รับ

- โครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การตรวจวัดความดัน ชั่งน้ำหนัก

- โครงการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ อสม. ในเรื่องการดูแล
ผู้สูงอายุ

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. มหาวิทยาลัย กศน.
และชุมชนผู้สูงอายุ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การตรวจวัด
ความดัน การชั่งน้ำหนักรวมถึงการอบรมภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ สอนการเคลื่อนตัว การพลิกตัวดูแลเรื่องแผล

- ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลนครปฐม ให้ความรู้เกี่ยวกับการ
ทำกายภาพบำบัดให้กับผู้สูงอายุติดเตียง

- กศน. ให้ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเสริม
- โครงการอุดหนุนศูนย์ สสมช. เพื่อพัฒนาอาชีพสู่การพัฒนา

สุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรู้ในหลักการดูแลผู้สูงอายุและ
ผู้พิการ รวมถึงคาดหวังว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานจะมีความรู้ในหลักการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน

1.3 ศูนย์บริการ เช่น

- โครงการศูนย์ส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุเสริมสร้างสุขภาพ
แข็งแรงทั้งกายและใจ

- โครงการศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน

- ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ

2) โครงการเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง รักษาพยาบาล เช่น

- โครงการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสายตา ตาต้อกระจก ตัดแว่น
- โครงการดูแลผู้สูงอายุ (ระยะยาว) โครงการกายภาพบำบัด โครงการตรวจสุขภาพ โครงการบริการรถฉุกเฉิน
- โครงการประกวดผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี
- โครงการสำหรับผู้สูงอายุและผู้บำเพ็ญประโยชน์ที่มีปัญหาทางสายตา โดยมีการคัดเลือกผู้สูงอายุและผู้บำเพ็ญประโยชน์ที่มีปัญหาทางสายตาและตัดแว่นตาให้แก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสายตา
- โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา มีบริการตรวจคัดกรองทางสายตาสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางสายตา พร้อมทั้งมีบริการผ่าตัดโรคต้อกระจกให้แก่ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่เป็นโรคต้อกระจก
- โครงการป้องกันภัยห้วงใยสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยจัดให้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างถูกวิธี ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ
- โครงการธนาคารเตียงผู้ป่วย
- โครงการสู่วัยฟันสวยด้วยรอยยิ้ม มีการแจกแปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ และมีการจัดอบรมการดูแลสุขภาพของช่องปากและฟัน
- กิจกรรมทำฟัน และดูแลรักษาทำความสะอาดช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ
- โครงการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า โครงการคัดกรองสมองเสื่อม. โครงการคัดกรองข้อเข่าเสื่อม โครงการคัดกรองกิจวัตรประจำวัน โครงการคัดกรองโรคต้อกระจก โครงการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ โครงการตรวจสุขภาพทั่วไป เช่น ทำประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน วัดรอบเอว และสะโพก โครงการตรวจฟันผู้สูงอายุ
- โครงการวิทยาลัยเพื่อชีวิตผู้สูงวัยใส่ใจสุขภาพ ใช้งบประมาณของหลักประกันสุขภาพ รูปแบบการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะการพึ่งพิง โดยการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อคัดกรองแยกประเภทผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียงได้จัดทีมบุคลากรการแพทย์ทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพเข้าไปดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านจะมีการเข้าไปเยี่ยมบ้านเช่นเดียวกัน และแก้ไขปัญหาที่พบ สำหรับผู้สูงอายุที่ติดสังคม จะลดภาวะพึ่งพาพึ่งพิง โดยจะเปิดเป็นคอร์ส เป็นหลักสูตรที่ทางฝ่ายสาธารณสุขได้ทำขึ้นมา

3. โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และการเยี่ยมเยียน ผู้สูงอายุ เช่น

- โครงการตรวจเยี่ยมผู้พิการ ผู้สูงอายุ การลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน

- โครงการเยี่ยมบ้าน โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน โครงการเยี่ยมผู้สูงอายุและ
ตรวจสอบสุขภาพที่ชุมชน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง

- โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยดู
จากสภาพแวดล้อม ที่อยู่ โรค มีการติดตามการใช้ยาของโรค เช่น โรคเบาหวาน วัณโรค หัวใจ ความดัน
ซังน้ำหนักร คัดกรองสุขภาพ และมีการลงเยี่ยมซ้ำเป็นประจำ

- โครงการเพื่อนเยี่ยมเพื่อน โดยการออกเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง
ร่วมกับ อบต. รพ.สต. อสม. ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ และการให้ของเยี่ยม

- โครงการเยี่ยมเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่
สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

- การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง โดยแบ่งออกเป็น ตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุปกติ
ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวที่ไม่มีใครดูแล ทั้งนี้การตรวจเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ต้องมีการเขียน
รายละเอียดผู้ป่วยว่ามีอาการดีขึ้นหรือต้องส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาเพิ่มเติม

- โครงการเยี่ยมบ้านจาก อบต. โดยการออกดูแลผู้สูงอายุถึงที่บ้านเพื่อ
สำรวจความต้องการ พร้อมกับชมรมผู้สูงอายุ ที่ได้มีการดำเนินงานโดยกลุ่มเครือข่ายผู้สูงอายุ

- กิจกรรมผู้น้อยดูแลผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป เมื่อมีกิจกรรม
จะได้รับสิทธิพิเศษจากผู้น้อยในการช่วยเหลือ และให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ

- กิจกรรมทางพระพุทธศาสนา มีการนิมนต์พระเพื่อไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ
ที่ติดเตียง เพื่อเป็นการสวดมนต์ไหว้พระ เพื่อความเป็นสิริมงคล ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีความสุขทางใจ

- กิจกรรมการถ่ายทอดประเพณีให้กับนักศึกษามหาวิทยาลัย และนักเรียน
โรงเรียนมัธยมในพื้นที่ เพื่อเป็นการอนุรักษ์ประเพณีอันดีงามไว้ให้ลูกหลานต่อไป

4. โครงการส่งเสริมอาชีพของผู้สูงอายุ เช่น

- โครงการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โครงการนวดแผน
โบราณ ประดิษฐ์ดอกไม้จันทน์ การบุร ลูกประคบ

5. การศึกษาดูงาน เช่น

- โครงการศึกษาดูงาน พาผู้สูงอายุไหว้พระ ทักตักศึกษานอกสถานที่
- โครงการพาผู้สูงอายุปฏิบัติธรรม
- ร่วมกิจกรรมสัจจกรับกับเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุจังหวัด

6. โครงการด้านประเพณีวัฒนธรรมต่างๆ เช่น

- การจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา และประเพณีต่างๆ เช่น การรด
น้ำดำหัวผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ โครงการสวดมนต์ การมอบของขวัญให้กับผู้สูงอายุในวันสงกรานต์

- โครงการวันผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ชุมชนทุกชุมชนเสนอเพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมและประเพณีอันงามของไทย และความสำคัญของวันผู้สูงอายุ อีกทั้งเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อคนในชุมชน

- โครงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ มีการจัดมหกรรมเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น รดน้ำดำหัว การรับขวัญสมาชิกใหม่ โดยเอาครอบครัว ลูกหลาน หรือกิจกรรม 3 วัย (ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก) เข้าร่วมกิจกรรม การจัดกิจกรรมทางศาสนาของอิสลามหลังสงกรานต์ วันอีด (ถือศีลอด) การจัดนิทรรศการเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ และอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ

- ค่ายศีลธรรม ค่ายทางศาสนาอิสลาม

- การเผยแพร่กิจกรรมการแสดงศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน คือ รำปรบไก่ ร้องเพลงพวงมาลัย ในกิจกรรมเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม

- การถ่ายทอดประเพณีวัฒนธรรม ให้กับเยาวชนรุ่นใหม่ เพื่อเป็นการอนุรักษ์ประเพณีวัฒนธรรมไว้ให้เยาวชนรุ่นต่อไป

7. โครงการเพื่อส่งเสริมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เช่น

- โครงการให้ความรู้การเข้าถึงสิทธิ ตามรัฐธรรมนูญ

- โครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้แก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ให้มีความรู้ความเข้าใจและนำมาประยุกต์ใช้ได้ทุกๆ 2 เดือน

- โครงการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งในแต่ละชุมชนจะเป็นผู้เสนอเข้ามา เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี โดยมีกิจกรรมการจัดอบรมศึกษาดูงานชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย จิต โดยนั่งสมาธิ “จิตใส ใจสุข”

- โครงการส่งเสริมภูมิปัญญาผู้สูงอายุในท้องถิ่น

- การติดตามประเมินผลโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยการสังเกต ติดตาม การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

- การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

- การอบรมให้ความรู้แก่ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ ตัดบ้าน ติดเตียง อย่างถูกวิธี

8. โครงการเกี่ยวกับการช่วยเหลือสงเคราะห์ เช่น

- โครงการส่งเสริมสวัสดิการ การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ฅาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มการออมในชุมชน

- โครงการสร้างหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุ ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ยากไร้ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพในการดำรงชีวิต ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่เป็นภาระของครอบครัว

- โครงการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในหลักเกณฑ์จะได้รับเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพและตามนโยบายของรัฐบาล (เงินอุดหนุนเฉพาะกิจ) ในอัตราแบบขั้นบันได อายุ 60 – 69 ปี คนละ 600 บาทต่อเดือน, อายุ 70 – 79 ปี คนละ 700 บาทต่อเดือน, อายุ 80 -89 ปี คนละ 800 บาทต่อเดือน, อายุ 90 ปีขึ้นไป คนละ 1,000 บาทต่อเดือน

- โครงการบ้านเกิดพระเกียรติให้กับผู้สูงอายุในตำบลทับกว้างและตำบลเพนียด จ.ลพบุรี

- โครงการดูแลที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุ
- การมอบของให้แก่ผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุ
- โครงการการบริหารจัดการครัวเรือนยากจนแบบบูรณาการ (ทีมเคาะประตูบ้าน) 4 กระบวนการ ได้แก่ ชี้นำชีวิต จัดทำเข็มทิศชีวิต การบริหาร และดูแลชีวิต
- โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ

3) การแบ่งความรับผิดชอบ

3.1) แบ่งตามประเภทของผู้สูงอายุ

มีแผนงานแยกชัดเจนระหว่าง 1. กลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิงเน้นลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ตรวจรักษา ให้ความรู้ กายภาพบำบัด 2. กลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป ที่ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถเดินทางมารับบริการได้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลฯ หรือ รพ.สต.คูคต

3.2) การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุแยกเป็นรายหมู่ และตามการประเมิน ADL (การประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ) เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการติดตามเยี่ยมเยียนตามกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มติดสังคม ได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล ในการให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งได้รับการบริจาคจากสมาชิกชมรม และผู้บริจาคนอกชมรม โดยการดำเนินงานของชมรมจะมีกิจกรรมประชุมสังสรรค์ทุกวันพฤหัสบดีแรกของเดือน มีกิจกรรมบริการทางด้านสุขภาพ คือ การวัดความดัน การชั่งน้ำหนัก

2. กลุ่มติดบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ลงพื้นที่เยี่ยมเยียนพูดคุยเพื่อให้กำลังใจ

3. กลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานเข้าฟื้นฟู บำบัด เพิ่มฟื้นฟู/กายภาพบำบัด

3.3) แบ่งตามหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่โดยตรงจะเป็นผู้รับผิดชอบเป็นหลัก เช่น โครงการเกี่ยวกับสุขภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตพื้นที่ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการทางสังคมที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นของสำนักงานเขตพื้นที่ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ตอนที่ 5 แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

5.1 แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง

5.1.1 แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มได้กล่าวถึงทิศทางของผู้สูงอายุพึ่งพิงไปในทิศทางเดียวกัน คือมีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อัตราการเกิดน้อย จากคำกล่าวว่า

“พื้นที่ที่มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิงมีมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด” (ต.สระกะเทียม อ.เมือง จ.นครปฐม) สอดคล้องกับ ต.คูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี ที่กล่าวว่า “ปัจจุบันผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยเรื้อรัง มีประมาณ 600 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของผู้สูงอายุในชุมชน ในจำนวนนั้น มีผู้สูงอายุติดเตียง 80 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ของคนในชุมชน คิดว่าสถานการณ์ในอนาคตน่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น” และบางพื้นที่มีจำนวนผู้สูงอายุ 100 ปีขึ้นไปจำนวน 4 คน และคนในครอบครัวของผู้สูงอายุแต่ละคนช่วยเหลือดูแลกันเป็นอย่างดี” (เทศบาลนครแหลมฉบัง) และ “แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและอัตราส่วนที่เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น” (ต.น้ำริด อ.เมือง จ.อุดรธานี)

5.1.2 สาเหตุการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง

สถานการณ์ในอนาคตน่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเนื่องมาจากการย้ายถิ่นฐานเข้ามาอาศัยกับลูกหลานและประกอบอาชีพ ซึ่งการย้ายถิ่นฐานเข้ามาอาศัยไม่ใช่เพียงแต่ผู้สูงอายุเท่านั้น โดยมีบุคคลที่อายุ 57 ปี 58 ปี 59 ปี ได้ย้ายมาประกอบอาชีพในพื้นที่ เมื่ออายุครบ 60 ปี ไม่ได้ย้ายกลับภูมิลำเนาเดิมแต่ยังคงประกอบอาชีพในพื้นที่เพราะยังมีสุขภาพสมบูรณ์และแข็งแรง ส่วนแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบ่อ่าง เพิ่มขึ้นแต่ไม่มาก (ต.บ่อ่าง อ.เมือง จ.สงขลา) สอดคล้องกับพื้นที่ ต.คูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี ที่กล่าวว่า พื้นที่นี้เป็นชุมชนเมืองและสามารถขยายเพิ่มได้อีก เพราะยังมีพื้นที่ชนบทหลงเหลืออยู่มาก ทำให้งานจะมีประชากรอพยพเข้ามาอีก ซึ่งในจำนวนนั้นจะมีผู้สูงอายุพึ่งพิงรวมอยู่ด้วย และแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิงในพื้นที่เพิ่มขึ้นจากโรคชราและโรคอัมพฤกษ์ (ต.พุมเรียง ต.ทุ่ง และ ต.เลม็ด อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี)

แนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชนสามารถ แบ่งได้เป็นสองกลุ่ม ได้แก่

5.2.1 กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องมีกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก อันได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัวของผู้สูงอายุ และชุมชน โดยรายละเอียดมีดังนี้

1) ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเรียนรู้และตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระให้แก่ครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ผู้สูงอายุต้องเป็นศูนย์กลางของการดำเนินงานที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องช่วยกันดูแลและหนุนเสริมการดำเนินงานของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุควรมีกระบวนการในการดูแลตนเอง เช่น การดูแลตนเองในด้านอาหารและการออกกำลังกาย การฝึกฝนด้านความจำ การฝึกกายภาพ เป็นต้น สำหรับการให้คุณค่าผู้สูงอายุ ชุมชนและสังคม ควรเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานเพื่อสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของสังคมและมีความสุขทางจิตใจ

2) ครอบครัว

ครอบครัวในฐานะที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุจะต้องรับรู้ถึงบทบาทตนเองในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การส่งเสริมให้คนในครอบครัวและชุมชนดูแลกันเอง คนในครอบครัวเป็นยาสำคัญที่รักษาอาการป่วยต่างๆของผู้สูงอายุได้ดี และสามารถส่งต่อวิธีการดูแลผู้สูงอายุในบ้านให้ดูแลสืบต่อกันไปหลายชั่วอายุคน เด็กที่โตมาเห็นการดูแลของผู้ใหญ่กับบุพการีหรือผู้สูงอายุเด็กก็จะเกิดการเลียนแบบและทำตามที่เคยเห็นการดูแลมา วิธีการดูแลอาจจะไม่ถูกต้องและทันสมัยทั้งหมด แต่เป็นการดูแลด้วยความห่วงใย ซึ่งอาจจะส่งผลให้กำลังใจของผู้ป่วยดีขึ้น

การสร้างความเข้าใจ และสนับสนุนความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว ควรมีการส่งเสริมให้มีการดูแลโดย ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพราะอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำบ้าน เพื่อที่จะได้ดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกวิธีและลดจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งโดยการบูรณาการดูแลผู้สูงอายุของทุกภาคส่วน ท้องที่ ท้องถิ่น โดยการฝึกอบรมให้ความรู้ สร้างความเข้าใจแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเป็นการสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างคนในครอบครัวอีกด้วย เพราะคนที่เข้าใจและดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัว ซึ่งได้แก่ ลูก หลาน

3) ชุมชน

ชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องในการสอดส่องให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ไม่ประสบปัญหาในด้านต่างๆ จึงมีหน้าที่ในการให้ความรู้และกำลังใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ชุมชนควรมีกระบวนการในการจัดการตนเอง มีกระบวนการในการดำเนินงาน ตามความต้องการของชุมชน เน้นการมี

ส่วนร่วม คิดเอง ทำเอง เพื่อความยั่งยืน เน้นกิจกรรมที่มองว่าเป็นปัญหาของพื้นที่ เพื่อสะท้อนถึงปัญหา/ความต้องการ ให้ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริงเพื่อนำมาสู่การแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่จริงๆ

การสร้างจิตสำนึก ความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน โดยหน่วยงานต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการดำเนินงานเพื่อชุมชน อันจะส่งผลให้สังคมเข้มแข็ง ควรปลูกจิตสำนึกให้คนในชุมชนมีจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

5.2.2 กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ หากพิจารณาถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุน ได้แก่ ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคธุรกิจ จะต้องมีส่วนในการสนับสนุนให้กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในการดูแลผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ภาครัฐ

ภาครัฐ เช่น หน่วยงานกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงสาธารณสุข จะต้องมีการดำเนินโครงการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น โดยแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชนสำหรับภาครัฐ คือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอย่างจริงจัง โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน และดำเนินการอยู่ในพื้นที่ชุมชน มีการจัดเวทีสร้างความเข้าใจของผู้นำชุมชน ทั้งผู้ใหญ่บ้าน สท. สจ. นายกฯ ให้ผู้นำเห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุในหมู่บ้านว่าในแต่ละหมู่บ้านมีผู้สูงอายุจำนวนเท่าไร มีปัญหาด้านไหนบ้าง ควรได้รับการดูแลอย่างไร

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะหน่วยงานภาครัฐซึ่งอยู่ในพื้นที่จะต้องมีการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อจัดกิจกรรมหรือโครงการที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นจะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานทางสังคม

การจัดแผนงานดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม การขับเคลื่อนเชิงนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีแผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแลผู้สูงอายุโดยแผนการพัฒนาดังกล่าวต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทุกฝ่าย

3) ภาคประชาชน

ภาคประชาชนควรมียุทธศาสตร์ในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาความรู้และศักยภาพของอาสาสมัคร ทั้ง อสส.อสม. อพส.

ให้สามารถดำเนินการดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้ ทั้งนี้อาจเสริมแรงโดยการมอบรางวัล
มอบโล่ ให้มีเงินตอบแทนพิเศษสำหรับอาสาสมัครที่ทำงานได้ดี

การให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และติดเตียง เจ้าหน้าที่
หรือ อสม. ควรลงเยี่ยมบ้านในกรณีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง และผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลและ
พัฒนาคุณภาพชีวิต

4) ภาครัฐกิจ

ภาครัฐกิจ มีส่วนในการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือสังคมที่
ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ การพัฒนาประเภทธุรกิจบริการ โดยการให้ครอบครัวที่สามารถจ่าย
ค่าบริการได้ ช่วยจ่ายเงินการใช้บริการ โดยให้เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่ง ดังผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ
14.6 ต้องการบริการประเภทนี้ และร้อยละ 6.9 สามารถจ่ายเองได้ทั้งหมด

ดังนั้นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก จะมีจุดที่มีการเชื่อมโยงกันของ
ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน นั้นแสดงว่า ระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่
จะต้องดำเนินการร่วมกันโดยคำนึงถึงผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งจะมีกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนเป็น
หน่วยงานที่คอยส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนได้เข้าร่วมอันจะนำไปสู่
คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

อีกทั้งการทำงานเชิงรุกให้เพิ่มมากขึ้น โดยการดำเนินงานของภาค
ประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชน รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน และการพัฒนา อสม.
ในพื้นที่ เช่น สนับสนุนให้มีการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อีกทั้งการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการดูแล
บางพื้นที่ที่ต้องการนำเทคโนโลยีมาช่วยสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การใช้โทรศัพท์หาเพื่อน
บ้านมาดูแล ความปลอดภัย หรือระบบกดกริ่ง

5.3 แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แนวทางการดูแลและสนับสนุนการดูแลพึ่งพาตนเองโดยครอบครัวและชุมชน

5.3.1 การทำแผนและเตรียมงบประมาณรองรับ

การทำแผนและเตรียมงบประมาณรองรับ โดยการจัดทำแฟ้มประวัติและแยก
ผู้สูงอายุออกมาเป็นหมวดหมู่ของแต่ละหมู่บ้านโดยแยกประเภทเป็น 3 ประเภท ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุ
ติดบ้าน และผู้สูงอายุติดสังคม แล้ววางแผนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละประเภทให้เหมาะสม หากพบปัญหาที่จะ
ประสานความช่วยเหลือเข้ามาดูแลผู้สูงอายุตามระบบต่อไป

บางพื้นที่อาจแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ออกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ
ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ยากไร้ยากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และผู้สูงอายุที่มีฐานะช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อ
ง่ายต่อการจัดระดับความสำคัญในการช่วยเหลือเนื่องจากผู้สูงอายุมีความต้องการที่แตกต่างกัน

5.3.2 เสริมสร้างความแข็งแรงของกลุ่มและคนในชุมชน

1) การดูแลในครอบครัว ลูกหลานเครือญาติ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุต้องดูแลอย่างใกล้ชิดคอยประสานงานกับอาสาสมัครและหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนบทบาทสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เน้นให้ความรู้กับญาติในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยทำความเข้าใจกับผู้ดูแล ให้ความรู้ และ อาสาสมัคร ให้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การอบรมให้ความรู้กับชุมชน เช่น การดูแลสุขภาพ ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุไม่มีโรค การปรับทัศนคติ เรื่องการดูแลสุขภาพ อาหารการกิน การประชาสัมพันธ์การรับประทานอาหารรสไม่จัด เป็นต้น การฝึกอบรมให้ความรู้ ในเรื่องหลอดเลือด สมอ และโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุจำนวนมาก เช่น ข้อเสื่อม สมอเสื่อม สายตา เพื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจะได้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง การอบรม Caregiver ให้สามารถดูแลขั้นพื้นฐานได้ จากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้การช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ครอบครัว

2) การดูแลในชุมชน เป็นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ในการบูรณาการการทำงานร่วมกันเพื่อดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยมีการทำงานที่เป็นระบบ เน้นการเฝ้าระวัง ป้องกันและรักษา โดยมีการดำเนินงานต่างๆ มากมาย อาทิเช่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด เช่น อาสาสมัครหมู่บ้าน การดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพ รวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชนที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น รถฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล การปรับสถานที่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุพึ่งพิง เช่น ทางลาด ราวจับ ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงพื้นที่ เช่น เปลี่ยนสายปัสสาวะให้กับผู้ป่วยติดเตียง

การนำผู้สูงอายุติดสังคมที่มีสุขภาพแข็งแรงมีศักยภาพพอที่จะเป็นกลุ่มแกนนำของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมเสริม เข้าเยี่ยมให้กำลังใจขั้นต้นแก่ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ติดบ้าน เพื่อรับฟังปัญหาและนำมาหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่ม อสม. ที่มีจิตอาสาและมีศักยภาพขึ้นมาเป็นแกนนำเพื่อเข้ามาช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว โดยมีการเข้าไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเบื้องต้น จะได้รับทราบปัญหาของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ว่ามีปัญหาอะไรบ้าง เพื่อจะได้นำข้อมูลปัญหาที่ได้ไปประสานขอความช่วยเหลือหน่วยงาน ในพื้นที่เข้ามาช่วยเหลือต่อไป ส่วนทางด้านผู้สูงอายุติดสังคมควรหาอาชีพหรืองานอดิเรกมาให้ทำ การจัดอบรมแกนนำผู้สูงอายุ ญาติ พี่น้อง ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน มีการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การจัดอบรม อสม.ในพื้นที่ให้มีความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยจะให้ เป็น อสม.เชี่ยวชาญ โดยจะมีการพัฒนาอบรมให้ อสม.เป็นผู้มีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้สูงอายุพิการ เพื่อเป็นการดูแล และช่วยเหลือคนในชุมชนกันเองก่อนที่จะแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพจะเข้าไปช่วยดูแล

3) การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานในพื้นที่มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบลักษณะของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจเยี่ยมบ้านเป็นประจำทุกเดือน ซึ่ง อสม. จะมีการดูแลโดยละเอียดแบบเจาะลึก โดยอสม. เป็นผู้คัดกรองการประเมิน

อสม. เข้าดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม ในการให้คำแนะนำ ตรวจสอบสุขภาพ ดูแล โดยทั่วไปอย่างทั่วถึง หากพบว่าผู้สูงอายุท่านใดมีปัญหาสุขภาพมาก และเรื้อรังก็ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อประสานงานช่วยเหลือต่อไป รวมทั้งการดำเนินงานในพื้นที่จะมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน โครงการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุทุกโครงการ โดยความร่วมมือของ อบต. รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุ ในการติดตาม ประเมินผล โดยเยี่ยมบ้าน ฟังผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทำกายภาพ และสรุปผลการดำเนินงานเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

4) ใช้เครือข่ายภายนอกชุมชนร่วมดูแล

การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน และต้องใช้ งบประมาณในการดำเนินงานอย่างมาก และถ้าต้องการให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จต้องมีการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ลำพังหน่วยงานภายในพื้นที่ไม่สามารถที่จะดำเนินการได้อย่างทั่วถึง และต่อเนื่อง เพราะงบประมาณต้องใช้ดูแลทุกกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินงานจะให้ประสบผลสำเร็จ ต้องอาศัยความ ร่วมมือจากเครือข่ายภายนอกชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ฉะนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องแสวงหาภาคีเครือข่ายภายนอกในการทำงานร่วมกัน เช่น

กรณีผู้สูงอายุที่เป็นประชากรแฝงเข้ามาอยู่อาศัยในพื้นที่ เทศบาล ภาษีอากร จะเข้าไปช่วยเหลือดูแล ซึ่งเป็นนโยบายช่วยเหลือคนในพื้นที่ โดยในบางรายทางเทศบาลไม่ สามารถช่วยเหลือเองได้จะประสานไปยังมูลนิธิต่างๆ ให้เข้าช่วยเหลือ หรือให้ผู้ที่เป็นประชากรแฝงย้ายหรือ มีการฝากชื่อไว้ในทะเบียนบ้านเพื่อให้ได้รับสวัสดิการได้อย่างเต็มที่ สถาบันการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมใน การดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน โดยจะเป็นทั้งการดูแลป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การ บำบัด และฟื้นฟู รวมถึงการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดัดเตียง

5.3.3 แนวทางการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันทุกหน่วยงาน โดยส่งเสริมให้เกิด การบูรณาการการทำงานร่วมกันในชุมชนก่อให้เกิดการทำงานที่ครบวงจร เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนงบประมาณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินงานร่วมกับประชาชนในพื้นที่ หรือในการ ทำกิจกรรมร่วมกัน วันแจกเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ มีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุและมีสาธารณสุขเข้ามาตรวจ สุขภาพ การดำเนินงานบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับทุกหน่วยงาน โดยมีการแบ่งงานกันทำที่ชัดเจน ทั้งใน พื้นที่ และนอกพื้นที่ ดังนี้

- 1) อบต. การดูแลด้านสวัสดิภาพ ความเป็นอยู่
- 2) รพ.สต. การดูแลสุขภาพ เยี่ยมเยียน รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้พิการ โรคเรื้อรัง
- 3) อสม. เยี่ยมเยียน การดูแลสุขภาพ
- 4) ชมรมผู้สูงอายุ ด้านสังคม เพื่อนเยี่ยมเพื่อน
- 5) มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม โดยคณะพยาบาลศาสตร์ เข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดัดเตียง

6) กศน. ให้ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเสริม

7) พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด

สรุปผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน พบว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีเพิ่มขึ้นแต่ในชุมชนไม่มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไว้คนเดียว ถึงแม้จะมีผู้สูงอายุบางรายซึ่งอยู่ในชุมชนจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังสืบเนื่องจากไม่มีญาติ แต่ในชุมชนได้ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่ที่พบส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และปัญหาของชุมชนในเรื่องการขาดบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชนมีการจัดบริการแบ่งเป็น 2 ประเภท คือบริการด้านสุขภาพ และบริการด้านสังคม โดยบริการด้านสุขภาพมี รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน มีกระบวนการดำเนินงานตั้งแต่ป้องกัน ดูแล เยี่ยมเยียน รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้พิการ โรคเรื้อรัง ซึ่งมีการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งอำนวยความสะดวกตามความจำเป็นให้กับผู้สูงอายุ ส่วนการบริการด้านสังคม มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ อาทิเช่น การทำทางลาด ราวบันได เป็นต้น โดยการดำเนินการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ทั้งภายนอกและภายในพื้นที่ และการดำเนินงานแต่ละครั้งจะมีการวางแผนการทำงานร่วมกันในการลงพื้นที่เพื่อให้การดูแลครอบคลุมผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มากที่สุด

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่หน่วยงานในระดับชุมชนที่มีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนของ อบต. รพ.สต. โดยมีการจัดทำฐานข้อมูลในการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ และการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานต่างๆ ที่กำหนดขึ้น การดำเนินงานมีทั้งการจัดทำแผนงานโครงการในการดำเนินงาน และสนับสนุนงบประมาณให้กับผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

บทที่ 7

บทสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ศึกษารูปแบบวิธีการและระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว และศึกษาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) คัดเลือกประชากรที่ใช้ในการศึกษาจากกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 249 คน และผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้จำนวน 1,184 คน และการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน จำนวน 392 คน ผลการศึกษาโดยสรุปมีดังนี้

1. สรุปผลการศึกษา

ความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน หมายถึงความต้องการบริการสุขภาพและสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและความคาดหวังของผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาวในอนาคต

ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจำนวน 249 คน ร้อยละ 53.8 เป็นเพศหญิง อายุ 75-79 โดยมีอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี และอายุสูงสุดคือ 100 ปี มีอายุเฉลี่ย 78.4 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย และนับถือศาสนาพุทธ

ครอบครัวผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 37.3 มีรายได้ 1,001-5,000 บาท ครอบครัวผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 8,966 บาท ซึ่งมีรายได้ต่ำสุด 600 บาท และรายได้สูงสุด 100,000 บาท ผู้สูงอายุ ร้อยละ 83.9 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเพียงบางส่วนที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และสิทธิประกันชีวิต ในส่วนของการประเมินความพอเพียงของรายได้ครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ระบุว่า รายได้รวมของครอบครัวไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุ

1. ความต้องการบริการสุขภาพ

กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสถานบริบาลผู้สูงอายุมากกว่าต้องการอยู่บ้านหรืออยู่กับครอบครัว โดยเมื่อพิจารณาถึงสถานภาพในครอบครัวแล้วพบว่าผู้สูงอายุต้องการดูแลตนเอง แต่เมื่อให้ครอบครัวของผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุ

มีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดูแลซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า “ปัญหาของผู้สูงอายุที่มักประสบ คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและเมื่ออายุมากขึ้น ก็จะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามมา ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนไม่เพียงพอ” ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพโดยครอบครัวหรือชุมชนที่จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ จึงมีความต้องการจะได้รับการบริการจากสถานบริการคนชราเพื่อให้ได้รับการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในส่วนของระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ที่เป็นบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน

ในด้านของความต้องการการบริการทางสังคม รูปแบบการบริการทางสังคมผู้สูงอายุนั้นต้องการให้มีการจัดผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่มีความต้องการผู้ให้บริการที่เป็นวิชาชีพ

2. ความต้องการบริการทางสังคม

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 4.06$ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.97$ และความต้องการบริการสวัสดิการสังคม มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.95$ ความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร มีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.78$ ความต้องการการบริการดูแลในชุมชนมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.88$ ซึ่งความต้องการบริการทางสังคมทุกด้านผู้สูงอายุมีระดับความต้องการระดับมาก

สำหรับความต้องการบริการทางสังคมที่เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ค่าเฉลี่ยของมีความต้องการการดูแลด้านการเงินและข้อแนะนำกฎหมายมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.87$ ความต้องการการดูแลด้านสุขภาวะส่วนตัวมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.58$ ความต้องการการดูแลด้านผู้ช่วยงานบ้านมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.53$ โดยค่าเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับมาก ส่วนความต้องการการดูแลด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.26$ และความต้องการการดูแลด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.26$ ซึ่งทั้ง 2 ด้านผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับปานกลาง

3. ความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้

ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพ ในประเด็นความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน $\bar{X} = 3.95$ ความคาดหวังต่อสถานบริการ/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.91$ และความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.86$ ซึ่งความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการสุขภาพเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้ ทุกด้านอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของความคาดหวังต่อการบริการทางสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อการสนับสนุนทางการเงินและรายได้ $\bar{X} = 4.17$ เป็นค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่นๆ รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ย ความคาดหวังต่อการบริการรถรับส่ง $\bar{X} = 4.12$ ความคาดหวังต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ $\bar{X} = 3.89$ ความ

คาดหวังต่อการสนับสนุนต่างๆ ที่ไม่ใช่เงิน $\bar{X} = 3.84$ ความคาดหวังต่อบริการเข้าถึงบ้าน $\bar{X} = 3.70$ ซึ่งความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อบริการทางสังคมทุกด้านอยู่ในระดับมาก

2. อภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อสำรวจความต้องการการดูแลทางสังคม ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และความคาดหวังเมื่อเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถแบ่งผลการศึกษาได้เป็น 3 ประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

1.1 ความต้องการบริการสถานบริบาลคนชราของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสถานบริบาลผู้สูงอายุ โดยมีค่าร้อยละ 40.2 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดมากกว่าความต้องการอยู่ในบ้านหรือครอบครัว อีกทั้งเมื่อพิจารณาถึงผลการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 46.2 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีสถานภาพเป็นหม้าย ทำให้ร้อยละ 19.7 ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง และเมื่อพิจารณาถึงลักษณะครอบครัวพบว่า ร้อยละ 50.6 ครอบครัวของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท นอกจากนั้นเมื่อให้ครอบครัวของผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.3 ครอบครัวของผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดูแลโดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20.7 เป็นโรคกระดูกและข้อ รองลงมา ร้อยละ 19.3 เป็นโรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือด และร้อยละ 18.8 เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังและโรคประจำตัว ทำให้ต้องใช้บริการจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า “ปัญหาของผู้สูงอายุที่มักประสบคือปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และเมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามมา ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนไม่เพียงพอ”

จากผลการศึกษาดังกล่าวคณะวิจัยได้ให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงประเมินบริการต่างๆ ที่ได้รับจากหน่วยงานภาครัฐ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 45.4 ระบุว่าที่ผ่านมามีหน่วยงานของรัฐที่มาช่วยดูแลให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านนานๆ ครั้ง และประเด็นความพอเพียงของบริการสนับสนุนจากชุมชนพบว่า ร้อยละ 45.8 ประเมินว่า ชุมชนไม่มีบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 42.2 ประเมินว่าชุมชนมีบริการแต่ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลใจเกี่ยวกับการรับบริการเพื่อสุขภาพจากครอบครัวและชุมชน เนื่องจากต้องการผู้ดูแลแบบมืออาชีพ ให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยถ้าครอบครัวหรือชุมชนเป็นผู้ดูแลเองอาจขาดความชำนาญในการดูแลจึงต้องการรับบริการจากสถานบริบาลคนชราสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย” ของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์

และคณะ (2552: น.181-183) ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (low care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์แต่เน้นการดูแลทางสังคม การช่วยเหลือการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และ
2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (high care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีภาวะเปราะบางต้องการการช่วยเหลือดูแลติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลและการรักษาจากแพทย์ เช่น สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลระยะสุดท้าย การดูแลจึงเน้นการดูแลความสุขสบายทั่วไป การฟื้นฟูสภาพ การดูแลสุขภาพจิตและความทุกข์ทรมานและการดูแลแบบองค์รวมที่มีความมุ่งเน้นที่การดูแลจิตวิญญาณโดยในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะในการพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด

1.2 ความต้องการรูปแบบหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ และระบบการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน เป็นหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ ร้อยละ 51.8 ซึ่งมีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมากกว่าความต้องการบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งในกรณีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอสำหรับการไปอยู่สถานบริการ เพราะเนื่องจากค่าใช้จ่ายของครอบครัว โดยเมื่อพิจารณาถึงลักษณะของครอบครัว พบว่าร้อยละ 50.6 ครอบครัวของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ซึ่งชุมชนควรจัดการรองรับการดูแลสุขภาพในกรณีฉุกเฉินหรือกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการไปโรงพยาบาล อีกทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังมีความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชนคือระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 50.2 ซึ่งมีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมากกว่าความต้องการผู้ดูแลจากในชุมชน และมีความต้องการในระดับมากที่สุดเช่นกัน แสดงถึงความกังวลใจด้านสุขภาพในการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งเมื่อพิจารณาผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 41.8 เป็นบุตรสาว ที่ต้องเป็นผู้ดูแล แต่ถ้าเป็นบุคคลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน ร้อยละ 39.5 เป็นญาติ เป็นผู้ดูแล รองลงมาคือ ร้อยละ 21.1 เป็นทีมอนามัยสุขภาพ อีกทั้งจากข้อมูลคุณภาพพบว่า “ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวเมื่ออายุมากขึ้น และมีการเจ็บป่วยหลายๆ โรคมากขึ้นหลังจากอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ที่บ้าน ไม่ได้ทำงาน เดินไปมาบริเวณบ้านและบริเวณไม่ไกลจากบ้านเนื่องจากสุขภาพเริ่มเสื่อมถอยมีโรคชรา เบาหวาน ความดันเป็นต้น” จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลแต่ต้องการมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ไม่สามารถให้บริการด้านสุขภาพได้อย่างเต็มที่และเพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน พบว่าหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ระบุถึงบริการที่หน่วยงานของตนจัดให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยหนึ่งในบริการที่ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

ดำเนินการ คือบริการรพยบาลฉุกเฉิน เป็นบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุ เพื่อเข้ารับบริการยังสถานบริการสุขภาพ กรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน และจากการประเมินของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่า ร้อยละ 45.8 ประเมินว่า ชุมชนไม่มีบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และร้อยละ 42.2 ประเมินว่าชุมชนมีบริการแต่ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการ ไม่ตรงกับความต้องการและไม่เพียงพอต่อความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสังเคราะห์ระบบการดูแล ผู้สูงอายุในระยะยาว (Long-term Care) สำหรับประเทศไทย ของ นพ.สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ พญ. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553: น.6 - 9) ที่กล่าวว่า “การพัฒนาบริการการดูแลระยะกลาง/ระยะยาว ควรต้องมีการพัฒนาให้เป็นระบบ มีการเชื่อมโยงกันในพื้นที่ ตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อพ้นระยะ เฉียบพลัน การดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาว ทั้งในชุมชนและในสถาบัน รวมถึงกลไกในการสนับสนุน และกำกับในพื้นที่ ในที่นี้เสนอให้มีการนำร่องในบางจังหวัดที่มีความพร้อมก่อนเป็นอันดับแรกและให้มีการ ประเมินเป็นระยะเพื่อหาข้อสรุปในการพัฒนาต่อไปทั่วประเทศ”

ประเด็นที่ 2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาว

2.1 ความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการบริการทางสังคม โดยมีผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งเป็น บริการจากผู้ที่มีวิชาชีพ ร้อยละ 45.0 ซึ่งมีความต้องการระดับมากที่สุด เพราะเนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีความชำนาญ เพราะเป็นบุคคลในครอบครัวและเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.3 ต้องมีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์แตกต่างกันไป ได้แก่ ร้อยละ 41.8 เป็นบุตรสาว รองลงมา คือ ร้อยละ 18.5 เป็นคู่สมรส (สามี/ภรรยา) และร้อยละ 6.4 เป็น บุตรชาย ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาถึงการดูแลผู้สูงอายุจากบุคคลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน พบว่า ร้อยละ 39.5 เป็นญาติเป็นผู้ดูแล รองลงมาคือ ร้อยละ 21.1 เป็นทีมอนามัยสุขภาพ แต่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิงต้องการให้มีผู้ดูแลจากผู้ที่มีวิชาชีพ โดย Banks (หน้า 8) กล่าวว่า การจัดการดูแล (Care Management) เป็นลักษณะของการบริหารการดูแลสำหรับผู้ที่มีปัญหาและผู้เจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิต เพื่อแสวงหาความร่วมมือในการช่วยเหลือ การวางแผนอำนวยความสะดวก และการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อช่วยให้ บุคคลได้บรรลุถึงความต้องการ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ โดยการจัดการดูแลมีพื้นฐานมาจากการจัดเตรียม บริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งภายในองค์กรและระหว่างองค์กร เป็นกิจกรรมที่เป็นการ ประสานงาน และเป็นกิจกรรมพิเศษที่ต่างไปจากบริการปกติ ซึ่งได้รับการประยุกต์ใช้ในหลากหลายหน่วยงาน และหลากหลายลักษณะงาน เช่น การดูแลในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลประชาชนที่พิการและมีปัญหา ด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเฉียบพลัน รวมถึงบริการสวัสดิการเด็กและเยาวชน และบริการสำหรับกลุ่ม ผู้ถูกคุมประพฤติและผู้ถูกควบคุมตามคำสั่งของศาลด้วย จากที่กล่าวมาข้างต้นการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิงโดยผู้ที่มีวิชาชีพทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในบริการที่จะทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแลผู้สูงอายุ

2.2 ความต้องการบริการสวัสดิการทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระบบอาสาสมัครช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้าน ร้อยละ 40.6 ซึ่งเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการดูแลผู้สูงอายุจากบุคคลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน พบว่า ร้อยละ 39.5 เป็นญาติเป็นผู้ดูแล รองลงมาคือ ร้อยละ 21.1 เป็นทีมอนามัยสุขภาพทั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการให้มีผู้ช่วยในการเปลี่ยนผ้าอ้อม เสื้อผ้า และต้องการให้มีผู้ช่วยในการขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำและการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย ร้อยละ 31.3 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด และยังมีความต้องการมีผู้ช่วยในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย ร้อยละ 30.9 ซึ่งบทบาทดังกล่าวเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลเป็นสำคัญ โดยในแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 1 การคัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย การพัฒนาแบบประเมินเพื่อสำรวจผู้สูงอายุและจัดทำเกณฑ์/มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับการดูแลระยะยาวการพัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมมาตรฐานการคัดกรองให้แก่ อสม. /อผส. การทำการสำรวจและประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์/มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับการดูแลระยะยาว โดยบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ และการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลระยะยาวและการจัดสวัสดิการและบริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุโดยเห็นได้ว่า อสม. /อผส. มีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าภายในชุมชนมีบริการด้านสุขภาพ โดยการจัดบริการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ เพื่อติดตามและประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเรื่องการทำมาหากิน อาหาร อาบน้ำ โดยมีการจัดบริการประเภทนี้หลายพื้นที่ เช่น ในเขตเทศบาลเมืองลำสามแก้ว อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี อสม. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและไปให้ความรู้ด้านสุขภาพ และมีการรวบรวมข้อมูลส่งสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์บริการสุขภาพ กรุงเทพมหานคร มีกลุ่มอาสาสมัครลงเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ความช่วยเหลือต่างๆ เช่น การตรวจ/รักษาโรค กายภาพบำบัด การสนับสนุนกายอุปกรณ์เทศบาลเมืองบ้านสวน จัดทำโครงการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง โดยมีพยาบาลวิชาชีพ อสม. หรือนักวิชาการสุขภาพ รับผิดชอบการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับผู้นำชุมชน รพ.สต. โรงพยาบาลเมืองบ้านสวน เป็นต้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลตามมิติของสถานที่และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ ขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่าการดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแลโดยครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และสอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550, น.43) ที่ได้แบ่งรูปแบบของการบริการระยะยาวอย่างไม่เป็นทางการในแต่ละประเทศแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ บริการดูแลในสถานบริการ (institutional-based care) เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาล

ผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน และบริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) เป็นบริการในชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมเยียนบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้น

2.3 ความต้องการบริการทางสังคม โดยผู้ให้บริการเป็นสถาบันในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการหน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน ร้อยละ 57.4 ซึ่งเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังมีความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน คือระบบส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 50.2 ซึ่งมีความต้องการระดับมากที่สุด อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า ภายในชุมชนมีบริการด้านสุขภาพ โดยการจัดบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน เป็นบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุ เพื่อเข้ารับบริการยังสถานบริการสุขภาพ กรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน

จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่าประเภทการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีบริการที่จำเป็น คือควรมีบริการรถรับ - ส่ง (Transportation Services Program) บริการด้านการจัดรถรับ - ส่ง ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เพราะเป็นสิ่งที่นำผู้สูงอายุให้ได้พบกับบริการต่างๆ การพบปะเพื่อนฝูงและการเข้าร่วมกิจกรรม โดยทั่วไปเป็นกิจกรรมที่เชื่อมต่อกับกิจกรรมอื่นๆ เช่น ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลกลางวัน เป็นการอำนวยความสะดวกจัดรถรับ - ส่ง ผู้สูงอายุไปรับบริการ โดยองค์กรด้านชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนทุน และมีอาสาสมัครทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการขึ้น - ลง พาหนะอีกด้วย ประกอบกับลักษณะของบริการที่ควรจัดขึ้นในสถานพยาบาล ควรมีบริการส่งต่อ และจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ การส่งต่อ (Referral) เพื่อไปรับบริการยังสถานพยาบาลอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุ อาจเกิดใน 2 กรณี คือการส่งต่อเพื่อไปรักษายังสถานพยาบาล ที่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และความชำนาญของแพทย์ที่สูงกว่า หรือการส่งต่อ เพื่อเข้าสู่สถานบริการระยะสุดท้าย ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะใกล้ตาย การส่งต่อเพื่อไปยังสถานบริการอื่นนั้น นักสังคมสงเคราะห์ ต้องอธิบายถึงความจำเป็นในการส่งเข้าไปยังสถานที่อื่นให้เข้าใจ เพื่อป้องกันปัญหาการเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งได้ ขาดการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะเกิดผลเสียต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้ พร้อมทั้งอธิบายและให้ข้อมูลของสถานที่ใหม่แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย

2.4 ความต้องการบริการดูแลในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการจัดตั้งสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ร้อยละ 46.6 ซึ่งเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด โดยที่ผ่านมา การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีไม่เพียงพอหรือไม่ครอบคลุมกับความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการประเมินของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่าร้อยละ 45.4 ที่ผ่านมามีหน่วยงานของรัฐที่มาช่วยดูแลให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านนานๆ ครั้ง ลำดับรองลงมาคือ ร้อยละ 28.6 ไม่มีหน่วยงานของรัฐที่มาช่วยดูแลให้บริการผู้สูงอายุ ทั้งนี้ทางชุมชนสามารถจัดรูปแบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) ได้ในรูปแบบการบริการจาก

ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) ให้เป็นบริการที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ เช่น รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมบ้าน โดยอาสาสมัคร เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ และลดภาระการดูแลจากครอบครัวลง

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ต่างระบุถึงบริการที่หน่วยงานของตนจัดให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ มีบริการด้านสุขภาพในชุมชนโดยมีการจัดศูนย์บริการผู้สูงอายุและคนพิการ ศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน เป็นศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผู้พิการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการ มีความรู้ในการดูแลตนเอง และญาติผู้ดูแล และแกนนำมีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้พิการที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง บริการสำคัญของศูนย์คือ บริการกายภาพบำบัด การให้ยืมกายอุปกรณ์ ในศูนย์มีอุปกรณ์เครื่องนวดไฟฟ้า เครื่องทำนํ้าวนสำหรับผ่อนคลายให้ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปเข้าไปใช้บริการ เช่น ในพื้นที่เทศบาลนครแหลมฉบัง, ในพื้นที่เทศบาลเมืองหนองปรือ ประกอบกับยังสอดคล้องกับมิติของลักษณะการให้บริการของผู้สูงอายุ ของเธอร์เดอร์เอช.คอฟ (Theodore H. Koff) (อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร: 2549 น.22) ที่กล่าวถึงรูปแบบบูรณาการศูนย์บริการ (Integrated Home – Service Center Model) เป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน สถานที่จัดบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดการรับ – ส่ง การจ้างงาน การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย เรื่อง ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552: น.207-213) ได้กล่าวว่าในชุมชนที่มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยพยาบาลชุมชนและพยาบาล Home Health Care รวมทั้ง อสม. และ อพส. ได้ทำหน้าที่เสริมแรงแก่ครอบครัวและเป็นเครือข่ายในการดูแลที่ดี ที่ช่วยเติมเต็มระบบการดูแลระยะยาวให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น 1. บทบาทของสถาบันที่เป็นทางการ สถาบันที่เข้มแข็ง และมีการจัดการที่ดี ได้แก่ การกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่เด่นชัด การกำหนดทีมการดูแล การบริหารทรัพยากร การมีข้อมูลระบบสารสนเทศที่ดี และมีการประเมินบริการ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างบูรณาการ 2. ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวและในชุมชนคือการมีระบบฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจและกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน 3. ระบบการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่ามี การประเมินการทำงาน การจัดบริการ การสอบถามประเมินความสุข

ความพึงพอใจในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน และนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผู้นำชุมชนอาสาสมัคร ไปสู่การแก้ไขปัญหาต่างๆ และพัฒนาบริการใหม่ขึ้นมา

2.5 แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมในครอบครัวและชุมชน

จากผลการศึกษา พบว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความต้องการการพึ่งพิงสูงขึ้นเช่นกัน ดังนั้นการวางแผนทางในการจัดระบบการดูแลทางสังคมในครอบครัวและชุมชน จึงเป็นอีกทางหนึ่งที่จะรองรับปัญหาของผู้สูงอายุที่นับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้น โดยผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถแยกแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชนได้เป็นสองกลุ่มได้แก่

2.5.1 กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจำเป็นต้องมีกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก อันได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัวของผู้สูงอายุ และชุมชน โดยจะต้องมีการสร้างจิตสำนึก ความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุ และการส่งเสริมให้ชุมชนเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน และเน้นที่หน่วยงานต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการดำเนินงานเพื่อชุมชน อันจะส่งผลให้สังคมเข้มแข็ง ควรปลูกจิตสำนึกให้คนในชุมชนมีจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

2.5.2 กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ หากพิจารณาถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุน ได้แก่ ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคธุรกิจ จะต้องมีส่วนในการสนับสนุนให้กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในการดูแลผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ได้ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอย่างจริงจัง โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ชุมชน มีการจัดเวทีสร้างความเข้าใจของผู้นำชุมชน ทั้งผู้ใหญ่บ้าน สท. สจ. นายกฯ ให้ผู้นำเห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุในหมู่บ้านว่าในแต่ละหมู่บ้านมีผู้สูงอายุจำนวนเท่าไร มีปัญหาด้านไหนบ้าง ควรได้รับการดูแลอย่างไร ดังนั้นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก จะมีจุดที่มีการเชื่อมโยงกันของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งแสดงว่า ระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่จะต้องดำเนินการร่วมกันโดยคำนึงถึงผู้สูงอายุเป็นสำคัญ โดยจะมีกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุน เป็นหน่วยงานที่คอยส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ได้เข้าร่วมอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

นอกจากนี้ การดูแลและสนับสนุนการดูแลพึ่งพาตนเองโดยครอบครัวและชุมชนยังต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การเสริมสร้างความแข็งแรงของกลุ่มและคนในชุมชน เน้นการดูแลกันในครอบครัว โดยเน้นการให้ความรู้แก่ลูกหลาน เครือญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด รวมไปถึงการทำงานร่วมกับอาสาสมัครและหน่วยงานที่ทำงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงมากที่สุด

2) การสร้างให้เกิดระบบการดูแลในชุมชน โดยเริ่มจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด เช่น อาสาสมัครหมู่บ้าน การดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพ รวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชน ที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น รถฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล การปรับสถานที่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุพึ่งพิง เช่น ทางลาด ราวจับ ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงพื้นที่ เช่น เปลี่ยนสายปัสสาวะให้กับผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น รวมไปถึงจนถึงการทำกิจกรรมเสริม เพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุได้มากขึ้นด้วยวิธีการเข้าเยี่ยมให้กำลังใจขั้นต้นแก่ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ดิบบ้าน เพื่อรับฟังปัญหา และนำมาหาแนวทางแก้ไขร่วมกันกับครอบครัวผู้สูงอายุ การส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่ม อสม. ที่มีจิตอาสาและมีศักยภาพขึ้นมาเป็นแกนนำเพื่อเข้ามาช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว เพื่อจะได้นำข้อมูลปัญหาที่ได้ไปประสานขอความช่วยเหลือหน่วยงานในพื้นที่เข้ามาช่วยเหลือต่อไป

3) การประเมินและติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดตาราง การตรวจเยี่ยมบ้านเป็นประจำทุกเดือน เช่น อสม. จะมีการดูแลโดยละเอียดแบบเจาะลึก โดยอสม. เป็นผู้คัดกรองการประเมิน เป็นต้น ซึ่งในการลงไปติดตามอาการ อสม. สามารถเข้าไปดูแลผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำ ตรวจสุขภาพ และหากพบว่าผู้สูงอายุท่านใดมีปัญหาสุขภาพ และเรื้อรัง จะสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อประสานงานช่วยเหลือต่อไป รวมทั้งการดำเนินงานในพื้นที่จะมีการติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุทุกโครงการ โดยความร่วมมือของ อบต. รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุ ในการติดตามประเมินผล โดยเยี่ยมบ้าน ฟังผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทำกายภาพ และสรุปผลการดำเนินงานเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

4) การประสานเครือข่ายภายนอกชุมชนร่วมดูแล การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้นสามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ทั้งการดูแลป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การบำบัด และฟื้นฟู รวมถึงการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ติดเตียง

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการด้านสังคมในชุมชนให้เป็นรูปธรรมมากกว่าการสงเคราะห์ โดยเป็นนโยบายที่กำหนดภายใต้สิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับบริการจากรัฐ

2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรผลักดันให้มีสวัสดิการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หรือ อาสาสมัคร เช่น สิทธิในการลาเพื่อมาดูแลบุพการี หรือผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูตั้งแต่เยาว์วัยโดยไม่ต้องลาออกจากงาน หรือถูกหักเงินเดือน

3. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรกำหนดนโยบายด้านการบูรณาการทางวิชาการ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งเสริมเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมและบริการสังคม

4. กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรกำหนดนโยบายการเพิ่มศักยภาพของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ให้เป็นศูนย์เรียนรู้และบริการเกี่ยวกับการดูแลทางสังคม

3.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์แต่ละพื้นที่ ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ ในชุมชน นำข้อมูลผู้สูงอายุแต่ละประเภทไปใช้ประโยชน์เพื่อจัดบริการด้านระบบการดูแลทางสังคมแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการ

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการทำฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจเยี่ยมบ้าน การบริการทางสังคมให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งประชากรในพื้นที่และประชากรแฝงเพื่อให้สามารถให้บริการอย่างครอบคลุมได้

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสร้างความเข้าใจระบบทะเบียนกลางให้กับผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นฐานเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิบริการทางด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้กับครอบครัวและชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดการบริการด้านสังคมภายในชุมชนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น พื้นที่ในการจัดกิจกรรมทางสังคมของกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การจัดบริการรถ รับ-ส่ง ผู้สูงอายุเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมหรือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้หรือเข้าถึงสิทธิบริการทางสังคมต่างๆ ที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจัดให้บริการ เป็นต้น

7. หน่วยงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ควรมีการประชาสัมพันธ์การบริการต่างๆ ที่มีให้บริการแก่ผู้สูงอายุ และเข้าไปให้บริการในลักษณะการบริการเชิงรุกถึงชุมชน

3.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน : ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลองการนำรูปแบบการบริการทางสังคมไปใช้ในพื้นที่โดยอาศัยข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปกำหนดรูปแบบการบริการทางสังคม
2. ควรมีการศึกษาวิจัยร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการทำงานแบบบูรณาการร่วมกัน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการทดลองการจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เพื่อการบริการทางสังคมและสุขภาพ ร่วมกันเพื่อให้การบริการครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ไม่สามารถพึ่งพิงตนเองได้

ชุดที่ 1

แบบสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เรื่อง “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในครอบครัวและชุมชน”

คำชี้แจง

โครงการ “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ และแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว

ด้วยเหตุที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้แทนในการตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยจึงขอความกรุณาจากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความจริง ข้อมูลที่ได้จากท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษา โดยการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีผลกระทบต่อนานแต่อย่างใด คณะผู้วิจัยฯ จะเก็บรักษาคำตอบไว้เป็นความลับโดยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมืออย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12

ธันวาคม 2557

ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบแบบสอบถามนี้ได้ด้วยตนเอง ผู้ที่ตอบแบบสอบถามแทนควรเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุในบ้านมากกว่าผู้อื่น และเป็นผู้ที่รู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้อื่น)

**การศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
ในครอบครัวและชุมชน**

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความหรือเขียนตอบตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

1. ผู้ตอบแบบสอบถาม

☐ (1) ผู้สูงอายุ (ข้ามไปตอบข้อที่ 3)

☐ (2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. สถานภาพของผู้ดูแลสูงอายุ

☐ (1)สามี/ภรรยา

☐ (2) บุตรสาว

☐ (3) บุตรชาย

☐ (4) บุตรเขย

☐ (5) บุตรสะใภ้

☐ (6) หลาน

☐ (7) บิดา/มารดา(ของผู้สูงอายุ)

☐ (8) เพื่อน/เพื่อนบ้าน

☐ (9) เป็นผู้ดูแลรับจำ

☐ (10) ญาติ/พี่น้อง

☐ (11) อื่นๆ ระบุ.....

3. เพศของผู้สูงอายุ

☐ (1) ชาย

☐ (2) หญิง

4. อายุของผู้สูงอายุ.....ปี

5. สถานภาพของผู้สูงอายุ

☐ (1) โสด

☐ (2) สมรส

☐ (3) แยกทาง

☐ (4) หย่าร้าง

☐ (5) หม้าย

6. ศาสนา

☐ (1) พุทธ

☐ (2) คริสต์

☐ (3) อิสลาม

☐ (4) อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ ประมาณบาท/เดือน

8. ความพอเพียงของรายได้ครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ

☐ (1) เพียงพอ

☐ (2) ไม่เพียงพอ

9. โปรดประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของท่านว่าเป็นอย่างไร

☐ (1) ฟังฟังตนเองได้ดี

☐ (2) ฟังฟังตนเองได้บ้าง

☐ (3) ฟังฟังตนเองไม่ได้เลย

10. นอกจากสมาชิกในครอบครัวแล้ว ท่านมีเครือข่ายที่พึ่งพากันในครอบครัว และชุมชนกลุ่มใดบ้าง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ (1) ญาติ

☐ (2) เพื่อนบ้าน

☐ (3) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน

☐ (4) ทีมอนามัยสุขภาพ

☐ (5) กลุ่มผู้ดูแล เจ้าหน้าที่อื่นๆ (ท้องถิ่นวิชาชีพ)

11. สิทธิ/สวัสดิการที่ท่านมี (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| ☐ (1) บัตรทอง | ☐ (2) ประกันสังคม |
| ☐ (3) ประกันชีวิต | ☐ (4) เบิกต้นสังกัด |
| ☐ (5) จ่ายเอง | ☐ (6) อื่นๆ ระบุ..... |

12. นอกจากคนในบ้านที่ดูแลท่าน ท่านมีผู้อื่นที่ดูแลหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ (1) ญาติ | ☐ (2) เพื่อนบ้าน | ☐ (3) คนในชุมชน |
| ☐ (4) อาสาสมัครดูแลต่างๆ | ☐ (5) เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานในชุมชน | |

ความต้องการการจัดบริการการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน
--

13. โรคที่ท่านเป็นอยู่ในปัจจุบัน

- ☐ (0) ไม่เป็นโรค
- ☐ (1) เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | |
|--|
| ☐ (1.1) โรคกระดูกและข้อ |
| ☐ (1.2) โรคหัวใจ |
| ☐ (1.3) โรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือด |
| ☐ (1.4) โรคหอบ หืด |
| ☐ (1.5) โรคเมะเร็ง |
| ☐ (1.6) โรคตับ |
| ☐ (1.7) อาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ |
| ☐ (1.8) โรคเบาหวาน |
| ☐ (1.9) โรคที่เกี่ยวข้องกับสายตา (ต้อหิน, ต้อกระจก ฯลฯ) |
| ☐ (1.10) โรคหูตึง หูหนวก |
| ☐ (1.11) โรคอื่นๆ กรุณาระบุ..... |

14. ชุมชนของท่านมีบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

- ☐ (0) ไม่มี
- ☐ (1) มีและเพียงพอ
- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |
- ☐ (2) มีแต่ไม่เพียงพอ
- | | |
|---------|---------|
| 1. | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

15. หน่วยบริการสุขภาพที่สะดวกที่สุดที่ท่านสามารถนำผู้สูงอายุไปรับบริการ

ระบุ

เหตุผล

16. ที่ผ่านมา มีหน่วยงานของรัฐที่มาช่วยดูแลให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านหรือไม่

☐ (0) ไม่มี

☐ (1) มี เป็นประจำ ระบุ.....

☐ (2) มี แต่นานๆ ครั้ง ระบุ.....

17. ชุมชนของท่านให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงไร

☐ (0) ไม่ให้ความสำคัญเลย

☐ (1) มาก

☐ (2) ปานกลาง

☐ (3) น้อย

18. ความต้องการบริการด้านสุขภาพและบริการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการบริการด้านสุขภาพ

บริการด้านสุขภาพ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(1) การบริการของโรงพยาบาลในชุมชนที่มีรูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง/มีภาวะทุพพลภาพ)					
(2) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน เช่น กิจกรรมรักษาพยาบาลเบื้องต้น					
(3) บริการดูแลกลางวัน (Day Care) ให้บริการและฟื้นฟูสภาพ โดยหากิจกรรมทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม นันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุ บริการช่วงกลางวัน ไม่รับดูแล 24 ชม.					
(4) บริการสุขภาพทางฟัน (Dental Care) มีวันเฉพาะที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ					
(5) บริการสถานบริบาลผู้สูงอายุ สถานบริบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้ที่บ้าน มีพยาบาลหรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ					

บริการด้านสุขภาพ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(6) บริการดูแลชั่วคราว(Hospice Care) การให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น แบบพักค้างชั่วคราว เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ชั่วคราวหรือ เพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัว มีเวลาพักหรือเวลาเป็นส่วนตัว					
(7) บริการดูแลระยะกลาง การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและพักรักษาตัวในสถานบริการ เช่น การฟื้นฟูสภาพเข้มข้น					
(8) บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้บริการสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ					
(9) คลินิกผู้สูงอายุ					
(10) แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค					
(11) แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุ (OPD)					
(12) หอผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยใน (IPD)					
(13) ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ					
(14) หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่					
(15) หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน					
(16) ระบบส่งต่อผู้ป่วย					
(17) อุปกรณ์การช่วยเหลือดูแลอื่นๆ					
(18) การฝึกสอนอบรมการดูแลผู้สูงอายุ					
(19) การมีคนมาช่วยดูแลทดแทนบ้างบางเวลา					
(20) การมาให้บริการสุขภาพที่บ้าน เช่น เปลี่ยนสาย Feed อาหาร, เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ					
(21) การให้บริการเยี่ยม-เข้าอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ					

19. ความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(1) ผ้าอ้อม					
(2) เครื่องดูดเสมหะ					
(3) ที่นอนลม					
(4) เตียงนอน					
(5) ถังออกซิเจน					
(6) รถเข็น					
(7) ไม้เท้า 2 ขา/ไม้เท้า 3 ขา					
(8) เครื่องช่วยเดิน (Walker)					
(9) ยานีตอินซูลิน					
(10) ชุดทำแผล					

20. การจัดบริการหรือสวัสดิการสังคมที่ท่านต้องการได้รับการบริการ

ความต้องการได้รับการบริการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(1) มีผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่อท่านอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้					
(2) การจัดส่งอาหารไปที่บ้าน					
(3) ระบบอาสาสมัครช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน					
(4) ศูนย์บริการดูแลกลางวันในชุมชน					
(5) การสนับสนุนปรับปรุงบ้าน					
(6) การดูแลทดแทนที่บ้าน					
(7) หน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน					
(8) การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น					
(9) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานบริการทางสุขภาพ					
(10) การช่วยเหลืองานบ้านเช่น การจัดหาอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การดูแลเครื่องแต่งกาย การดูแลสภาพแวดล้อมงานแม่บ้าน					

ความต้องการได้รับบริการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(11) การช่วยเหลือดูแลส่วนบุคคล ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เช่น การใช้โทรศัพท์ การซื้อสิ่งของ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การซักเสื้อผ้า การเดินทางไปพบแพทย์ การรับประทานยา และการใช้สอยเงิน การถอนเงิน					
(12) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว: การบริการดูแลชั่วคราวที่บ้าน การดูแลกลางวัน กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานต่างๆ จัดกิจกรรมและนันทนาการ การสรุปรายงานเพื่อวิเคราะห์และแก้ปัญหาการดูแล					
(13) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานบริการทางสุขภาพ					
(14) กองทุนสำหรับสนับสนุนการดูแลระยะยาว					
(15) การบริการบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการทางสุขภาพ					
(16) การจัดส่งยาไปที่บ้าน					
(17) การสนับสนุนรายได้และการส่งเสริมงานให้แก่ผู้ดูแล					
(18) บริการนวดแผนไทยที่บ้าน					
(19) การบริการสุขภาพที่บ้าน (สหสาขาวิชาชีพ)					

21. ความต้องการการบริการการดูแลในชุมชน

บริการการดูแลในชุมชน	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(1) ท่านต้องการให้ชุมชนปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ					
(2) ท่านต้องการให้มีผู้ดูแลในการไปรับยาที่ รพ./พบแพทย์เพื่อสะดวกในการเดินทาง					
(3) ท่านต้องการให้มีผู้ดูแลสุขภาวะส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว เป็นต้น					
(4) ท่านต้องการให้มีผู้ดูแลพาท่านเข้าร่วมทำกิจกรรมทางศาสนา					
(5) ท่านต้องการให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพในชุมชน					
(6) ท่านต้องการให้ชุมชนจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันตามข้อกำหนดของผู้สูงอายุ					
(7) ท่านต้องการให้ชุมชนจัดหาอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติหรือผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
(8) ท่านต้องการให้ชุมชนสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโดยการให้สวัสดิการ แก่ครอบครัวเพื่อสามารถดูแลผู้สูงอายุและเด็กในครอบครัวได้ตลอดจนสนับสนุนชุมชนให้จัดสวัสดิการที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุที่ไร้ญาติด้วย					
(9) ท่านต้องการให้ชุมชนจัดตั้งสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน					

22. ความต้องการการปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

การปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(1) ท่านต้องการผู้ช่วยในการอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว					
(2) ท่านต้องการผู้ช่วยในการดูแลช่องปาก					
(3) ท่านต้องการผู้ช่วยในการขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำ และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย					
(4) ท่านต้องการผู้ช่วยในการรับประทานอาหาร และยา					
(5) ท่านต้องการผู้ช่วยในการเปลี่ยนผ้าอ้อม เสื้อผ้า					
(6) ท่านต้องการผู้ช่วยในการเปลี่ยนอริยาบถ					
งานบ้าน					
(7) ท่านต้องการผู้ช่วยในการจัดเตรียม					
(8) ท่านต้องการผู้ช่วยในการทำความสะอาดบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ฯลฯ					
(9) ท่านต้องการผู้ช่วยในการซักเสื้อผ้า รีดผ้า					
(10) ท่านต้องการผู้ช่วยในการจับจ่ายซื้อของใช้ส่วนตัวของผู้สูงอายุ					
(11) ท่านต้องการผู้ช่วยในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย					
บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก					
(12) ท่านต้องการผ้าอ้อม					
(13) ท่านต้องการแผ่นรองนอน/ผ้าปูที่นอน					
(14) ท่านต้องการเตียงปรับเอนได้					
(15) ท่านต้องการที่นอน/หมอนรอง ป้องกันแผลกดทับ					
(16) ท่านต้องการเครื่องช่วยยกผู้ป่วย					
(17) ท่านต้องการรถเข็น					
(18) ท่านต้องการเครื่องช่วยฟัง					

การปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(19) ท่านต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย					
(20) ท่านต้องการสายสวนปัสสาวะที่บ้าน					
(21) ท่านต้องการให้อาหารทางสายยาง					
การพยาบาลผู้สูงอายุ บริการทางการแพทย์					
(22) ท่านต้องการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น เช่น การเคลื่อนไหวแขน ขา การจัดท่า การเคลื่อนย้าย ฯลฯ					
(23) ท่านต้องการผู้ช่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การดูแลแผลกดทับ					
(24) ท่านต้องการผู้ช่วยในการพาไปพบแพทย์					
ด้านการเงิน					
(25) ท่านต้องการค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์					
(26) ท่านต้องการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล					
(27) ท่านต้องการค่าใช้จ่ายในการจ้างคนดูแล					
(28) ท่านต้องการค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านเพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนไหว					
(29) ท่านต้องการค่าใช้จ่ายในการซื้อของใช้ส่วนตัว					
(30) ท่านต้องการการจัดการด้านการเงิน เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ มรดก ทรัพย์สินของผู้สูงอายุ					
(31) ท่านต้องการผู้ช่วยทำเอกสารสำคัญทางกฎหมาย					
ด้านจิตใจ					
(32) ท่านต้องการผู้ช่วยนำสวดมนต์ ทำสมาธิ					
(33) ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว เช่น ดูโทรทัศน์ ทำอาหาร สังสรรค์					
(34) ท่านต้องการผู้ช่วยอ่านหนังสือ ข่าวสารให้ฟัง					
(35) ท่านต้องการผู้ช่วยพาออกไปนอกบ้าน					

การปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(36) ท่านต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือ และบรรเทาความเครียดและความกลัวต่างๆ					
(37) ท่านต้องการผู้ช่วยจัดการกับความบั่นป่วนหรือการนอนไม่หลับ					
ด้านเครือข่าย					
(38) ท่านต้องการให้มีการตรวจเยี่ยมของแพทย์พยาบาลที่บ้าน					
(39) ท่านต้องการผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวัน/ครอบครัวออกไปทำงานข้างนอก เช่น อาสาสมัคร อพส. อสม.					
(40) ท่านต้องการให้เพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียนพูดคุยที่บ้าน					
(41) ท่านต้องการเครือข่าย/เพื่อนบ้านมาดูแล					
(42) ท่านต้องการกลุ่มผู้ดูแล เจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น ท้องถิ่น วิชาชีพต่างๆ					

23. ความต้องการในการรับบริการ

☐ (1) บริการฟรี แต่ได้รับบริการระดับพื้นฐาน

เหตุผล.....

☐ (2) บริการร่วมจ่าย (ท่านจ่ายครึ่งหนึ่งรัฐช่วยครึ่งหนึ่ง) แต่ได้รับบริการระดับดี

เหตุผล.....

ความสามารถในการจ่ายต่อเดือน.....บาท

☐ (3) จ่ายบริการเองทั้งหมด ถูกกว่าเอกชน และได้รับบริการระดับดีมาก

เหตุผล.....

ความสามารถในการจ่ายต่อเดือน.....บาท

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

-คณะผู้วิจัย-

ชุดที่ 2

แบบสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

เรื่อง “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
ในครอบครัวและชุมชน”

คำชี้แจง

โครงการ “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุใน
ครอบครัวและชุมชน” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับ
ผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ และแนวทางการจัดระบบการดูแลทาง
สังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว

ด้วยเหตุที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้แทนในการตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยจึงขอ
ความกรุณาจากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความจริง ข้อมูลที่ได้จากท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อ
การศึกษา โดยการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีการทบทวนต่อท่านแต่อย่างใด คณะผู้วิจัยฯ จะเก็บรักษาคำตอบไว้
เป็นความลับโดยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมืออย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12

ธันวาคม 2557

.....

การศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความหรือเขียนตอบตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศของผู้สูงอายุ ☐ (1) ชาย ☐ (2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ ☐ (1) โสด ☐ (2) สมรส ☐ (3) แยกทาง

☐ (4) หย่าร้าง ☐ (5) หม้าย

4. ศาสนา ☐ (1) พุทธ ☐ (2) คริสต์

☐ (3) อิสลาม ☐ (4) อื่นๆ ระบุ.....

5. รายได้ของครอบครัวท่านประมาณบาท/เดือน

6. โปรดประเมินความพอเพียงของรายได้ในการใช้ชีวิตประจำวัน

☐ (1) เพียงพอ ☐ (2) ไม่เพียงพอ

7. โรคที่ท่านเป็นอยู่ในปัจจุบัน

☐ (0) ไม่เป็นโรค

☐ (1) เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ (1.1) โรคกระดูกและข้อ

☐ (1.2) โรคหัวใจ

☐ (1.3) โรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือด

☐ (1.4) โรคหอบ หืด

☐ (1.5) โรคเมะเร็ง

☐ (1.6) โรคตับ

☐ (1.7) อาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

☐ (1.8) โรคเบาหวาน

☐ (1.9) โรคที่เกี่ยวกับสายตา (ต้อหิน, ต้อกระจก ฯลฯ)

☐ (1.10) โรคหูตึง หูหนวก

☐ (1.11) โรคอื่นๆ กรุณาระบุ.....

8. สิทธิการรักษาพยาบาล(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ (1) บัตรทอง

☐ (2) ประกันสังคม

☐ (3) ประกันชีวิต

☐ (4) เบิกต้นสังกัด

☐ (5) อื่นๆ ระบุ.....

9. นอกจากสมาชิกในครอบครัวแล้ว ท่านมีเครือข่ายที่พึ่งพากันในครอบครัวและชุมชนกลุ่มใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|---|
| ☐ (1)ญาติ | ☐ (2)เพื่อนบ้าน |
| ☐ (3)กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน | ☐ (4)ทีมอนามัยสุขภาพ |
| ☐ (5)กลุ่มผู้ดูแล | ☐ (6)อื่นๆ ระบุ..... |

10. ขณะนี้ท่านอาศัยอยู่กับใครในครอบครัวบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ (1)อาศัยอยู่คนเดียว | ☐ (2)สามี/ภรรยา | ☐ (3)บุตรสาว |
| ☐ (4)บุตรชาย | ☐ (5)บุตรเขย | ☐ (6)บุตรสะใภ้ |
| ☐ (7)หลาน | ☐ (8)บิดา/มารดา(ของผู้สูงอายุ/คู่สมรส) | |
| ☐ (9)อื่นๆ ระบุ..... | | |

11. ในกรณีที่ท่านคาดทันทังตนเองไม่ได้ ท่านคาดว่าใครจะเป็นผู้ดูแลท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| ☐ (1)สามี/ภรรยา | ☐ (2)บุตรชาย | ☐ (3)บุตรสาว |
| ☐ (4)บุตรเขย | ☐ (5)บุตรสะใภ้ | ☐ (6)หลาน |
| ☐ (7)บิดา/มารดา(ของผู้สูงอายุ) | ☐ (8)อื่นๆ..... | |

ความต้องการการจั้ดบริการการดูแลเมื่อท่านพึ่งพึ่งตนเองไม่ได้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

12. ในกรณีที่ท่านพึ่งพึ่งตนเองไม่ได้ และต้องการใช้บริการในสถานบริการทางการแพทย์หรือโรงพยาบาลที่จัดให้บริการ ใครเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านต่างๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| ☐ (1)ผู้สูงอายุเอง | ☐ (2)สามี/ภรรยา | ☐ (3)บุตรสาว |
| ☐ (4)บุตรชาย | ☐ (5)บุตรเขย | ☐ (6)บุตรสะใภ้ |
| ☐ (7)หลาน | ☐ (8)บิดา/มารดา(ของผู้สูงอายุ) | |
| ☐ (9)อื่นๆ ระบุ..... | | |

13. เหตุผลที่ท่านต้องการผู้ดูแลในกรณีที่ท่านดูแลตัวเองไม่ได้ (กรณีที่ท่านเจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | |
|--|
| ☐ (1)ที่บ้านไม่มีผู้ดูแล |
| ☐ (2)คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย |
| ☐ (3)ไม่ยากเป็นภาระของบุตรหลาน |
| ☐ (4)ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน |
| ☐ (5)อื่นๆ ระบุ..... |

14. ความต้องการการบริการทางการแพทย์หรือโรงพยาบาลในชุมชน (สำหรับผู้สูงอายุในกรณีที่ท่านพึ่งตนเองไม่ได้เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ)

ความต้องการได้รับการบริการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(1) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน เช่น กิจกรรมรักษาพยาบาลเบื้องต้น					
(2) บริการดูแลกลางวัน (Day Care) ให้บริการและฟื้นฟูสภาพ โดยหากิจกรรมทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม นันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุ บริการช่วงกลางวัน ไม่รับดูแล 24 น.					
(3) บริการสุขภาพทางฟัน (Dental Care) มีวันเฉพาะที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ					
(4) มีสถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home) สถานบริบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้ที่บ้าน มีพยาบาลหรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ					
(5) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย (Rehabilitation Center) ให้บริการฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกาย					
(6) บริการดูแลชั่วคราว (Respite Care) การให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้นแบบพักค้างชั่วคราวเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ชั่วคราวหรือ เพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัว มีเวลาพักหรือเวลาเป็นส่วนตัว					
(7) บริการดูแลระยะกลาง (Sub-acute care) การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและพักรักษาตัวในสถานบริการ เช่น การฟื้นฟูสภาพเข้มข้น					
(8) บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) ให้บริการสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ					

ความต้องการได้รับการบริการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(9) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Home for Dementia Patients)					
(10) ศูนย์บริการให้ยืม/เช่าอุปกรณ์ เช่น บริหารจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือสำหรับผู้ไร้ความสามารถหรือทุพพลภาพ ให้สามารถพึ่งตนเองและเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน					

15. การจัดบริการหรือสวัสดิการสังคมที่ท่านต้องการได้รับการบริการ

ความต้องการได้รับการบริการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(1) ระบบอาสาสมัครช่วยเหลือที่บ้าน					
(2) ศูนย์บริการดูแลกลางวันและดูแลในชุมชน					
(3) การสนับสนุนปรับปรุงบ้าน					
(4) หน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน					
(5) การช่วยเหลืองานบ้าน : การจัดหาอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การดูแลเครื่องแต่งกาย การดูแลสภาพแวดล้อมงานแม่บ้าน					
(6) การให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับครอบครัว การประสานงานช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ					
(7) กองทุนสำหรับสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ					
(8) การบริการบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการทางสุขภาพ					
(9) การจัดส่งยาไปที่บ้าน					
(10) การสนับสนุนรายได้และการส่งเสริมงานให้แก่ผู้ดูแล					
(11) การสนับสนุนเงิน					
(12) การสนับสนุนต่างๆ ที่ไม่ใช่เงิน ระบุ.....					
(13) การจัดส่งอาหารบางมื้อ					

ความต้องการได้รับการบริการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(14) การบริการนวดแผนไทยที่บ้าน					
(15) การบริการสุขภาพที่บ้าน (สหสาขาวิชาชีพ)					
(16) การสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น					
(17) การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ					
(18) การบริการรถรับส่งจากที่บ้าน-สถานบริการ					
(19) การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแล					
(20) ผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่อท่านอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้					

16. ความต้องการในการรับบริการ

☐ (1) บริการฟรี แต่ได้รับการบริการระดับพื้นฐาน

เหตุผล.....

ความสามารถในการจ่าย.....

☐ (2) บริการร่วมจ่าย (ท่านจ่ายครึ่งหนึ่งรับช่วยครึ่งหนึ่ง) แต่ได้รับการบริการระดับดี แต่ถูกกว่าเอกชน

เหตุผล.....

ความสามารถในการจ่าย.....

☐ (3) บริการเก็บค่าใช้จ่ายทั้งหมดถูกกว่าเอกชน แต่ได้รับการบริการระดับดีมาก

เหตุผล.....

ความสามารถในการจ่าย.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
-คณะผู้วิจัย-

ประเด็นสอบถาม (Focus Group)

วัตถุประสงค์ : เพื่อสอบถามแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ใช้เพื่อการสอบถามกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว ชุมชน ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5-7 คน

วันที่.....เดือน..... ปี.....

ข้อมูลพื้นฐาน (จำนวนผู้สูงอายุที่มีในพื้นที่, คนพิการ, ดิติดี, อาชีพในพื้นที่ส่วนใหญ่)

1. การสนทนากลุ่มตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
2. ในพื้นที่ของท่านมีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร และถูกเอามาใช้หรือไม่อย่างไร
3. ในพื้นที่ของท่านมีการจัดทำแผนงาน/ โครงการ และสนับสนุนงบประมาณ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร
4. การมอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีสายงานการอย่างไร โดยตรงเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่
5. ในพื้นที่ของท่านมีการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ หรือไม่ (ห้องน้ำ/ ทางขึ้นลง/ ช่องรับบริการ/ กายอุปกรณ์/ พื้นที่ออกกำลังกาย/ พื้นที่จัดกิจกรรม/ รถบริการฉุกเฉิน/ กายภาพบำบัด) บริการที่ครอบครัวมีอะไรบ้าง
6. ในพื้นที่ของท่านมี อาสาสมัคร/ เครือข่าย/ องค์กร/ กลุ่ม ที่เข้าร่วมดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ (หน่วยงานภาครัฐ อสม. อพส. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มูลนิธิ สมาคม ชมรม)
7. ระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีบริการอะไรบ้าง (ผู้สูงอายุทั่วไป ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง)
8. ในพื้นที่ที่มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหรือไม่ และท่านจะมีแนวทางในการดูแลอย่างไร
9. ท่านได้นำนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่หรือไม่ อย่างไร
10. ท่านคิดว่าในพื้นที่ของท่านสถานการณ์ผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
11. โครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร
12. ในพื้นที่ของท่านมีหน่วยงานที่เข้ามาบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ /อย่างไร
13. ในความคิดเห็นของท่านคิดว่าในพื้นที่ควรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชนอย่างไร

การสัมมนาแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างผู้บริหาร อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ
นักวิจัยสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ

Max Planck Institute fur Sozial recht and Sozial politik

ณ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

วันที่ 12 มีนาคม 2558

การสัมมนาแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ (ศ. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, รศ.ดร. เดชา สังขวรรณ, อาจารย์ ดร.เอกจิตรา คำมีศรีสุข มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ผู้บริหารกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และนักวิจัยของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ Max Planck Institute fur Sozial recht and Sozial politik ประเด็นในการสัมมนาประกอบด้วย การนำเสนอประวัติการก่อตั้งองค์กร บทบาทพันธกิจ นโยบายการดำเนินงานของ Max Planck Institute fur Sozial recht and Sozial politik สำหรับการนำเสนอของคณะนักวิจัยเนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลด้านสภาพภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม กลไก นโยบายระดับชาติ สถานบริการผู้สูงอายุทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทยของครอบครัวและชุมชน

Max Planck Institute fur Sozial recht and Sozial politik เป็นองค์กรด้านการศึกษาวิจัย เพื่อนำผลที่ได้ศึกษาเสนอต่อรัฐบาลในการกำหนดนโยบายด้านสังคม มีการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณแก่ผู้ที่สนใจยื่นขอสนับสนุนงบประมาณทั่วโลก โดยเน้นการศึกษาด้านนโยบายสาธารณะ นโยบายทางสังคม กฎหมายทางสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อสังคม

- Prof. Dr. Ulrich Becker เป็น 1 ใน 2 ผู้อำนวยการของ Max Planck ทำงานที่นี่มาตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 เป็นผู้ร่วมก่อตั้ง Max Planck ในอดีต Prof. Dr. Ulrich Becker เคยเป็นอาจารย์ด้านกฎหมายสาธารณะ (Public Law) ในมหาวิทยาลัย ซึ่ง Max Planck เป็นอีกองค์กรของมหาวิทยาลัยมุนิค University of Munich ถือว่า Max Planck ทำงานเน้นด้านการศึกษาวิจัยประเด็นด้านการเมืองและสังคม (Socio-Political Issue) กฎหมายด้านสังคม (Social Law) การคุ้มครองทางสังคม / ความปลอดภัยทางสังคม (Social Security) ท่านสนใจในกฎหมายเชิงสถาบัน และกฎหมายความปลอดภัยทางสังคม

- ผู้เข้าร่วมการสัมมนา Max Planck ประกอบด้วย

- Dr. Eva Maria Hohnerlein ตำแหน่งนักวิจัยอาวุโส (Senior Researcher) ร่วมงานกับ Max Planck ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1986 ศึกษาวิจัยเน้นด้าน

1. มิติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางสังคมในสหรัฐอเมริกา
2. มิติด้านครอบครัวในแง่ของการคุ้มครองทางสังคมแก่เด็กและสตรี

- Dr. TinekeDijkhoff, ตำแหน่ง Referentin ร่วมงานที่ Max Planck ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 เคยศึกษาวิจัยด้านกฎหมายทางสังคมในเนเธอร์แลนด์ กฎหมายความปลอดภัยทางสังคมระหว่างประเทศ แรงงานระหว่างประเทศ และโครงการความคุ้มกันทางสังคม

ประวัติความเป็นมา

Max Planck เป็นองค์กรที่ทำงานด้านการศึกษาวิจัยกฎหมายด้านสังคม ความปลอดภัยทางสังคม ไม่ใช่งานวิจัยแบบประยุกต์ แต่เป็นการวิจัยที่ศึกษาพื้นฐานของสังคมในพื้นที่เฉพาะ โดยเชื่อมโยงทั้งมิติทางกฎหมาย สังคม และเศรษฐกิจ นโยบายสาธารณะ นโยบายทางสังคม เพื่อนำเสนอผลการวิจัยให้แก่รัฐบาลใช้ในการพัฒนาประเทศต่อไป

โครงสร้างและองค์กร

ปี ค.ศ.1976 ก่อตั้งกลุ่ม ใช้ชื่อว่า กฎหมายระหว่างประเทศและการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายทางสังคม (Project Group International and Comparative Social law)

ปี ค.ศ. 1980 พัฒนาเป็น Max Planck Institute for Foreign and International Social Law ผู้อำนวยการคนแรก คือ Prof. Unsaha ผู้ก่อตั้ง และเป็น President คนแรกของ Max Planck Society President คนที่ 2 คือ Prof. Michael อยู่ในช่วงปี 1992 – 2002

ตั้งแต่ ปี ค.ศ.2011 มีผู้อำนวยการ 2 คน คือ Prof. Dr. Becker ซึ่งเน้นด้านกฎหมายสังคมและผู้อำนวยการอีกท่านเน้นด้านเศรษฐศาสตร์การศึกษาวิจัยของ Max Planck จึงเป็นทั้งงานวิจัยระดับนโยบาย สถาบันกฎหมายคุ้มครองทางสังคมโดยเชื่อมโยงกับแนวคิดในระบบเศรษฐกิจสังคมศึกษาและจัดระบบฐานข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูล แนวคิดในการดำเนินงานไม่ใช่เพียงแค่มองในมุมมองของยุโรป หากแต่มองในระดับสากล การรวมตัวของสหภาพยุโรป (European Union) ทำให้เกิดชุมชนใหญ่ และเกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะฉะนั้นกฎหมายทางสังคมจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความเป็นสมัยใหม่ (Modernization) ตลาดแรงงาน การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

การนำเสนอของคณะนักวิจัยประเทศไทย

อาจารย์ ดร.เอกจิตรา คำมีศรีสุข

นางสาวกิริติกา กิริติพงษ์ไพศาล นักพัฒนาสังคมชำนาญการ

นางสาวอัจฉรา สุระกุล นักพัฒนาสังคมชำนาญการ

สภาพภูมิศาสตร์ของประเทศไทย

ประเทศไทยตั้งอยู่บนมหาสมุทรเอเชีย-แปซิฟิก ซึ่งเป็นคาบสมุทรที่แบ่งมหาสมุทรอินเดียจากมหาสมุทรแปซิฟิก ประเทศไทยมีสภาพภูมิอากาศแบบร้อนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อุณหภูมิสูง มีลมทะเล และฝน เพราะตั้งอยู่ในป่าเขตร้อน กล่าวได้ว่าเป็นประเทศที่มีพื้นที่อุดมไปด้วยทรัพยากรมากมาย

ประชากรในประเทศไทย

ณ ปี ค.ศ.2014 ประเทศไทยมีประชากร จำนวน 64,871,000 คน ชาย 31,542,000 คน คิดเป็น 48.6% หญิง 33,329,000 คน คิดเป็น 51.4% ประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวน 11,954,000 คน คิดเป็น 18.4% อายุระหว่าง 15-59 ปี มีจำนวน 42,982,000 คน คิดเป็น 66.3% และอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 9,928,000 คน คิดเป็น 15.3%

เศรษฐกิจของประเทศไทย

รายได้บุคคล โดยเฉลี่ยในปี 2010 จำนวน 4,735 USD/คน และในปี 2015 คาดว่าจะเพิ่มเป็น 7,130 USD/คน เส้นความยากจนของประชากรไทย ในปี 2011 จำนวน 2,422 บาท/คน หรือราวๆ 78 USD โดยคิดที่อัตราแลกเปลี่ยน 31 บาท/ดอลลาร์สหรัฐ จากข้อมูลในปี 2011 ซึ่งให้เห็นว่ามีประชากร จำนวน 8,767,000 คน ที่ยังอยู่ภายใต้เส้นความยากจน

ประชากรผู้สูงอายุ

สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงมากขึ้น ข้อมูลเปรียบเทียบจากปี ค.ศ.. 1990 - 2010 และการคาดการณ์ในปี ค.ศ.2030

นโยบาย แผน กฎหมายเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุในประเทศไทย

พัฒนาการของนโยบาย แผน กฎหมายเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุในประเทศไทย

1. ปี ค.ศ. 1982 มีการจัดทำแผนระดับชาติเพื่อผู้สูงอายุฉบับแรก ซึ่งใช้ระหว่างปี ค.ศ. 1982 - 2001
2. ปี ค.ศ.1991 ได้มีการบัญญัติเรื่องการพัฒนาผู้สูงอายุไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มีผลบังคับใช้ พ.ศ. 2534
3. ปี ค.ศ. 1997 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ปี ค.ศ. 1997 - 2001) ฉบับที่ 8
4. ปี ค.ศ. 2002 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ปี ค.ศ. 2002 - 2006) ฉบับที่ 9 แผนระดับชาติเพื่อผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 ใช้ระหว่าง ปี ค.ศ.2002 - 2021
5. ปี ค.ศ.2003 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ
6. ปี ค.ศ. 2005 เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย

7. ปี ค.ศ. 2007 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มีผลบังคับใช้ พ.ศ. 2550
8. ปี ค.ศ. 2011 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2007 - 2011) ฉบับที่ 10 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ปี ค.ศ. 2012 - 2016) ฉบับที่ 11

การดูแลผู้สูงอายุและระบบสวัสดิการในประเทศไทย

การดูแลผู้สูงอายุโดยฐานบ้านและชุมชน ประกอบด้วย

1. อาสาสมัครดูแลสุขภาพที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการดูแลและระบบการปกป้องสิทธิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง
2. ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นศูนย์ดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ และคนทุกระดับอายุในชุมชน โครงการริเริ่มด้วยการสร้างความรู้และความเข้าใจของศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งคนทั่วไปในชุมชน
3. การส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องผู้สูงอายุ และการเตรียมตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุ
4. การดูแลที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการบริการด้านสุขภาพในระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุโดยชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
5. ส่งเสริมสุขภาพที่วัด วัดเป็นศูนย์รวมด้านจิตใจสำหรับคนในท้องถิ่นและผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหลักที่ไปร่วมกิจกรรมที่วัด
6. ชมรมผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรวมตัวของผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมทั่วไป และสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุในการทำงานแบบเครือข่าย/กลุ่ม/องค์กร
7. โครงการอาสาสมัคร “เพื่อนช่วยเพื่อน” โครงการจัดการฝึกอบรมให้กับสมาชิกที่พึ่งพิงตนเองได้ เพื่อทำหน้าที่อาสาสมัครไปดูแล เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติในชุมชน
8. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โครงการได้มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ โดยใช้สื่อหรือเครื่องมืออุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระหว่างการเยี่ยมบ้าน
9. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและการพัฒนา เป็นโครงการที่จัดกิจกรรมในเขตต่างๆ ของกรุงเทพมหานครเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ

การดูแลผู้สูงอายุเชิงสถาบัน

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นการจัดบริการด้านสถานที่ในระยะยาว ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โดยจัดหาที่พักของรัฐบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พักอาศัย ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแลหรือไม่สามารถอาศัยอยู่กับครอบครัวได้ มี 2 ลักษณะการให้บริการ ดังนี้
 - 1.1 บริการด้านสังคมโดยทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ
 - 1.2 บ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

2. บ้านพักคนชราของรัฐบาล จัดเพื่อให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ด้อยโอกาส ยากจน ขาดผู้ดูแล ไม่มีบ้าน โดยมีการจัดที่พักชั่วคราวพร้อมทั้งการจัดสวัสดิการสังคมต่างๆ

3. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุของเอกชนและองค์กรสาธารณะ ได้แก่

- บ้านสงวนคณิเวศ สภาอากาศไทย
- บ้านพักคนชราภายใต้การดูแลของคณะกรรมการด้านการสุขภาพคาชอลิค

4. ความช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส เป็นการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสและประสบความยากลำบากซึ่งเป็นการช่วยเหลือในระดับชาติ มีดังนี้

- กองทุนผู้สูงอายุ
- เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- การบริการสาธารณะและนันทนาการ ด้วยการจัดหาเครื่องอำนวยความสะดวก และเครื่องมืออุปกรณ์พิเศษต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้นภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น กีฬา กิจกรรมบันเทิงใจต่างๆ การท่องเที่ยวเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

วิสัยทัศน์

“มุ่งสู่สังคมคุณภาพบนพื้นฐานความรับผิดชอบต่อร่วมกัน”

พันธกิจ

1. สร้างระบบสวัสดิการให้ประชาชนมีหลักประกันและความมั่นคงในชีวิต
2. พัฒนาคนและสังคมให้มีคุณภาพและมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง
3. เสริมสร้างทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม
4. พัฒนาองค์ความรู้ ชีตความสามารถ และระบบการบริหารจัดการด้านการพัฒนาสังคม

ยุทธศาสตร์

1. การผลักดันให้เกิดสังคมสวัสดิการ
2. การพัฒนาสังคมเข้มแข็ง พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง
3. การเสริมสร้างพลังทางสังคม
4. การยกระดับขีดความสามารถการบริหารจัดการด้านการพัฒนาสังคม

กรมต่างๆ ภายในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ
2. กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว
3. กรมกิจการเด็กและเยาวชน
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ
5. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 - 12

มีหน้าที่วิเคราะห์และจัดทำแผนการให้บริการให้สอดคล้องกับพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งกำกับดูแลการปฏิบัติงานและติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานปฏิบัติสนับสนุนความรู้ทางวิชาการให้คำปรึกษาแนะนำแก่หน่วยงานให้บริการทุกกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ให้บริการในความรับผิดชอบของกระทรวง รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรเอกชนและประชาชน ในการพัฒนาสังคมและจัดระบบสวัสดิการสังคมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างยั่งยืนส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดระบบเครือข่ายและประสานการดำเนินงานในพื้นที่ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

โครงการวิจัยการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ และระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ
3. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

ขอบเขตงานวิจัย

ศึกษาทั้งเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม และเชิงคุณภาพ โดยใช้การสนทนากลุ่มย่อย ขอบเขตประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) แบบสอบถามเชิงปริมาณ สอบถามผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้ดูแล แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ชุดตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้)
- 2) การสนทนากลุ่มย่อย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน

การนำองค์ความรู้จากการสัมมนาไปใช้ประโยชน์

ด้านครอบครัว

1. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการการันตีหรือเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้รับค่าตอบแทนที่มั่นคง
2. การนำนโยบายลาคลด/ลาเพื่อดูแลบุตร สามารถลาได้ทั้งสามปีและภรรยา
3. รัฐบาลเยอรมนีให้เงินสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุเพื่อการดูแลตนเอง ในกรณีที่ไม่มีครอบครัวดูแล ถือเป็นการจัดสวัสดิการที่ดี
4. เน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทของครอบครัวเป็นหลัก

ด้านกฎหมายระเบียบข้อปฏิบัติ

1. มาตรการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถลาเพื่อดูแลผู้สูงอายุในวาระสุดท้ายได้ควรมีการศึกษาวิจัยถึงแนวทางดังกล่าว
2. สนับสนุนให้มีสวัสดิการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุกรณีเป็นบุตรหลานญาติที่จำเป็นต้องลาออกจากงานประจำเพื่อดูแลผู้สูงอายุ
3. ออกกฎหมายให้ครอบครัวมีส่วนช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ

4. รัฐควรสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพสนับสนุนงบประมาณ สถานที่ มายังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งส่งเสริมให้ท้องถิ่นเพิ่มบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ

5. รัฐบาลควรสนับสนุนงบประมาณแก่สถาบันการศึกษาในการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อช่วยเหลือการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

6. รัฐบาลควรสนับสนุนการทำงานวิจัยให้มีคุณภาพตรงกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

7. แลกเปลี่ยนการทำงานโดยเฉพาะด้านกฎหมายการบังคับใช้กฎหมายและกระบวนการช่วยเหลือ

ด้านระบบเครือข่ายการดูแล

1. พัฒนาระบบเครือข่ายทางสังคมในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

2. ปรับโครงสร้างการบริหารงานของมหาวิทยาลัยให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น คิดค้นนวัตกรรม

The Situation of Old Age in Thailand: Laws, Policies, and Plans

Aecjitar Kummehrisuk (Ph.D.)

Introduction

Thailand has entered Aging society for 10 years (since 2005). This forced Thailand to adjust to the situation. Hence, Thailand needs to be educated about the related knowledge and useful for the setting up the Policy, Plan, and Laws. So that Thailand is ready for managing the elders in the society more than currently. Moreover, Thailand needs to be prepared for the situation in the next 10 years that the percentage of the elders in Thailand will be more than 20% of total population or it can be referred to as the complete entrance to Aging society.

The knowledge about Old Age from European countries is important and very necessary for the development of Aging society in Thailand. Because the European countries has entered Aging society for a long time and they handle it really well. It will be beneficial to Thailand to embrace the lesson learned from the European countries. However, Thailand needs to bear in mind the different context of the society from European countries. For example, the welfare in European countries are organized by the state. It's the radical model of social welfare. But, in Thailand, it will be in the form of residual model of social welfare. So, Thailand needs to adapt the method of handling, from purely handle by government to include the family, community, and society to help out.

Hence, the seminar to exchange the knowledge of handling the aging society in the level of laws, policies, and plans or the cooperation with European Countries need to be held. This article summarized the situation of aging society in Thailand in terms of population, laws, policies, and plans.

The situation of aging society in Thailand

The old age population in Thailand has continuously increased. This turned Thai society into Aged Society which means that there's the population age 60 years old and above more than 10 percent of total population since 2005 or about 10 years ago. The details of the situation in Thailand are as follows:

1) Number and proportion of current elder population and the future prediction

Currently, the population in Thailand is 64.6 million people. In this amount, there's elderly population about 9.6 million people or 14.9 percent of total population. In the elderly

population, there're early- elderly population (aged 60-69 years old) 5.3 million people, mid- elderly population (aged 70-79 years old) 2.9 million people, and late-elderly population (aged 80 and over) about 1.3 million people.

The total population of Thailand is quite stable, however, the proportion of age and continuously changing. This is due to the 0.5% decrease of birth rate and the increase of average remaining age of Thai population. The average remaining age when the Thai people reach the age of 60 is 22 more years. It's 18 more years when reach 65 years old. And, in the next 30 years, the projection will increase to 26 more years when reach 60 years old. And, it will be 20 more years when reach 65 years old.

According to such change, the proportion of elderly population will increase. In approximately less than 10 years, or in the year 2021, Thailand is expected to have the increase proportion of elderly people to more than 20% of entire population. This will lead to the Completed Aged Society. And the next 20 years, or in the year 2035, Thailand is expected to have more than 30% of elderly population, which is the Super Aged Society.

Table 1 Show the projection of the elderly population in 2020 2030 and 2040

Year	Population (Thousand)				(%)			
	Total	0-14	15-59	60+	Total	0-14	15-59	60+
2020	65,996	11,081	42,293	12,622	100.0	16.8	64.1	19.1
2030	66,174	9,800	38,795	17,579	100.0	14.8	58.6	26.6
2040	63,864	8,169	35,175	20,519	100.0	12.8	55.1	32.1

Source: Thailand Population Project, 2010-2040, Office of the National Economic and Social Development Board (Referred to Foundation of Thai Gerontology Research and Development. 2012. P.56)

2) The health of the elders

Thai elderly population is risking the top 5 illness. The number one illness is the symptom of high blood pressure, high fat in the blood, and high cholesterol, which account for 17%. The number two is diabetes, which is accounted for 8%. The number three is Gout, Rheumatoid, the constant knee/back/neckache at 5%. The number four is heart disease at 2%. And, lastly, number five is Paralysis at 1%. The female elder tend to have the symptoms of these top 5 illnesses more than male elder. (Foundation of Thai Gerontology Research and Development. 2014. P.44-45)

3) The living of elders

This refers to the living of elders and the family members. According to the elderly population survey in 2007 and 2011, the tendency of the elders who lived alone or with the spouse is increasing while that of those living with children is decreasing. The size of the family is also shrinking.

Table 2 Household of the elderly population, by living arrangement in 2007 and 2011

	%				
	Household size	Living with children	Living alone	Living with spouse	Living alone or alone with spouse
Total number of elderly					
2007	3.75	59.4	7.6	16.3	23.9
2011	3.63	56.5	8.6	17.1	25.7

Source : Knodel, J., Chayovan, N. and Prachuabmoh, V. 2013. The Changing Well-being of Thai Elderly: An update from the 2011 Survey of Older Persons in Thailand. HelpAge International.

4) Education

Only 10% of total elderly population was secondary school educated. In 2011, only 10.8% of total elderly population was more than secondary school educated. This is the slight increase from 9.5% in 2007, (National Statistics and Population Science, Chulalongkorn University refers to in Foundation of Thai Gerontology Research and Development. 2012. P.27) However, the tendency of Thai elders that will be secondary school educated is increasing. Also, the level of higher education is increasing.

5) Economics

The latest survey in 2011 revealed the important information that 34% of elderly population in Thailand is living below poverty (less than 2,422 baht per month or 29,064 baht per year). The main source of income is from children at 40%. Secondly, it's from working at 35%. Thirdly, it's from progressive allowance 11%. Fourthly, it's from pension at 6%. Fifthly, it's from spouse at 3%. And, lastly, it's from saving or interest or other asset at less than 3%.

From the above information regarding Thai elders, it showed that Thai elders have tendency to be more self-dependent in the longer period of time. This is the prediction, according to the proportion of the elderly population to the rest. The working age is less capable of assisting the elders. On average, Thai elders will depend on 3.3 working age. This

proportion will decrease to only 1.7 in 2040. The remaining life span will make Thai elders live longer especially female elders. The living culture is different from the past, from living as the extended family that consisted of 3 generations, elders, working, and young age, to the elders living alone. The elders will be helped by their children less. Their children are one of the main sources of income for them. We can expect that the elders that rely on children will have more economical problems. In addition, Thai elders are living below poverty line in general. This can be concluded that Thai elders don't have income security.

Laws, Policies, and Plans about elders in Thailand

Today, there're no laws, policies, and plans governing elders directly. The only law regarding the elders is that they're Thai people. But after the change of population structure that shifted to aged society. This stimulated countries who joined the first assembly of aging society at Vienna in 1982. Thailand has followed the resolution from such meeting by setting up National Elderly Committee which is the contingency committee. Minister of Interior is the principal. He made the strategy, set the policy, and passed the law in order to become the framework in developing the system and the management of elder population in Thailand. However, the plan in Thailand hasn't been officially implemented.

For laws, policies, and plans regarding Thai elders, there're the continuous development. The period is divided according to the critical situation that effected the quality of life of elders in Thailand. There're 3 periods, in which the policies were differed as followed:

The first development: 1982-1997

Following the First Assembly of Aging Society at Vienna in 1982, the government has established the health policy for elders. This health policy will cure the elders for free. Because government viewed that the Thai elders lacked opportunity in accessing state's health care. And, the social policy is wide open and focused on helping the elders since they're dependent.

The second development: 1997-2004

Following the Tom Yum Koong crisis, the elders was effected both economically and socially. The government encouraged the policy about the safe network for elder population. This policy emphasized on having the cooperation from family, community, and society in order to enhance the wealth of elders.

The third development: 2005-now

Following the entrance of Thailand's social structure into Aged Society in 2005, the government encouraged the integrative policy for developing elders. The policies are still about getting the cooperation from family, community, and society. Especially, the local governing body, the government asked to play more roles in taking care of and develop the living quality of life the elders. They also placed emphasis on building income security, saving, and career development. For economic policy, there's the most change in "Living money". It changed from selectively granting to be granting to all who didn't get any income. Moreover, it's progressively increase according to the age. Besides, there's the Royal Decree of saving as of 2011. (However, this Royal Decree still has no concluding regarding the right.)

Since the Conference in Vienna until now, Thailand has laws, policies, and plans about elders as followed:

1) The Master Law

The Constitution of The Kingdom of Thailand regarding the elders are as follows:

1.1) The Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2534

It's the first constitution about the elders. There's the saying in the section about the basic policy of the state as per below.

Category 5 Directive Principle of Fundamental State Policies

- Section 81 The state will support and help the elderly, the handicapped, to have good health, mindfulness, and hope in life so that they can live life appropriately

1.2) The Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2540

Chapter 5 Directive Principle of Fundamental State Policies

- Section 54. A person who is over sixty years of age and has insufficient income shall have the right to receive aid from the State, as provided by law.

- Section 80. The State shall protect and develop children and the youth, promote equality between women and men, and create, reinforce and develop family integrity and the strength of communities. The State shall provide aid to the elderly, the indigent, the disabled or handicapped and the underprivileged, in order to improve their quality of life and their ability to depend on themselves.

1.3) The Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2550

There's the saying under section 3 about the right and freedom of Thai citizens and section 5 about the state policy as per below.

- Section 40. A person shall have the following rights in the administration of justice as follows:

(6) a child, youth, woman, senior person or disabled or handicapped person shall have the right to appropriate protection in judicial process and shall have the right to appropriate treatment in cases relating to sexual violence.

- Section 53. A person who is over sixty years of age and has insufficient income for living shall have the right to receive welfare, public amenities and appropriate aid as suitable for such person's status from the State.-

Chapter 5 Directive Principles of Fundamental State Policies

- Section 80. The State shall act in compliance with the following social, public health, education and cultural policies:

(1) to protect and develop children and youths, to promote childhood nourishment and education, to promote equality between women and men, to reinforce and develop family integrity and the strength of communities as well as to provide aid and welfare to the elderly, the indigent, the disabled or handicapped and the destitute for their better quality of life and ability to become self-reliant.

- Section 84. The State shall act in compliance with the following economic policies:

... (4) to provide savings for people and State officials in old age.

2) National Plans for Older Persons

Thailand has 2 long-term national plan for elders from 1982 till now as per below. the National Plan for Older Persons in Thailand. This is in the form of long-term plans for two consecutive periods as explained below.

2.1) The 1st National Plan for Older Persons (1982 – 2001)

Following the appointment of the National Commission on the Elderly in 1982 as an ad hoc committee led by the Minister of Interior, the long-term plan for older persons was set up as part of the on-going effort of the 1st World Assembly on Ageing in Vienna in 1982 and in response to Thai demographic changes and rapid socioeconomic changes that affected the quality of life of the elders.

The National Long-term Plan for Older Persons B.E.2525-2544, or the 1st National Plan for Older Persons, is based on a fundamental concept of the elderly as former social benefactors, who should receive back from society. Moreover, the old persons have intellectual power and experience that can be shared to improve the society, and quality of life in old age depends on continuous preparation from young age.

The First National Plan for Older Persons, hence, targeted at endorsing policies and measures to prevent and resolve problems for the elderly in all dimensions including health, education, income security, employment, social culture and social service. Primary performance indicators have been determined but without specific targets for each indicator or monitoring and assessment.

2.2) The 2nd National Plan for Older Persons (2002-2021)

According to the set up and the proceed of the National Plan for Older Persons number 1, there's the adjustment of idea and perspective to the working for older persons from separately to integration. Every aspect that has been put for the elders plan has effect to the quality of life of the elders. And, each strategy resulted in the inseparable results.

The 2nd National Plan for Older Persons has the vision that said that "The elders is the core of the society" We must focus on the value and dignity of the elders. We must enhance the quality of life and improve the ability of self-dependent of the elders as much as possible. The elders should take part in social development. Moreover, in the 2nd plan, there's the emphasis of the preparation of becoming the elders.

There're 5 strategies in the second plan, which consisted of the following:

- 1) Strategy for preparing the population for old age.
- 2) Strategy for promoting the elderly.
- 3) Strategy for a social protection system for the elderly.
- 4) Strategy for management of national development and personnel development for the elderly.
- 5) Strategy for compiling and developing geriatric knowledge as well as monitoring and assessing the National Plan for Older Persons

2.2.1) The 2nd National Plan for Older Persons (2002 – 2021) (1st Revision 2009)

The amendment of the plan came from every related parties: the policy issuers, the implementers, and the older persons. Besides, the feedback, the change also incorporated the analysis of the social and economical situation. The changes bought about the shaping of the plan. The 5 strategies remained. However, 5 more strategies were added as follows:

- 1) Strategy for preparing the population for old age.
- 2) Strategy for promoting and developing the elderly.
- 3) Strategy for a social protection system for the elderly.

4) Strategy for integrated management of national development and personnel development for the elderly.

5) Strategy for compiling, developing and disseminating geriatric knowledge as well as monitoring and assessing the National Plan for Older Persons.

3) Enactment of the Law for Older Persons

3.1) The Older Persons Act B.E. 2546

According to the Constitution of The Kingdom of Thailand B.E. 2540 section 54, the person whose age is older than 60 years old and don't have sufficient income for living is entitled to receive the assistant from the state. As per the law and section 80, 2, the state must take care of the old persons, handicapped persons, and underprivileged person. The government must make them capable of self-dependent. And, the United Nations has stated about the elders in The Declaration of old persons B.E. 2542. The policy regarding the elders in Thailand pushed the establishment of The Older Persons Act B.E. 2546 (B.C 2003). Such Act encouraged the setting up of the protection, the building of the support system in the community, older persons fund. This Act is the basis for further supporting the elders. The Older Persons Act B.E. 2546 consisted of 24 sections and it covered 4 main points

Point 1 The setting up of National Committee for the Elderly will establish policy and plans which will support and help both private and public agencies in protecting, assisting, supporting state and roles and activities of elders. The prime minister is the head of the agency. There're also the eligible representative from public and private in the committee.

Point 2 The setting up that the elders have the right to the medication, education, religion, news, social participation, friendly environment, and all kinds of help.

Point 3 The setting up of older persons fund according to section 13 said that we need to set up one the fund called "Older Persons Fund". This is to be the source of money for protection and assisting the elders according to the Act.

Point 4 We need to campaign to the society to be aware about the caring of elders through tax reduction for those who adopt the elders who can't earn sufficient money.

Later, some sections were edited and called the 2nd Older Persons Act B.E. 2553 (2011). There're 2 main changed which are the extension of the act power to also cover the welfare for the elders, and the increase of the right of the elders. Until now, Older

Persons Act B.E. 2546 (Version 2) identified the right of the elders as per section 11 as per below:

- (1) Convenient and expedient medical and health services for the elderly;
- (2) Education, religion and information beneficial to the elderly;
- (3) Proper employment and vocational training;
- (4) Self-development and participation in social activities and community networks;
- (5) Facilitation and safety in buildings, places and vehicles or other public services;
- (6) Discounted transportation fares as appropriate;
- (7) Exemption from entrance fees at government parks and facilities;
- (8) Assistance for those who are abused, illegally exploited, or abandoned;
- (9) Counseling concerning legal action or family conflict resolution;
- (10) Sufficient provision of accommodation, food and clothing as necessary;
- (11) Fair and sufficient payment of monthly allowance (this benefit was introduced later in 2010)
- (12) Financial assistance with traditional funeral service (the Older Persons Act B.E. 2546 and the Amendments B.E. 2553).
- (13) Others action according to the committees

Moreover, there's the right to cover section 12, which is about the claiming or the retrieving of right or benefits of the older persons according to the the Act. It's deemed legitimate for the elders as per other law stated. And, in section 13, it talked about the "older persons fund" under the responsibility of the Office of Promotion and Protection of Children, Youth, the elderly and Vulnerable. This fund will be the source of money for all projects regarding protecting, assisting, and supporting the elders according to the Act. The money will go to the groups, clubs, service centers, miscellaneous centers in the community. The money will help enhancing the security of the elders, and continuously support all activities of the organization of the elders.

According to the above, the Older Persons Act B.E 2546 and the amendment (version 2) B.E 2553 are the law that constitute the organizational structure and the good management system. These will be the framework in working for the elders. There're the on-going improvement and the increase in the right of increasing the responsible organizations. In additional, under the act of B.E 2546, there're the appointment of sub-committees to follow up and report the working of the agencies that guarantee the right of

the elders according to section 11 (1)-(13). In 2015, the committee assigned the dean of Faculty of Social Administration Thammasat University (Asst. Prof. Dr. Decha Sungkawon) as the chief of the researching project. The project is about the usage, the access of information about all the rights of elders, and, in order to seek, the satisfaction of the service and the current true demand of the elders. These are done to seek the direction for all the related agencies in all sub-section in protecting, assisting, and supporting the elders in all matters for the purpose of enhance the quality of life according to the Act as of B.E. 2546. The result of the research is expected to be presented and published in October 2015.

4) National Economic and Social Development Plans

4.1) The 8th National Economic and Social Development Plan (1997-2001)

People are the main group of developing the elders as follows:

The media will also support the campaign for improving the health of the elder. Besides, it is also aimed at developing the health service for the elderly with chronic diseases. Also, the allowance will be given to the older persons living in poverty as monthly allowance, free-of-charge medical service and increased coverage of fare discounts; promotion that raises awareness of the families of elderly in order to provide adequate attention and care; support for the participation of private health facilities, private organizations, religious organizations and the community in providing care to the elderly; and promotion of the establishment of a key organization in charge of coordinating all works related to older persons.

The strategy for creating the social environment that the elders can contribute to strengthen the family, the community and society, and that it is necessary to support community participation especially the elderly. Moreover, family should also provide community service to the elderly. (Foundation of Thai Gerontology Research and Development. 2011. P.40)

4.2) The 9th National Economic and Social Development Plan (2002 – 2006)

The plan focuses on the foundation of development. Emphasis is placed on the development of quality of life in terms of health, life-long learning and social protection through increased efficiency of old age security funds in order to support an aging society. (Foundation of Thai Gerontology Research and Development. 2011. P.40)

4.3) The 10th National Economic and Social Development Plan (2007 – 2011)

The plan emphasizes preparing people and systems for future changes according to the sufficiency economy philosophy, as highlighted in the following strategies.

The strategy for the development of Thai people and society into a knowledge-based and educated population. The young are encouraged to exchange wisdom and experiences with the elderly through community learning centers, supporting the accessibility of the elderly to social services, as well as developing their potential for employment, health promotion and life-long learning.

The strategy to strengthen community and society as foundations of the nation. This can be done through preparation and enhancement of service quality, promotion of the community and the local administrative organizations. These will help to manage basic social services to the demands of the population in each age group, for example, elderly care service by the community, human rights watch and assistance for abandoned older persons.

The strategy to reform the structure of the economy for balance and sustainability through promotion of various savings schemes as a means of building income security for the population. The example is that the integration of savings funds into an old age savings system for the workforce in informal sectors, in order to cover sufficiently all workforce groups. Also, the expansion of the infrastructure services of information technology and communication to enable the public, especially the elderly, to learn and to access a wide range of information and knowledge. (Foundation of Thai Gerontology Research and Development. 2011. P.41)

4.4) The 11th National Economic and Social Development Plan (2012- 2016)

This plan is emphasizing sustaining the immunity and enhancing the immunity for the country. It can be done by the development of Thai people and social, increase the chance of accessing the resources, and fairly receive the benefit from the development of economic and social. All these efforts are done in order to prepare the citizens, social, and economic to be able to cope with the change. The change is namely the increase of world elderly population to be 81.9 million people more. This will effect the move across countries and cultural mix. This plan has several strategies to cope with such changes as follows:

The strategy to create equal society by building the sustainable economic and social for all Thai citizens along with increasing the capabilities in handling the risks and the opportunities for each and everyone of them. Moreover, this also includes improving the quality of life for every Thais.

The strategy to prepare people for the life-long learning society by enabling Thais of all ages to be able to cope with changes. Make them improve continuously. (Summary of The 11th National Economic and Social Development Plan (2012-2016) from <http://www.nesdb.go.th>)

From the laws, policies, and plans regarding the elderly as mentioned above, although it all began in 1982, Thailand doesn't have much support for the elders. In 1997, Tom Yum Koong economic crisis hit Thailand, and especially, the elders in Thailand. The old persons don't have income insurance and were forced to pay high price for the necessity goods. Hence, in the 8th National Economic and Social Development plan, it placed the emphasis on the people development and also stated clearly, for the first time, the plan for elderly development. We can say that Laws, policies, and plans about Thai elderly was established in less than 20 years ago.

Challenges

The situation of the Thai elders from statistic data revealed that Thai elders have to depend on themselves more. This is due to the continuous decline of the number of working age which the elders can depend on. Elders tend to live alone more according to the change in family size. And, they have to depend on themselves for longer time due to the increase life expectancy.

Plans, policies, and laws about Thai elders can be divided into 3 periods: firstly 1982-1997, secondly 1997-2004, and, lastly, 2005-current. The study showed that Thai people lacks the proper preparation to enter old age society. It could only be seen in the 3rd period, which is not in time to cope with the already happened old age society in Thailand. To elaborate more, the social and health of Thai elders tend to get only the support but not the established equal treatment. For the economic, the most concrete is the progressive allowance. Though, the budget sat by the government is much below the poverty line. Hence, it's necessary for government to launch policies, laws, and plans that will take effect or increase the employment of the elderly.

In conclusion, the challenges of Thai society today are, not only the required policies, plans, and laws, but also the preparation for the completed old age society. It must be done with the account of the changing Thai society. Hence, the knowledge from

other countries, especially Europe, which is the complete old age society, will be one of the solutions to adapt to Thai society. This is the required in advance preparation for Thailand to enter the quality old age society.

Bibliography

Books

Foundation of Thai Gerontology Research and Development. 2008. Situation of the Thai Elderly 2007. With support from the Fund of the Elderly, National Commission on the Elderly. Bangkok: TQP Co., Ltd.

_____. 2009. Situation of the Thai Elderly 2008. With support from the Fund of the Elderly, National Commission on the Elderly. Bangkok: TQP Co., Ltd.

_____. 2010. Situation of the Thai Elderly 2009. With support from the Fund of the Elderly, National Commission on the Elderly. Bangkok: TQP Co., Ltd.

_____. 2011. Situation of the Thai Elderly 2010. With support from the Fund of the Elderly, National Commission on the Elderly. Bangkok: TQP Co., Ltd.

_____. 2012. Situation of the Thai Elderly 2010. With support from the Fund of the Elderly, National Commission on the Elderly. Bangkok: TQP Co., Ltd.

Electronic Media

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospect: The 2012 Revision. Retrieved February, 20, 2015, from <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.

**สรุปการศึกษาดูงาน ศูนย์สหวิทยาการเพื่อการแพทย์การดูแล
แบบประคับประคองของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิก**

ณ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน

วันที่ 12 มีนาคม 2558

ศูนย์สหวิทยาการการดูแลประคับประคองของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิกก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็นสถานที่ดูแล รักษาผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย โดยจัดสถานที่ที่เป็นสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแลอย่างเป็นสัดส่วน ให้ความรู้สึกเป็นมิตร ผ่อนคลาย มีสถานที่ที่ช่วยผ่อนคลาย บรรเทาความรู้สึกจากอาการเจ็บป่วย เช่น ระเบียงนอกห้องพัก ห้องสมุด เป็นต้น โดยผู้ป่วยจะต้องผ่านระบบการประเมินความจำเป็นของการเข้ารับการรักษาก่อน ระหว่าง และหลังการ เข้ารับการรักษาโดยทีมแพทย์และทีมอาสาสมัครที่ทำงานในชุมชน

ประวัติความเป็นมา

1) ค.ศ. 2014 ได้มีการจัดประชุมวิชาการเฉลิมฉลองครบรอบ 1 ปี ของศูนย์สหวิทยาการการดูแลประคับประคอง เมื่อวันที่ 14 -15/11/2014 ซึ่งตรงกับวาระครบรอบของหน่วยงานต่างๆ ดังนี้

- ครบรอบ 15 ปี ของอาคารกรอสฮาเดิร์น (Grosshadern) การดูแลประคับประคองโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิก
- ครบรอบ 15 ปี ของการเปิดภาควิชาการดูแลประคับประคองของมหาวิทยาลัยมิวนิก
- ครบรอบ 15 ปี วิทยาลัยการดูแลประคับประคอง คริสโตเฟอร์
- ครบรอบ 10 ปี ภาควิชาการดูแลแบบประคับประคอง อาคารกรอสฮาเดิร์น (Grosshadern) ของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิก
- ครบรอบ 10 ปี สหวิทยาการศูนย์การแพทย์การดูแลประคับประคอง (IGP) ที่กรอสฮาเดิร์น (Grosshadern) ของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิก
- ครบรอบ 5 ปี การดูแลประคับประคองคนไข้นอก (SOPC) ของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิก
- ครบรอบ 1 ปี ภาควิชาการดูแลประคับประคองที่โรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิก
- การจัดตั้งคลินิกประคับประคองในเดือนมกราคม 2014

2) ค.ศ. 2013 ก่อตั้งภาควิชาการดูแลประคับประคองของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิก โดยมีแพทย์หญิงคลอเดีย บูส์เวียน (Dr.Claudia Bausewein) เป็นผู้อำนวยการคลินิก

3) ค.ศ. 2012 แพทย์หญิงคลอเดียบูส์เวียน (Dr.Claudia Bausewein) เข้ามารับตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาการดูแลประคับประคอง

4) ค.ศ. 2010ศาสตราจารย์นายแพทย์เอ็คฮาร์ดฟริกเอสเจ (Prof. Dr. Eckhard Frick SJ) และศาสตราจารย์นายแพทย์เทราก็อทท์ โรเซอร์(Prof. Dr. TraugottRoser) มารับตำแหน่งการดูแลด้านจิตใจ

5) ค.ศ. 2009 ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยคาทอลิก สนับสนุนให้ศาสตราจารย์แพทย์หญิง มาเรีย วอสเนอร์ (Prof. Dr. Maria Wasner) มารับตำแหน่งหัวหน้าสังคมสงเคราะห์

6) ค.ศ. 2008 ศาสตราจารย์แพทย์หญิงโมนีก้า มารับตำแหน่งโดยได้รับทุนการศึกษาจากมูลนิธิ อัลเฟรดครูป โบเรน (Alfred Krupp Bohlen) เพื่อเรียนต่อด้านกุมารเวชศาสตร์

7) ค.ศ. 2006 นายแพทย์จันโดมินิโก บอราซิโอ (Dr. GianDomenico Borasio) มารับ ตำแหน่งเป็นหัวหน้าภาควิชาการดูแลแบบประคับประคองคนแรกจนถึงปี 2011

8) ค.ศ. 2004 แอลเอ็ม มหาวิทยาลัยมิวนิค เป็นมหาวิทยาลัยแห่งแรกของประเทศเยอรมันที่เปิด การสอนดูแลแบบประคับประคอง

9) ด้วยการสนับสนุนกองทุนมะเร็งของรัฐบาเวเรีย ประเทศเยอรมนี ได้มีการจัดตั้งศูนย์ สหวิทยาการการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งก่อตั้งในปี 2004 โดยในปี 1999 เป็นการเริ่มต้นของการดูแล แบบประคับประคองของวิทยาลัยคริสโตเฟอร์ แห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค

ศูนย์สหวิทยาการการดูแลประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองต้องมีหน่วยปฏิบัติที่มากขึ้น โดยจะต้องมีทีมงานเฉพาะ หรือการทำงาน แบบทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักบำบัด นักจิตวิทยาในการประชุมกลุ่มสหวิชาชีพ ได้มีโอกาสพูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วย และการรักษาที่เหมาะสมและการปฏิบัติให้คำปรึกษาและการทำงานแบบผู้รู้และแบบมืออาชีพ

ศูนย์สหวิทยาการการดูแลประคับประคองมีเตียง 10 เตียง ห้องพักแต่ละห้องของผู้ป่วยจะมีห้องน้ำ ส่วนตัวและมีระเบียง ซึ่งสามารถรองรับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนๆ ได้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่มาจาก บ้าน หรือจากโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิคในกรณีเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษาวัดที่โรงพยาบาลโดย จะมีแพทย์อาวุโสเป็นคนตัดสินใจ หรือแนะนำการรักษาของผู้ป่วย หน่วยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีการ บันทึกประวัติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามารักษาตัว โดยจะใช้เวลาในการพิจารณาอย่างละเอียดในการกำหนด เกณฑ์การคัดเลือกและสำหรับในระยะสั้นจะมีการรักษาชั่วคราว โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการบรรเทาอาการ และส่งกลับบ้าน หรือไปยังบ้านพักรับรองสำหรับผู้ป่วย

เกณฑ์การรับสมัคร

1. อาการของโรคมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น ซึ่งไปจำกัดอายุขัยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ข้อตกลงในโรคบางโรคยังไม่มี

2. ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือข้อบ่งชี้ทางจิตสังคม

3. ผู้ป่วยยินยอมที่จะรวมอยู่ในหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีข้อมูลบ่งชี้ว่าไม่มีทางรักษาได้ และไม่มีคามจำเป็นที่จะยื้อชีวิตได้

4. ผู้ป่วยและญาติได้รับแจ้งก่อนที่จะเข้ารับรักษาในศูนย์สหวิทยาการการดูแลประคับประคอง ทั้งนี้ เกี่ยวกับข้อเท็จจริงว่ามีการวางแผนและส่งกลับบ้านอย่างไร หรือการส่งต่อไปยังสถานบริบาลอื่นๆ หลังจากที่มี สัญญาณว่าผู้ป่วยมีอาการคงที่

5. การให้การรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่

การบริการด้านการแพทย์แบบระดับประคอง

1. การรักษาไม่ให้อาการกำเริบและการรักษาพยาบาลของอาการทางกายภาพอื่นๆ
2. การดูแลแบบประคับประคอง
3. การดูแลทางด้านจิตใจ
4. การให้คำปรึกษา/ งานสังคมสงเคราะห์
5. ความช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมในการกลับบ้าน หรือการส่งต่อยังหน่วยบริการอื่นๆ
6. การดูแลทางจิตวิญญาณ
7. การให้คำปรึกษาคำแนะนำและการสนับสนุนจากสมาชิก
8. การเตรียมความพร้อมในช่วงสุดท้ายของชีวิต

คลินิกทางการแพทย์สำหรับการดูแลแบบประคับประคอง

เป็นส่วนหนึ่งภาควิชาอายุรศาสตร์ทุเลา ซึ่งตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ปี ค.ศ. 2014 มีบริการรพยบาลเพื่อต้องการที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยในช่วงต้นเป็นการรักษาคุณภาพชีวิตสูงสุดแก่ผู้ป่วย ปัจจุบันจะมีหมอประจำคลินิกทุกวันอังคารและเข้าวันพฤหัสบดี

บริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์แบบระดับประคอง

บริการให้คำปรึกษาการดูแลแบบประคับประคอง และให้การสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลในทุกแผนกของโรงพยาบาล โดยทีมที่ปรึกษา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ จิตวิทยาและนักบำบัดโรคทางเดินหายใจ เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาลแบบประคับประคองแบบองค์รวมทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับเพื่อนร่วมงานที่เข้าร่วมบูรณาการในการให้บริการ เป็นการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาโรคที่มุ่งเน้นรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา บริการดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เกิดความเครียด ทั้งร่างกาย จิตใจ หรือสังคมและปัจจุบันการบริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์แบบประคับประคองมีความจำเป็นต้องมีข้อมูลเบื้องต้นที่จะติดต่อผู้ป่วยกับญาติ เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีความทุกข์จากความก้าวหน้าของโรคที่เป็น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเนื้องอก ผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคมะเร็ง โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (เช่น หัวใจล้มเหลว) โรคของระบบประสาท (เช่น ALS ภาวะสมองเสื่อม) โรคปอด (เช่น ปอดเรื้อรัง) โรคไต (เช่น ความบกพร่องของไตอย่างรุนแรง) และโรคตับ (เช่น ภาวะตับเรื้อรัง)

จุดมุ่งหมายของแผนกยาแบบประคับประคอง

1. เพื่อบรรเทาอาการที่น่าวิตกและปัญหาให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
2. เพื่อการจัดการกับโรคที่รักษาไม่ได้
3. เพื่อให้ความช่วยเหลือในการตัดสินใจเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา
4. เพื่อคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ชีวิตของผู้ป่วย หรือการมอบอำนาจ
5. เพื่อความช่วยเหลือในการจัดบริการทางการแพทย์และการพยาบาลที่เหมาะสมที่บ้าน

ในการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับขั้นสุดท้ายของชีวิต จะมีการประชุมของทีมสหวิชาชีพในสถานพยาบาล เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

ศูนย์สหวิทยาการการดูแลประคับประคองพิเศษสำหรับผู้ป่วยนอก (SOPC)

SAPV เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงที่รักษาไม่หาย เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านสามารถควบคุมอาการได้ดี ซึ่งจะมีการกำหนดโดยแพทย์ ซึ่งจะให้ครอบครัวฝึกการดูแล เวลาออกจากโรงพยาบาลจะมีผู้ช่วยแพทย์โทรมาสอบถามอาการของผู้ป่วยจากญาติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสำคัญของปัญหาของแต่ละบุคคล และนอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองจะต้องมีนักสังคมสงเคราะห์ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หรือสถานบริบาลอื่นๆ ที่ผู้ป่วยไปอยู่ โดยต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิดที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ใช้บริการ บ่อยครั้งที่มีการเชื่อมต่อภายในทีม หรือนอกทีมสนับสนุน เช่น การบำบัดทางเดินหายใจ ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ โดยภายใต้ความร่วมมือและสามารถประสานงานของอาสาสมัครกับสมาคมที่มีอยู่ที่บ้านพัก

SAPV รวมถึง:

- ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขาและบริการระดับมืออาชีพร่วมที่เกี่ยวข้อง
- การตรวจสอบเบื้องต้นของการจัดการความเจ็บปวด และการรักษาอาการอื่นๆ
- การสนับสนุนในสถานการณ์ที่ยากลำบากในครอบครัวและจิตสังคม
- การพัฒนาของการรักษาและแผนฉุกเฉิน
- บริการ 24 ชั่วโมง

สรุปสาระสำคัญจากการศึกษาดูงาน
ศูนย์สหวิทยาการการดูแลประคับประคองของโรงพยาบาล
แห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค

ประวัติความเป็นมาของการดูแลระยะสุดท้าย

ซีเซลี ซอร์นเดอร์: ค.ศ.1918–2005 (Cicely Saunders: 1918 – 2005) เป็นผู้ที่มีความชำนาญในหลากหลายสาขา โดยเริ่มต้นจากการเป็นพยาบาลในสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นนักสังคมสงเคราะห์โดยผ่านการฝึกอบรมด้านสังคมสงเคราะห์ และสุดท้ายเป็นแพทย์ โดยซีเซลี ซอร์นเดอร์ เป็นผู้ริเริ่มในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสมัยยุคกลางที่เซนต์คริสโตเฟอร์ เมืองลอนดอน สหราชอาณาจักร ในปี ค.ศ.1967 เนื่องจากซีเซลี ซอร์นเดอร์ เคยเป็นพยาบาลจึงมีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมาก จากประสบการณ์จึงทำให้รู้ว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมากมักจะไม่ได้รับการดูแล อย่างดี จึงเป็นแรงผลักดันให้ซีเซลี ซอร์นเดอร์ อยากเป็นนักสังคมสงเคราะห์ จากการเป็นนักสังคมสงเคราะห์ ซีเซลี ซอร์นเดอร์ ไม่สามารถทำงานได้ครบและตามความต้องการ จึงได้เรียนแพทย์เพื่อหาวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมากให้ดีที่สุด

การดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามศัพท์ของการดูแลแบบประคับประคองว่า “เป็นวิธีการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ รวมไปถึงครอบครัวที่ประสบปัญหาที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ถึงแก่ชีวิต” ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตจะเป็นการป้องกันความเจ็บปวดที่ไม่เพียงแต่การเจ็บปวดทางกาย แต่รวมถึงความทุกข์ทรมานจากโรค หรือการที่คนที่รักผู้ป่วยหนัก ซึ่งจะเป็นการดูแลในเชิงป้องกัน โดยการวิเคราะห์หาสาเหตุ ดำเนินการประเมินสถานการณ์และดำเนินการให้การดูแลทั้งด้านการเจ็บปวดทางด้านร่างกายจากโรค รวมถึงปัญหาอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองให้ความสำคัญทางเลือกของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกสถานที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีความต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น บางรายอาจต้องการได้รับอะไรเล็กๆ น้อยๆ ก่อนเสียชีวิต บางรายต้องการอยู่กับครอบครัวหรือกับคนที่รักก่อนเสียชีวิต แต่บางรายอาจต้องการไปเสียชีวิตที่บ้านเกิด การดูแลแบบประคับประคองจะต้องเป็นการดูแลที่สามารถปฏิบัติได้จริงไม่มีการหลอกลวงผู้ป่วยว่าหากมีการดูแลแบบประคับประคองจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น หรือหายจากโรค รวมไปถึงการพูดคุยถึงความสูญเสียและความโศกเศร้าของการเจ็บป่วยเพื่อรับมือหากต้องเสียชีวิต

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านจิตวิญญาณ
2. ด้านร่างกาย
3. ด้านสังคม
4. ด้านจิตวิทยา

ซึ่งความเจ็บปวดทางด้านร่างกายผู้ป่วยทุกรายจะปรากฏให้เห็นได้อย่างชัดเจน สิ่งที่หนักไปกว่านั้นไม่ใช่ปวดหัวแล้วจะจบแต่ด้วยตัวโรคจะมี 10 -12 อาการรวมอยู่ในนั้น ยิ่งหากป่วยหนักจะมีอาการปวดหัว ท้องผูก ท้องเสีย น้ำมูกไหล คัดจมูก เจ็บปวดทางด้านร่างกาย จึงเป็นความซับซ้อนที่มีมากเนื่องจากโรคที่เป็นอยู่ในขั้นที่หนัก ในส่วนด้านจิตวิทยาและด้านสังคมสิ่งที่จะต้องกระทำคือการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ การสื่อสารในการดูแลแบบประคับประคองจะต้องสื่อสารอย่างจริงใจและพูดความจริงแก่ผู้ป่วย เพราะทุกอย่างเกินจุดวิกฤติ จึงต้องรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น มีผู้ป่วยที่เป็นแม่อยู่ 2 คน ไม่เคยบอกให้ลูกรู้เลยไม่เคยบอกครอบครัวว่าตนเองป่วย อาจจะมีบอกบ้างแต่บอกว่ากำลังจะหาย สิ่งสำคัญคือครอบครัวจะไม่ได้รับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในความเป็นจริงผู้ป่วยอาจจะอยู่ได้อีกไม่นานดังนั้นการสื่อสารจะต้องพูดอย่างเปิดใจและซื่อตรงที่สุด ควรจะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมด สิ่งที่จะต้องตกลงกับผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวในกรณีที่ครอบครัวรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยคือจุดมุ่งหมายในการรักษาคืออะไร อาจจะไม่ใช่การรักษาให้หายแต่เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขที่สุดทุกคนจะต้องยอมรับความจริงทุกอย่าง การดูแลทางด้านจิตวิญญาณเป็นการดูแลให้สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค ความเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีหน่วยงานที่คอยดูแล อาจจะมีการพูดคุยเป็นระยะ มีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยจะต้องช่วยในการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์ถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต้องการดูแลสถานที่ใด ผู้ป่วยต้องการตายสถานที่ใด เป็นเรื่องการตัดสินใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ใครจะเป็นผู้มีอำนาจในการดูแลและตัดสินใจ ทวิปยุโรบในอดีตรับให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่ดูแลและเลือกสถานที่ตายเป็นเรื่องใหม่ซึ่งไม่มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว แต่ในปัจจุบันจะมีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลือกสถานที่ในการดูแลและสถานที่ที่ตายมากขึ้น มีการประเมินความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จะมีการให้ความช่วยเหลือตามสมควร และตามความจำเป็นแก่ครอบครัวผู้ป่วย

การดูแลแบบประคับประคองจะเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยในเบื้องต้นจะมีการพูดคุยเพื่อติดตามอาการ ดูแลสภาพจิตใจ ซึ่งเป็นการสนับสนุนในการดูแลจึงทำให้มีการวางแผนในการดูแลยาวนานขึ้นที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันมีการพัฒนามากขึ้นผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการเข้าใจในอาการของโรคที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นสิ่งที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ คือ จะต้องมีการเป้าหมายที่เหมือนกันของคนในครอบครัวจะต้องมีการพูดคุยกันในครอบครัวพูดคุยกับผู้ป่วย พูดคุยกับทีมสหวิชาชีพและพูดคุยกับผู้ดูแลผู้ป่วย โดยอาการของผู้ป่วยแต่ละรายที่แสดงออกมาในขณะนั้นจะมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านของทีมสหวิชาชีพเข้ามาดูแล พูดคุย ซึ่งในอดีตการทำงานของทีมสหวิชาชีพไม่มีการประสานงานกันแต่ในปัจจุบันเริ่มมีการทำงานเป็นทีม

การให้บริการด้านคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในสถานบริการการดูแลแบบประคับประคองจะให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพที่มีผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพจะไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลและมาจากหลากหลายสาขา สถานบริการการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเริ่มต้นในปี ค.ศ. 2007 ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ป่วยทุกคนที่ระบุไว้ในกฎหมายด้านสังคม ทีมสหวิชาชีพจะประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดนักจิตวิทยา ปัจจุบันเป็นเรื่องที่ต้องพัฒนาและมีความท้าทายที่มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทีมสหวิชาชีพตามแผนที่วางไว้จะมีประมาณ 320 ทีมในประเทศเยอรมนี โดย 1

ทีม จะรับผิดชอบคนไข้ 250,000 ราย ปัจจุบันจะมีทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวน 225 ทีม

การดูแลแบบประคับประคองด้วยยา เมื่อแพทย์มีการวินิจฉัยพบว่า จะไม่เกิดความคุ้มค่าหากใช้ยาในการรักษาอาการของผู้ป่วย เพราะฉะนั้นรูปแบบในการให้ยาจึงเปลี่ยนไปเป็นการให้เพื่อประคับประคอง เป็นการให้เพื่อลดอาการเจ็บปวด ค่ายาจึงไม่แพง ดังนั้น เกสซ์กรซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพจะเป็นผู้เข้ามาดูแล การที่จะเป็นทีมสหวิชาชีพได้จะต้องมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือจะต้องมีการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 160 ชั่วโมง ในปัจจุบันมีผู้ที่เข้ารับการอบรมประมาณ 4,500 คน ซึ่งจะมีหน่วยงานเฉพาะที่มีการวิจัยเพื่อการพัฒนาสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง ในลำดับต่อไปจะมีการปรึกษากับองค์การเภสัชกรรมของประเทศเยอรมนีในการผลิตยาเพื่อใช้สำหรับการดูแลแบบประคับประคอง

สถานการณ์การเรียนการสอนการดูแลแบบประคับประคองด้วยยา เริ่มต้นในปี ค.ศ.1999 ที่มหาวิทยาลัยบอร์น ในเมืองโคโลน และมีศาสตราจารย์ที่เก่งและเชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคองด้วยยา (Palliative medicine) จำนวน 2 ท่าน และได้มีการทำปฎิญญาตกลงไว้ซึ่งปฎิญาที่แต่ละประเทศที่เข้าร่วมและยอมรับในข้อตกลงร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยได้เริ่มต้นตั้งแต่เดือนกันยายน จำนวน 210 ประเทศ และในปัจจุบันมีประเทศที่ให้สัตยาบรรณเป็นที่เรียบร้อย จำนวน 280 องค์กร และประเทศเยอรมนีได้ลงมือทำและนำไปใช้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

การบริการทางคลินิก

1. ฝึกทีมสนับสนุนในโรงพยาบาล
2. การรวมกลุ่มคนไข้ผู้ป่วยนอก

ศูนย์การศึกษา

มีหลักสูตรการฝึกอบรมการเรียนการสอนและมีการทดลองปฏิบัติจริง การศึกษาระดับปริญญาโทจะมีการสอนแพทย์ พยาบาล จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักบำบัดทางเดินหายใจและเกสซ์กร ระยะเวลาในการเรียนการสอน 1 - 5 วันในแต่ละหลักสูตร การเรียนการสอนเป็นการตอบโต้พูดคุยแบบกลุ่มเล็กๆ ต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างการดูแลผู้ป่วยและการสอนวิจัยเพื่อให้เกิดเป็นองค์ความรู้การดูแลแบบประคับประคอง โดยส่วนใหญ่อาจารย์ที่มาสอนจะมีพื้นฐานในการรักษาพยาบาล ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการสอนและเนื้อหาในการสอนมากยิ่งขึ้น

การเรียนในระดับปริญญาตรี

1. หลักสูตรบังคับก่อนปีสุดท้าย
2. สอนแบบกลุ่มเล็ก ๆ
3. เลือกคนเรียน
4. ในปีสุดท้ายสามารถเลือกเรียนเพิ่มได้

การทำวิจัยในเรื่อง Palliative medicine

1. การประเมินผลการให้บริการ

2. ให้ความช่วยเหลือของญาติผู้ป่วย

3. วิจัยการหายใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายใจลำบาก จึงได้มีการทำวิจัยขึ้นมาในเรื่องระบบทางเดินหายใจและอาการผู้ป่วยมีความซับซ้อนและมีอาการป่วยหลายอย่าง

ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care)

ศาสตราจารย์อิคฮาร์ดฟิค และศาสตราจารย์ทรากอท โรเซอร์ จะมุ่งเน้นการดูแลด้านจิตวิญญาณด้านสุขภาพ ซึ่งการดูแลไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิตหรือเสียชีวิตเท่านั้น นอกจากนี้มีการวิจัยและการสอนให้กับนักเรียนปริญญาตรีที่เรียนแพทย์ การวิจัยด้านจิตวิญญาณ การประเมินด้านจิตวิญญาณเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณมากน้อยแค่ไหนและมีทฤษฎีอะไรที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

สถานบริการการดูแลแบบประคับประคอง

ปัจจุบันสถานบริการการดูแลแบบประคับประคองในคลินิกและโพลีคลินิคแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถึงร้อยละ 90 นอกจากนี้มีผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิต เพียงผู้ป่วยมีจำนวน 10 เตียงห้องพักแต่ละห้องของผู้ป่วยจะมีห้องน้ำส่วนตัวและมีระเบียงซึ่งสามารถรองรับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนๆ ได้ การบริหารจัดการดูแลทั้งด้านจิตวิทยาและจิตวิญญาณผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่มาจากบ้าน หรือจากโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค ในกรณีเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลโดยจะมีแพทย์อาวุโสเป็นคนตัดสินใจ หรือแนะนำการรักษาของผู้ป่วย สถานบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีการบันทึกประวัติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามารักษาตัว โดยจะใช้เวลาในการพิจารณาอย่างละเอียดในการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก และสำหรับในระยะสั้นจะมีการรักษาชั่วคราว โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการบรรเทาอาการและปล่อยกลับบ้านหรือไปยังบ้านพักรับรองสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยมาใช้บริการเฉลี่ยปีละ 300 ราย ทีมสนับสนุนของโรงพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองจะมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ

สถานบริการการดูแลแบบประคับประคองจะเป็นส่วนหนึ่งของทุกโรงพยาบาล ซึ่งนำโดยแพทย์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดการกับอาการที่แสดงออกมา ซึ่งมีการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 12 วันต่อรายก่อนมีการส่งต่อผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผน พูดคุยต่อหนึ่งรอบการใช้บริการ เรื่องการเงินที่ใช้ในการดูแลในหน่วยดูแลแบบประคับประคองจะมาจากประกันสุขภาพ การที่ไม่ได้เป็นคนไข้มีการกลับไปรักษาที่บ้าน อิทธิพลของความเชื่อศาสนาที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น บางคนอาจนับถือลัทธิอะไรบางอย่างและมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยที่มีการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างจากการดูแลแบบประคับประคองจะมีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมในการดูแล ซึ่งแตกต่างจากการดูแลแบบประคับประคองที่มีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมในการดูแล โดยการดูแลผู้ป่วยที่มีการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นการดูแลระยะยาวที่เป็นผู้ป่วยใน จะมีระยะเวลาในการดูแลประมาณ 20 วัน สำหรับแหล่งเงินทุนจะมาจากหลายแหล่ง เช่น ประกันสุขภาพ ประกันสำหรับการดูแลระยะยาว ลักษณะของสถานบริบาลในปัจจุบันจะมี 2 แบบ คือ หน่วยการดูแลแบบประคับประคอง และเนอร์สซิงโฮม สำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลแบบประคับประคองจะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 400 - 500 ยูโรต่อวัน

ประวัติของผู้บรรยาย

คลอเดีย บุสส์เวียน

วันเกิด : 14 มกราคม 1965

สัญชาติ: เยอรมัน

ประวัติการศึกษา

- 2009 ปริญญาเอก มหาวิทยาลัยคิงส์คอลเลจ เมืองลอนดอน ประเทศสหราชอาณาจักร
- 2003 ปริญญาโทวิทยาศาสตร์ในการดูแลแบบประคับประคองมหาวิทยาลัยคิงส์คอลเลจ เมืองลอนดอน
- 1999 ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรแพทย์ ประเทศเยอรมนี
- 1995 ประกาศนียบัตรทฤษฎีการแพทย์ มหาวิทยาลัยคาร์ดิฟฟ์ เมืองเวลส์ ประเทศสหราชอาณาจักร
- 1985 - 1992 โรงเรียนแพทย์ Ludwig-Maximilians มหาวิทยาลัยมิวนิก ประเทศเยอรมนี

ตำแหน่ง

- ตั้งแต่ปี 2012 ผู้อำนวยการหน่วยการแพทย์แบบประคับประคองโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัย มิวนิก
- 2009 – 2012 ผู้อำนวยการวิจัยทางคลินิกแซนเดก ภาควิชานโยบายการดูแลแบบประคับประคอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพมหาวิทยาลัยคิงส์คอลเลจ เมืองลอนดอน
- 2009 นักวิจัยทางคลินิกในภาควิชาการดูแลแบบประคับประคอง ตามนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพ มหาวิทยาลัยคิงส์คอลเลจ เมืองลอนดอน
- 2001 - 2007 ที่ปรึกษาในหน่วยการแพทย์การดูแลประคับประคอง สหวิทยาการศูนย์การดูแลประคับประคองแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมิวนิก

สิ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย

1. การจัดตั้งศูนย์ หรือสถาบันในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยผู้เชี่ยวชาญแบบสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา โดยการดูแลแบบประคับประคองนี้เป็นการดูแลที่ยากและซับซ้อน จึงต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายวิชาชีพ
2. ศูนย์ประสานส่งต่อผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลพิเศษ หรือป่วยระยะสุดท้ายระหว่างครอบครัว ผู้สูงอายุกับโรงพยาบาลหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระหลักของหน่วยงานรัฐ เช่น โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์
3. การจัดตั้งหน่วยสงเคราะห์ เพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านฐานะทางการเงิน
4. การยกระดับการบริการด้านสุขภาพให้กับทุกโรงพยาบาลเท่าเทียมกัน เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิอย่างเท่าเทียมและสามารถเข้าถึงได้
5. การกระตุ้นให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย หรือผู้สูงอายุ
6. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองภายในประเทศและระหว่างประเทศอย่างต่อเนื่อง เพราะแต่ละอาการของผู้ป่วยจะมีเทคนิคและวิธีการที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการรักษา
7. สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โรงพยาบาลควรเน้นการทำกิจกรรมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยมากกว่าการรักษา โดยกิจกรรมดังกล่าวทางโรงพยาบาลควรสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม
8. กระบวนการทำงานในเชิงนโยบายที่ให้ความสำคัญกับมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลทางการแพทย์ ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยแบบประคับประคอง
9. การมี Case manager หรือ Care manager ที่ช่วยดูแลจัดการและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลแบบระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในครอบครัวก็ยังถือว่าเป็นกลุ่มผู้ดูแลหลักที่สำคัญที่จะคอยดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน

สรุปการการศึกษางาน Chair For Building Realization And Robotics Technische Universitat Muchen

ณ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

วันที่ 12 มีนาคม 2558

Chair For Building Realization And Robotics Technische Universitat Muchen เป็น ศูนย์ ค้นคว้าวิจัยและทดลองเทคโนโลยีด้านนวัตกรรมในการเอื้อให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก ความปลอดภัยในการ ใช้ชีวิตประจำวัน โดยโครงการนี้ได้ประดิษฐ์คิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เช่น หุ่นยนต์ขึ้นส่วนมนุษย์จำลองแขน มือ นี้ว เพื่อช่วยหยิบจับสิ่งของสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน อพาร์ทเมนต์สำหรับผู้สูงอายุ ที่สร้าง อุปกรณ์เคลื่อนย้าย ขึ้นบันได ที่เก็บรองเท้าอัตโนมัติ โต๊ะเครื่องแป้งใช้ระบบแสงช่วยเตือน และเตียงนอนที่มี อุปกรณ์ช่วยพยุงจากเตียง เป็นต้น ซึ่งขณะนี้อยู่ในช่วงการทดลองประสิทธิภาพ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วจะมีการยื่นขอจดสิทธิบัตรทางปัญญาต่อไป

1. หุ่นยนต์สำหรับผู้สูงอายุพิการ

เป็นโครงการสร้างหุ่นยนต์สำหรับการเคลื่อนไหวยางด้านแขนและมือ

- การคิดค้นอุปกรณ์การเคลื่อนไหวยาง เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการใช้มือและแขนในการทำกิจกรรมประจำวัน
- เป็นการสร้างนวัตกรรม นำเทคโนโลยีมาใช้ในการอุปกรณ์การเคลื่อนไหวยางสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้มือใช้แขนไม่ได้ หรือผู้สูงอายุที่ป่วยด้านมือ ใช้มือไม่ได้
- เป็นการออกแบบของวิศวทางด้านการแพทย์ เป็นการสร้างหุ่นยนต์ที่มีการคอนโทรลหรือควบคุมโดยใช้คอมพิวเตอร์ผ่านระบบเซ็นเซอร์เป็นตัวรับข้อมูลในการเคลื่อนไหวยางจากมือส่งต่อเข้าโปรแกรมควบคุม และแปลผลสั่งงานต่อไปยังหุ่นยนต์ให้ทำงานเป็นมือและแขน ซึ่งเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีปัญหาทางระบบร่างกายในการใช้มือเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวันในการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและผู้สูงอายุที่ใช้เทคโนโลยีไม่ได้

2. บ้านหรืออพาทเมนต์สำหรับผู้สูงอายุ

เป็นโครงการวิจัยทดลองสร้างบ้านหรืออพาทเมนต์ให้กับผู้สูงอายุที่พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยในการใช้ชีวิตในบ้านที่ต้องอาศัยอยู่ลำพังเพียงคนเดียว ให้มีความสะดวกและง่ายขึ้น ลดภาระการดูแลจากญาติๆ หรือลดค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงมากในประเทศเยอรมนี

รูปแบบการสร้างมีการออกแบบโดยการนำเอาเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการควบคุมการทำงานภายในบ้าน เริ่มตั้งแต่บันไดขึ้นลงบ้านเพื่อช่วยเหลือในการขึ้นลงบันไดของผู้สูงอายุหรือผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ขึ้นลงบันไดได้สะดวกและยังมีที่สำหรับวางกระเป๋าและสัมภาระด้วย สร้างเป็นระบบบันไดเลื่อนขึ้นเลื่อนลง โดยใช้การควบคุมด้วยรีโมทคอนโทรลส่วนภายในตัวบ้านก็มีการออกแบบเกี่ยวกับอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ เช่นระบบปิด - เปิดไฟฟ้าส่องสว่าง ระบบปิด - เปิดประตูบ้าน ระบบการปิด - เปิดทีวี การดูหนัง

ฟังเพลง อุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้าน เติยงนอน ฯลฯ ซึ่งการควบคุมด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สั่งงานด้วยระบบรีโมทคอนโทรล

โครงการวิจัยดังกล่าวได้แนวคิด หรือแรงจูงใจจากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ที่มีการอยู่โดดเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุมีการช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือได้น้อย และค่าจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงมาก ซึ่งการวิจัยดังกล่าวเป็นการอยู่ในขั้นทดลอง ถ้าทำสำเร็จหรือได้ผลก็จะมีการขายลิขสิทธิ์ให้กับบุคคลภายนอกหรือภาคเอกชน หรือโรงงานนำไปผลิตจำหน่ายให้กับผู้สูงอายุหรือผู้พิการที่ต้องการ โดยมุ่งเน้นการนำไปใช้ในพื้นที่ชนบท

สิ่งที่ได้และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในประเทศไทย

- การคิดค้นนวัตกรรมใหม่ การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาประยุกต์ประดิษฐ์คิดค้นสร้างอุปกรณ์สำหรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุทั่วไป ผู้สูงอายุที่อยู่ภาวะพึ่งพิงและผู้พิการที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น อยู่อาศัยภายในบ้านตามลำพังมากยิ่งขึ้น และจะต้องมีการช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง

- การสร้างที่อยู่อาศัยหรือบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่นำระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการควบคุมอุปกรณ์ การช่วยเหลือการอำนวยความสะดวกต่างๆ ภายในบ้าน

- โครงการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเสนอให้กับผู้บริหาร จัดทำเป็นนโยบายเสนอให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้สนใจทั่วไปนำไปคิดค้น ประดิษฐ์สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกการช่วยเหลือให้กับผู้สูงอายุและผู้พิการ

ข้อเสนอ

ควรนำเสนอเป็นเชิงนโยบายให้กับผู้บริหาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษาตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณ ให้ทำการศึกษา วิจัย หรือการทดลองในการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ การควบคุมกลไกต่างๆ ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ระบบไร้สารด้วยรีโมทคอนโทรล มาเป็นส่วนประกอบในการผลิตกายอุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้พิการ การสร้างบ้านให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ สำหรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการต่อไป

การอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ กับ Prof. Jerome Bickenbach

วันที่ 13 มีนาคม 2558

ณ สมาพันธรัฐสวิสเซอร์แลนด์

Prof. Jerome Bickenbach เป็นอาจารย์ของมหาวิทยาลัยควีน และที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดย Prof. Jerome มีความสนใจและมีความเชี่ยวชาญด้านความพิการ สุขภาพ และสิทธิมนุษยชน

Prof. Jerome Bickenbach กล่าวว่าจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้มีจำนวนเด็ก หรือกลุ่มคนวัยทำงานน้อยลง แต่ละประเทศต้องเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศแถบยุโรปที่กำลังตื่นตัวมากกับการรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในช่วง 10 - 15 ปีข้างหน้า ซึ่งการดูแลระยะยาวก็ได้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งในแนวนโยบายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนี้ด้วย ซึ่งในปัจจุบันการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เป็นการดูแลจากของภาคเอกชน และมีภาครัฐที่จัดการดูแลเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยเริ่มดูแลตั้งแต่คนอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มคนที่ต้องดูแลเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุเองก็หันมาพึ่งพิงภาครัฐมากขึ้น โดยการเข้ารับบริการจากสถาบันการดูแลผู้สูงอายุที่ภาครัฐจัดให้ แต่ในทางตรงกันข้ามภาครัฐกลับต้องประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายจำนวนมาก สถาบันการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้ในหลายประเทศเริ่มมองเห็นแนวคิด aging in place หรือ aging in home คือให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้ไม่ใช่เพราะเรื่องของลดภาระการดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังส่งผลถึงเรื่องในเชิงเศรษฐกิจที่มีความสำคัญต่อประเทศอีกด้วยซึ่งจุดสำคัญนี้เองที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายกระตุ้นให้เกิดแนวคิด aging in place หรือ aging in home มากขึ้น

สำหรับ Prof. Jerome Bickenbach ได้เคยทำการศึกษาเกี่ยวกับเด็กที่ป่วย เด็กพิการ และเด็กที่มีปัญหา ที่ต้องอยู่ในสถานดูแล สถานสงเคราะห์ ซึ่งต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยแนวการศึกษาได้นำเด็กเหล่านั้นกลับมาอยู่ที่บ้าน กลับมาอยู่ในสังคม พบว่าเด็กๆ เหล่านั้นก็มีสุขภาพจิตดีขึ้น และลดการพึ่งพิงจากสถาบันลงด้วย ซึ่งในปัจจุบัน Prof. Jerome Bickenbach ก็ได้นำแนวคิดนั้นกลับมาใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาประมาณ 4 ปีแล้ว ประกอบกับผลงานวิจัยในหลายแห่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ หรือกลุ่มคนที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย จะมีความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายมากขึ้น ถ้าเป็นโรคร้ายแรง ก็มีแนวโน้มว่าจะเป็นโรคอื่นๆ ตามมา ดังนั้นสถานสงเคราะห์จึงส่งผลเสียต่อสภาพร่างกายและจิตใจต่อผู้เข้ารับบริการ

ในอดีตการสร้างสถานสงเคราะห์ มีความเหมาะสมทั้งในเชิงเศรษฐกิจ เพราะจำนวนผู้เข้ารับบริการมีน้อย และผู้สูงอายุมีอายุไม่ยืนยาวมากนัก ดังนั้นเงินที่ได้รับจากการจัดเก็บภาษีคนวัยทำงานจึงมีเพียงพอในการสนับสนุนงานของสถานสงเคราะห์ แต่ในปัจจุบันกลับเป็นไปอย่างตรงกันข้าม มีผู้เข้ารับบริการจำนวนมาก ผู้สูงอายุอายุยืนมาก ทำให้เงินที่ได้จากการจัดเก็บภาษีจึงไม่เพียงพอ จึงเป็นเหตุผลที่รัฐต้องการให้ผู้สูงอายุรับบริการที่บ้าน ซึ่งมีแนวทาง 2 แนวทาง คือ

1. การพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนา Application ในโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดย Application นี้จะช่วยเตือนและตัดสินใจการรับประทานยาหรืออาหารของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อถึงเวลาทานยาโทรศัพท์ก็จะเตือนว่า “วันนี้คุณกินยาหรือยัง” ผู้ที่ใช้ Application จะตอบว่า “ยัง” โทรศัพท์ก็จะพูดคุ้ย้าเตือนว่า “ทำไมไม่กินยา” ถ้าตอบว่า “ฉันยุ่งอยู่” โทรศัพท์ก็จะบอกว่าถ้าคุณไม่กินยาคุณจะมีอาการอะไรบ้าง ถ้าผู้ที่ใช้ Application บอกว่า “ไม่เป็นไรฉันไม่สนใจ” โทรศัพท์ก็จะต่อสายไปทางญาติของผู้ป่วย เพราะฉะนั้นมันจะเป็น application ที่ช่วยดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ให้กินยาให้ตรงเวลาหรือดูแลตัวเอง นอกจากนี้ Application ยังสามารถช่วยวินิจฉัยอาการของตัวผู้ป่วยได้ด้วย จะมีการจดบันทึกการตอบสนองต่อ Application ซึ่งแพทย์สามารถนำไปประกอบการรักษาได้ ถือเป็นข้อมูลในชีวิตประจำวันของเราที่แพทย์เอาไปอ้างอิงว่าตอนนี้มีสภาพจิตใจ ร่างกายเป็นอย่างไรบ้าง

2. การจัดการเรื่องการเงิน โดยรัฐต้องสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้สูงอายุว่าจะมีรายได้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะต้องอยู่คนเดียวหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้แล้ว เพราะการที่จะให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านได้นั้นต้องมีค่าใช้จ่ายสนับสนุนให้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ แต่ทั้งนี้งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนดังกล่าวก็ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสำหรับในเรื่องของการเกษียณอายุก็เป็นอีกหนึ่งวิธีที่น่าสนใจ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานไปเรื่อยๆ ถึงแม้ว่าอายุจะมากแล้ว เพราะว่าในอนาคตรัฐอาจจะไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้อย่างต่อเนื่องใหม่ยาวนานที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนชั่วโมงการทำงานให้น้อยลง หรือเปลี่ยนรูปแบบการทำงานก็สามารถทำได้

ในด้านสุขภาพปัจจุบันระบบสาธารณสุขดีขึ้น ทำให้ทุกคนมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น แต่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตสุขภาพจะแยลงอย่างรวดเร็วและเข้าสู่ความตาย ซึ่งตรงนี้เป็นความแตกต่างกับรูปแบบสุขภาพในอดีตที่สุขภาพจะค่อยๆ เสื่อมถอยลงและเข้าสู่ความตาย ทำให้ในปัจจุบันรูปแบบของการดูแลสุขภาพต้องเปลี่ยนไป ต้องทำให้สามารถบ่งชี้ได้ว่าสุขภาพกำลังจะแยลง และเตรียมการรองรับการดูแลสุขภาพ เพื่อยืดอายุให้ยาวนานมากขึ้นและประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย ในประเด็นนี้ทำให้ทางองค์การอนามัยโลก (WHO) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงให้การสนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ความสนใจกับสถานการณ์การไร้สรรถภาพ ความพิการ หรือการเจ็บป่วย เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ไปอยู่ที่โรคไม่ติดต่อ โรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยร้ายแรง โรคที่ทำให้ร่างกายขาดสมรรถภาพ

Prof. Jerome Bickenbach ได้มองเห็นอีกประเด็นที่น่าสนใจ คือการผลักดันบริการทางสังคมให้มีคุณภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากที่สุดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร โดยการให้สิทธิกับผู้สูงอายุเช่นเดียวกับผู้พิการ ซึ่งในปัจจุบันการทำงานของหน่วยงานด้านผู้สูงอายุและคนพิการแยกกันอยู่ ดังนั้นจึงควรให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทั้ง 2 กลุ่ม เข้ามีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน จะทำให้มีการพัฒนาด้านสิทธิของผู้สูงอายุและผู้พิการได้เป็นอย่างดี ตัวอย่างเช่น แก้วอรรถเช่นสำหรับคนพิการ ใช้สำหรับคนพิการ หรือเป็นคนป่วยที่เป็นอัมพาตต้องใช้รถเข็นจะเป็นหน้าที่รับผิดชอบของอีกกระทรวงหนึ่ง แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่ได้เจ็บป่วยแต่มีความเสื่อมของสุขภาพ เช่น น้ำในหูไม่เท่ากัน มีปัญหาเรื่องการทรงตัว จำเป็นต้องใช้รถเข็น จะเป็นหน้าที่ของ

อีกกระทรวงหนึ่ง ซึ่งเป็นระบบที่ซับซ้อนทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเป็น 2 เท่า หรือในด้านการเงิน ที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ เช่น การพัฒนาผลิตภัณฑ์สำหรับผู้พิการจะมีการระบุไว้อย่างชัดเจนว่า สำหรับผู้พิการ ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีความพิการด้วย อาจจะเป็นโรคที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ก็จะไม่สามารถใช้ผลิตภัณฑ์หรือประโยชน์จากกองทุนนี้ได้ แต่เรื่องนี้ก็มีเหตุผลในเชิงจิตวิทยาที่ผู้สูงอายุคิดว่าตนไม่ใช่คนพิการ ฉะนั้นไม่จำเป็นต้องมารับสวัสดิการจากหน่วยงานที่ดูแลเรื่องคนพิการ และสำหรับคนพิการเองคิดว่าตนไม่ใช่ผู้สูงอายุ ยังต้องการทำงาน ไม่จำเป็นต้องมารับสวัสดิการจากหน่วยงานด้านผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้นประเด็นนี้จึงกลายเป็นข้อขัดแย้งกันอยู่

จากประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับ Prof. Jerome Bickenbach สามารถสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหามือสูงอายุ ดังนี้

1. ควรมีแนวทาง “Ageing in Place” และ “Ageing in home” เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนเครือข่ายทางสังคม มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดภาระภาครัฐควบคู่ไปด้วย
2. การพัฒนาระบบการดูแลในบ้านและชุมชน เช่น การพัฒนา Application เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้าน การสร้างอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อเป็นการลดภาระการดูแลของภาครัฐลง
3. การเกษียณอายุของคนทำงาน โดยยืดอายุการทำงานออกไป เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้เข้ามาสนับสนุนการดำเนินชีวิต
4. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพในวัยผู้สูงอายุและป้องกันโรคที่ไม่ติดต่อในวัยผู้สูงอายุ โดยมีผลการศึกษาที่ระบุว่า การออกกำลังกายในวัยสูงอายุทำให้มีสุขภาพดีกว่าการออกกำลังกายในวัยหนุ่มสาว
5. การสร้างการยอมรับในสังคมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้สิทธิของผู้พิการได้
6. การสร้างความเสมอภาคในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างผู้หญิงและผู้ชายให้มีความเท่าเทียมกันโดยไม่ผลักระให้เพศใดเพศหนึ่ง
7. ส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้มีความเข้มแข็งให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้
8. การสร้างสังคมที่รวมกลุ่มคนที่มีความสนใจเหมือนกัน เพื่อเป็นเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง

สรุปผลการศึกษาดูงาน Casa Verdi

ณ สาธารณรัฐอิตาลี

วันที่ 16 มีนาคม 2558

Casa Verdi Casa di Riposo per Musicisti Giuseppe Verdi เป็นที่พักสำหรับศิลปิน เกษียณอายุ ผู้ก่อตั้งคือ Giuseppe Verdi โดยก่อตั้งขึ้นในช่วงบั้นปลายชีวิต โดยในยุคแรกได้จัดตั้งเป็น โรงพยาบาล และมีฟาร์มไว้สำหรับดูแลผู้คน เนื่องจากในยุคก่อนนั้นยังไม่มีระบบการดูแลประกันสังคม ต่อมา เมื่อ Giuseppe Verdi เสียชีวิตจึงได้เปลี่ยนชื่อเป็น Casa Verdi เพื่อเป็นเกียรติแก่ผู้ก่อตั้ง และเปลี่ยนระบบ การบริหารเป็นรูปแบบมูลนิธิ มูลนิธินี้ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่มีชื่อเสียงในวงการดนตรี นักประพันธ์ที่มี ฐานะให้การสนับสนุนซึ่งผู้สนับสนุนรายใหญ่เป็นชาวอิตาลีจากมลรัฐนิวยอร์ก (ออลวีก) ในปัจจุบัน มูลนิธินี้ให้การ บริการดูแลนักดนตรี นักร้องโอเปร่าที่เกษียณอายุแล้ว และแสดงความประสงค์มาพักอาศัยและใช้ชีวิตบั้นปลาย ที่นี้

อาคารส่วนขวามือจัดแสดงชีวประวัติของ Giuseppe Verdi ซึ่งบริเวณทางเข้าปีกขวามีการแกะสลัก ผนังทางเดินเป็นรายชื่อของโปรดักชันชิ้นงานอุปรากรของเวอร์ดี ตั้งแต่ปี ค.ศ.1842 – 1849 วิวัฒนาการของ อุปรากร แบ่งได้เป็น 2 ยุค ในยุคแรกเนื้อหาของอุปรากรเป็นการสะท้อนเรื่องราวของความรักชาติ การต่อสู้ เพื่อสิทธิเสรีภาพต่างๆ **และการสร้างชาติ วิวัฒนาการของอุปรากรในยุค 2 จะมีเนื้อหาสะท้อนสังคม**โดยจะ เห็นได้จากชิ้นงานอุปรากรที่มีความโดดเด่น 3 เรื่องที่ เน้นประเด็นทางสังคมอย่างชัดเจน เช่น อุปรากรที่เป็น เรื่องราวของชาวอิตาลีที่ถูกกดขี่อย่างไม่เป็นธรรมและพยายามแก้แค้นแทนแม่ หรือว่าอุปรากรเรื่อง ซาเวียตต้า เป็นเรื่องราวชีวิตของโสเภณี ปัญหาความยากจนต่างๆ และสะท้อนสภาพสังคมในยุคนั้น ความโดดเด่นของอุปรากรของเวอร์ดี คือเนื้อหาที่แตกต่าง เนื่องจากอุปรากรส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องราวของชนชั้นสูง มีองค์ประกอบของความสวยงามหรูหรา แต่เนื้อเรื่องของเวอร์ดีกลับเน้นไปที่เรื่องราวของชนชั้นล่าง การถูกเอารัดเอาเปรียบ และความไม่เท่าเทียมในสังคม

ในปลายศตวรรษที่ 19 การสื่อสารยังยากลำบากและไม่รวดเร็วเหมือนในปัจจุบันเราไม่สามารถรู้ได้เลย ว่าชื่อเสียงคนนั้นคนนี้เป็นอย่างไร แต่สำหรับเวอร์ดี นับได้ว่าเป็นศิลปินที่มีชื่อเสียงในระดับนานาชาติ มีหลักฐานยืนยันจากการได้รับเชิญไปเปิดการแสดงและเป็นที่ปรึกษาด้านอุปรากรในประเทศต่างๆ เช่น ราชสำนักรัสเซียเชิญเวอร์ดีให้เป็นที่ปรึกษาในการสร้างโรงอุปรากรใหญ่ หรืออุปรากรเรื่อง ไอด้า ที่ได้รับเชิญไปเปิด การแสดง ณ กรุงโคโร ประเทศอิตาลี เป็นต้นและผลงานในช่วงท้ายของชีวิตของเวอร์ดีเป็นผลงานของเชค เปียร์รออสเทียร์โร โฟตราบ เป็นผลงานช่วงสุดท้ายของเวอร์ดี

ทางด้านชีวิตส่วนตัว เวอร์ดี มีภรรยา 2 คน คนแรกเสียชีวิตเมื่ออายุยังน้อย ส่วนภรรยาคนที่ 2 เป็น นักร้องโอเปร่า ซึ่งภรรยาคนที่สองกล่าวได้ว่ามีอิทธิพลกับชีวิตของเวอร์ดีมาก เวอร์ดีใช้ชีวิตเป็นนักประพันธ์ อุปรากรมาจนถึงขั้นสุดท้าย และนับเป็นศิลปินที่ทำให้ นักประพันธ์อุปรากรยุคใหม่ มีงานสร้างสรรค์ในรูปแบบ ใหม่ๆ มากมาย

- ห้องแสดงจำลองห้องรับประทานอาหาร เครื่องเรือนและของใช้ของเวอร์ดี

โต๊ะรับประทานอาหาร เป็นเครื่องเรือนชิ้นจริงของเวอร์ดีที่เคยใช้ตอนอาศัยอยู่ที่เจนีวา สวิสเซอร์แลนด์ เวอร์ดี จะอยู่ที่เจนีวาช่วงหน้าหนาวเพราะเป็นผลดีต่อสุขภาพของเวอร์ดี เนื่องจากใกล้กับทะเลมากกว่าอยู่บนแผ่นดิน เครื่องเรือนต่างๆ เช่น เก้าอี้ ตู้ จะสลักชื่อย่อของเวอร์ดีไว้ ของแสดงในตู้โชว์ส่วนใหญ่ เป็นของที่ได้รับมาจากการแสดงผลงานอุปรากรของเวอร์ดี เพื่อเป็นการแสดงความชื่นชมในผลงานกระดาศชิ้นหนึ่งตรงกลางโต๊ะรับประทานอาหารเขียนชื่อที่เพื่อนสถาปนิกของเขาตั้งขึ้นให้กับสถานที่พักที่ “สถานสงเคราะห์สำหรับนักดนตรีชรา” ซึ่งยังไม่ใช่ชื่อที่เวอร์ดีและเพื่อนถูกใจนัก และท้ายสุดได้เปลี่ยนเป็นคำว่า “บ้าน” เพราะเป็นคำที่สะท้อนแนวคิดและสภาพแวดล้อมที่เวอร์ดีต้องการได้ดีที่สุด เวอร์ดี มีแนวคิดที่ **บ้าน คือ สถานที่ที่แสดงความรัก ความอบอุ่น ความมีเกียรติ ความเป็นส่วนตัว** วิทยากรได้อธิบายเปรียบเทียบสถานสงเคราะห์สมัยก่อนบ้านที่มีลักษณะเป็นที่พักทั่วไป มีห้องเล็กๆ ที่อยู่รวมกันไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเกียรติ ไม่มีคุณภาพ ซึ่งเวอร์ดีไม่ต้องการให้บ้านพักของเวอร์ดีเป็นอย่างนั้น สำหรับการเปิดให้บริการตอนแรก จะทำเป็นห้องเล็กๆ ห้องหนึ่งจะมี 2 เตียง เพื่อให้มีเพื่อนช่วยดูแลกัน นักดนตรีกลุ่มแรกที่เข้ามาพักมักไม่มีเสื้อผ้าหรือของใช้ติดตัวมาเลย ทางสถานที่ก็ได้จัดเตรียมให้ ซึ่งการจัดเตรียมของใช้และเครื่องแต่งกายนี้ เวอร์ดี ไม่ต้องการให้มีปัญหาทางด้านความเหลื่อมล้ำเกี่ยวกับเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย หรือของใช้ เวอร์ดีจึงได้ให้ผู้ชายแต่งตัวเหมือนเวอร์ดี ผู้หญิงแต่งตัวเหมือนภรรยาของเวอร์ดี (ช่วงนั้นมีคำกล่าวติดตลกว่า เดินไปทางไหน ก็จะมีแต่เวอร์ดีกับภรรยา) ทั้งนี้ การเลือกคำที่จะใช้เรียกขานคนที่เข้ามาพัก เวอร์ดีจะไม่ใช้คำว่านักดนตรีผู้ชรา แต่จะเรียกว่าเป็น “แขก” ผู้มาพักที่บ้าน เพราะฉะนั้น ทุกคนจะได้รับการเลี้ยงดู และให้เกียรติ เสมือนเป็นแขกของบ้าน

ทางด้านหนึ่งของห้องอาหาร ประดับภาพวาดซึ่งเป็นวิวบ้านเกิดของเวอร์ดี ในปี 1880 ในเมืองแบบชนบท จุดเด่นที่ได้เห็นคือ ครอบครัวของเวอร์ดีเป็นครอบครัวคนธรรมดา ไม่ร่ำรวยอะไร เป็นคนมาจากชนบท ฉะนั้นโดยลักษณะนิสัยของเวอร์ดีเองจึงค่อนข้างสมถะ เป็นคนอ่อนน้อมถ่อมตน จากในจดหมายหรืองานเขียนของเวอร์ดีจะเห็นได้ว่า เขามักจะเขียนอยู่เสมอๆ ว่า **เขาเคยเป็น เขาเป็น แล้วเขาก็จะเป็นคนธรรมดาจากชนบทอย่างนี้** เพราะฉะนั้นจึงเป็นจุดหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าความคิดของเวอร์ดีว่าเป็นคนค่อนข้างอยู่กับความเป็นจริง เข้าใจสังคมที่เกิดขึ้น ดูได้จากงานที่สะท้อนปัญหาสังคมอยู่ตลอดเวลา อาจเป็นผลมาจากความรักในบ้านเกิด

- ห้องแสดงภาพวาด เครื่องดนตรี และภาพวาดคุณพ่อภรรยา ของเวอร์ดี

- Giovanni Boldini – “Ritratto di Giuseppe Verdi” Opera in prestito ai Musei San Domenico di Forlì per la mostra Boldini. Dalla “Macchia” a Pangi, lo spettacolo della Modernità

ภาพนี้เป็นภาพวาดของเวอร์ดี วาดโดย Giovanni Boldini จิตรกรชาวอิตาลี ที่อาศัยอยู่ในประเทศฝรั่งเศส เป็นจิตรกรชื่อดัง จุดเด่นของภาพนี้คือ เนื่องจากเวอร์ดีมีนิสัยเป็นคนเก็บเนื้อเก็บตัว สันโดษสมถะ เพราะฉะนั้น เขาค่อยๆ ขอบอกงานใหญ่ หรือทำตัวให้โดดเด่น เป็นที่รู้จัก ถึงแม้ตนเองจะมีชื่อเสียงก็ตาม เพราะฉะนั้นภาพนี้เวอร์ดียอมให้จิตรกรมาวาดรูปเขาเมื่อตอนเขาอายุได้ 73 ปีแล้ว ซึ่งใช้เวลานานมากกว่าจะยอมให้คนวาดหรือให้เอาหน้าตัวเองออกสู่สังคม

- LaSpinella di Giuseppe Verdi Verdi' spinel

ฝั่งตรงข้ามภาพวาด จัดแสดงเครื่องดนตรีที่เวอร์ดีหัดเล่นตั้งแต่อายุ 8 ขวบ เครื่องดนตรีนี้เรียกว่า สปีเนล ซึ่งพ่อแม่ของเวอร์ดีซื้อให้ เนื่องจากตอนต้นศตวรรษที่ 19 เปียโนถือว่าเป็นเครื่องดนตรีรุ่นใหม่ มากๆ ทันสมัยมากๆ เพราะฉะนั้นจึงมีราคาแพงมาก พ่อแม่ไม่สามารถซื้อให้ได้ ก็เลยซื้อเครื่องดนตรีสปีเนลให้ เครื่องดนตรีสปีเนล เป็นเครื่องดนตรีแบบโบราณ และราคาถูกกว่าเปียโน คนธรรมดาสามารถซื้อให้ลูกเล่นได้

- ภาพ Giovannl Galbazzi (1808 – 1888) ritratto di Antonio Barezzi

Antonio Barezzi เป็นพ่อตาของเวอร์ดี ซึ่งเป็นพ่อของภรรยาคนแรก และเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญอย่างมากในชีวิตเวอร์ดี เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือเวอร์ดีตลอดช่วงชีวิตของเวอร์ดี เป็นนายทุนซึ่งความผูกพันของเวอร์ดีกับคุณพ่อเห็นได้จากเวอร์ดีอุทิศผลงานอุปรากรเรื่องแมกเนสให้กับคุณพ่อ และยกกรรมสิทธิ์ให้ ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องยิ่งใหญ่ เพราะเป็นผลงานอุปรากรที่ยิ่งใหญ่และมีความสำคัญมาก

- รูปปั้นรอบห้อง

รอบห้อง จัดแสดงรูปปั้นที่เวอร์ดีช่วยสนับสนุนจิตรกรเด็ก นักประติมากรรม ศิลปินเด็กที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ ยังไม่มีชื่อเสียง แต่มีฝีมือดี ซึ่งเวอร์ดีช่วยสนับสนุนหลายคน โดยการให้ทุนนักดนตรีกับเด็ก 16 คน เป็นชาย 8 คน หญิง 8 คน โดยคัดเลือกมาจากเด็กนักเรียนดนตรีที่เรียนอยู่ในมิลาน ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียนเอกชน หรือโรงเรียนของรัฐ โดยกำหนดให้เด็กทั้ง 16 คน มาพักอาศัยอยู่ที่นี้ เรียนที่นี้ ใช้ชีวิตอยู่ที่นี้ โดยมีข้อกำหนดเดียวคือ **ให้เด็กใช้เวลากับนักดนตรีผู้ใหญ่ที่เกษียณอายุแล้ว ให้กินข้าวด้วยกัน พูดคุยกัน ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน เพราะเวอร์ดีเห็นว่านักดนตรีผู้ใหญ่จะสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ เล่าความคิดของตัวเองให้กับเด็ก โดยเด็กๆ จะได้ประสบการณ์จากนักดนตรีผู้ใหญ่ และที่สำคัญนักดนตรีผู้ใหญ่จะรู้สึกที่ตัวเองมีประโยชน์ ได้รับพลังจากวัยรุ่น และรู้สึกมีคุณค่าที่ได้สอนเด็กๆ**

อาคารทางด้านซ้ายมือจัดตั้งเป็นส่วนของมูลนิธิ

- ทางเข้ามูลนิธิ จะมีรูปปั้นของเวอร์ดี นั่งอยู่ เพื่อต้อนรับแขกทุกท่านที่มาเยี่ยมบ้านของเวอร์ดี
- ห้องแสดงดนตรี/ โรงละครเล็ก

- เป็นสถานที่ส่วนกลางที่ใช้จัดแสดงคอนเสิร์ต ซึ่งปัจจุบันยังคงทำการแสดงอยู่ โดยมีกลุ่มบุคคลที่เรียกว่า “เพื่อนของเวอร์ดี” จะมาจัดแสดงคอนเสิร์ตทุกวันอาทิตย์ตอนบ่าย เป็นประจำ สำหรับนักดนตรีที่อยู่ที่นี่ มีอายุเฉลี่ยประมาณ 85 ปี เด็กที่สูดอายุ 68 ปี อายุสูงสุด 105 ปี เป็นผู้หญิง สำหรับคุณสมบัติที่จะเข้ามาอยู่ในมูลนิธินี้ได้ คือ ต้องเป็นนักดนตรี **คำว่าเป็นนักดนตรี คือ ต้องใช้ชีวิตอยู่กับนักดนตรี หาเลี้ยงชีพด้วยดนตรี จะเป็นด้วยรูปแบบไหนก็ได้ จะเป็นนักร้อง นักเต้น คอนดักเตอร์ เป็นอาจารย์ หรือเป็นอะไรก็ได้แล้วแต่** และรับนักดนตรีจากทั่วทุกมุมโลก อย่างปัจจุบัน มีแอฟริกาใต้ บราซิล โปแลนด์ เยอรมนี ญี่ปุ่น จากที่ไหนก็ได้ขอให้มาเป็นนักดนตรี

- ห้องนี้มีจิตรกรมาออกแบบให้ พาทีมงานมาอยู่ 3 ปี เพื่อที่จะออกแบบให้ทุกห้อง จะมีเสาร์ทั้งหมด 8 ต้น (เสาเล็ก) แต่ละต้น คือตัวแทนของบุคคลที่มีความสำคัญที่เวอร์ดีอยากอุทิศให้และระลึกไว้ในบ้านของตัวเอง ภาพส่วนใหญ่ที่อยู่ในห้องส่วนใหญ่จะเป็นคุณครู หรือเป็นผู้สร้างโรงเรียนดนตรี โดยมีรอสนิ

เป็นคนสำคัญมากเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จมากจริงๆ ไม่ว่าจะแต่งโอเปร่าในเชิงของดราม่า ชีวิตสวยงาม สงสาร ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถสูง

- สำหรับนักดนตรีที่มาอยู่ที่นี่ โดยลักษณะนิสัยแล้ว คืออยากจะเล่นดนตรี เพราะฉะนั้นบ้านนี้จะจัดให้มีห้องอยู่ 7 ห้อง สำหรับไว้เล่นดนตรี ใช้ได้ทั้งนักดนตรีที่เกษียณแล้ว และก็เด็กๆ นักดนตรีสามารถเลือกเล่นได้ตามใจชอบ และมีอีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นนักดนตรีที่ไม่สามารถเล่นดนตรีได้แล้ว ก็จัดเป็นห้องกิจกรรมไว้ให้ เช่น ถักนิตติ้ง ศิลปะกระดาษ จัดดอกไม้ งานศิลปกรรม หัตถกรรมทั้งหลาย ซึ่งในแต่ละปี **ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ได้มา จะเอาไปจำหน่าย และเมื่อได้รายได้มาแล้ว ทางนักดนตรีจะบริจาคให้กับผู้ยากไร้ในต่างแดน ที่ไกลๆ ที่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งตัวนักดนตรีจะมีความรู้สึกดีมากที่สามารถช่วยเหลือคนที่อยู่ห่างไกลได้ มีความรู้สึกว่ามันเป็นการตอบแทนสังคมกับความโชคดีของเขาคือได้อยู่ในบ้านที่สร้างขึ้นมสำหรับนักดนตรี** นอกจากห้องต่างๆ แล้วยังมีห้องนักเรียน ให้นักดนตรีและญาติได้มาพบปะพูดคุยกัน หรือนั่งฟังเพลง หรือทำกิจกรรมร่วมกัน

- ห้องโอราเปียน มีเฟอร์นิเจอร์ ที่ราชาของโคร ในอียิปต์ส่งมาให้ เนื่องจากซาบซึ้งและประทับใจในการแสดงเรื่องโอดัมมาก ที่เวอร์ดีได้เปิดแสดงที่โคร ซึ่งไม่ได้อยากให้ในนามของราชสำนัก แต่อยากให้ในนามของส่วนตัวด้วย เนื่องจากชอบมาก ซาบซึ้งมาก เปียโน กับเก้าอี้ ก็เป็นของเวอร์ดี ที่ใช้ที่สวิสเซอร์แลนด์ เปียโนเวอร์ดีใช้มา 30 กว่าปี ใช้แต่งอุปรากรเรื่องต่างๆ ในช่วงท้ายๆ ชีวิตของเวอร์ดี ปัจจุบันเปียโนนี้ไม่ได้เล่นแล้ว เพื่อเป็นการให้เกียรติกับเวอร์ดี

- ห้องทำพิธีกรรมทางศาสนา

ห้องทำพิธีกรรมทางศาสนา จัดทำเป็นโบสถ์เล็กๆ ประจำบ้าน เป็นโบสถ์นักบุญซีซีรี เป็นนักบุญทางด้านดนตรี จะเห็นได้จากภาพในห้อง ห้องนี้เป็นห้องเดียวที่ ณ ตอนเวอร์ดีเสียชีวิตแล้วยังสร้างไม่เสร็จ ในพินัยกรรมของเวอร์ดีเขียนไว้ว่าให้ฝังร่างของเขที่บ้าน เพราะฉะนั้นตอนเขาเสียชีวิตต้องไปฝังไว้ที่สุสานอีกที่หนึ่ง เป็นอนุสรณ์สถาน ในพินัยกรรมของเวอร์ดีเขียนไว้ชัดเจนว่าต้องการให้พิธีกรรมสวดเรียบง่ายที่สุด ขอไม้กางเขน 1 อัน เทียนไข 1 เล่ม และพระเพียง 1 รูป เท่านั้น ซึ่งเป็นไปตามจุดประสงค์ของเวอร์ดี หลังจากเวอร์ดีเสียชีวิต ศิลปินท่านหนึ่งเข้ามาช่วยดูแลเรื่องการตกแต่งห้องนี้ เป็นผู้ที่มีชื่อเสียงเรื่องทำโมเสส 1 เดือนหลังจากเวอร์ดีเสียชีวิต เมื่อห้องค่อนข้างจะเรียบร้อย ก็มีการเชิญศพของเวอร์ดีกลับมาเพื่อที่จะฝังที่นี่ ซึ่งการเคลื่อนย้ายศพครั้งนี้ต่างจากที่เขียนไว้ในพินัยกรรมโดยสิ้นเชิง เนื่องจากว่ามีนักร้องประมาณ 850 คน ร้องเพลงตลอด โดยเพลงที่เลือกร้องเป็นเพลงที่สำคัญในเรื่องรูโคล ซึ่งเป็นผลงานช่วงยุคแรกของเวอร์ดี และประชาชนในเมืองมาร่วมงานเป็นพันๆ คน เพราะว่าทุกคนอยากจะให้เกียรติกับเวอร์ดี เพราะ**เวอร์ดีไม่ได้เป็นแค่ักประพันธ์ที่ยิ่งใหญ่ในอิตาลีเท่านั้น แต่เป็นเหมือนฮีโร่ของประเทศชาติ เป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากในช่วงประวัติศาสตร์ของอิตาลี เพราะว่าสิ่งที่เขาถึงความสำคัญเรื่องความรัก ความมีเสรีภาพ ความมีเกียรติของประชาชน เพราะฉะนั้นทุกคนจึงอยากเขามาร่วมงาน**

- หลุมฝังศพของเวอร์ดี

หลุมฝังศพของเวอร์ดี เป็นสถานที่ที่สร้างโดยศิลปินที่มีชื่อเสียงมากในเรื่องของโมเสส ใช้โมเสสทั้งหมด สถานที่นี้ถือว่าเป็นสถานที่สำคัญของประเทศ เพราะฉะนั้นจะเปิดตลอดเวลา สามารถเข้ามาดูได้

ตลอดเวลา ในขณะที่การเยี่ยมชมสถานที่พัก ต้องจองเข้ามาเท่านั้น การตกแต่งทุกภาพมีความหมายทั้งหมดเลย

- ภาพแรก เป็นคนทั้งหมด 5 คน ที่แสดงถึง**ความรู้สึก 5 ความรู้สึก คือ ความรักชาติ ความกลัว ความเศร้า ความเจ็บปวด และความหวัง**

- ภาพกลาง เป็นเรื่องความอัศจรรย์ในเรื่องดนตรีของเวอร์ดี รวมถึงเรื่องการร้องเพลง
- ภาพขวามือ เป็นภาพที่แสดงถึงความรัก **รักธรรมดาของคน** (หญิงชายคู่กัน) **รักในเชิงนักบุญ** (ชีชีรักกับนางฟ้า 3 คน) ผู้หญิงถือช่อดอกไม้ เป็นตัวแทนจากละครเพลงเป็นการนำเสนอความรักจากเรื่องนี้

- มีประโยคอยู่ประโยคหนึ่งอยู่ตรงกลาง ที่คัดมาจากนักประพันธ์ นักกวี ที่เขียนให้กับเวอร์ดีว่า **เขาร้องให้ ให้กับทุกคน** ซึ่งประโยคนี้สามารถ**แสดงถึงจิตวิญญาณ ความคิด และการกระทำของเวอร์ดีตลอดชีวิต** เขาไม่ได้แสดงแค่ในผลงานของเขาอย่างเดียว การกระทำการใช้ชีวิตการสนับสนุนทุกอย่าง และผลงานของเวอร์ดีถือเป็นการปฏิรูปวัฒนธรรมชิ้นหนึ่งของอิตาลี เพราะเป็นครั้งแรกที่ดนตรี หรือการแสดงอุปรากร เป็นเรื่องเกี่ยวกับสังคมคนปกติ ไม่ใช่สำหรับชนชั้นสูง หรือไม่ได้พูดถึงเรื่องของเทพหรือคนชั้นสูงอย่างเดียว แต่พูดในเรื่องธรรมดา เรื่องของสังคม สามารถสื่อสารได้กับคนทุกคน เป็นเรื่องของทุกคนและแต่งมาเพื่อให้กับคนทุกคน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาดูงาน และการนำไปประยุกต์ใช้

1. การดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ของแต่ละบุคคลให้ดีที่สุด ต้องมีความรัก ความเข้าใจ และมนุษยสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดี รวมถึงการดูแลเอาใจใส่ของบุตรหลานต่อผู้สูงอายุ

2. การนำดนตรีบำบัดเข้ามาประยุกต์ใช้ในการบำบัดจิตใจผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย

3. ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผ่อนคลายความเครียด และนำกิจกรรมต่างๆ เข้ามาทำร่วมกัน เช่นการเล่นเกมส์ต่างๆ การเล่นดนตรี เป็นต้น

4. การจัดค่ายให้กับเด็กเยาวชนที่มีความสนใจด้านดนตรี ร่วมกับนักดนตรี ปราชญ์ชุมชน ในท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการซึมซับด้านดนตรี การใช้ชีวิต และการประพฤติตัว

5. ภาครัฐควรจัดที่อยู่ในลักษณะโฮมสเตย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีความสนใจด้านเดียวกัน อาจจะเป็นช่วงระยะเวลา หรือถาวร เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสังคม สำหรับโฮมสเตย์อาจจะนำคนวัยหนุ่มสาว วัยกลางคน วัย 60 ปี มาพักในบ้านที่มีผู้สูงอายุเป็นเจ้าของโฮมสเตย์

6. ใช้ศิลปะ ดนตรี การวาดภาพ ระบายสี เป็นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่สนใจ เพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ผีอกสมาธิ

7. การจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุตามกลุ่มประเภท หรือความเชี่ยวชาญ ทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนที่เข้าใจกัน ใช้ความสามารถด้านดนตรีด้วยกัน ทั้งนี้ประเทศไทยอาจนำไปใช้จัดสวัสดิการผู้สูงอายุตามประเภทความถนัด เช่น ด้านกีฬา ด้านศิลปกรรม ด้านการแพทย์ เป็นต้น

8. การจัดสวัสดิการแบบรวมกลุ่มความสามารถผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดคุณค่าในตัวเอง ในการรวมกลุ่มแสดงดนตรี แล้วนำเงินไปบริจาคยังที่ต่างๆ อีกทั้งยังนำความรู้ความสามารถไปแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดให้กับเด็กหรือคนรุ่นต่อไป ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นต่างๆ

9. การให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุและมีการวางกฎระเบียบที่ชัดเจนและเข้มแข็ง ส่งผลให้องค์กรสามารถที่ยืนหยัดอยู่ได้ในระยะยาว

10. การถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุให้กับเด็กและเยาวชน หรือบุคคลทั่วไปที่สนใจ โดยผ่านความชอบที่เหมือนกันจะทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีคุณค่าในตน และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

11. การนำผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกัน โดยใช้ความชอบ ความสามารถ หรือทักษะเป็นฐานในการรวมกลุ่ม จะทำให้กลุ่มมีความเข้มแข็ง และสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้มากขึ้น

12 การปรับแนวคิดจากสถานสงเคราะห์ เป็นบ้าน/หมู่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากยิ่งขึ้นและเกิดความรู้สึกที่ดีขึ้นเมื่อใช้บริการ

13. การส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการสังคมสงเคราะห์จะทำให้บริการที่จัดให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

14. ส่งเสริมแนวคิดการสร้างคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุยังคงทำประโยชน์ให้กับสังคม เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมกับสังคม

15. การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการควรมีแบบครบวงจร เพื่อสร้างความสุขให้แก่ผู้สูงอายุเป็นสำคัญ เช่น การให้มีห้องทำพิธีทางศาสนา การบริการด้านสุขภาพ ความบันเทิง ออกกำลังกาย เป็นต้น

16. การให้ความช่วยเหลือแก่ศิลปินของประเทศไทย ที่เกิดการตกอับเมื่อสูงวัย เพื่อให้มีการรวมกลุ่มศิลปินในการอนุรักษ์วัฒนธรรมของประเทศไทย

17. ความรักชาติ ต้องส่งเสริมให้คนไทยมีความรักชาติ รักบ้านเมืองของตนเอง ทำงานเพื่อสังคม และเสียสละเพื่อสังคม

18. สังคมอยู่ได้ด้วยความเป็นจริง ฉะนั้นต้องสะท้อนให้สังคมได้รับรู้ความจริงที่เกิดขึ้นในสังคม เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและตรงประเด็น

19. การเสียสละเพื่อส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างมากสำหรับสังคมไทย ต้องรณรงค์ให้คนไทยเห็นความสำคัญของการเสียสละเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมของประเทศไทย

บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ .รูปแบบของการบริการระยะยาว, 2550
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2552. แนวทางการพัฒนากฎหมายด้านสวัสดิการสังคมในการคุ้มครองสิทธิประชาชนให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์บริหารวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์เทพปัญญาณิสัย.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทพปัญญาณิสัย.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2554. ยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2555 – 2559.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคม, 2552
- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กองสวัสดิการสงเคราะห์กรมประชาสงเคราะห์. มปป. ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร. มปป.
- กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กรมสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง.สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ , 2549
- คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศึกษาเรื่อง ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ, 2553
- คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.
- คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544.
- คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
- ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2553)
- ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. แนวคิดการลดการพึ่งพาบริการจากรัฐ อ่างใน กองการสงเคราะห์เอกชน , 2541
- เธอร์คอฟ เอช.คอฟ (Theodore H. Koff). มิติของลักษณะการให้บริการ, 2549

นาริรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์. 2552. การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบ

สวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.):

ม.ป.พ.

นาริรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ. การศึกษาวิจัยเรื่อง “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและ

ชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร, 2552

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. ความหมายชมรมผู้สูงอายุ, 2539

บุหลัน ทองกลีบ. 2550. บทบาทภาครัฐในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. คุษฎี

นิพนธ์ หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (รัฐประศาสนศาสตร์). มหาวิทยาลัยรามคำแหง

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553.

พื้นที่การศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และ

พื้นที่การศึกษาในเขตภาคใต้. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และ

พื้นที่การศึกษาในเขตภาคเหนือ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และ

ไพรินทร์ กันทะ. รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล, 2543

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2547

มาลินี วงษ์สิทธิ์. รูปแบบที่ให้บริการถึงบ้านหรือจัดขึ้นในสถาบัน, 2542

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2556, 2556

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2547, 2550

รพีพรรณ คำหอม. 2554. สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : บริษัท จรัล

สนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด

เล็ก สมบัติ. การดำเนินงานชุมชน และการสร้างองค์กรและเครือข่ายชุมชน, 2545

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย, 2545

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. ค่านิยมทางสังคมมีผลต่อการดูแลในครอบครัว, 2549

วรรณวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ. ระบบบำนาญแห่งชาติ, 2551

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2552. บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์เจริญ 2.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ, 2549

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร การดูแลระยะยาว, 2549

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. สภาวะแวดล้อมเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน สถานการณ์และสภาวะแวดล้อม

อื่นที่เกี่ยวข้อง, 2541

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวมีความ สามารถในการดูแลผู้สูงอายุ, 2544

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. เครือข่ายการดูแลทางสังคม, 2541
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย, 2552
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย, 2549
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. รายงานการวิจัยโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. กรุงเทพมหานคร :โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.
- ศิริพันธ์ สาสัดย์. ความหมายของ ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ, 2544
- ศิริพันธ์ สาสัดย์. 2551. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธ์ สาสัดย์ และคณะ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย”, 2552
- ศิริวรรณ ศิริบุญ.การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย,2545
- สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.ประโยชน์จากกองทุนสวัสดิการโดย,2553
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.การศึกษาความต้องการหลักประกันทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.ปัญหาของบริการในสถานสงเคราะห์คือขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน, 2549
- สวัสดิการสังคม. รูปแบบการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน,2536
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙.สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. 2540. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. กรุงเทพมหานคร : สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การประกันสังคม (Social Insurance), 2548
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชน., 2542
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2553. กรอบทิศทางการจัดสวัสดิการทางสังคมอย่างยั่งยืน ในช่วงแผนฯ 11. สำนักงานยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาทางสังคม : ม.ป.พ.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. 2550. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. กรุงเทพมหานคร : สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. ศึกษาเรื่องการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม,2555

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.ศึกษาเรื่องทิศทางการ
ให้บริการของธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่จะก้าวเข้าสู่วัย
ผู้สูงอายุ,2556

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2550

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ.ความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ, 2542

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. แนวคิดการลดการพึ่งพาบริการของรัฐ, 2541

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง. 2549. การบริการสุขภาพที่บ้าน Home Health Care
Service .มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ : ม.ป.พ.

อำไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทย. ศูนย์การเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุในชุมชน. เรื่อง
เราจะเตรียมรับมือกันอย่างไร? สังคมผู้สูงอายุ, มปท.

ประกอบการอภิปราย เรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพกับปีศาจกลัวด้วยผู้สูงอายุ” สืบค้นจากเว็บไซต์
<http://hp.anamai.moph.go.th> เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2557

รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัย ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยผู้สูงอายุ
สืบค้นจากเว็บไซต์<http://www.opp.go.th/fileupload/news/fileup.pdf> เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558)

ศิริภาณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเกียรติพิทย และคณิศร เต็งรัง (2557 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
(สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข) สืบค้นจาก <http://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/5535> วันที่ 16 มิถุนายน 2558

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2557. นโยบายรัฐบาลด้านผู้สูงอายุ สืบค้นจากเว็บไซต์
http://www.oppo.opp.go.th/pages/law/law_06.html. เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2557

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2557. รัฐธรรมนูญกับผู้สูงอายุ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ความหมายในมิติของความต้องการของบุคคล
,2548สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานภาวะสังคมไทย
ไตรมาสหนึ่ง 2557, สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://www.nesdb.go.th/> เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558

สิรินทร ฉันทศิริกาญจน; Sirintorn Chansirikarnjana (2014) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “Long-term care
of elderly with dementia and Alzheimer’s disease in Thailand” สืบค้นจากเว็บไซต์
<http://kb.hsri.or.th> เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2557

สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://opp.opp.go.th/pages/law/law-07.html>. เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2557

เอกสารภาษาต่างประเทศ

Banks, 2004; Kodner และ Kyriacou. การตัดสินใจของระบบเกี่ยวกับขอบเขตของการบริการ, 2000

Edwards และ Miller. แนวคิดอีกแนวคิดหนึ่งภายใต้คอนเซ็ปต์การดูแลแบบบูรณาการ คือ ระดับของ
กิจกรรมการบูรณาการ, 2003

Hooyman, Nancy R. and Kiyak, H. Asuman. การดูแลระยะยาว เป็นการกล่าวถึงภาพกว้างในระดับ
ของการให้บริการสนับสนุน, 2002

Koff, Theodore H. การดูแลระยะยาว, 1982

Siobhan Maclean and Rob Harrison. 2010. SOCAIL CARE THE COMMON KNOWLEDGE BASE

Taylor and Devine . วงจรช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน, 1993

Warren and Jill. การประยุกต์แนวคิดความเป็นเพื่อนบ้าน, 1985

รายชื่อคณะนักวิจัย
โครงการวิจัย การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
ในครอบครัวและชุมชน

1. ศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร		ที่ปรึกษาโครงการ
2. นางสาวกীরติกา กীরติพงษ์ไพศาล	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	หัวหน้าโครงการ
3. นางยุพิน คำสีแก้ว	พนักงานบริการ	เลขาฯ โครงการ
4. นางสาวภคอร ประสิทธิ์สุข	นักพัฒนาสังคม	คณะนักวิจัย
5. นางสาวปิริยา เลิศมงคลนาม	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย
6. นางสุทธิตัน โทชนบท	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย
7. นางสาวภริญา จารุโชคนภธร	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย
8. นางณัฐชพิมพ์ ภาวะวิจารณ์	นักพัฒนาสังคม	คณะนักวิจัย
9. นายสมศักดิ์ สีนามโหม่ง	นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ	คณะนักวิจัย
10. นายวรวุฒิ พึ่งพัก	นักพัฒนาสังคมปฏิบัติการ	คณะนักวิจัย
11. นายมงคล ดาสี	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย
12. นางสาวภาร้าพึง อริยะ	นักพัฒนาสังคมปฏิบัติการ	คณะนักวิจัย
13. นางสาวอัจฉรา สุระกุล	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย
14. นายอิระณัฐ ลิขิตตระกูล	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย