

คำนำ

โครงการวิจัยเรื่อง “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” เป็นความร่วมมือของนักวิจัยสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 6 เป็นเจ้าภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและแนวทางจัดระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในครอบครัวและชุมชน และศึกษาเปรียบเทียบระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ระหว่างประเทศไทย และต่างประเทศ โดยเก็บข้อมูลในเขตจังหวัดพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12

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

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12

๖ ๖๖๖๖

**สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุน
วิชาการ 3**

๖ ๖๖๖๖

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษาเรื่อง “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ และระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ และเพื่อศึกษาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงประจักษ์ที่ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ เป็นการใช้แบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่พึ่งพิง และแบบสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการใช้แบบสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถาม 2 ชุด สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่พึ่งพิง จำนวน 249 คน และผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ จำนวน 1,184 คน ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 รวมจำนวน 392 คน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาที่พบมีประเด็นที่สำคัญดังนี้

ความต้องการบริการสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสถานพยาบาลผู้สูงอายุมากกว่าต้องการอยู่บ้านหรืออยู่กับครอบครัว โดยเมื่อพิจารณาถึงสถานภาพในครอบครัวแล้วพบว่าผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง แต่เมื่อให้ครอบครัวของผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า “ปัญหาของผู้สูงอายุที่มักประสบ คือ ปัญหาด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และเมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามมา ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนไม่เพียงพอ” ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพโดยครอบครัวหรือชุมชน ที่จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ จึงมีความต้องการจะได้รับการบริการจากสถานพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในส่วนของระบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ที่เป็นบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน ส่วนความต้องการบริการทางสังคม พบว่ารูปแบบการบริการทางสังคมผู้สูงอายุนั้นต้องการให้มีการจัดผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่มีความต้องการผู้ให้บริการที่เป็นวิชาชีพ

ความต้องการบริการทางสังคม โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการมากที่สุดในการบริการทางสังคมจากผู้ให้บริการที่เป็นวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมา มีความต้องการบริการทางสังคมจากผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน มีความต้องการบริการสวัสดิการสังคม มีความต้องการบริการทางสังคมจากผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัครและมีความต้องการการบริการดูแลในชุมชนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกันตามลำดับ สำหรับความต้องการบริการทางสังคมที่เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า มีความต้องการมากที่สุดในการดูแลด้านการเงินและกฎหมายมีค่าเฉลี่ยระดับมาก รองลงมา มีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ภาวะส่วนตัวมีค่าเฉลี่ยระดับมาก 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 มีความคาดหวังต่อสถานบริการ/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และความคาดหวังต่อบริการดูแลผู้สูงอายุซึ่งค่าเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับมากเท่ากันตามลำดับ

ส่วนความคาดหวังต่อบริการทางสังคม พบว่า ความคาดหวังต่อการสนับสนุนทางการเงินและรายได้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากและสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่น ๆ รองลงมา เป็น ความคาดหวังต่อบริการรถรับส่ง ความคาดหวังต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ ความคาดหวังต่อการสนับสนุนต่าง ๆ ที่ไม่ใช่เงิน และความคาดหวังต่อบริการเข้าถึงบ้านซึ่งค่าเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับมากเท่ากันตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรกำหนดนโยบายและพัฒนา ระบบบริการด้านสังคมในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น
2. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ ควรส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนในชุมชน เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุและระบบบริการต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการแต่ละพื้นที่ ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน นำข้อมูลผู้สูงอายุแต่ละประเภทไปใช้ประโยชน์เพื่อจัดบริการด้านระบบการดูแลทางสังคมแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการ
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ การทำฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจเยี่ยมบ้าน การบริการทางสังคมให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานในพื้นที่ (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล)

1. ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งประชากรในพื้นที่และประชากรแฝงเพื่อให้สามารถให้บริการอย่างครอบคลุมได้
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสร้างความเข้าใจระบบทะเบียนกลางให้กับผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นฐานเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิบริการทางด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
3. รพ.สต. , อปท. และหน่วยงาน พม.ในจังหวัด
4. อบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้กับครอบครัวและชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

โครงการวิจัย “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการ และเปรียบเทียบรูปแบบวิธีการ ของระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ และเพื่อหาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน 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 ผู้สูงอายุมิมีความต้องการการดูแล 2 ด้านหลัก ๆ ได้แก่ ความต้องการการดูแลบริการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสถานบริบาลคนชรามากกว่าต้องการอยู่บ้านหรืออยู่กับครอบครัว ครอบครัวของผู้สูงอายุมิค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดูแลความต้องการการบริการทางสังคมพบว่าผู้สูงอายุต้องการให้มีการจัดผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแลเมื่ออยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 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 25group 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 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.

สารบัญ

บทคัดย่อ

Abstract

บทสรุปผู้บริหาร

คำนำ

สารบัญ

สารบัญตาราง

บทที่	หน้า
1 บทนำ	
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2 การทบทวนวรรณกรรม	
แนวคิดสวัสดิการสังคมและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ	8
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	21
กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	23
แนวคิดการดูแลทางสังคม	31
แนวคิดการดูแลระยะยาว	43
การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	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 ความต้องการและความคาดหวังต่อการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาว

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 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ	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 106
ตารางที่ 5.2	สถานภาพของผู้สูงอายุ 107
ตารางที่ 5.3	ศาสนาของผู้สูงอายุนับถือ 107
ตารางที่ 5.4	รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ 107
ตารางที่ 5.5	ความพอเพียงของรายได้ครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ 108
ตารางที่ 5.6	สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงใช้ 108
ตารางที่ 5.7	ลักษณะการเป็นโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน 108
ตารางที่ 5.8	ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 109
ตารางที่ 5.9	ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน 109
ตารางที่ 5.10	เครือข่ายที่พึ่งพานอกจากสมาชิกในครอบครัว 110
ตารางที่ 5.11	ระดับรูปแบบการบริการสุขภาพที่ต้องการ 111
ตารางที่ 5.12	ระดับความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน 113
ตารางที่ 5.13	ระดับความต้องการการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน 114
ตารางที่ 5.14	ระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน 115
ตารางที่ 5.15	ระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร 117
ตารางที่ 5.16	ระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันใน ชุมชน 118
ตารางที่ 5.17	ระดับความต้องการบริการดูแลในชุมชน 120
ตารางที่ 5.18	ระดับความต้องการบริการสวัสดิการสังคม 122
ตารางที่ 5.19	ระดับความต้องการด้านสุขภาวะส่วนตัว 124
ตารางที่ 5.20	ระดับความต้องการด้านผู้ช่วยงานบ้าน 125
ตารางที่ 5.21	ระดับความต้องการด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก 127
ตารางที่ 5.22	ระดับความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้านการเงิน และกฎหมาย 129
ตารางที่ 5.23	ระดับความต้องการการดูแลด้านจิตใจ 130
ตารางที่ 5.24	ความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 131
ตารางที่ 5.25	เพศและอายุของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ 135
ตารางที่ 5.26	สถานภาพและศาสนาของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ 136
ตารางที่ 5.27	รายได้ของครอบครัวของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ 136
ตารางที่ 5.28	ความพอเพียงของรายได้ในการใช้ชีวิตประจำวัน 137
ตารางที่ 5.29	โรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ 138

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 5.30	สิทธิการรักษาของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้	138
ตารางที่ 5.31	รูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัว	139
ตารางที่ 5.32	เครือข่ายการดูแล	139
ตารางที่ 5.33	ความคาดหวังผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อพึ่งตนเองไม่ได้	140
ตารางที่ 5.34	เหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลในกรณีที่ดูแลตัวเองไม่ได้ (กรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ)	141
ตารางที่ 5.35	ความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อบุคคลที่จะออกค่าใช้จ่าย กรณีพึ่งพิงตนเองไม่ได้	141
ตารางที่ 5.36	ความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	142
ตารางที่ 5.37	ความคาดหวังต่อสถานบริการ/ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	143
ตารางที่ 5.38	ความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุ	144
ตารางที่ 5.39	ความคาดหวังต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ	144
ตารางที่ 5.40	ความคาดหวังต่อการบริการเข้าถึงบ้าน	145
ตารางที่ 5.41	ความคาดหวังต่อการบริการรถรับส่ง	146
ตารางที่ 5.42	ความคาดหวังต่อการสนับสนุนทางการเงินและรายได้	147
ตารางที่ 5.43	ความคาดหวังต่อการสนับสนุนต่าง ๆ ที่ไม่ใช่เงิน	148
ตารางที่ 5.44	ความต้องการในการรับบริการ	148
ตารางที่ 5.45	ความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้	149

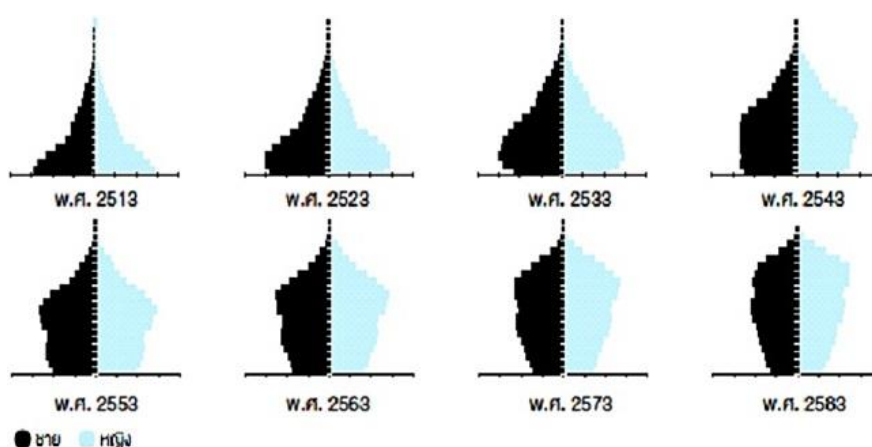
บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมาโครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชากรไทยกำลังสูงอายุน้อยอย่างรวดเร็วกว่า สาเหตุที่ทำให้ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นได้แก่ อัตราเกิดที่ลดลงและอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น พิจารณาประชากร ณ เวลาต่างๆ แสดงให้เห็นการสูงอายุน้อยของประชากรไทยได้อย่างชัดเจน พิจารณาประชากรเป็นแผนภาพที่แสดงโครงสร้างอายุและเพศของประชากรชายและหญิงในแต่ละช่วงวัยต่างๆ ด้วยกราฟแท่งที่วางตามแนวนอน กราฟแต่ละแท่งจะแสดงกลุ่มอายุและวางเรียงกันจากกลุ่มอายุน้อยที่สุดอยู่ล่างสุด และกลุ่มอายุที่สูงขึ้นไปจนถึงกลุ่มอายุสุดท้าย กราฟแท่งแสดงอายุของประชากรชายจะอยู่ทางซ้ายและประชากรหญิงอยู่ทางขวา โครงสร้างอายุของประชากรไทยในอดีตมีรูปลักษณะเหมือนกับประชากรที่มีอัตราเกิดและตายสูง คือ มีฐานพีระมิดกว้างและยอดแหลม 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 แสดงข้อมูลพีระมิดประชากรไทยแต่ละช่วงเวลา



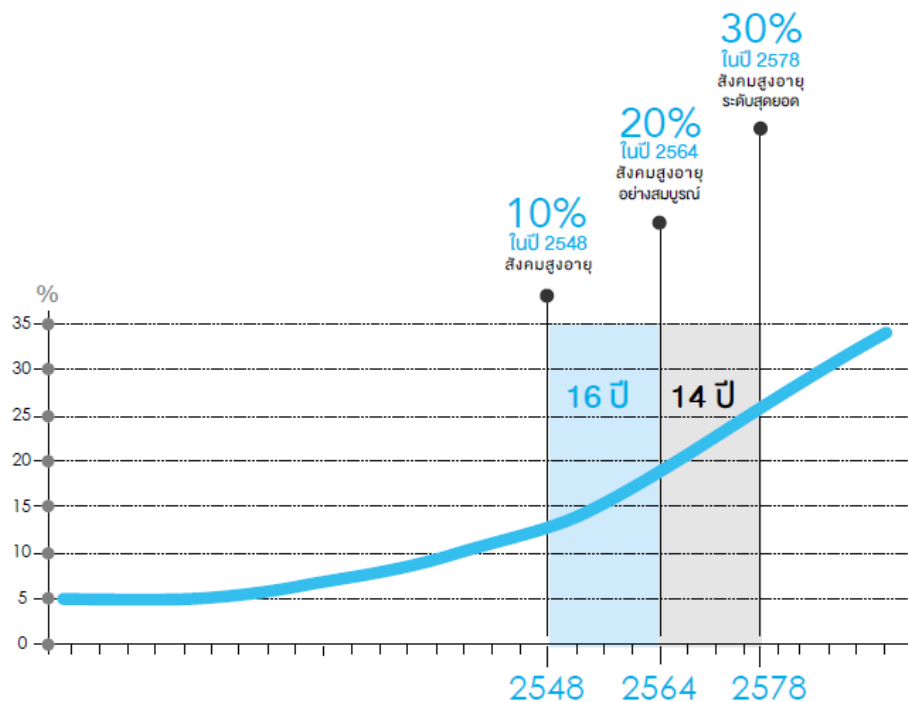
แหล่งข้อมูล:

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

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

จากข้อมูลแผนภาพที่ 1.1 เมื่อเปรียบเทียบพีระมิดประชากรไทยในช่วงห้าสิบปีที่ผ่านมาตั้งแต่ พ.ศ.2513, 2523, 2533, 2543, 2553 และต่อไปในอนาคตในปี 2563, 2573 และ 2583 จะเห็นได้ชัดว่าพีระมิดของประชากรไทยมีการเปลี่ยนรูปไปจากในอดีตเมื่อ 40-50 ปีก่อนที่พีระมิดมีฐานกว้างสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ใน พ.ศ. 2513 คิดเป็นร้อยละ 45 ของประชากรทั้งหมด อันเนื่องมาจากในช่วงเวลานั้น ประเทศไทยยังมีการเกิดสูงและการตายที่สูงทำให้ยอดของพีระมิดมีลักษณะแคบสัดส่วนของประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น จนในปี 2533 ฐานพีระมิดเริ่มแคบลงเพราะอัตราเกิดได้ลดต่ำลง ส่วนบนของพีระมิดเริ่มป้านขึ้นเพราะชีวิตคนไทยยืนยาวขึ้นมาถึงในปี 2543 และ 2553 ที่ฐานของพีระมิดแคบลงไปอีก ในปี 2553 สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลงเหลือร้อยละ 19 ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13 ในอนาคตฐานของพีระมิดจะยิ่งแคบเข้า และส่วนยอดจะกว้างมากขึ้นจนในที่สุดปี 2583 สัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 13 และสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32 อันเป็นผลมาจากอัตราเกิดของประเทศไทยที่มีแนวโน้มว่าจะลดต่ำลงไปอีกในขณะที่อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยจะยืนยาวขึ้น

แผนภาพที่ 1.2 อัตราส่วนร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2503-2583



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

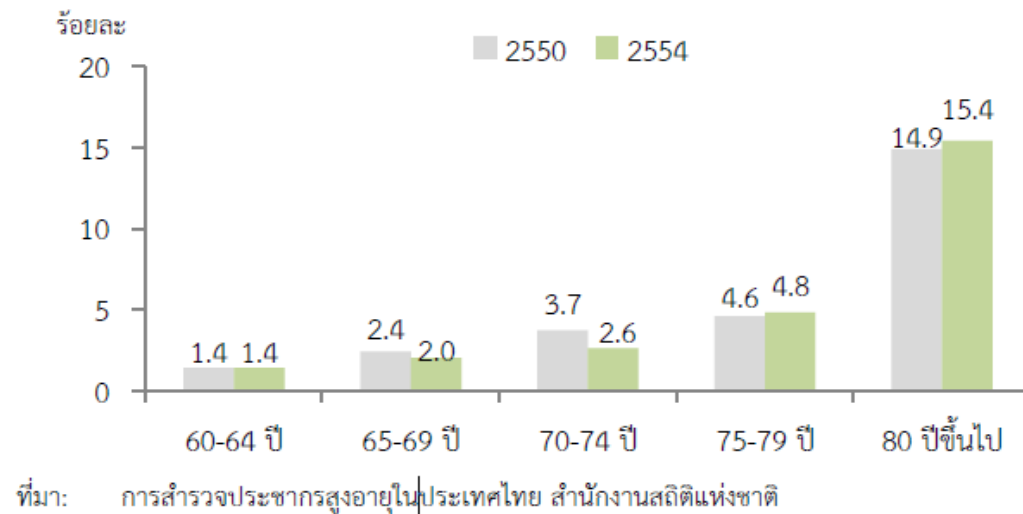
จากข้อมูลแผนภาพที่ 1.2 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จากการที่ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในอีกไม่เกิน 10 ปีข้างหน้า นับจากนี้หรือราว พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) เมื่อประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 และจะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึง

ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดประมาณ พ.ศ. 2578 ในอนาคตอันใกล้เมื่อประชากรรุ่น “เบบี้ บูม” ของประเทศไทยซึ่งเป็นคลื่นประชากรที่ใหญ่มากเคลื่อนตัวเข้าสู่วัยสูงอายุจะทำให้จำนวนประชากรสูงอายุ ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว ขณะนี้ประชากรรุ่นเกิดล้านหรือคนที่เกิดระหว่างปี 2506 - 2526 (พ.ศ.2556 มีอายุระหว่าง 30-50 ปี) กำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อประชากรกลุ่มนี้เข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก็จะยิ่งทำให้ประชากรไทยสูงวัยเร็วขึ้น และเมื่อประชากรรุ่นเกิดล้านเข้าสู่วัยสูงอายุเกือบจะทั้งหมด ก็จะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่เพิ่มความต้องการบริการด้านต่าง ๆ ทั้งการดูแลด้านสุขภาพอนามัยและการจัดสวัสดิการของรัฐอย่างมหาศาล (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2556 : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2557)

จากผลการสำรวจสุขภาพะผู้สูงอายุไทยปี 2556 โดยกรมอนามัยร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แต่มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง 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 ความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากที่สุดในอัตรา 8,957.5 รายต่อประชากรแสนคน และ 5,331.5 รายต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ทั้งนี้ ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ไม่รู้ตัวว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังในระยะต้น เนื่องจากยังไม่แสดงอาการซึ่งอาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้ เช่น โรคไตวายโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต/อัมพฤกษ์) เป็นต้น นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุยังนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยจะพบมากยิ่งขึ้น และมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น

การป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุควรเป็นไปในเชิงรุกนอกสถานพยาบาล **เน้นบทบาทครอบครัวและชุมชน** ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคให้ถูกต้องและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และโอกาสในการเป็นโรคเรื้อรังขณะที่ภาครัฐก็ควรพัฒนาระบบการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (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 ประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปจะมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (ภาวะทุพพลภาพ) หรือที่เรียกว่า “ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง” มากกว่าปี 2550 จึงเป็นสิ่งที่ครอบครัวและชุมชนจะต้องปฏิบัติงานเชิงรุกในการส่งเสริมด้านสุขภาพแก่ประชากรสูงอายุในพื้นที่ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น

แผนภาพที่ 1.3 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน



ซึ่งจากการสำรวจสถานการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในไทยปี 2552 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง จำนวน 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่าหรือ 280,000 คน ในปี 2567 ในขณะที่ครัวเรือนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลงเป็นผลจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมือง และการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกบ้านของสตรี ทั้งนี้พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง แต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13 ในกลุ่มเดียวกัน (รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long-Term Care) สำหรับประเทศไทย ดังนั้น การวางแผนเตรียมการป้องกันปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในอนาคต การเตรียมการจะสามารถดำเนินการในรูปแบบของการกำหนดนโยบาย การศึกษาค้นคว้าทางวิชาการ การพัฒนาระบบการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง โดยจะต้องเป็นระบบที่ครอบคลุมด้านต่าง ๆ อาทิ การส่งเสริมทัศนคติ การพัฒนาระบบสวัสดิการแก่ผู้ดูแลครอบครัว และการพัฒนาระบบบริการทางสังคมและบริการด้านสุขภาพ ซึ่งการดำเนินการต่างๆ เหล่านี้ ถือได้ว่าเป็นระบบที่ต่อเนื่องและดำเนินการในระยะยาว โดยแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้ความหมายว่า การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ ส่วนลักษณะบริการเป็นการผสมผสานบริการ และการกระทำให้ระหว่างระบบสุขภาพและสังคมที่ได้จัดขึ้นสำหรับประชาชนทั้งจากผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน และผู้ดูแลที่เป็นทางการ ได้แก่ นักวิชาชีพต่างๆ และผู้ที่เกี่ยวข้อง อาจรวมถึงการดูแลที่ต้องกระทำโดยเป็นประเพณีปฏิบัติ หรือจากอาสาสมัคร

สำหรับผู้สูงอายุนั้น การดูแลระยะยาวที่เหมาะสมควรครอบคลุมการเคารพในค่านิยมของปัจเจกบุคคล ความพึงพอใจและความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการ รูปแบบการให้บริการ

ดูแลระยะยาวนั้น อาจจัดขึ้นในสถาบัน หรืออาจจัดขึ้นในครอบครัว ระบบบริการเหล่านี้ชุมชนและประชาชนทุกกลุ่มวัยต้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เมื่อพิจารณาถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวรายลักษณะของผู้สูงอายุ ตัวอย่างผลการประมาณการต้นทุนรวมเฉลี่ย และต้นทุนเฉลี่ยรายประเภท แบ่งตามระดับการพึ่งพาผู้อื่นซึ่งดำเนินการศึกษาโดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุในปี 2553 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นมากจะมีต้นทุนรวมเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นน้อย และเมื่อพิจารณาแยกประเภทค่าใช้จ่าย ก็พบแนวโน้มของตัวเลขในแต่ละภาคเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ มีเพียงค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเท่านั้นที่ผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นน้อยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นมาก อีกทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับพึ่งพาผู้อื่นน้อยไม่มีต้นทุนการซื้อบริการการดูแลสุขภาพนอกครัวเรือน (ค่าจ้างผู้ดูแล) เกิดขึ้น เลยแตกต่างกับกับผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากที่มีค่าจ้างผู้ดูแลอยู่เท่ากับ 4,605 บาทต่อคนต่อปี และหากพิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่นมาก พบว่า รายจ่ายรวมเฉลี่ยต่อหัวมีค่าเท่ากับ 81,537 บาทต่อปี โดยรายจ่ายในการดูแลด้านสุขภาพมีค่าสูงที่สุดเป็นเงิน 46,599 บาทต่อคนต่อปี (ร้อยละ 57.15) รองลงมา คือ ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลในครัวเรือนเท่ากับ 22,880 บาทต่อคนต่อปี (ร้อยละ 28.06) ส่วนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ คิดรวมเป็นร้อยละ 14.79 และหนึ่งในนี้เป็นค่าจ้างผู้ดูแลรวมอยู่ด้วยร้อยละ 5.65 (รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ สืบค้นจากเว็บไซต์ http://www.opp.go.th/fileupload/news/fileup/older_03_53_1390185517.pdf เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558) อย่างไรก็ตาม แม้ในกลุ่มบุคคลที่มีฐานะดี หรือกลุ่มที่มีฐานะปานกลางพอที่จะมีเงินอยู่บ้างแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือแม้แต่จะดูแลตนเองได้ก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไปก็อาจทำให้ดูแลตนเองไปไม่ได้ไม่ตลอด เพราะเงินที่เก็บออมไว้ไม่เพียงพอใช้จ่ายตลอดช่วงชีวิต หรือเพราะความสามารถที่จะดูแลตนเองถดถอยน้อยลง ดังนั้น กลุ่มบุคคลดังกล่าวควรที่จะได้รับการดูแล ปกป้อง และคุ้มครองให้สามารถดำรงชีวิตไปได้ตลอดช่วงวัยสูงอายุ

สำหรับสังคมไทยนั้น ครอบครัวถือเป็นสถาบันหลักที่ทำหน้าที่ดูแลปกป้องและตอบสนองความต้องการแก่ผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งเป็นสถาบันที่ผู้สูงอายุต้องการจะพึ่งพิงจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นล้วนแต่ทำให้ครอบครัวอ่อนแอลงไม่สามารถรับกับบทบาทที่คาดหวังได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถในด้านต่าง ๆ ให้ครอบครัวทำหน้าที่ตามที่ผู้สูงอายุคาดหวังได้ แต่อย่างไรก็ตามความเข้มแข็งของครอบครัวมิได้เกิดจากความสามารถของครอบครัวเพียงลำพัง แต่ต้องมีการผสมผสานระหว่างชุมชนและสังคมด้วย ดังนั้น การนำองค์ความรู้ที่ดำเนินการโดยผ่านการพิจารณาอย่างเป็นระบบและคำนึงถึงการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพมาเป็นตัวอย่างในการสร้างแนวคิดแนวทางต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักในประเด็นปัญหา และสามารถที่จะนำผลที่ได้จากการศึกษา มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพครอบครัวของผู้สูงอายุ รวมไปถึงสภาพของสังคมและชุมชนของประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในอนาคต รวมไปถึงการพัฒนาที่ครอบคลุมไปเป็นส่วนของการพัฒนาให้ประชาชนในประเทศไทยมีความรู้ ความเข้าใจ อันจะก่อให้เกิดความสามัคคีร่วมมือร่วมใจในการสร้างสังคมที่ดำเนินด้วยฐานแห่งความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีน้ำใจมีความเข้าใจและมีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งเพื่อให้เกิดเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่กำลังที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรงอันจะนำมาสู่ความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้คนในสังคมไทยต่อไป

ทั้งนี้ จากการศึกษาถึงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนนั้น พบว่า บริการสังคมและบริการการดูแลระยะยาว เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งบริการทางสังคมนั้น หมายถึง การบริการที่ไม่รวมถึงการช่วยเหลือทางสุขภาพ เพื่อมุ่งสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีพออยู่ได้ด้วยตนเอง การดูแลทางสังคมนั้นมีหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นบริการในชุมชนที่เป็นลักษณะของการบริการที่จัดขึ้นเพื่อสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ในหลากหลายลักษณะโดยเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน องค์กรและสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ในการจัดบริการ จึงทำให้รูปแบบการบริการที่เกิดขึ้นจึงเป็นบริการที่จัดขึ้นทั้งจากชุมชนเอง บริการที่จัดโดยองค์กรภายนอก รวมทั้งบริการที่จัดร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดบริการแตกต่างกัน ตัวอย่างบริการสังคมที่ได้มีการจัดตั้งขึ้น เช่น ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Day Care) หรือชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่วนการบริการระยะยาวนั้น หมายถึงบริการด้านสุขภาพที่มีความหลากหลาย หรือเป็นลักษณะของการดูแลส่วนบุคคลที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลเป็นเวลานาน

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้เห็นได้ชัดว่า การหาแนวทางการจัดการระบบการดูแลทางสังคม และระบบการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและให้เกิดผลในทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต จึงกลายเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องนำมาพิจารณา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ก็เป็นอีกภาคส่วนหนึ่งที่ต้องทำหน้าที่ในการแสวงหาแนวทาง วิธีการ และรูปแบบการจัดสวัสดิการต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความสนใจที่จะทำการศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยเป็นเช่นไร เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ และระบบการดูแลทางสังคม และระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศเป็นอย่างไร เป็นการศึกษาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ดังตามวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ และระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ
3. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตพื้นที่

เป็นการศึกษาในเขตพื้นที่ตั้งสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 - 12

ขอบเขตประชากร

สำหรับประชากรเป้าหมายในการศึกษาค้นคว้านี้ แบ่งเป็น 2กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 ประชากรสูงอายุไทย โดยแบ่งกลุ่มย่อยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ และ 2. กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำในชุมชน เป็นต้น

นิยามศัพท์ของการศึกษาวิจัย

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

2. การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการสุขภาพที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

ประโยชน์ที่ได้รับ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ การก่อให้เกิดรูปแบบและแนวทางในการจัดระบบการดูแลทางสังคม และรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน โดยการนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนำไปพัฒนาต่อยอดให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในชุมชน

นอกจากนี้ ผลงานวิจัยจะสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาระบบการทำงานของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในด้านการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมไปถึงการส่งเสริมให้เกิดระบบการสนับสนุนครอบครัวผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนในรูปแบบของการดูแลระยะยาว

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 ปีและชาย 64 ปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2542) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมตามแนวคิดรัฐสวัสดิการไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด บริการที่จัดไม่เพียงพอ และเกิดความไม่เป็นธรรมกับผู้สูงอายุรวมทั้งไม่สามารถกระจายบริการได้อย่างทั่วถึง

รัฐเริ่มนำแนวคิดการลดการพึ่งพาบริการจากรัฐ (Deinstitutional Approaches) มาใช้ โดยรัฐจะจัดบริการที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ ลักษณะบริการที่รัฐนำมาใช้ได้แก่ บริการเบี้ยยังชีพต่อคนเดือนละ

200 บาท และเพิ่มเป็นเดือนละ 300 บาทต่อคน ช่วง 6 เดือน จากโครงการมียาชาวาปี พ.ศ. 2542 ซึ่งบริการดังกล่าวจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุลงมาจากการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ของผู้สูงอายุเท่ากับ 28,200 บาทต่อปี มาเหลือเพียง 2,400 บาทต่อคนต่อปี ในการบริการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

แนวคิดการจัดบริการของสถานสงเคราะห์และเบี้ยยังชีพ รัฐได้นำแนวคิดสวัสดิการสังคมตะวันตกมาใช้ โดยเน้นการให้บริการเชิงปัจเจกบุคคล (Individual) แบบให้เปล่า (Public Assistance) มาโดยตลอด ดังจะเห็นได้จากการใช้แบบ mean-test หาคคุณสมบัติของผู้ที่จะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ 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 สนิทวงศ์ ณ อยุธยา อ้างใน กองการสงเคราะห์เอกชน, 2541) กิจกรรมหนึ่งของศูนย์สงเคราะห์ฯ คือ การคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับเบี้ยยังชีพ ซึ่งผลการศึกษาของสัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา พบว่าร้อยละ 50.5 ของกิจกรรมศูนย์เป็นการจัดเรื่องเบี้ยยังชีพ รวมทั้งพาผู้สูงอายุไปเปิดบัญชีและได้รับเงินได้ ปัจจุบันศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านถูกถ่ายโอนงานไปอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคมและสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดเป็นผู้ดูแลแทนประชาสงเคราะห์จังหวัด จากลักษณะดังกล่าวเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า รัฐไม่ได้คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนตามแนวคิดชุมชนเป็นฐานแต่อย่างใด

3.) แนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชน (Collective Welfare)

(ดิริบูน จงวุฒิเวศย์, รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2553)

แนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชนนี้ เกิดขึ้นจากความต้องการความสนใจและการสร้างความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุเอง คือกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ในหมู่บ้านเป็นกองทุนสวัสดิการรวมของหมู่บ้านเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเป็นการรวมกลุ่มของคนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย ที่ต้องการช่วยเหลือคนในหมู่บ้านเมื่อตาย โดยการเก็บเงินคนละ 10 หรือ 20 บาท และมอบให้ญาติผู้ตายทันที ผู้สูงอายุถือว่าเป็นการทำบุญช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ขณะที่กลุ่ม / สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ที่รัฐมอบให้กองความมั่นคงทางสังคม กรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้ดูแลจะให้ความสำคัญกับการดำเนินการตามพระราชบัญญัติฌาปนกิจสงเคราะห์ พ.ศ. 2541 ควบคุมการไถ่เงินและผลประโยชน์ที่สมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์จะได้รับ ซึ่งผู้สูงอายุและสมาชิกส่วนใหญ่มองว่า การเป็นสมาชิกของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์จะเป็นภาระในการจ่ายเงิน แนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชน (Collective Welfare) ของไทยก็คือ อุดมการณ์ของกลุ่มเฟเบียน (Fabian) จะเชื่อในระบบคอมมูน (Commune) รวมโดยทุกคนจะต้องนำผลผลิตมารวมไว้ส่วนกลาง และจะมีการจัดสรรทรัพยากรให้กับทุกคนใน

สังคมอย่างเท่าเทียมกันทุกด้าน แต่กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ในหมู่บ้านจะเป็นการตั้ง โดยกำหนดวัตถุประสงค์เป็นหลักประกันความมั่นคงทางสังคมกับผู้สูงอายุเมื่อตายเท่านั้น

1.2 รูปแบบระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีอยู่ในปัจจุบัน จำแนกตามประเภทบริการ 3 ประเภท (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) สรุปได้ดังนี้

1.) **การสร้างความมั่นคงทางรายได้หรือการประกันสังคม (Social Insurance)** เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตและคุ้มครองลูกจ้าง ปัญหาการขาดรายได้เมื่อเกษียณอายุการทำงาน สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวน้อยลง ปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังส่งผลให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548) เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ และอาจรุนแรงมากยิ่งขึ้น หากไม่มีการวางแผนเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งการออมเพื่อเกษียณอายุ มีความจำเป็นในสังคมไทย เนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น มีอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน) สูงขึ้น การเกื้อหนุนจากครอบครัวอาจลดลงการออมจึงมีความสำคัญสำหรับวัยเกษียณ ปัญหาของการออมเพื่อเกษียณอายุ คือ การออมครัวเรือนต่ำระหว่างปี พ.ศ. 2536 - 2546 การออมภาคครัวเรือนของไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่เป็นการออมแบบบัญชีออมทรัพย์ จึงควรพัฒนาและส่งเสริมรูปแบบการออมแบบผูกพันในระยะยาวเพิ่มมากขึ้นนอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องเสถียรภาพของกองทุนประกันสังคม เนื่องจากระบบกองทุนเป็นการจ่ายเงินเข้ากองทุนโดยผู้ที่อยู่ในวัยทำงานและรัฐจ่ายเงินออกให้ผู้เกษียณอายุ โดยที่รัฐบาลไม่มีการเก็บสะสมเพื่อเป็นกองทุน ดังนั้นเมื่อสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้น การจ่ายผลประโยชน์ให้กับผู้เกษียณจึงเพิ่มขึ้น

1.1) **ระบบบำนาญแห่งชาติ** เป็นระบบที่การประชุมสมัชชาผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2551 เสนอต่อรัฐบาล เนื่องจากปัจจุบันระบบบำนาญในประเทศไทยเป็นระบบบำนาญพื้นฐานอาชีพ ครอบคลุมบุคคลบางกลุ่มเท่านั้น เช่น สมาชิกกองทุนประกันสังคม ลูกจ้างเอกชน ครูเอกชน พนักงานรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น และส่วนกลาง ซึ่งยังมีประชาชนมากกว่า 30 ล้านคน ที่ยังไม่มีหลักประกันรายได้ในยามสูงอายุ (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, 2551) จึงควรจัดระบบบำนาญสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ ซึ่งการจัดการกับระบบที่ใหญ่เช่นนี้ รัฐบาลควรเข้ามาดำเนินการ ระบบบำนาญเพื่อผู้สูงอายุไทย ไม่ใช่การให้เงินเปล่า ๆ แต่ให้ทุกคนมีโอกาสเป็นสมาชิกร่วมออม ผู้ที่อายุน้อยอยู่ในระบบนานก็จะจ่ายน้อย และเงินบำนาญที่จะได้รับก็ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่อยู่ในระบบ ระบบบำนาญแห่งชาติอาจดำเนินการใน 2 ลักษณะแบบแรก ผู้รับบำนาญไม่ต้องสมทบร่วม เป็นระบบการให้เบี้ยยังชีพที่ขยายไปสู่ผู้สูงอายุทุกคนข้อดีคือเป็นการต่อยอดจากระบบเดิมที่มีอยู่แล้ว ข้อเสียคือ การไม่ส่งเสริมการออมและเป็นการระดมทุนทางงบประมาณของประเทศ สำหรับความเป็นไปได้และความยั่งยืนของระบบบำนาญแบบนี้ยังต้องพิจารณาอีกมาก สำหรับระบบบำนาญอีกแบบหนึ่งเป็นแบบที่ผู้รับบำนาญต้องสมทบร่วมจึงเกี่ยวข้องกับกรออมและศักยภาพของประเทศในระยะยาว ทั้งนี้ประเด็นที่ต้องคำนึงถึงคือ ฐานอาชีพหรือฐานพื้นที่ หรือเป็นระบบถ้วนหน้าทุกคน หรืออาจเป็นระบบเกื้อกูลระหว่างรุ่นที่คนวัยทำงานจ่ายเงินสำหรับช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ข้อดีของการสร้างระบบบำนาญรายอาชีพคือการบริหารจัดการภายในกลุ่มอาชีพทำได้สะดวก แต่จะมีปัญหาการเกิดกองทุนย่อยมากมายเมื่อมีการเปลี่ยนอาชีพ และไม่ครอบคลุมคนที่ไม่ใช่อาชีพ เมื่อเทียบกับกองทุนรายได้พื้นที่ที่จะเปิดช่องว่างนี้ได้ แต่กองทุนรายพื้นที่ก็เป็นกองทุนขนาดเล็กที่บริหารจัดการให้เกิดผลประโยชน์ได้ยาก อีกทั้งความหลากหลายของกฎกติกาสำหรับพื้นที่ที่แตกต่างกันระบบบำนาญของประเทศไทยจะพึ่งพาภาษีรายได้จากประชากรที่ทำงานในระบบเช่นประเทศที่พัฒนาแล้วไม่ได้ เพราะแรงงานนอกระบบนอกประเทศไทยมีสัดส่วนที่มากกว่าจึงควรมีระบบการออมจากประชาชนวัยทำงานทุกคน ระบบบำนาญแห่งชาติเป็นทางเลือกใหม่ของการคลังเพื่อสังคมที่ภาครัฐสนับสนุนงบประมาณผ่านองค์กรภาคประชาชนเป็นการใช้จุดแข็งของภาครัฐในการกำกับดูแลด้วยระเบียบ และจุดแข็งของภาคประชาคมคือ การอยู่ในพื้นที่รับทราบข้อมูลที่แท้จริงของประชาชน และต้นทุนในการบริหารจัดการต่ำ ทั้งนี้ต้องเสริมศักยภาพขององค์กรในชุมชน เช่น การจัดเก็บข้อมูล ระบบการทำบัญชี รวมทั้งการบริหารเงิน แนวทางการบริหารกองทุนบำนาญแห่งชาติ รัฐควรจัดตั้งกองทุนเป็นองค์กรใหม่และเป็นนิติบุคคลมีระเบียบชัดเจน มีผู้บริหารกองทุนมืออาชีพและดำเนินงานอย่างโปร่งใส ภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณ 1 ใน 3 ของบำนาญแต่ละปี (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, 2551) หากผู้รับบำนาญร่วมออมน้อยละ 3 และภาครัฐสมทบอีกร้อยละ 3 จะทำให้กองทุนมีปริมาณสูงในส่วนของ การออม ผู้รับผิดชอบการออม คือองค์กรที่ประชาชนทำงานอยู่ สำหรับแรงงานนอกระบบอาจ มีระบบการออมผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะเข้าถึงประชาชนอย่างครอบคลุมศักยภาพในการติดตามมีประสิทธิภาพมากกว่า ส่วนกลาง การบริหารกองทุนตามแนวทางดังกล่าวมีความเป็นไปได้สูงกว่าและดีกว่าการบริหารโดยส่วนกลาง ทั้งนี้ยังจำเป็นต้องศึกษาในรายละเอียดต่อไป (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ, 2551) ประเด็นหนึ่งที่ควรคำนึงถึง คือ ศักยภาพการออมของประชาชน การศึกษาของ รศ.ดร.ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวุธ (มูลนิธิสารธารณสุขแห่งชาติ, 2550) พบว่าประชาชนกลุ่มวัยแรงงานร้อยละ 60 รู้ว่าไม่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เห็นด้วยที่จะเป็นสมาชิกกองทุน และมีศักยภาพการออมเพื่ออนาคต โดยร้อยละ 77 มีความพร้อมที่จะจ่ายเงินเข้ากองทุน แต่ขาดการกระตุ้นจากภาครัฐ จะเห็นว่าโดยภาพรวม ระบบบำนาญแห่งชาติมีความเป็นไปได้ทางสังคมและทางเศรษฐกิจ แต่ความเป็นไปได้ทางการเมืองยังไม่แน่นอน

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

1.3) กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นกองทุนค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุ ได้รับงบประมาณเริ่มต้นในการดำเนินงานจำนวน 30 ล้านบาทและได้รับเพิ่มเติมในปีต่อ ๆ มาตามลำดับ สำหรับปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้ดำเนินการขยายวงเงินการกู้ยืมรายบุคคลจาก 15,000 บาทต่อราย เป็น 30,000 บาทต่อราย และมีเงินงบประมาณจำนวน 80 ล้านบาทปี พ.ศ. 2552 กองทุนผู้สูงอายุได้ให้การสนับสนุนเงินทุนสำหรับการกู้ยืมประกอบอาชีพ

ของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลจำนวน 3,138 ราย คิดเป็นจำนวนเงิน 51,082,208 บาท และสนับสนุนเป็นรายกลุ่มจำนวน 22 กลุ่ม คิดเป็นจำนวนเงิน 2,071,000 บาท นอกจากนี้ ได้ให้การสนับสนุนโครงการส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุจำนวน 193 โครงการ คิดเป็นจำนวนเงิน 27,523,924 บาท

ทั้งนี้การสนับสนุนการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพรายบุคคลของกองทุนผู้สูงอายุ พ.ศ.2552ส่วนใหญ่เป็นการกู้ยืมไปเพื่อการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำไร่/สวน จำนวน 1,102 ราย ค้าขาย(ของชำ เสื้อผ้า ของเล่น เบ็ดเตล็ด) จำนวน 939 ราย ปศุสัตว์ จำนวน 823 ราย การบริการรับจ้างจำนวน 177 ราย และงานหัตถกรรมงานฝีมือ รวมทั้งการสนับสนุนการกู้ยืมเงินทุนประเภทโครงการ ส่วนใหญ่เป็นการกู้ยืมเพื่อดำเนินโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุด้วยการฝึกอบรมจำนวน 87 โครงการ รองลงมาได้แก่โครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายจำนวน 58 โครงการ และโครงการเกี่ยวกับการอนุรักษ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญาจำนวน 28 โครงการตามลำดับ

พ.ศ.	โครงการที่ ได้รับการ อนุมัติ (โครงการ)	รวมเป็นเงิน (ราย)	การกู้ยืม รายบุคคล (ราย)	รวมเป็นเงิน (ราย)	การ กู้ยืม ราย กลุ่ม (ราย)	รวมเป็น เงิน(ราย)
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 การส่งเสริมการออมเพื่อให้ลูกจ้างมีเงินใช้หลักเกษียณอายุการทำงานเป็นการจัดสวัสดิการอีกรูปแบบหนึ่ง ที่จัดให้กับประชาชนตั้งแต่ก่อนเข้าวัยสูงอายุ เป็นระบบสวัสดิการที่มีผลระยะยาวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นสวัสดิการสำคัญที่นายจ้างจัดให้แก่ลูกจ้างที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นสมาชิก จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ. 2530 ที่มีหน่วยงานของรัฐคือ สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ทำหน้าที่กำกับดูแลในฐานะนายทะเบียนกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานได้ส่งเสริมให้สถานประกอบการจัดระบบสวัสดิการนี้ให้แก่ลูกจ้าง นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้ใช้แรงงานจัดตั้ง “กองทุนเพื่อผู้ใช้แรงงาน” ในลักษณะสหกรณ์ออมทรัพย์เพื่อให้ผู้ใช้แรงงานกู้ยืมในอัตราดอกเบี้ยต่ำ เป็นการแก้ไขการกู้ยืมเงินนอกระบบ หรือการไม่มีหลักทรัพย์ค้ำประกันในการกู้ยืมจากธนาคารพาณิชย์ กองทุนนี้เป็นกองทุนหมุนเวียนตามพระราชบัญญัติเงินคงคลัง พ.ศ.2491 สำหรับการปลูกฝังการใช้จ่ายเงินอย่างเหมาะสม ป้องกันการเป็นหนี้ กรมสวัสดิการฯ ได้จัดอบรมวิทยากรหลักสูตรการขับเคลื่อนแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เพื่อให้ผู้ที่ผ่านการอบรมมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และถ่ายทอดความรู้สู่ผู้ใช้แรงงานทุกระดับได้

1.5) กองทุนการออมแห่งชาติ กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) เป็นหน่วยงานของรัฐและมีฐานะเป็นนิติบุคคลที่ไม่เป็นส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมการออมทรัพย์ของสมาชิกและเพื่อเป็นหลักประกันการจ่ายบำนาญ และให้ประโยชน์ตอบแทนแก่สมาชิกเมื่อสิ้นสมาชิกภาพ

ผู้มีสิทธิเป็นสมาชิก กอช. จะต้องเป็นบุคคลสัญชาติไทยที่มีอายุ 15 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปแต่ไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม ซึ่งส่งเงินเพื่อได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ สมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนสงเคราะห์ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน หรือสมาชิก กองทุนอื่นหรืออยู่ในระบบบำนาญอื่นตามที่กำหนดโดยกฎกระทรวง

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินสมทบให้แก่สมาชิก กอช. สรุปได้ดังนี้

อายุสมาชิก	อัตราเงินสมทบต่อเงินสะสม	เงินสมทบสูงสุดที่จะกำหนดโดย
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 (รวมถึงผู้ที่มีอายุ 50 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีสมัครในช่วง 1 ปีแรก นับแต่วันที่กองทุนเปิดรับสมาชิก ได้ออมจนครบ 10 ปี หรือเมื่อผู้นั้นอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์และได้แจ้งยุติการเป็น สมาชิกของกองทุน) ให้มีสิทธิได้รับบำนาญจากเงินสะสม เงินสมทบ และผลประโยชน์ของเงินดังกล่าวไปตลอดอายุขัย ทั้งนี้ ในวันที่คำนวณบำนาญ หากเงินในบัญชีของสมาชิกผู้ใด เมื่อคำนวณบำนาญแล้วมีจำนวนน้อยกว่า บำนาญขั้นต่ำ สมาชิกผู้นั้นจะได้รับ “เงินดำรงชีพ” เป็นจำนวนเท่ากับบำนาญขั้นต่ำเป็นรายเดือนจนกว่าเงินในบัญชีจะหมด

2.) การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance)

เป็นการสงเคราะห์แบบให้เปล่าสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ เพราะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ด้อยโอกาสทางสังคมและไร้ที่พึ่ง รูปแบบของสวัสดิการที่มีอยู่คือ

2.1) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นการกิจที่ได้มีการถ่ายโอนจากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย รับไปดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 โดยเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ทำหน้าที่หลักในการจัดทำทะเบียน ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุ และจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นเงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพ จำนวนคนละ 500 บาท ต่อ 1 เดือน โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ทุพพลภาพ หรือขาดผู้ดูแลต่อมาในปี พ.ศ.2552 รัฐบาลไทยได้ริเริ่มนโยบายสร้างหลักประกันด้านรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน ปี พ.ศ.2552 โดยครอบคลุมผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันทางด้านรายได้จากรัฐบาล ซึ่งได้จัดสรรเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาแสดงความจำนงขอขึ้นทะเบียน

เพื่อขอรับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตั้งนั้นในเดือนเมษายน พ.ศ.2552 ประเทศไทยจึงได้ดำเนินการจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างถ้วนหน้าคนละ 500 บาทต่อเดือน ส่งผลให้จากเดิมที่มีผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในปี พ.ศ.2552 จำนวน 1,828,456 คน คิดเป็นงบประมาณ 10,970,736,000 บาท ได้เพิ่มเป็นจำนวน 5,652,893 คน ที่ได้รับเบี้ยยังชีพหรือคิดเป็นประมาณกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย

2.2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุเป็นโครงการที่ดำเนินการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งใน 3 ด้าน ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีเดือดร้อนจากการถูกรังแก รุนแรง ถูกแสวงหาประโยชน์ โดยมีขอบด้วยกฎหมาย และถูกทอดทิ้ง(รายละเอียด 500 บาท อ้างอิงจากเอกสารเผยแพร่ ปี พ.ศ.2549) การสนับสนุนการจัดการงานศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน (รายละเอียด 2,000 บาท) และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเรื่องที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม(รายละเอียด 2,000 บาท) (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2549)

3.) การบริการสังคม (Social Services)

เป็นระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชน ประกอบด้วยบริการต่าง ๆ ดังนี้

3.1) ด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย

3.1.1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชนที่รัฐมอบให้เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคน สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยขอขยายให้บริการครอบคลุมด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ในปี พ.ศ.2549 เพื่อให้ประชาชนในทุกพื้นที่ได้รับหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละท้องถิ่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนให้เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตระดับท้องถิ่น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ร่วมมือกันให้การสนับสนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (คือ องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล) ได้บริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) บริการเชิงรุกของ สปสช. รูปแบบหนึ่งคือการจัดสรรงบประมาณให้ “กองทุนตำบล” เพื่อให้ผู้สูงอายุรวมตัวกันในลักษณะชมรมขอทุนสนับสนุนไปทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.1.2) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังให้มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้มีระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชนและท้องถิ่น ซึ่งได้เริ่มดำเนินโครงการตั้งแต่ ปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมาในปี พ.ศ.2552 กรมอนามัยได้ดำเนินการให้ศูนย์อนามัยเขตที่ 1-12 ดำเนินการคัดเลือกตำบลต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวนศูนย์อนามัยละ 1 ตำบล เพื่อเป็นพื้นที่ต้นแบบนำร่องร่วมกับสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีรูปแบบการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 12 รูปแบบจากทั้ง 12 เขต โดยครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิจารณา/คุณภาพ(ติดเตียง) ซึ่งพื้นที่ตำบลนาร่องทั้ง 12 แห่งได้มีการจัดกิจกรรม/โครงการที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ อาทิ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรคให้แก่ผู้สูงอายุ กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.1.3) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ริเริ่มดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและขยายระบบการดูแล และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและประสบปัญหาทางสังคม ได้รับการดูแลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง และสามารถเข้าถึงบริการของรัฐ ขณะเดียวกันก็ยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ในวันที่ 10 เมษายน พ.ศ.2550 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้ขยายผลการดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศภายในปี พ.ศ.2556 จากการดำเนินการขยายผลอย่างต่อเนื่องตามมติคณะรัฐมนตรีในปี 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 กิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรมปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์ของรัฐ 21 แห่งให้บริการได้ 3,000 คน ในจำนวนนี้มี 13 แห่งที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมเป็นผู้รับผิดชอบ และอีก 8 แห่งจัดเป็นศูนย์สวัสดิการสงเคราะห์การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปัญหาของบริการในสถานสงเคราะห์คือขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) นอกจากนี้เกณฑ์ในการรับผู้สูงอายุเข้ารับบริการกำหนดให้เป็นผู้ที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ จึงขัดกับแนวคิดที่ควรช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพา และไม่มิตรากำลังของเจ้าหน้าที่เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่อยู่นานจนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และแม้ว่าการดูแลจะครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นเวลานานจะรู้สึกเหงา คิดถึงลูกหลาน บางรายกลับไปอยู่บ้าน บางรายมีอาการซึมเศร้า โครงการวัยทองนิเวศน์ที่เชียงใหม่ สว่างคนิवास ที่บริการที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุหลายคนที่อยู่ได้ไม่นานต้องย้ายที่อยู่ บ้างก็ย้ายกลับไปอยู่บ้าน เพราะน้อยใจลูกหลาน บางคนก็คิดถึงลูกหลาน ซึ่งผลการศึกษาความต้องการหลักประกันทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุของสำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากอยู่กับครอบครัว (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2549) ดังนั้น แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จึงควรมุ่งขยายบริการในรูปแบบบริการหน่วยสงเคราะห์เคลื่อนที่ และจำกัดจำนวนสถานสงเคราะห์ไว้เท่าที่จำเป็น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

การส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ดำเนินการศึกษาและสำรวจข้อมูลพื้นที่นาร่องในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 2 ตำบล ได้แก่เทศบาลตำบลแม่เหียะ อำเภอเมือง และเทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา

อำเภอทางดง เพื่อเตรียมดำเนินการโครงการพัฒนารูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยได้มีการจัดทำสื่อเพื่อการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์เรื่องบ้านและชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือที่ประกอบด้วยแนวคิดและบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบและแนวปฏิบัติการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และได้มีการเผยแพร่สื่อดังกล่าวให้แก่หน่วยงานในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความตระหนักถึงประโยชน์ของการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ.2552 สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุได้ดำเนินการจัดโครงการค่ายความสามัคคีคนสองวัย (ผู้สูงอายุและเยาวชน) ณ เทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการผลิตสื่อวีดิทัศน์เรื่องหมู่บ้านต้นแบบการดูแลและการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

3.3) ด้านการมีงานทำและการมีรายได้

3.3.1) 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 และในระดับจังหวัดได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการขับเคลื่อนสวัสดิการชุมชนจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีผู้นำองค์กรสวัสดิการชุมชนเป็นรองประธาน และมีผู้นำกองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นเลขานุการร่วมกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด มีหน้าที่เอื้ออำนวยและประสานการดำเนินงานร่วมกับองค์กรภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินการจัดสวัสดิการชุมชนในพื้นที่ให้ครอบคลุมและสามารถตอบสนองความต้องการของคนในชุมชนได้อย่างแท้จริง

3.4) ด้านการบริการสังคมและนันทนาการ ประกอบด้วย

3.4.1) ชมรมผู้สูงอายุ รูปแบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสนใจและมีอุดมการณ์ร่วมกันในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าและมีคุณประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยมีสภาผู้สูงอายุและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน แต่ผู้บริการจัดการและดำเนินการหลักคือกลุ่มผู้สูงอายุเอง การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในลักษณะ

เครือข่าย ทำให้งานด้านผู้สูงอายุเข้มแข็งมากขึ้น ดังเช่นโครงการพันธมิตรเครือข่ายผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ (Age Net) ที่เป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง

3.4.2) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้ริเริ่มดำเนินโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนในลักษณะของโครงการนำร่องในพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก ขอนแก่น สกลนคร พัทลุง ชลบุรี และเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศูนย์อเนกประสงค์เป็นสถานที่หรือศูนย์กลางสำหรับจัดกิจกรรมต่าง ๆ อย่างหลากหลายสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลทุกวัยภายในชุมชน โดยมีกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องศูนย์อเนกประสงค์ฯ ให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งคนในชุมชน และมีการบริหารจัดการศูนย์ฯ โดยคนในชุมชน สำหรับกิจกรรมภายในศูนย์อเนกประสงค์ฯ จะมุ่งเน้นให้มีการจัดกิจกรรมที่สร้างเสริมและขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และได้รับการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชน โดยกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นเครื่องมือในการช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการพัฒนาด้านตนเอง ทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา

ในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการประเมินผลการดำเนินโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ได้ร่วมกับ สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน และการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์ฯ ทั้ง 9 แห่ง รวมทั้งแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ในอนาคต ซึ่งพบว่าการดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแนวคิดใหม่ที่มีความเหมาะสม และควรสนับสนุนให้มีการขยายผลการจัดตั้งเพิ่ม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลและดำเนินการซึ่งมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่สนับสนุนความรู้ทางวิชาการ การให้คำแนะนำในเรื่องการบริหารจัดการกล่าวได้ว่าศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการจัดตั้งขึ้นสามารถเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนในการเข้ามาทำกิจกรรมร่วมกันในระหว่างเวลาว่างวันได้ชุมชนละประมาณ 800 – 1,000 คน นอกจากนี้ยังได้จัดให้มีการสัมมนาเผยแพร่แนวคิด และรูปแบบการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 4 ภาค ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุชมรม มูลนิธิ เป็นต้น ซึ่งมีจำนวนผู้เข้าร่วมการสัมมนารวมทั้งจำนวนทั้งสิ้น 575 คน จาก 502 องค์กร

3.5) การดำเนินงานการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

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

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่

4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุผู้สูงอายุบ้านทักมึน จังหวัดยะลา
5. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวสมย์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
6. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ท จังหวัดภูเก็ต
7. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
8. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
9. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง จังหวัดลำปาง
10. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม จังหวัดนครพนม
11. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสงขลาจังหวัดสงขลา
12. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

โดยศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทั้ง 12 แห่ง มีขีดความสามารถในการรับผู้สูงอายุเข้าพำนักอาศัยได้ 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 และการรักษาพยาบาลเล็ก ๆ น้อย ๆ โดยหน่วยเคลื่อนที่ที่จะประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่พยาบาล ดำเนินการโดยหน่วยงานส่วนกลาง กรุงเทพฯ มหานคร ศูนย์บริการผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชราต่าง ๆ

4) การสงเคราะห์เครื่องอุปโภค บริโภค เครื่องช่วยความพิการ และอื่น ๆ การสงเคราะห์เครื่องอุปโภค บริโภค เครื่องช่วยความพิการ และอื่น ๆ ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ให้บริการตามความเหมาะสม รวมทั้งติดต่อประสานงานหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ร่วมให้ความช่วยเหลือต่อไป

5) **การจับตอบบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ** โครงการจับตอบบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเข้ารับการฝึกอบรมในหน่วยงานสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการกำหนดไว้ และประสานงานให้นายจ้างที่มีความประสงค์ต้องการต่อไป

การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ จากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) โดย พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ ผู้จัดการแผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ (4 มิติ สู่คุณภาพชีวิตผู้สูงวัยในชุมชน, 2554) กล่าวว่า การสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุควรประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติการดูแลระยะยาวผู้สูงวัยกลุ่มพึ่งพิงมิติการสร้างงานอาชีพและรายได้แก่ผู้สูงวัยมิติการปรับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงวัยและมิติการเตรียมความพร้อมผู้สูงวัย ซึ่งในที่นี้ จะกล่าวถึงมิติการดูแลระยะยาวด้านเดียว

กล่าวคือ มิติการดูแลระยะยาวผู้สูงวัยกลุ่มพึ่งพิงคือมิติด้านสุขภาพทั้งทางกายภาพและจิตใจของผู้สูงวัยซึ่งภาวะโดยธรรมชาติจะแตกต่างกันในแต่ละช่วงวัยของผู้สูงอายุและต้องการได้รับการดูแลที่ต่างกัน ประกอบด้วย

1.1 ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) คือกลุ่มที่มักเห็นกันทั่วไปสามารถไปไหนมาไหนได้จำนวนไม่น้อยยังทำงานได้และทำงานอยู่ มีกิจกรรมทางสังคมช่วยเหลือตัวเองได้ในกิจกรรมพื้นฐานประจำวันและไม่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแล

1.2 ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) คือกลุ่มที่มักเริ่มมีปัญหาสุขภาพ เริ่มออกจากบ้านไม่ค่อยได้จำนวนไม่น้อยมีโรคประจำตัวแต่ยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ในบางระดับมีภาวะพึ่งพิงบ้างต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันบางอย่าง

1.3 ผู้สูงอายุวัยปลาย (80ปีขึ้นไป) คือกลุ่มที่มักมีปัญหาสุขภาพรุนแรงออกไปไหนไม่ได้อยู่แต่ในบ้าน นอนติดเตียงช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันไม่ได้ เป็นกลุ่มที่มีพึ่งพิงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นพิเศษ

หลักการคือ ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุวัยต้นมีภาวะสุขภาพที่ดี ไม่ต้องพึ่งพิงคนอื่นของวัยนี้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ว่าวัยจะเลยไปเป็นวัยกลางหรือปลายแล้วก็ตาม สำหรับผู้สูงอายุวัยกลางเริ่มมีปัญหาสุขภาพพยายามฟื้นฟูให้กลับมาวัยต้นให้มากที่สุด หากฟื้นฟูได้อย่างน้อยให้รักษากาเวนนั้นให้ทรงตัวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ไม่ให้เกิดไปมีอาการวัยปลาย และส่วนผู้สูงอายุวัยปลายเน้นการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดพยายามฟื้นฟูให้เขาสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ให้มากที่สุด ที่สำคัญสุขภาพจะมาพร้อมจิตใจ พออายุเยอะขึ้นโดยธรรมชาติจะมีภาวะเหงาว่าเหว่ต้องการมีส่วนร่วมทางสังคมมีกิจกรรมทางสังคม ฉะนั้นการส่งเสริมสุขภาพกายต้องให้ความสำคัญด้านสุขภาพใจไปพร้อมกันด้วยโดยในบรรดาผู้สูงวัยทั้ง 3 กลุ่มนั้น กลุ่มพึ่งพิง คือความเร่งด่วนที่สุดที่จะต้องได้รับการดูแลและต้องเป็นการดูแลระยะยาว ซึ่งต่อเนื่อง จากกลุ่มอื่นด้วย

1.3 บริการทางสังคมและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

บริการทางสังคมและสุขภาพ เป็นบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่ต้องอาศัยการพึ่งพิงมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รูปแบบการให้บริการทางสังคมและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ระดับ

1.3.1 รูปแบบที่ให้บริการถึงบ้านหรือจัดขึ้นในสถาบัน ซึ่งได้แก่ การบริการดูแลตามบ้านโดยอาสาสมัคร การบริการดูแลตามบ้านประเภทเสียเงิน การบริการงานพยาบาล

ตามบ้านการบริการทางการแพทย์ตามบ้าน และการบริการด้านการจัดการเฉพาะกรณี ได้แก่ การค้นหาความต้องการของผู้สูงอายุ และประสานงานกับองค์กรเครือข่ายที่ให้บริการทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อจัดให้มีการดูแลรักษาที่เป็นชุดเฉพาะ เป็นต้น

จากข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นรูปแบบการให้บริการงานดูแลตามบ้าน ที่อาจจัดขึ้นโดยบุคคล องค์กรชุมชน เช่น กรรมการบริหารชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มแม่บ้าน องค์กรภาครัฐ เช่น หน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น แต่เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมแล้ว ยังมีรูปแบบการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่จัดขึ้นในสถาบัน ด้วย โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชน ซึ่งการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนนั้น นอกจากหน่วยงานต่าง ๆ จะมีส่วนร่วมในการนำบริการเข้าไปแล้ว ประชาชนในชุมชนยังมีบทบาทต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแตกต่างกันคือ “กลุ่มผู้นำชุมชนจะเป็นแกนสำคัญในการวางแผนและดำเนินการดูแลและบริการผู้สูงอายุ ทั้งในระดับภายในชุมชน และระหว่างชุมชน หรือระหว่างชุมชนกับองค์กร กลุ่มคนหนุ่มสาวเป็นกำลังสำคัญทั้งด้านกำลังกาย กำลังความคิด และสติปัญญา ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทในการช่วยกำหนดแนวทาง และสะท้อนความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุในขนาดสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเอง มีประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญ ที่สามารถถ่ายทอด หรือนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้สูงอายุอื่น ๆ และชุมชนส่วนร่วมได้” (มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2542, น.223)

1.3.2 รูปแบบการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จัดขึ้นเพื่อสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Daycare for Older Persons) และ ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multi – purpose Senior Center) มีลักษณะเป็นสถานที่อำนวยความสะดวกของชุมชนในการให้บริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ บางแห่งอาจเรียกว่า ศูนย์บริการของผู้สูงอายุ (Day center) (กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กรมสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2536, น.137) ซึ่งหมายถึง สถานที่ซึ่งผู้สูงอายุมาอยู่ร่วมกัน เพื่อจัดทำกิจกรรมบางอย่างตามความต้องการของตน ลักษณะกิจกรรมที่จัดตั้งขึ้นในศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ มักเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น กิจกรรมหลักแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการสมาคมและนันทนาการ เช่น การจัดงานฉลองวันเกิดสมาชิกสโมสร งานแกะสลัก การเล่นดนตรี การเล่นเกมต่าง ๆ กิจกรรมการศึกษาและวัฒนธรรม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมทัศนศึกษาตามสถานที่สำคัญทางประวัติศาสตร์ กิจกรรมด้านสุขภาพและโภชนาการ เช่น การตรวจสุขภาพ การให้ความรู้ด้านโภชนาการ เป็นต้น

การให้บริการด้านโภชนาการนี้ ในต่างประเทศได้มีแหล่งที่ให้บริการด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุหลายแห่ง เช่น ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day center) ซึ่งมีบริการอาหารกลางวัน และเครื่องดื่มแก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสโมสรอาสาสมัคร (Voluntary Social Clubs) ให้บริการอาหารกลางวันแก่สมาชิก สโมสรอาหารกลางวัน (Luncheon Clubs) เป็นสโมสรที่จัดอาหารกลางวันสำหรับสมาชิกของสโมสร ซึ่งได้แก่ ผู้สูงอายุหรือผู้พิการที่สมัครเป็นสมาชิกสามารถไปใช้บริการได้ในเวลากลางวัน โดยมีอาสาสมัครคอยช่วยเหลือ นอกนั้นอาจมีบริการการดูแลจากเพื่อนบ้าน (Neighborhood Care) และบริการจากอาสาสมัคร (Voluntary Services)

กล่าวโดยสรุป แนวคิดสวัสดิการสังคมและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยนั้น มองว่า การจัดสวัสดิการสังคมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุนั้น ยังต้องมีการพึ่งพาบริการจากภาครัฐในส่วนหนึ่ง ร่วมกับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนเป็นฐานสำคัญ

ซึ่งการจัดบริการของรัฐเช่นสถานสงเคราะห์และเบี้ยยังชีพนั้น เป็นเพียงการช่วยเหลือในขั้นพื้นฐานเท่านั้น ในการคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น ทำให้ประเทศไทยนำแนวคิดการจัดสวัสดิการแบบรวมในชุมชนเข้ามาใช้มากขึ้น ร่วมกับการส่งเสริมของภาครัฐที่ให้คนไทยมีการสร้างความมั่นคงทางรายได้ การส่งเสริมการออม การมีกองทุนผู้สูงอายุ เข้ามาเกื้อหนุนกลุ่มผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้งนี้รัฐบาลเองก็ได้มีการส่งเสริมให้เกิดการบริการสังคมมากยิ่งขึ้น โดยการส่งเสริมรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การจัดให้มีอาสาสมัครเพื่อช่วยในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทย เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น เห็นได้ชัดเจนจากการที่ประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มที่จะลดลงตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป ในขณะที่ประชากรวัยสูงอายุต้องรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากรวัยสูงอายุดังกล่าว มีผลกระทบต่อบรรยากาศของรัฐบาล อันเกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 25,315 ล้านบาทในปี 2523 เป็น 434,974 ล้านบาทในปี 2548 หรือเพิ่มขึ้น 17.2 เท่าในช่วง 25 ปี เฉพาะค่าใช้จ่ายของภาครัฐ เพิ่มจาก 7,576 ล้านบาทเป็น 143,775 ล้านบาทในช่วงดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษาของสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง พบว่า ในช่วง 10 ปีข้างหน้า (2553-2562) ภาระทางการคลังเฉพาะที่จะเกิดจากโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวนถึงปีละ 142,071-251,607 ล้านบาท หรือร้อยละ 7.4-7.8 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี

จากปัญหาการเปลี่ยนแปลงขนาดประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว ทำให้ประเทศไทยนั้น จะต้องเตรียมความพร้อมในหลาย ๆ ด้าน เพื่อรองรับกับสภาพการเปลี่ยนแปลงและป้องกันปัญหาจากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งแนวทางที่จะต้องดำเนินการเกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุนั้นมีหลายประเด็นที่จะต้องเร่งดำเนินการ โดยผลจากการศึกษา ทำให้เห็นว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอีกประมาณ 15 ปีข้างหน้า จึงมีเวลาค่อนข้างน้อยในการเตรียมความพร้อม ทั้งด้านบุคลากรและระบบต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ รวมไปถึงแนวทางที่จะต้องดำเนินการเกี่ยวกับประเด็นปัญหาผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาแล้ว รวมกับมาตรการที่ต้องรีบดำเนินการ

ทั้งนี้ จากการศึกษาถึงปัญหาของผู้สูงอายุทำให้ พบว่า การเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยทั่วไปเราก็คือว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปแต่ในทางปฏิบัติจะนับตั้งแต่ 65 ปี ซึ่งวัยนี้ถือเป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการแห่งชีวิต และการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ที่เกิดในช่วงนี้มักเป็นไปในทางเสื่อมลง โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงเป็น 3 ด้านหลัก คือ (สืบค้นจาก <http://suwanna12.blogspot.com/2012/07/blog-post.html> เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2558)

1. ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่

- ผิวหนังเหี่ยวแห้ง สีผิวเปลี่ยนมักเกิดจุดด่าง-ขาว หรือตกรัศ ดันตามผิวหนังเนื่องจากผิวแห้ง เส้นเลือดฝอยแตกง่าย ทำให้มีรอยฟกช้ำตามตัวได้ง่าย
- ผมและขนจะเปลี่ยนเป็นสีขาว มักหลุดร่วงง่าย

- กล้ามเนื้อและกระดูกไม่แข็งแรง ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า เมื่อเกิดอุบัติเหตุเล็ก ๆ น้อย ๆ กระดูกมักหักได้ง่าย บางรายที่กระดูกหลังเสื่อมมากจะเห็นมีลักษณะหลังโก่ง
- การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ส่วนหนึ่งเกิดจากเลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะดังกล่าวได้น้อยลง อวัยวะที่ว่่านี ได้แก่ สมอง สั่การช้า จำเรื่องใหม่ได้น้อยลง ดิดช้าลง
- ประสาทสัมผัสทั้งห้า การรับรู้ทาง ตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัสต่าง ๆ ทางผิวหนั่ น้อยลง
- ระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายลดลง การรับรู้รสของลิ้นน้อยลง มีผลให้เบื่ออาหาร ท้องอืดและท้องผูก
- ระบบไหลเวียนเลือด เลือดข้นมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนลดลง หลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้น ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น ในขณะที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้เกิดอาการหัวใจล้มเหลว หรือโรคของเส้นเลือด เช่น ความดันโลหิตสูงได้ง่าย
- ตับและไต ขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ช้า
- ฮอรโมน ต่อมผลิตฮอรโมนต่าง ๆ เสื่อมไป มีผลให้ปริมาณฮอรโมนที่สำคัญต่อร่างกายลดลง ก่อให้เกิดโรคหลายอย่างตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคขาดธัยรอยด์ฮอรโมน โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากสภาพร่างกาย ที่เสื่อมลง บางรายก็อาจพบกับความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดในช่วงนี้ อีกส่วนเป็นผลจากสภาวะทางสังคมที่เปลี่ยนไป เพราะความสูงอายุ ชนิดของอารมณ์ที่ผู้สูงอายุมักแสดงออกที่ผิดปกติ และพบได้บ่อย คือ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหงา ร้องไห้ง่าย น้อยใจบ่อย ๆ ซึม แยกตัว ฯลฯ อารมณ์วิตกกังวลก็พบได้บ้าง มักแสดงออกโดยหวั่นไหวลูกหลานมากขึ้น บางครั้งจะมีอาการเครียด หงุดหงิดง่าย บ่นมากขึ้น อาการทางจิตที่รุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หรือหลงผิด หวาดระแวงต่าง ๆ พบได้บ้าง บางครั้งจะมีอาการสับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่และบุคคล กลางคืนไม่นอนเดินวนว่่นวาย หรือมีอาการขับถ่ายเลอะเทอะ พฤติกรรมเป็นเด็กทารก หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมก็ได้ ในกรณีที่สมอง เสื่อมมาก ๆ

3. ด้านสังคม

บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมมักถูกจำกัดให้ลดลง ทั้งนี้เนื่องจากถูกมองว่าสุขภาพไม่แข็งแรง เกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การสื่อสารกับคนทั่วไปทำได้ลำบาก มีผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้าน และมีความรู้สึกว่่าตนเองไม่มีประโยชน์ หมดคุณค่าเป็นภาระให้ลูกหลาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยพึ่งตนเอง หรือเป็นที่พึ่งให้สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับการช่วยเหลือ และถ้าผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความสนใจ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองได้

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่า ปัญหาของผู้สูงอายุนั้นมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น จากอัตรา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศไทย ที่กำลังจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้การเตรียมการทั้งแนวทางและมาตรการเพื่อการรองรับปัญหาทั้งด้านสุขภาพ สังคม จิตใจของผู้สูงอายุ และครอบครัว ที่เกี่ยวเนื่องในฐานะผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึง และเตรียมการรองรับให้ดี ทั้งในด้านการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชน 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 สิทธิคนพิการและบุคคลวิกลจริต สิทธิผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากด้านไร้ที่อยู่อาศัย สิทธิผู้บริโภค สิทธิการรวมตัวของประชาชน สิทธิชุมชน ชุมชนท้องถิ่น หรือชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิมและกำหนดให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถใช้สิทธิผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐรับรองคุ้มครองการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิดังกล่าว

โดยบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับงานสวัสดิการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทั้งในแนวนโยบาย สังคม และแนวทางการคุ้มครองสวัสดิภาพผู้สูงอายุ มีดังนี้

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของประชาชนชาวไทย

- มาตรา 40 บุคคลย่อมมีสิทธิในกระบวนการยุติธรรม

ข้อ 6. เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ หรือทุพพลภาพ ย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการพิจารณาตัวอย่างเหมาะสม และย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางเพศ

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

- มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

- มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม

ข้อ 1. คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนอบรมเลี้ยงดู และให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือ ทุพพลภาพ 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 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย
- มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้
 - (1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
 - (2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต
 - (3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม
 - (4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน
 - (5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น
 - (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
 - (7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
 - (8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
 - (9) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหารอบตัว
 - (10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
 - (11) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
 - (12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
 - (13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้คณะกรรมการเสนอความเห็นต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาและประกาศกำหนดให้หน่วยงานหนึ่งหน่วยงานใดของกระทรวงหรือทบวงในราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านความสัมพันธ์กับการกิจหลักและปริมาณงานในความรับผิดชอบรวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนประกอบด้วยเป็นสำคัญ

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 (อณูลา))

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 การสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมให้ทุกคนในสังคมไทยควบคู่กับการเสริมสร้างขีดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงและสร้างโอกาสในชีวิตให้แก่ตนเอง

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

ข้อ 5.2 การจัดบริการทางสังคมให้ทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐาน เน้นการสร้างภูมิคุ้มกันระดับปัจเจก และสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจใน การพัฒนาประเทศ

5.2.1 พัฒนาระบบบริการสาธารณะให้มีคุณภาพและมีช่องทางการเข้าถึงอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะระบบบริการสาธารณสุขและการศึกษาขั้นพื้นฐาน สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม เพื่อสร้างโอกาสให้กลุ่มด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม และทั่วถึง รวมทั้งลดความแตกต่างคุณภาพบริการสาธารณสุขในระหว่างพื้นที่และกลุ่มคน โดยสนับสนุนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นตามกรอบที่รัฐธรรมนูญกำหนด ทั้งบริการการศึกษา สุขภาพ สวัสดิการสังคม กระบวนการยุติธรรม ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพและการศึกษาของประเทศ การกระจายทรัพยากรด้านการศึกษา สาธารณสุข และมีระบบการจูงใจให้บุคลากรมีการกระจายที่เหมาะสมภายใต้มาตรการการเงินการคลังที่ยั่งยืน และสามารถเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.3 พัฒนาระบบสวัสดิการทางสังคมโดยจัดระบบความสัมพันธ์ของสวัสดิการทางสังคม ทั้งเกิด แก่ เจ็บ ตาย ให้มีความเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับชาติ ท้องถิ่น และชุมชนโดยมุ่งเน้นการจัดสวัสดิการที่มีคุณภาพและยั่งยืน ด้วยบทบาทและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะบทบาทสถาบันครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และภาคเอกชนที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมและการลงทุนในธุรกิจเพื่อสังคม

5.2.4 พัฒนาระบบการเงินฐานรากและระบบการออมที่หลากหลายเพื่อขยายฐานการให้บริการทางการเงินฐานรากและสนับสนุนการระดมทรัพยากรในชุมชนเพื่อการพัฒนา โดยบทบาทร่วมกันของภาครัฐ ภาคชุมชนท้องถิ่น และภาคธุรกิจเอกชน ส่งเสริมการต่อยอดการออมในชุมชน และส่งเสริมการออมเพื่อเป็นหลักประกันในความมั่นคงเมื่อชราภาพ

5.2.6 พัฒนาระบบฐานข้อมูลการให้การคุ้มครองทางสังคมให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมประชาชนทุกคนตามสิทธิ และเชื่อมโยงระหว่างการคุ้มครองประเภทต่าง ๆ และกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเพิ่มขีดความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้เป็นเหตุผลและผลประกอบการพัฒนาหรือออกแบบช่องทางและรูปแบบการให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายให้สามารถเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคู่มือผู้สังคม แห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

ข้อ 5.2 การพัฒนาคู่มือคนไทยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง
มีการเรียนรู้สู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการสั่งสมทุนทางปัญญา เชื่อมโยงการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาสู่การเสริมสร้างขีดความสามารถในการประกอบสัมมาอาชีพ และการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย

5.2.4 พัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดย

1) ส่งเสริมการสร้างรายได้และการมีงานทำในผู้สูงอายุ โดยกำหนดลักษณะประเภทงานและอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม ควบคู่กับการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะทั้งด้านวิชาการและการใช้สื่อการเรียนรู้สมัยใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อการประกอบอาชีพและการพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่อง

2) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นคลังสมองของชาติทั้งภาครัฐและเอกชน ประชาชนชาวบ้าน ผู้มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น และประเทศ

3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเอง โดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะกับวัย และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมอย่างบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องรวมทั้งพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและความพร้อมให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นๆ

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 และการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งการศึกษาในระบบ นอกกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อความเข้าใจชีวิตและพัฒนาการในแต่ละวัย และเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม
 - 2.2 รณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ
3. มาตรการ การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
 - 3.1 ส่งเสริมให้ประชาชนทุกวัยเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแล รับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

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 ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา ทั้งในระบบ และนอกระบบ

3.2 ส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับวัยและความสามารถ

3.3 ส่งเสริมการรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อจัดทำกิจกรรมเสริมรายได้ โดยให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วม

4. มาตรการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

4.1 ประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม

4.2 ส่งเสริมให้เกิดคลังปัญญากลางของผู้สูงอายุเพื่อรวบรวมภูมิปัญญาในสังคม

4.3 ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุและให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม

5. มาตรการ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

5.1 ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

5.2 ส่งเสริมการผลิต การเข้าถึงสื่อ และการเผยแพร่ข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุ

5.3 ดำเนินการให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

6. มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

6.1 สนับสนุนส่งเสริมให้ความรู้แก่ครอบครัว และผู้สูงอายุในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อรองรับความต้องการในวัยสูงอายุ

6.2 กำหนดมาตรการแหล่งเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อสร้าง/ ปรับปรุงที่อยู่อาศัย และระบบสาธารณูปโภคสำหรับผู้สูงอายุ

6.3 มีการออกกฎหมายให้สิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชนที่จัดบริการด้านที่พักอาศัยที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1. มาตรการ คุ้มครองด้านรายได้
 - 1.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับสวัสดิการด้านรายได้พื้นฐานที่รัฐจัดให้
 - 1.2 ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ
2. มาตรการ หลักประกันด้านสุขภาพ
 - 2.1 พัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกคน
 - 2.2 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง
 - 2.3 ให้อำนาจที่จำเป็นตามมาตรฐาน การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
 - 2.4 รัฐต้องให้อุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามที่จำเป็น เช่น แว่นตา ไม่เท้า รกเข็น ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ
3. มาตรการ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
 - 3.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด โดยการส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ
 - 3.2 ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ และข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับการบริการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์
4. มาตรการ ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน
 - 4.1 ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และบุคคล
 - 4.2 จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยควรครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้
 1. สนับสนุนการดูแลระยะยาว
 2. ระบบระดับประดอง
 3. ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมอง
 4. อาสาสมัครในชุมชน
 5. สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ
 - 4.3 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยกระบวนการประชาคม
 - 4.4 เกื้อหนุนให้เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการที่เป็นธรรมร่วมด้วย

พิบัติ

4.5 รัฐมีระบบและแผนเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัย

4.6 ส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐ และเอกชนมีบริการแพทย์ทางเลือก

4.7 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่

120 เตียงขึ้นไป

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

1. มาตรการ การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ

1.1 เสริมสร้างความเข้มแข็งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ให้สามารถผลักดันนโยบายและการกิจที่สำคัญด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ

1.2 ให้คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมด้านผู้สูงอายุ จังหวัด ในคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัด เป็นเครือข่ายการบริหารและพัฒนาผู้สูงอายุในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

1.3 พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

1.4 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติวางแผนและดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ปรับแผน และแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ ที่กำหนดเวลา

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: 29-35)

กล่าวโดยสรุป ในประเด็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาด้านผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการกล่าวถึงการจัดทำแนวนโยบายสังคม และแนวทางการคุ้มครองสวัสดิภาพผู้สูงอายุ ที่เน้นให้สิทธิและการคุ้มครองผู้สูงอายุ รวมไปถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้ รวมไปถึงการส่งเสริมให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราด้วย ทั้งนี้ยังได้มีการร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 เพื่อให้ผู้สูงอายุนั้น มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการบริหารทางการแพทย์และการสาธารณสุข การศึกษา ศาสนา การประกอบอาชีพ หรือการพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ซึ่งในรัฐบาลปัจจุบัน ได้มีการแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ให้มีนโยบายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีการกล่าวถึงในประเด็นของการจัดเตรียมระบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในสถานพักพิง และโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมไปถึงการพัฒนากระบวนการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุด้วย

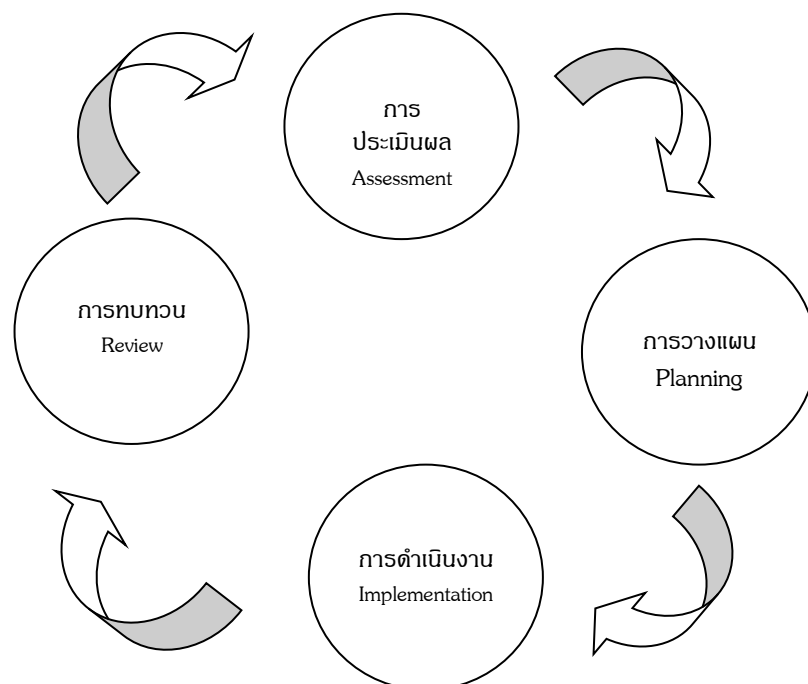
4. แนวคิดการดูแลทางสังคม

4.1 ความหมายการดูแลทางสังคม

การดูแลทางสังคม หมายถึง เป็นวิธีการให้บริการที่ไม่รวมถึงการช่วยเหลือทางสุขภาพ เพื่อมุ่งสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้ด้วยตนเอง โดยเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และใช้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นเครื่องมือ

4.2 ลักษณะการดูแลทางสังคม

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



ลักษณะการดูแลทางสังคมมีกระบวนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานเกิดการดัดแปลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในแต่ละขั้นตอนที่ง่ายต่อการเข้าใจ 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 เป็นลักษณะบริการที่จัดขึ้น เพื่อสนับสนุนการทำหน้าที่ของครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ในหลากหลายลักษณะ โดยเกิดจากการร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน องค์การและสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ในการจัดบริการ ดังนั้น รูปแบบและลักษณะของบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จึงเป็นบริการที่จัดขึ้นทั้งจากชุมชนเอง บริการที่จัดโดยองค์กรภายนอก รวมทั้งบริการที่จัดร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดบริการแตกต่างกัน ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

4.3.1.1 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) เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการดูแลด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม
- 2) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีชีวิตอย่างเจียมเหนงา โดยเดี่ยวได้พบปะสังสรรค์กับบุคคลวัยเดียวกัน และกับบุคคลอื่น
- 3) เป็นบริการที่ช่วยแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- 4) เป็นสถานที่ให้บริการด้านการฟื้นฟูสุขภาพทางกายแก่ผู้สูงอายุ
- 5) เป็นสถานที่ให้บริการด้านการฟื้นฟู และบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตเวช เพื่อให้เกิดการปรับตัวที่ดีต่อสังคม
- 6) เป็นสถานที่ให้บริการด้านที่อยู่อาศัยชั่วคราว หรือเป็นแหล่งเตรียมการสำหรับผู้สูงอายุที่จะเข้าสู่สถานสงเคราะห์

อาจกล่าวได้ว่า บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุนั้น เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และครอบครัวเป็นอย่างมาก นอกจากเป็นบริการที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุน้อยที่สุดแล้ว ยังเป็นบริการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ติดต่อสมาคมกับบุคคลอื่นได้อีก สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความบกพร่องทางกาย หรือทางสมองบริการนี้ สามารถให้ความช่วยเหลือได้ ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะปกติแต่ต้องการสังสรรค์กับวัยเดียวกัน สามารถไปใช้บริการได้เช่นเดียวกัน

ลักษณะกิจกรรมการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมด้าน การรักษาพยาบาลทั่วไป กิจกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งทางกายและจิตใจ การดูแลเป็นรายบุคคล เช่น การอาบน้ำ ทำแผล ป้อนอาหาร และยา การจัดกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพร่างกาย และบริการด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือในสิ่งที่ขาดแคลน รวมทั้งการให้คำปรึกษาและแนะนำต่าง ๆ 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 บริการที่จัดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ และบุคคลอื่น จึงได้ถูกจัดให้มีขึ้นในลักษณะศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึง สถานที่รวมสำหรับองค์การ ชุมชน และผู้สูงอายุ ใช้ในการจัดบริการและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นสถานที่อำนวยความสะดวกของชุมชน เพื่อให้บริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุจะเกิดผลดีต่อผู้สูงอายุที่จะได้รับการตอบสนองในด้านต่าง ๆ ซึ่งมีผู้เสนอประโยชน์ของศูนย์อเนกประสงค์ที่มีต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

4.3.2.1 การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมพบปะบุคคลอื่นในศูนย์อเนกประสงค์ จะทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สร้างสรรค์ความใฝ่รู้ และจะทำให้เกิดการแสวงหาความรู้ต่าง ๆ อยู่เสมอ เป็นการสร้างการเรียนรู้ตลอดชีวิต

4.3.2.2 ศูนย์อเนกประสงค์เป็นแหล่งที่ผู้สูงอายุสามารถแสวงหาความสนใจส่วนบุคคล สามารถทำกิจกรรม ใฝ่หาความรู้ สนทนาปราศรัยกับผู้อื่นได้อย่างอิสระตามที่ตนเองต้องการ ดังนั้น ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุจะเป็นแหล่งในการสนับสนุนความเป็นอิสระของบุคคลได้เป็นอย่างดี

4.3.2.3 จุดมุ่งหมายสำคัญของการมีศูนย์อเนกประสงค์ คือ การที่ให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการบริหาร การดำเนินการ และการจัดกิจกรรมในศูนย์ร่วมกับเพื่อนสมาชิกอื่น ๆ และสมาชิกในชุมชน เป็นการใช้ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ให้เป็นประโยชน์ รวมทั้งเป็นการสร้างความตระหนักต่อตนเอง และสร้างความภาคภูมิใจต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มีคุณค่าในตนเอง และปฏิบัติตนสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ที่มีคุณค่า

4.3.2.4 การร่วมกันสร้างสรรค์และร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มของผู้สูงอายุ กลุ่มบุคคลอื่นและชุมชน ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ การร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อแสวงหาทางออก เป็นการเปิดโอกาสให้

ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และใช้ประสบการณ์ให้เป็นประโยชน์ รวมทั้งอาจเป็นแรงผลักดันให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครอื่นๆ ในชุมชนได้ด้วย

4.3.2.5 เป็นการสะสมความรู้และประสบการณ์มาอยู่มากมาย การเข้าสู่วัยสูงอายุสิ่งเหล่านี้ คือ ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่มีคุณค่า การมีศูนย์อเนกประสงค์ จะเป็นแหล่งรวบรวมภูมิปัญญา เป็นสถานที่ๆ ผู้สูงอายุจะได้มาอยู่ร่วมกัน อนุรักษ์และถ่ายทอดภูมิปัญญาให้กับคนรุ่นต่อไป

4.3.2.6 การมีกิจกรรมทั้งทางร่างกายและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเสริมสร้างภาวะทางร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา เพื่อมุ่งสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ลักษณะกิจกรรมในอเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่จัดขึ้นในศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ มักเป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น ดังนั้น กิจกรรมหลักสามารถแบ่งเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่

1) กิจกรรมเกี่ยวกับการสมาคม และนันทนาการ (Social and Recreational Programs)

กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอโอกาสสำหรับการรื่นเริง เพื่อความสนุกสนาน และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน สร้างการปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น และสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปของตนเอง และสร้างการพัฒนาบุคลิกภาพ และทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ภาพรวมกิจกรรมนี้ มุ่งเน้นเสริมสร้างการปรับตัวทั้งทางสังคมและจิตใจแก่ผู้สูงอายุ ลักษณะของกิจกรรมที่จัดขึ้น ได้แก่ การจัดงานรื่นเริงและฉลองในโอกาสวันสำคัญ เช่น วันชาติ วันเฉลิมพระชนมพรรษา วันสำคัญทางศาสนา และวันเกิดของสมาชิกสโมสร งานศิลปะต่าง ๆ เช่น งานวาด งานปั้น งานแกะสลัก การถ่ายภาพ และงานเย็บปัก ถักถั้ว เป็นต้น นอกจากนั้น อาจมีการจัดกิจกรรมนันทนาการอื่นๆ เช่น การลีลาศ การร้องเพลง การเล่นดนตรี รวมทั้งการเล่นกีฬาในร่มและเกมสต่างๆ บริการนี้ อาจรวมถึงบริการจัดรถรับ – ส่ง ผู้สูงอายุ ด้วย

2) กิจกรรมที่เกี่ยวกับการศึกษาและวัฒนธรรม (Education and Cultural Programs)

กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงความสามารถในการเรียนรู้ของตน ตลอดจนจดจำ และเรียนรู้ข้อเท็จจริงที่สำคัญ ต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมบางประการ ดังนั้น ความหมายของกิจกรรมเพื่อการศึกษาหมายถึงความสามารถในการเรียนรู้ ความเข้าใจ การจดจำ การแก้ไขปัญหาและการพัฒนาทักษะต่างๆ ของผู้สูงอายุ กิจกรรมบางประการที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารวมและวัฒนธรรม ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูล ข่าวสารทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและการปกครองของประเทศ การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้บริโภค ได้แก่ ข่าวสารทางเศรษฐศาสตร์บริโภค เป็นต้น กิจกรรมการศึกษาเพื่อการพัฒนาตนเอง เช่น การเรียนภาษาอังกฤษ คอมพิวเตอร์ การดูแลตนเองเบื้องต้น การฝึกหัดการเป็นผู้นำ และบทบาทในการมีส่วนร่วมในชุมชน การอ่าน การแลกเปลี่ยนความรู้และทัศนคติต่อวรรณกรรมต่างๆ รวมทั้ง กิจกรรมทัศนศึกษาแหล่งประวัติศาสตร์ ธรรมชาติและแหล่งท่องเที่ยวทั่วไป

3) กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ (Health Services and Nutrition Programs)

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

3.1) การบริการตรวจรักษาสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจวัดความดัน เป็นต้น ซึ่งในการให้บริการนี้ อาจจะจัดในรูปของกลุ่มแพทย์อาสาสมัครเคลื่อนที่ ให้บริการตามชุมชนต่าง ๆ หรือการจัดกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำในการรักษาสุขภาพ เป็นต้น

3.2) การให้คำปรึกษาแนะนำ หรือการจัดกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจในตนเอง ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ

3.3) การให้บริการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การกีฬา และการอนามัย

3.4) การจัดกิจกรรมพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การให้บริการทางด้านกายภาพบำบัด โดยมีการอำนวยความสะดวก เรื่องของอุปกรณ์กายภาพบำบัดต่าง ๆ และการให้บริการด้านอาชีพบำบัด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และมีนันทนาการ บำบัดคอยดูแลให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกตามที่ตนถนัดและมีความสนใจ เช่น การจัดสวน การปั้น แกะสลัก การทำอาหารฝีมือต่าง ๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลายอารมณ์ และช่วยแก้สภาพจิตใจที่ท้อแท้ และเพื่อก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน รวมทั้งเกิดความภูมิใจในผลงานของตนเอง

3.5) การอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลทั่วไป ตลอดจนผู้สูงอายุเอง ให้มีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

4) กิจกรรมด้านโภชนาการ (Nutrition Programs)

ในสังคมปัจจุบันนี้ ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ขาดความรู้ ขาดเรื่องอำนวยความสะดวก และขาดความสามารถในการจัดซื้อหรือในการเตรียมอาหารเพื่อตนเอง โดยกิจกรรมด้านโภชนาการนี้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยว และเป็นการประสานให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านโภชนาการ ตามที่เขาต้องการ ซึ่งจุดมุ่งหมายของบริการด้านโภชนาการนี้ เพื่อเป็นหลักประกันว่า ผู้สูงอายุต้องได้รับอาหารที่ถูกสุขลักษณะ หรือตามหลักโภชนาการและเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ไม่แข็งแรง ไม่สามารถประกอบอาหารได้ด้วยตนเอง

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 ทูพพลภาพ การสูญเสียสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น การสร้างความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีคุณค่า ยังสามารถกระทำการบางอย่างได้ด้วยตนเองอยู่นั้น จะเป็นสิ่งที่เหมาะสมและมีประโยชน์ การแสดงออกยังความคิดสร้างสรรค์นั้น สามารถกระทำได้หลายวิธี แต่จากงานวิจัยหลายเรื่อง พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น หากได้สร้างสรรค์งานศิลปะต่าง ๆ แล้วจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจในตนเองว่ามีกำลัง มีความสามารถที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ได้ และยังเป็นผู้ที่มีคุณค่าประโยชน์ต่อผู้อื่นอยู่

ลักษณะกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ในวัยสูงอายุมีหลายประการ ได้แก่

5.1) การเขียน (Writing) เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดสร้างสรรค์ การเขียนโดยทั่วไป มักเน้น ในการเขียนตัวอักษรรูปแบบต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกหัดบังคับมือ สายตา ชัดเขียนตัวอักษรตามความคิดของตน ซึ่งการเขียนตัวอักษรไทยนั้น สามารถเขียนได้หลายรูปแบบ เป็นตัวประดิษฐ์ลากหาง หรือตัวคล้ายอักษรโบราณ ล้วนแต่ทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกหัดบังคับประสาทของตนเองทั้งสิ้น นอกจากนั้น การเขียนอาจรวมทั้งการเขียนจดหมาย การเขียนโคลงกลอน การเขียนอัตชีวประวัติ การเขียนบทความท่องเที่ยว เรื่องสั้น และนวนิยาย ซึ่งจากการเขียนจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาระลึกถึงความทรงจำในอดีต และให้ความใส่ใจกับสิ่งรอบ ๆ ตัว เพื่อนำมาใช้เป็นแหล่งทรัพยากรและวัตถุดิบในการเขียน

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

5.3) ดนตรี (Music) การใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดรักษาเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ดนตรี ได้แก่ การร้องเพลง การเคาะทำ การตบมือ การเต้นรำ หรือโยกตัวและเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การเขียนเนื้อร้องหรือทำนองเพลง การเล่นเครื่องดนตรีร่วมกับบุคคลอื่น ฯลฯ จะสร้างความรู้สึกละผ่อนคลายได้ใช้ความคิดจินตนาการที่สร้างสรรค์ เพราะดนตรีจะกล่าวถึงความนุ่มนวลของอารมณ์ เช่น อารมณ์รัก ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เกิดกำลังใจ สามารถเผชิญ และต่อสู้กับความทุกข์โดดเดี่ยว ความรู้สึกกดดันจากการที่ต้องออกจากงาน หรือการที่อยู่ในวัยที่เข้าใกล้ความตาย นอกจากนี้ ดนตรีจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้รำลึกถึงความหลัง ปลอดภัย บำบัดรักษา ช่วยให้มีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างสมาชิก มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันที่ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ตลอดจนปรับปรุงด้านการหายใจ การไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท หลอดเลือด และการเคลื่อนไหว

5.4) การเล่นละคร (Dramatic) เป็นการให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมแสดงบทบาทต่าง ๆ ในเรื่องที่ได้อ่านหรือไม่ได้เตรียมตัว ซึ่งการแสดงละครจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะย้อนกลับให้เห็นถึงความวิตกกังวล ความเครียด อารมณ์ขันที่แสดงออกมา รูปแบบของการ

เล่นละครมีความแตกต่างและหลากหลายมาก เช่น การเป็นผู้เล่าเรื่องจากความทรงจำ การเล่าเรื่องจากหนังสือ การเล่นละครเวที ละครวิทยุ นวนิยาย หุ่นกระบอก ละครธรรมะ และละครจากชาดก เป็นต้น

5.5) การรำ และเต้นรำ การรำและเต้นรำมีความสอดคล้องกันกับการดนตรี การรำและเต้นรำเป็นการเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรี ซึ่งนับได้ว่าเป็นความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และที่อยู่ในสถาบันการดูแลต่าง ๆ การรำ และเต้นรำจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพกาย เช่น ช่วยให้อวัยวะเกิดการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ดีอีกวิธีหนึ่ง ช่วยควบคุมน้ำหนัก ทำให้ระบบหมุนเวียนของโลหิตดีขึ้น ช่วยให้นอนหลับ และเสริมสร้างความเข้มแข็งของร่างกาย นอกจากนี้ ยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพจิต ได้แก่ เสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้สูงอายุทำให้มีความจำที่ดีขึ้น ลดความเครียด สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ตลอดจนเป็นการเข้าร่วมสังคมกับบุคคลอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสัมผัสและได้สัมผัสผู้สูงวัยคนอื่น 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 รวมทั้งทำหน้าที่ในการประสานแหล่งบริการต่าง ๆ ด้วย

4.3.3 ชมรมผู้สูงอายุ (Senior Citizen Club)

ชมรมผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากสโมสรและชมรมที่กล่าวมานี้เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยชุมชนและองค์กร เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม แต่ชมรมผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นจากการริเริ่ม และก่อตั้งโดยผู้สูงอายุเอง (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2539: 19 อ้างถึงในสถิติพัฒนา ยอดเพชร, 2549: 170-171) ให้ความหมายชมรมผู้สูงอายุว่า หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปมารวมตัวกัน โดยมีวัตถุประสงค์ และแนวคิดร่วมกันในการพัฒนาตนเอง ทั้งในด้านสุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษา วัฒนธรรม และการศึกษาหลักธรรมในพุทธศาสนา รวมทั้งร่วมกันพัฒนาสังคมและประเทศชาติในที่สุดด้วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมเป็นอันดับแรก และหากเป็นไปได้ก็รวมถึงผู้สูงอายุอื่น ๆ และสังคมโดยรวมด้วย

ลักษณะของกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุมีแตกต่างกัน โดยในต่างประเทศอาจรวมอยู่ในสโมสรผู้สูงอายุ หรือศูนย์บริการเพื่อผู้สูงอายุ ทั้งกิจกรรมและสถานที่ ในประเทศไทยชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีที่ตั้งในสถานที่ราชการ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน ที่ว่าการอำเภอ และอื่น ๆ นอกนั้นจัดตั้งที่วัดหรือบ้านของสมาชิกเอง การดำเนินกิจกรรมของชมรมที่จัดขึ้นเป็นประจำและบ่อยที่สุด คือ กิจกรรมด้านการศาสนา รองลงมาคือ กิจกรรมด้านฌาปนกิจ กิจกรรม

ด้านการออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพ อย่างไรก็ตาม กิจกรรมที่กล่าวมามิได้ถูกจัดให้มีขึ้นทุกวันแต่จัดเป็นครั้งคราว อาจจะทุกเดือน หรือทุกวาระโอกาสก็ได้ โดยมีวัตถุประสงค์ที่ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก

4.3.4 บริการดูแลจากเพื่อนบ้าน (Neighborhood care)

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

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

4.3.4.1 เพื่อแลกเปลี่ยนสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ระหว่างผู้ที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน หรือมีความใกล้ชิดกัน

4.3.4.2 เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ที่ขาดเครือข่ายทางครอบครัว และเครือญาติ

4.3.4.3 เพื่อให้ความใกล้ชิดเข้าถึงปัญหา และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วก่อนการช่วยเหลือจากแหล่งอื่น

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

การนำบริการชนิดนี้มาใช้ มักเกิดข้อจำกัดในเรื่องการจัดการ หากมีการจัดการที่ไม่เข้มแข็ง ทำให้ระบบการเกื้อกูลมีความแข็งแกร่งน้อย แต่หากดำเนินการได้บริการตามแนวคิดนี้จะช่วยผดุงรักษา และเสริมสร้างระบบของชุมชนให้ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในรูปขององค์กรประชาชนที่เป็นศูนย์กลางให้ความช่วยเหลือสมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และจัดบริการสังคมด้านต่างๆ เพื่อประโยชน์แก่สมาชิกในชุมชนซึ่งรวมถึงผู้อาวุโสด้วย

4.3.5 บริการส่งต่อ (Referral Program)

ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งอาจประสบปัญหาเจ็บป่วยกะทันหันรุนแรง หรือประสบปัญหาอื่น ๆ ที่ไม่สามารถพบกับแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมได้ จำเป็นที่ได้รับบริการเฉพาะด้าน บริการส่งต่อเป็นประเภทหนึ่งของการประสานงาน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบกับทรัพยากรที่ต้องการอย่างเหมาะสม รวมทั้งเป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร และการอำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ บริการส่งต่อจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญที่ควรจัดขึ้น ทั้งในหน่วยงานและในระดับชุมชน บริการส่งต่อ ครอบคลุมกิจกรรมหลัก 3 ประการ ได้แก่

4.3.5.1 การประเมินสถานะของบริการ ทั้งที่เป็นฝ่ายแรกรับ และฝ่ายที่จะส่งต่อ เป็นการประเมินความสามารถและได้จำกัดของสถานการณ์บริการและชุมชนว่าสามารถรับหรือจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้หรือไม่ รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชี้แนะแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวถึงแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ที่เขาจะได้รับ

4.3.5.2 การให้ผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งทรัพยากร เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้พิจารณาถึงทางเลือกต่าง ๆ ตามข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อตัดสินใจเลือกบริการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ ชุมชนจะมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ประสานการติดต่อการส่งข้อมูลให้ผู้รับเรื่อง รวมถึงกระบวนการส่งต่อผู้สูงอายุไปยังแหล่งบริการอื่น ที่ตรงกับปัญหา กระบวนการนี้ในบางครั้งมีความจำเป็นที่ต้องตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เช่น กรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยกะทันหัน จำเป็นต้องรับบริการฉุกเฉิน ชุมชนหรือผู้ทำหน้าที่ในชุมชนอาจตัดสินใจส่งต่อได้ทันที

4.3.5.3 การติดตามผล เป็นลักษณะงานที่ต่อเนื่องมาจากการส่งต่อผู้สูงอายุ โดยดำเนินการกับหน่วยงานที่รับผู้สูงอายุ ตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาว่าผู้สูงอายุได้รับบริการตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการหรือไม่ บริการนั้น ๆ มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคใด ๆ เกิดขึ้นหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อช่วยในการตัดสินใจต่อบริการที่อาจจะต้องแสวงหาแหล่งใหม่ หรืออาจจะยุติเพียงแหล่งที่ส่งต่อเท่านั้น ดังนั้น การติดตามผลบางครั้งจึงเสมือนการทบทวนวิชาการ และการกระทำตามแผน เพื่อตัดสินใจในการหาเหตุผลสำหรับความล้มเหลวของการส่งต่อ รวมทั้งอาจชี้ให้เห็นถึงความไม่เหมาะสมของทรัพยากรได้

4.3.6 บริการจากอาสาสมัคร (Voluntary Services)

อาสาสมัคร เป็นกลุ่มที่สนับสนุนการปฏิบัติงานสำหรับผู้สูงอายุ ให้ดำเนินต่อไปได้ เพราะหากจะให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินการเองแล้ว อาจเกิดปัญหาที่ไม่สามารถจัดการกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุม อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุ ต้องเป็นผู้ที่มีความเสียสละเป็นพิเศษ และมีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน โดยทั่วไปภารกิจของอาสาสมัครสำหรับผู้สูงอายุจะประกอบด้วย งานช่วยเหลือทั่วไป งานกิจกรรม และบริการภายในศูนย์ฯ งานด้านการฟื้นฟูสุขภาพ งานด้านยานพาหนะ งานทัศนศึกษา สังคม วัฒนธรรม และกิจกรรมชุมชนสัมพันธ์อื่น ๆ

การดำเนินงานกับผู้สูงอายุตามที่อยู่อาศัยของอาสาสมัครมีลักษณะกิจกรรมในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน การดูแลให้คำปรึกษาเป็นครั้งคราวตามเวลาที่กำหนด และตามความเหมาะสม อย่างไรก็ตาม บริการโดยอาสาสมัครนี้ ควรคำนึงถึงสิ่งตอบแทนที่อาสาสมัครจะได้รับจากผู้จัดบริการ และผู้สูงอายุ คือ การขอบคุณ ยกย่องความเสียสละ และความมีน้ำใจของเขาเหล่านี้

4.3.7 บริการที่จำเป็นอื่น ๆ

4.3.7.1 บริการรถรับส่ง (Transportation Services Program) บริการด้านการจัดรถรับ-ส่ง มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เพราะเป็นสิ่งที่นำผู้สูงอายุให้ได้พบกับบริการต่าง ๆ การพบปะเพื่อนฝูงและการเข้าร่วมกิจกรรม โดยทั่วไปเป็นกิจกรรมที่เชื่อมต่อกับกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลกลางวัน เป็นการอำนวยความสะดวก รับ – ส่ง ผู้สูงอายุไปรับบริการ โดยองค์กรด้านชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนทุน และมีอาสาสมัครทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการขึ้น – ลง พาหนะอีกด้วย

4.3.7.2 บริการติดต่อทางโทรศัพท์ (Telephone Services) เป็นบริการที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ไม่มีโอกาสติดต่อกับบุคคลภายนอก และมีความจำเป็นต้องอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยเป็นเวลานาน ผู้ที่รับบริการนี้จะได้รับการสอบถาม หรือติดต่อทางโทรศัพท์เป็นประจำทุกวัน หรือหากต้องการความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุก็สามารถเรียกร้องความช่วยเหลือได้ กรณีที่การติดต่อไปแล้วไม่ได้รับการตอบรับจากผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง ตำรวจ นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้รับไปตรวจสอบ และดูแลว่ามีปัญหาใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ บริการนี้สามารถให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

4.3.7.3 บริการทางด้านกฎหมาย (Legal Services) เป็นบริการที่ชุมชนจัดให้มีขึ้นเพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ และอาจถึงขั้นช่วยดำเนินการทางด้านเอกสาร และธุรกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือส่วนใหญ่บริการด้านกฎหมายจะเน้นเฉพาะการให้คำปรึกษา แนะนำ ด้านสัญญา การซื้อขาย ทรัพย์สิน และการทำพินัยกรรม ส่วนกระบวนการฟ้องร้อง หรือดำเนินการทางศาลนั้น นิยมใช้ระบบส่งต่อไปรับบริการยังหน่วยที่ให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อไป (ศติพัฒน์ยอดเพชร, 2549:164-175)

4.3.8 การบริการในสถาบัน

4.3.8.1 รูปแบบการดูแลในสถานสงเคราะห์

การดูแลในสถานสงเคราะห์ เป็นบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ฐานะยากจน ไร้ญาติ ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ให้การเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข รวมทั้งครอบครัวของผู้สูงอายุไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และไม่มีเวลาว่างมากพอ เพราะผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด บริการในสถานสงเคราะห์ให้บริการพื้นฐานปัจจัย 4 ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ตลอดจนบริการอื่น ๆ ในการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด งานอดิเรก ศาสนกิจ สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม นันทนาการ และอาชีพการงาน เป็นต้น

ปัจจุบันสถานสงเคราะห์คนชราที่ถ่ายโอนลงท้องถิ่นแล้วมี 13 แห่ง และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุจำนวน 2 แห่ง ดังนี้

1. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จ.นครสวรรค์
2. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จ.จันทบุรี
3. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอุปถัมภ์)

จ.นครปฐม

จ.กาญจนบุรี

4. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไยอุปถัมภ์)
5. สถานสงเคราะห์คนชรานครปฐม จ.นครปฐม
6. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ (โพธิ์กลาง) จ.นครราชสีมา
7. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ (วัดม่วง) จ.นครราชสีมา
8. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแด 2 กรุงเทพมหานคร
9. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จ.ลพบุรี
10. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จ.ตรัง
11. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุทอง – พนังตัก จ.ชุมพร
12. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จ.มหาสารคาม
13. สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวส จ.พระนครศรีอยุธยา

สถานสงเคราะห์คนชราที่เหลือจำนวน 7 แห่ง และศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุ จำนวน 1 แห่ง ที่ยังคงอยู่ที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยทั้ง 8 แห่ง ได้มีการเปลี่ยนชื่อใหม่ ดังนี้

เชียงใหม่

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแด กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัด

ยะลา

4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัด

พระนครศรีอยุธยา

5. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวสมฯ จังหวัด

ปทุมธานี

6. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ด จังหวัดภูเก็ด
7. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
8. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี จังหวัด

9. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง จังหวัดลำปาง
10. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม จังหวัดนครพนม
11. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสงขลาจังหวัดสงขลา
12. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

สำหรับสถานสงเคราะห์ที่ภาคเอกชนดำเนินการ ในประเทศไทยส่วนใหญ่มูลนิธิ ต่าง ๆ ได้ดำเนินการ ได้แก่ มูลนิธิวัยวัฒนาวินาส ดามิลเลียนโซเซียลเซนต์อร์นปฐม และจันทบุรี มูลนิธิอ่าวเตียวปอเต็กเส็งตั้ง และมูลนิธิสิริวัฒนาเชสส์เซียร์ เป็นต้น

4.3.8.2 รูปแบบการดูแลในสถานพยาบาล

ผู้สูงอายุโดยทั่วไป ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษ และดูแลใน สถานพยาบาลได้ ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี แต่มีสภาพ ทางร่างกายไม่แข็งแรง เช่น มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคไขข้อ ความจำเสื่อม

และโรคเรื้อรังอื่น ๆ การเจ็บป่วย และการอยู่อาศัยในสถานพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาทางด้านจิตใจ และแสดงออกให้เห็นถึงปัญหาทางด้านพฤติกรรมบางประการ เช่น ก้าวร้าว กัดฟัน ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากผู้อื่น การทำร้ายเจ้าหน้าที่ และผู้อยู่อาศัยร่วมกัน ฯลฯ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในสถาบันต้องประกอบด้วยนักวิชาชีพและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ นอกจากบุคลากรด้านการแพทย์ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด ฯลฯ

ลักษณะของบริการที่ควรจัดขึ้นในสถานพยาบาล

1) บริการให้คำปรึกษาแนะนำ การให้คำปรึกษาแนะนำจะช่วยลดปัญหาการปรับตัวได้ ผู้สูงอายุที่มีความหวาดกลัวในการเข้าอยู่ในสถานพยาบาล จึงควรจัดบริการให้คำปรึกษาแนะนำตั้งแต่กระบวนการแรกเริ่ม (Intake Phase) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ความหวาดกลัวที่พบในผู้ป่วยนั้นมักเกิดจากการขาดข้อมูล ข้อมูลที่มีนั้นไร้ประสิทธิภาพ หรือการขาดความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ดังนั้นการให้คำปรึกษาแนะนำ โดยใช้เวลาในการอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตนทั้งของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว ตลอดจนผลกระทบต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวลลงได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยสูงอายุที่มีความกลัวเกี่ยวกับความตาย อาจต้องได้รับคำแนะนำปรึกษาทางศาสนา (Pastoral Counseling) เช่น จากพระ นักบวช หรือผู้นำในศาสนานั้น

2) บริการส่งต่อและจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ การส่งต่อ (Referral) เพื่อไปรับบริการยังสถานพยาบาลอื่น ๆ สำหรับผู้สูงอายุ อาจเกิดใน 2 กรณี คือ การส่งต่อเพื่อไปรักษายังสถานพยาบาล ที่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และความชำนาญของแพทย์ที่สูงกว่า หรือการส่งต่อเพื่อเข้าสู่สถานบริการระยะสุดท้าย ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะใกล้ตาย การส่งต่อเพื่อไปยังสถานบริการอื่นนั้น นักสังคมสงเคราะห์ ต้องอธิบายถึงความจำเป็นในการส่งเข้าไปยังสถานที่อื่นให้เข้าใจ เพื่อป้องกันปัญหาการเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งได้ ขาดการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะเกิดผลเสียต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้ พร้อมทั้งอธิบายและให้ข้อมูลของสถานที่ใหม่แก่ผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัวด้วย

การจำหน่ายผู้ป่วย ถือว่าเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการรักษาและดูแลในสถาบัน แต่เป็นขั้นเริ่มต้นของการรักษาและดูแล โดยครอบครัว และชุมชน การจำหน่ายผู้ป่วย เป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) ที่ได้ถูกกำหนดขึ้นจากความเชื่อพื้นฐานที่ว่า สุขภาพของบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงเป็นวงจร (Cycle) หรือการเกิดแก่ เจ็บ ตาย ดังนั้น การดูแล จะต้องเป็นการดูแลที่ครบวงจร โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ และเครือข่ายทางสังคมที่บุคคลมีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์ การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไปตลอดทุกระยะของโรคโดยไม่ขาดตอนนั้น เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับมากในปัจจุบัน ถือได้ว่าเป็นบริการที่สมบูรณ์แบบ และเป็นเป้าหมายหลักของระบบบริการสุขภาพ เป็นการใช้แผนการพยาบาลให้ได้ประโยชน์สูงสุด ช่วยให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน โดยให้มีปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด ด้วยเหตุนี้ ผู้สูงอายุเมื่อจะพ้นจากสถานพยาบาล กลับสู่ครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์และทีมงานสุขภาพ จะต้องมีการบริการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ (Discharge Plan) ร่วมกับผู้ป่วยเองและครอบครัว (สติพัฒน์ ยอดเพชร, 2549:186-194)

กล่าวโดยสรุป การดูแลทางสังคม เป็นการจัดบริการหรือการช่วยเหลือทางสังคมเพื่อบ่มุ่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการในหลากหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นการบริการในชุมชน

เช่นการบริการดูแลในช่วงกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Day Care) การจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์ เพื่อเปิดพื้นที่ทางสังคมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมที่เสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาตนเองในด้านต่าง ๆ เช่นการจัดกิจกรรมนันทนาการ การอบรมให้ความรู้กับกลุ่มผู้สูงอายุในเรื่องต่าง ๆ รวมไปถึงการจัดกิจกรรมพิเศษสำหรับผู้สูงอายุเป็นต้น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อร่วมกิจกรรมในชุมชน และมีส่วนร่วมกับกลุ่มหรือองค์กรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงงานด้านการบริการดูแลจากเพื่อนบ้านหรืออาสาสมัคร สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่บ้านก็เป็นลักษณะการบริการทางสังคมอีกลักษณะหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีการบริการในสถาบันในรูปแบบต่าง ๆ 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 ทั้งการบริการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและการบริการทางสังคม ซึ่งเป็นลักษณะที่ให้บริการที่บ้านและในชุมชนเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง และโดยมากจะเป็นการให้บริการแก่บุคคลที่สูญเสียศักยภาพในการดูแลตนเองและต้องการพึ่งพาผู้อื่น (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2550) ทั้งนี้ เพื่อให้บุคคลที่ยังอยู่ในช่วงการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยเรื้อรังให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือในการดูแลระยะยาว ส่วนมากไม่จำเป็นต้องมีทักษะ (non-skilled personal care assistance) ในการดูแลมากนัก เนื่องจากการให้บริการเป็นกิจกรรมทั่วไป เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ช่วยพาไปห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากเตียง หรือเก้าอี้ เป็นต้น อีกความหมายหนึ่ง เป็นความหมายที่เน้นการจับบริการ และระบบการบริหารจัดการ โดย Koff, Theodore H. (1982, p.1) มีมุมมองว่า ตั้งแต่ในช่วงต้นปี ค.ศ. 1980 คำว่า การดูแลระยะยาว มีความเชื่อมโยงถึงบริการทางสังคมและสุขภาพที่มีความสัมพันธ์และต่อเนื่องกัน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องระหว่างการให้บริการโดยผ่านสถาบันกับการให้บริการโดยไม่ผ่านสถาบัน รวมทั้งการประสานระหว่าง นโยบายสาธารณะงบประมาณ การจัดการรายบุคคล (case management) เพื่อจัดเตรียมทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการแก่บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังในรูปแบบบริการทางเลือกที่หลากหลายเพื่อสนับสนุนให้พวกเขาสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ เช่นเดียวกัน Hooyman, Nancy R. and Kiyak, H. Asuman (2002, pp.539) ได้ให้นิยามว่าการดูแลระยะยาว เป็นการกล่าวถึงภาพกว้างในระดับของการให้บริการสนับสนุนและการเตรียมการช่วยเหลือให้แก่บุคคลที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ

นอกจากนั้น ยังมีผู้ให้ความหมายในมิติของความต้องการของบุคคล และบทบาทของนักวิชาชีพที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้น ซึ่งได้แก่ Thomas Day ที่ได้กล่าวว่า การดูแลระยะยาว คือ ความต้องการของบุคคลหนึ่งที่ต้องการให้อีกบุคคลช่วยเหลือเขาเกี่ยวกับด้านร่างกายหรืออารมณ์เป็นระยะเวลานาน โดยการช่วยเหลือดังกล่าวอาจมีความต้องการให้ช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ หรือในด้านสุขภาพ 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 กิจกรรมที่ผู้ดูแลซึ่งอาจเป็น บุคลากรวิชาชีพ (professional in health, social and others) หรือ ประชาชนทั่วไป (family, friends and / or neighbours) จัดให้บริการกับบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยคำนึงถึงความเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นอิสระและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นการจัดบริการเพื่อให้บุคคลสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) เพื่อให้อยู่ในสังคมได้ โดยมุ่งตอบสนองกิจกรรมพื้นฐานใน 6 กลุ่มด้วยกัน คือ การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ การซื้อหาสินค้าบริโภคอุปโภค การเตรียมอาหารและการดูแลที่พักอาศัย ซึ่งความหมายดังกล่าวนี้ไม่แตกต่างจากที่ ศติพัฒน์ ยอดเพชร (2549, น. 25) ได้อธิบายว่า การดูแลระยะยาว หมายถึง การจัดบริการอย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ที่เป็นลักษณะการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกัน ระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบันและชุมชน โดยให้เกิดการกระจายบริการด้านสุขภาพสังคมไปสู่กลุ่มเป้าหมายให้ทั่วถึงที่สุด ทั้งนี้เพื่อทดแทนความต้องการขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถกระทำหน้าที่ทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะกระทำได้

ดังนั้น ในการวิจัยเรื่องนี้ จึงได้ให้ความหมายของ การดูแลระยะยาว ว่าหมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง หากแต่จะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

5.2 ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการการดูแลระยะยาว

ดังที่กล่าวไว้ในความหมายว่า การดูแลระยะยาวมีความจำเป็นแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้พิการที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษากว่าเฉียบพลัน ที่ควรได้รับการบำบัดหรือฟื้นฟูภายหลังการรักษาทางการแพทย์ ผู้พิการ ทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

ในประเด็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ถูกจัดให้เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวนั้น เป็นสาระสำคัญของประเทศต่าง ๆ ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่น สหรัฐอเมริกา จากสถิติ U.S. Department of Health and Human Services ปี 2008 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ มากกว่า 65 ปี มีความจำเป็นต้องใช้บริการการดูแลระยะยาว ประมาณ 9 ล้านคน โดยในปี 2020 จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเป็น 12 ล้านคนในขณะที่คนส่วนใหญ่ที่มีอายุ 65 ปี หรือ มากกว่ายังเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวดังกล่าว อย่างไรก็ตามบุคคล

ที่ต้องการการดูแลระยะยาวสามารถมีอายุเท่าใดก็ได้ จากสถิติร้อยละ 40 ของประชากรปัจจุบันคือผู้ได้รับการดูแลระยะยาว ประเทศญี่ปุ่น และสาธารณรัฐเยอรมัน โรงพยาบาลจะจัดเตรียมทั้งการดูแลระยะยาวและการดูแลการป่วยแบบเฉียบพลัน/สาหัส (Acute care) ดังนั้นตัวเลขของผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการโดยผ่านสถาบัน/สถานพยาบาลจึงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูแลในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และบุคคลเหล่านี้ต้องการการดูแลระยะยาวทั้งสิ้น (Hooyman, Nancy R. and Kiyak, H. Asuman 2002, pp.344)

สำหรับประเทศไทย ถึงแม้ยังไม่มีการศึกษาสถิติโดยตรง แต่มีการเก็บข้อมูลและงานวิจัยหลายเรื่องที่สามารถนำมาทำนายความต้องการการดูแลระยะยาวได้ กล่าวคือ การวิจัยเรื่อง “ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย” ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์ และคณะ ปี 2542 พบว่า ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และกลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นภาระของประเทศ โดยเฉพาะภาวะทุพพลภาพ นับเป็นปัญหาสำคัญยิ่งของผู้สูงอายุไทย ประมาณร้อยละ 7.0 ของประชากรสูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแล และร้อยละ 1.6 ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งต้องการการดูแล เกือบตลอดเวลา

นอกจากนั้น หากพิจารณาจาก การคาดประมาณสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุแสดงว่าในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวจำนวน 1,644,685 คน (ร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ) ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบริเวณบ้านหรือที่พักอาศัยจำนวน 412,910 คน (ร้อยละ 4.7 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ) และต้องนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกนั่งหรือเคลื่อนย้ายได้จำนวน 78,622 คน (ร้อยละ 0.9 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ) ทั้งนี้ มีผู้สูงอายุทั้งหมดที่ต้องการพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพขณะส่วนตนจำนวน 602,316 คน (ร้อยละ 6.9 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ) จากผลการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม พบว่าร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันประสบปัญหานี้ ประมาณว่าในปี พ.ศ.2558 จะมีผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมราว 291,633 คน (ร้อยละ 3.3 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศ) โดยประมาณร้อยละ 50.0 ของจำนวนนี้เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542) นอกจากนี้ พระโกยะ (2551) ได้ศึกษาความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ โดยคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ข้อมูลที่นำมาใช้คาดการณ์ตามต้องการกำลังคนนี้ คือ ข้อมูลมาตรฐานกำลังคนใช้ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักวิจัยและพัฒนากำลังคน (2551) ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการสำรวจของสำนักจากสถิติแห่งชาติ (2551) โดยการคาดการณ์มีความสัมพันธ์กับข้อมูลผู้สูงอายุจากการรายงานของมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ (2549) พบว่า ในการคาดการณ์ผู้สูงอายุพบว่า ในปี 2553 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุสูงมากถึง 7,639,000 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น 499,873 คน (ร้อยละ 6.5) และในปี 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากถึง 10,776,000 คน และในจำนวนนี้ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 741,766 คน (ร้อยละ 6.9)

จากสถิติดังกล่าว ทำให้คาดการณ์ได้ว่าภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับประเทศไทยในอนาคต ดังนั้น แนวคิดการดูแลระยะยาวในครอบครัวจึงได้ถูกนำมาศึกษาและเตรียมการอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ทันรับกับสภาพการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทยในอนาคตไทย

5.3 รูปแบบการดูแลระยะยาว

หากพิจารณาตามมิติของลักษณะการให้บริการ เธอร์ดอร์ เอช.คอฟ (Theodore H. Koff) (อ้างใน ศดิพัฒน์ 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 ครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชรา มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องดูแลสุขภาพ 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 – ส่ง เพื่อไปรักษาพยาบาล

5.3.4 รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) เป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัด พึ่งพิง และการพักผ่อนหลังเจ็บป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันต้องอาศัยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถานที่จัดบริการคือ หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาในระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการคือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การพยาบาล การดูแลด้านการแพทย์ นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคมอื่น ๆ

นอกจากนั้น องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งรูปแบบการดูแลออกตามมิติของสถานที่และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ โดยแบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

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) เป็นการจัดบริการ โดยองค์การภาครัฐ องค์การเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมี นักวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัคร เป็นผู้ให้บริการ

5.3.8 การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแล โดย ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัครซึ่งการแบ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวของ องค์การอนามัยโลกดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับกนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550, น.43) ที่ได้แบ่งรูปแบบของการบริการระยะยาวอย่างไม่เป็นทางการในแต่ละประเทศ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

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

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

กล่าวโดยสรุป แนวคิดการดูแลระยะยาวนั้น เน้นรูปแบบและวิธีการในการดูแล ผู้สูงอายุด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ที่ป่วยเรื้อรัง และต้องการการดูแลส่วนบุคคลที่จำเป็นและต้องใช้ เวลาในการดูแลเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่เต็มรูปแบบ โดยมากจะเป็นการ ให้บริการแก่บุคคลที่สูญเสียศักยภาพในด้านการดูแลตนเองและต้องการการพึ่งพาผู้อื่น ลักษณะ บริการหลัก ๆ จะเกี่ยวกับกิจกรรมทั่วไป เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน ที่เกี่ยวกับการกินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว พาไปห้องน้ำ เป็นต้น ทั้งนี้รูปแบบการดูแลระยะยาวจะมี 4 แบบ หลัก ๆ ได้แก่ 1.รูปแบบศูนย์บริการ ที่เป็นการบริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคม 2.รูปแบบ การรวมบริการ ที่เป็นการจัดบริการพื้นฐานหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน เช่น บ้านพักคนชรา ที่มี บริการทั้งด้านอาหาร นันทนาการ การให้การดูแลด้านสุขภาพ เป็นต้น 3.รูปแบบการดูแลที่บ้าน ซึ่งเป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การบริการแม่บ้าน บริการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และ 4.รูปแบบการดูแลในสถาบัน ซึ่งเป็นลักษณะบริการทางเลือก สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล บำบัด ฟื้นฟูและพักฟื้นภายหลังการเจ็บป่วย ซึ่งมีการ ให้บริการทั้งในการทำความสะอาด การพยาบาล การดูแลทางการแพทย์ เป็นต้น

6. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

แนวคิดการใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานการให้บริการ ถือว่าเป็นการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องที่ผู้เกี่ยวข้องและบุคคลในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการให้บริการ ภายใต้ข้อตกลง ร่วมกัน โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัวทั้งระยะสั้นและในระยะยาว

6.1 พัฒนาการของแนวคิด

การให้บริการโดยใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐาน เป็นลักษณะการให้บริการรูปแบบหนึ่งในการให้บริการโดยตรง (Direct Services) เกิดขึ้นจากความเชื่อที่ว่า ครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคลเป็นสถาบันหนึ่งของสังคมที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้องสมาชิก รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้องและจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญที่จะตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัวได้ โดยทั่วไปครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค และที่เป็นนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยอมรับ และการให้ความรู้ข่าวสารเป็นต้น (สติพัฒน์ ยอดเพชร , 2549 น. 129) แนวคิดการใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานการให้บริการ ถือว่าเป็นการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องที่ผู้เกี่ยวข้องและบุคคลในครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการให้บริการภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัวทั้งระยะสั้นและในระยะยาว หัวใจของการให้บริการในรูปแบบนี้อยู่ที่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อพัฒนาให้เกิดรูปแบบของสัมพันธภาพรูปแบบใหม่ขึ้น อันจะนำไปสู่การลดภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในครอบครัวต่อไป

แนวคิดนี้ ได้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยประมาณ 20 ปี โดยกระทรวงสาธารณสุขได้นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้เจ็บป่วยเรื้อรังเรียกว่า การดูแลที่บ้าน (Home-Care) ซึ่งเป็นโครงการการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยครอบครัวจะเข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติงานกับองค์การ ในปัจจุบันได้ขยายขอบข่ายการให้บริการไปยังผู้พิการ เด็กปัญญาอ่อน ผู้ติดยาเสพติด และผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น การให้บริการรูปแบบนี้ มีส่วนผลักดันให้เกิดการสร้างเครือข่ายไป ถึงการดูแลของชุมชน (Community Based Rehabilitation, CBR) และชุมชนบำบัด (Community Therapy, CT) อีกด้วย ต่อมาเมื่อมีการเพิ่มขึ้นของผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการกับผู้สูงอายุในครอบครัวต่อไป

6.2 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ในอดีตที่ผ่านมา การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่สังคมมักไม่ค่อยให้ความสำคัญและคำนึงถึงความจำเป็นในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุมากนัก เนื่องจากทัศนคติและแนวคิดของสังคมที่มองว่าผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และสังคม ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และมีความยืนยาวของชีวิตสั้นลง แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันทัศนคติและแนวคิดของสังคมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไป สังคมมีการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเน้นการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านเป็นเวลามากที่สุด จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจในการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุให้สามารถมีสภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยครอบครัวเป็นสถาบันแรกในการให้การดูแลผู้สูงอายุก่อนสถาบันอื่น ๆ ดังนั้นครอบครัวควรมีความพร้อมและความรู้ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีอายุที่ยืนยาวขึ้นและไม่เป็นภาระต่อสังคมในอนาคต

การดูแลในครอบครัวเป็นรูปแบบหนึ่งของบริการดูแลในระยะยาว (Long-Terms Care) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และพึ่งพิงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับไปพักฟื้นและดูแลสุขภาพที่บ้านต้องการบริการชนิดนี้เป็นอย่างมาก ทั้งนี้นอกจากบุคคลในครอบครัวแล้ว

บางครั้งยังมีบุคลากรทางด้านการแพทย์ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัย หรืออาสาสมัคร ซึ่งมีบทบาทในการดูแลที่บ้านด้วยเช่นกัน การดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานต่าง ๆ ได้ และเป็นการให้ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ทั้งความรู้ ความสามารถ ทรัพยากร และสัมพันธภาพอันดีระหว่างกัน ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ประกอบด้วย ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

ดิริพันธ์ สาสัตย์ (2544) ให้ความหมายของ ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึงผู้ดูแลที่มีใบญาติ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงโดยได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health Care Assistant) และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หรือผู้ดูแลตามขนบธรรมเนียม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ของผู้รับการดูแลที่ไม่ได้เสียค่าบริการ แต่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่อ่อนแอ หรือผู้ที่ต้องการที่พักในบ้านหรือชุมชน ซึ่งสำหรับผู้สูงอายุไทยแล้ว ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งได้แก่ คู่สมรส บุตรของผู้สูงอายุ เป็นผู้ทำหน้าที่นี้มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

6.3 ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่ให้การดูแลสมาชิกในสังคม เป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความคุ้มครองและความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิกครอบครัว สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุนั้นความต้องการการเอาใจใส่และความรักจากครอบครัวจะมีสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ และต่างคาดหวังว่าครอบครัวจะเป็นแหล่งพึ่งพิงแหล่งสุดท้ายในชีวิตของเขาการดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยงานต่าง ๆ ได้ และเป็นการให้ผู้สูงอายุและครอบครัวใช้ศักยภาพที่มีอยู่ ทั้งความรู้ ความสามารถ ทรัพยากร และสัมพันธภาพอันดีระหว่างกัน ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเต็มที่

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

(1) โครงสร้างของครอบครัว

ครอบครัวที่มีจำนวนบุคคลในครัวเรือนน้อย จะมีเครือข่ายการดูแลที่น้อยตามไปด้วย ครอบครัวที่เป็นโสด ม่าย หรือหย่าร้าง มักเกิดปัญหาในการขาดผู้ดูแล เช่นเดียวกับครอบครัวหรือบุคคลที่อยู่ตามลำพัง ห่างไกลจากเพื่อนบ้านย่อมประสบปัญหา เช่นเดียวกับเหตุนี้ แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม ควรถูกนำมาพิจารณาทดแทนปัญหาดังกล่าว

(2) ผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Family Caregivers)

การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การกระทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น การเกิดปัญหาสุขภาพทำให้เกิดการพึ่งพา เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล

การรักษาพยาบาลและผู้ดูแลขาดความเป็นส่วนตัว การศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมา ระบุว่าบุตรเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่สำคัญ บุตรเป็นส่วนหนึ่งที่กระตุ้นการให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้มีรายได้เลี้ยงครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจและสังคม เมื่อในครอบครัวใดบุตรต้องรับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยแล้ว อาจทำให้บทบาทและภาระหน้าที่ของเขาดังกล่าวลดลง หรือสูญเสียไป ดังนั้น ในแต่ละครอบครัวควรมีการเสริมสร้างและพัฒนาทักษะของการสร้างสัมพันธ์ที่ดีและการอยู่ร่วมกันของบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย

(3) อัตราการเจริญพันธุ์

การแยกกันอยู่ การหย่าร้าง และการเป็นม่าย ปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงข้ามกับจำนวนและสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยเจริญพันธุ์ที่มีแนวโน้มลดลงท่ามกลางจำนวนคู่สมรส ซึ่งการให้ความเอาใจใส่ดูแลนี้ ส่วนใหญ่เกิดจากความรักความต้องการดูแลเอาใจใส่ และให้ความช่วยเหลือเป็นระยะยาวระหว่างการสมรส แต่เมื่อเกิดการแยกกันอยู่ การหย่าร้าง และการเป็นม่าย รวมทั้งอัตราการได้รับการดูแลจากบุตรลดลง เมื่อถึงวัยสูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการช่วยเหลือจากสถาบันมากขึ้น

(4) การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของสตรี

เป็นที่ยอมรับกันว่า บุตรมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบุตรสาว ซึ่งอยู่ในวัยแรงงาน ต้องประกอบอาชีพหารายได้จนเจือครอบครัว รวมถึงการดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยและต้องพึ่งพาอยู่ตลอดเวลา และจากการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ต้องหยุดทำงาน ลดชั่วโมงการทำงาน หรือต้องออกจากงานก่อนเวลา การกระทำดังกล่าว มีผลกระทบต่อสตรีในฐานะเป็นบุตร คือการดูแลผู้สูงอายุทำได้ไม่เต็มที่ และกระทบต่อความรับผิดชอบในการะการทำงานของสตรีในฐานะที่เป็นกำลังแรงงานอีกด้วย

(5) ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

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

(6) ค่านิยมทางสังคม

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

(7) รายได้ของครอบครัว

ไพรินทร์ กันทะ (2543) ระบุว่า รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลเนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การจัดหาอาหารที่มีคุณค่า รวมทั้ง การใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยน่าจะมีการดูแลมากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัว

(8) สภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัย

ศติพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2541) ศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อนประกอบด้วยปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านตัวบุคคล สถานการณ์และสภาพแวดล้อมอื่นที่เกี่ยวข้อง มนุษย์มีการเคลื่อนไหว มีการรับรู้ มีการสัมผัสประสบการณ์ และพยายามที่จะสร้างกฎเกณฑ์ที่เป็นเอกภาพในด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ให้เกิดความสมดุลกับความต้องการ เพื่อให้บรรลุซึ่งความมั่นคงในชีวิต ด้วยการตอบสนองเอาใจใส่และปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เกิดความพึงพอใจและเหมาะสมกับความต้องการของตน ในกลุ่มผู้สูงอายุการจัดสภาพแวดล้อมมีผลต่อการดำเนินชีวิตมากกว่ากลุ่มบุคคลวัยอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมสภาพแวดล้อมลดลง โดยไม่สามารถควบคุมหรือปรับสภาพให้ลดลงจะก่อให้เกิดปัญหามีผลกระทบต่อกายภาพ สังคม และจิตใจ การจัดการและปรับปรุงสภาพแวดล้อมจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุอย่างมาก

(9) ระบบบริการสุขภาพและสังคม

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

(10) เครือข่ายการดูแลทางสังคม

แนวคิดเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวได้ถูกนำมาใช้มากเมื่อเกิด การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจมีผลกระทบต่อชีวิตในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยซึ่งมักเกิดปัญหาในการอุปการะเลี้ยงดู อาทิ การจัดหาผู้ดูแล การแสวงหาเครือข่ายและแหล่งบริการสังคมต่าง ๆ ยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน ครอบครัวมีขนาดเล็กมีสมาชิกจำนวนไม่มากและต่างมีภารกิจประจำวันของตนเอง ทำให้ปัญหาในเรื่องนี้เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นเครือข่ายทางสังคมจึงได้ถูกนำมาพิจารณาเพื่อทดแทนและเสริมสร้างบทบาทที่ขาด ไปของครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลทางสังคม (Social Care) รูปแบบหนึ่ง การอธิบายถึงเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ คือการที่สมาชิกของสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการดูแลมากน้อยเพียงใดส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคม โดยภาพรวมแล้วการดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญอยู่ 2 ลักษณะ คือ เครือข่ายอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (ศติพัฒน์ ยอดเพชร, 2541 น. 10-15)

(11) การเกื้อหนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว

ถึงแม้ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมอ่อนแอกว่าประชากรวัยอื่นก็ตาม แต่ผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีระบบเกื้อหนุนบางอย่างอยู่บ้าง ระบบดังกล่าวมีความสำคัญต่อการช่วยให้การดำเนินต่อไปได้แท้จริงและสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้ความเกื้อหนุนอย่างมากมาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ครอบครัวมีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุต่าง ๆ อาทิ การทำกิจกรรมร่วมกัน

กล่าวโดยสรุป คุณภาพการดูแลนับเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เพราะถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวก็ตาม แต่หากการดูแลนั้นขาดคุณภาพแล้วย่อมไม่เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุ คุณภาพการดูแลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคมและปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งหากเราต้องการดูแลผู้สูงอายุให้บรรลุถึงยังการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว การดูแลในครอบครัวถือว่าเป็นบรรทัดฐานแรกที่ต้องให้ความสำคัญ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 นาริรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ (2552: น.105-107) ได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร” ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนผลการถอดบทเรียนจากต้นแบบชุมชน ด้านบทบาทของชุมชน ลักษณะบริการทางสุขภาพและทางสังคม และถอดบทเรียนจากต้นแบบครอบครัวด้านเครือข่ายผู้ดูแล บริการการดูแลในครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้สามารถสรุปเป็นตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนและของครอบครัว ที่อาจใช้เป็นแนวทางการวางแผนการดูแลระยะยาวสำหรับชุมชนและครอบครัวอื่น ๆ 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 1) การคัดเลือกผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีความพร้อม 2) การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ 3) การดูแลบนพื้นฐานของความรัก ความห่วงใย ความกตัญญู และความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถดูแลของตนเอง 4) การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง 5) การจัดการสิ่งแวดล้อม 6) การมอบความไว้วางใจให้ผู้ดูแลรับจ้าง 7) การได้รับการสนับสนุนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

7.2 ศติพัฒน์ ยอดเพชร (2552 : น.207-213) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงพานั้น มีองค์ประกอบสำคัญหลายประการ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน สถาบันทางวิชาชีพ และบริการสนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัว เป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการ

ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นบุตรของผู้สูงอายุ โดยเป็นหญิงมากกว่าชาย ผู้ดูแลหลักมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างดีเป็นที่พอใจของผู้สูงอายุและได้นับการยอมรับในระดับชุมชน การปรับเปลี่ยนสภาวะแวดล้อมในที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ตัวแบบการดูแลที่ดีในชุมชน ปัจจัยที่อยู่ภายนอกครอบครัว ได้แก่ นักวิชาชีพ เพื่อนบ้าน ผู้นำในชุมชน รวมทั้งสถาบันที่เป็นทางการ ได้แก่ อำเภอ โรงพยาบาล อบต. และอื่น ๆ ซึ่งมีความสำคัญในฐานะเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการดูแล การสนับสนุนบริการ งบประมาณและบุคลากร โดยสถาบันเหล่านี้มีบทบาทในระดับมหภาคมากกว่าบทบาทระดับจุลภาค ในชุมชนที่มีระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนและพยาบาล Home Health Care รวมทั้ง อสม. และอพส. ได้ทำหน้าที่เสริมแรงแก่ครอบครัวและเป็นเครือข่ายในการดูแลที่ดี ที่ช่วยเติมเต็มระบบการดูแลระยะยาวให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น 1.บทบาทของสถาบันที่เป็นทางการ สถาบันที่เข้มแข็งและมีการจัดการที่ดี ได้แก่ การกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่เด่นชัด การกำหนดทีมการดูแล การบริหารทรัพยากร การมีข้อมูลระบบสารสนเทศที่ดี และมีการประเมินบริการ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างบูรณาการ 2.ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวและในชุมชนคือการมีระบบฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจและกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน 3.ระบบการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่ามี การประเมินการทำงาน การจัดบริการ การสอบถามประเมินความสุข ความพึงพอใจในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน และนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผู้นำชุมชนอาสาสมัครไปสู่การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และพัฒนาบริการใหม่ขึ้นมา

7.3 ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2552 : น.181-183) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย” ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ 1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (low care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์แต่เน้นการดูแลทางสังคม การช่วยเหลือการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น บ้านพักคนชราและสถานดูแลช่วยเหลือเพื่อการดำรงชีวิต บุคลากรประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้อาจมีนักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัดและนักโภชนาการ 2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (high care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีภาวะเปราะบาง ต้องการการช่วยเหลือดูแล ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลและการรักษาจากแพทย์ เช่น สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลระยะสุดท้าย การดูแลจึงเน้นการดูแลความสุขสบายทั่วไป การฟื้นฟูสภาพ การดูแลสุขภาพทุกข้อมูลและการดูแลแบบองค์รวมที่มีความมุ่งเน้นที่การดูแลจิตวิญญาณ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลยังต้องประกอบ ด้วยปรัชญาการดูแลและการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการดูแล

ระดับของการดูแล สถานบริการทุกประเภทได้ให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีระดับความต้องการการช่วยเหลือตั้งแต่น้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด ทุกสถานบริการมีการแบ่งผู้สูงอายุตามระดับความต้องการการช่วยเหลือออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในสถานบริบาล สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะในการพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด ดังนั้น การดูแลจะมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพ การพยาบาล การรักษาเพื่อประคับประคอง ในขณะที่บ้านพักคนชราและสถานช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตมีภาวะพึ่งพาผู้อื่น

ประมาณร้อยละ 50 บ้านพักคนชราและสถานดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต การดูแลและมุ่งเน้นการดูแลทางด้านสังคมการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

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

7.4.1. การคลังระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาว สำหรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันจัดให้แบบถ้วนหน้าอยู่แล้ว แต่ควรต้องพัฒนารูปแบบการจ่ายให้เหมาะสมและเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ทั้งการดูแลระยะกลาง และระยะยาว) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง เชื่อมโยง ทั้งในชุมชนและในสถาบัน ส่วนการดูแลด้านสังคมในระยะแรกยังคงให้ครอบครัวเป็นหลักในการดูแลและจำกัดบทบาทภาครัฐ(ส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ในการให้การช่วยเหลือเฉพาะรายที่ขาดความสามารถในการดูแล ทั้งนี้อาจขยายบทบาทกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลไปสนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพในเรื่องนี้ และในอนาคตอาจพัฒนากองทุนสวัสดิการชุมชน หรือ กองทุนบำนาญแห่งชาติ ที่กำลังจะตั้งขึ้นเพื่อมารองรับการประกันการดูแลระยะยาวต่อไป

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

7.4.3 รูปแบบบริการในพื้นที่นำร่องที่ควรพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1. การจัดบริการในโรงพยาบาล ควรมีเตียงหรือหอผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อประเมินและวางแผนเป้าหมายและแบบแผนการดูแลเฉพาะราย และเป็นการเตรียมญาติและผู้ป่วยก่อนส่งกลับไปอยู่ในชุมชน หรือรับผู้ป่วยจากในชุมชนกลับมาดูแลชั่วคราว 2. การจัดบริการในชุมชน อปท.มีบทบาทหลักในการสนับสนุนการดูแลด้านสังคม สนับสนุนการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้เอื้อต่อการดูแลในรายที่ไม่สามารถจัดการเองได้ 3. กลไกการอภิบาลระบบ ให้มีคณะกรรมการและศูนย์การดูแลระยะกลางและระยะยาวระดับจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานพมจ./สสจ.เป็นเลขาฯร่วมโดยอาจขยายบทบาทของคณะกรรมการประสานงานผู้พิการ มีบทบาทในการประสานยุทธศาสตร์การทำงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัด 4. กลไกสนับสนุนจากส่วนกลางกระทรวงมหาดไทย ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 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 ซึ่งจะบอกว่าใครเป็นผู้แบกรับภาระ

ค่าใช้จ่าย โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ระบบใหญ่ คือ ระบบผู้รับบริการเป็นผู้แบกรับค่าใช้จ่าย เมื่อต้องการใช้บริการ ผู้ใช้บริการจะเป็นผู้จ่ายเอง ระบบการประกันการดูแลระยะยาวเอกชน ระบบประกันดูแลระยะยาวภาครัฐ เป็นระบบบังคับเมื่อทำงานมีรายได้ ก็จ่ายเบี้ยประกันในแต่ละปี เมื่อถึงเวลาที่ต้องการใช้บริการก็สามารถเข้าไปรับบริการได้ โดยค่าใช้จ่ายจะแตกต่างกันตามอาการหรือโรคที่กำหนด ระบบรัฐเป็นผู้แบกรับโดยใช้แหล่งเงินทุนจากภาษีอากร ระบบนี้เป็นรัฐอาจจัดให้บริการเองหรือภาคเอกชนจัดให้บริการก็ได้ เพียงแต่รัฐเป็นผู้แบกรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดและ 3) ระบบสนับสนุนการปฏิบัติการกิจแทนผู้สูงอายุ เช่น ระบบการพิทักษ์และอนุบาลผู้สูงอายุ เป็นระบบที่ภาครัฐเข้ามามีบทบาทในการตั้งผู้พิทักษ์ อนุบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในสภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ระบบการขอแต่งตั้งผู้กระทำการแทน ระบบนี้ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ขอแต่งตั้งเองและเป็นการตัดสินใจล่วงหน้า การทำสัญญามอบอำนาจให้บุคคลที่สามกระทำการแทน เป็นไปตามกฎหมายแพ่งที่สามารถให้บุคคลที่สามกระทำการแทนได้ ระบบทรัสต์ จะเป็นการที่ผู้สูงอายุมอบให้สถาบันการเงินหรือธนาคารบริหารจัดการทรัพย์สินแทนผู้สูงอายุ

7.6 สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (2555 : น.150-151) ศึกษาเรื่องการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม ผลการศึกษาสรุปได้ว่า รูปแบบการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม ควรจะเป็นรูปแบบการดูแลของชุมชนและครอบครัวเป็นฐาน (community and family based care) โดยจัดบริการในลักษณะของศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และบริการในลักษณะ direct services ซึ่งมีความจำเป็นและสำคัญในการบริการสวัสดิการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในอนาคตยังคงต้องเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคล ซึ่งควรประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กันหลากหลายปัจจัยในลักษณะเครือข่ายการดูแล และในส่วนของระบบบริการในชุมชนโดยมีข้อมูลเป็นฐาน เป็นสิ่งที่ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนซึ่งรวมถึงตัวผู้สูงอายุเองด้วย อันจะทำให้บริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

7.7 สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (2556 : น.140) ศึกษาเรื่อง ทิศทางการให้บริการของธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่จะก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ สรุปผลการศึกษาได้ว่า ลักษณะธุรกิจที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ธุรกิจบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพ สันทนาการ การรักษาและบริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติและลดการเป็นภาระให้แก่บุคคลในครอบครัว ส่วนการศึกษาลักษณะและแนวโน้มของธุรกิจบริการในอีก 10 ปีข้างหน้าของธุรกิจบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญส่วนหนึ่งมองว่ารูปแบบการดำเนินธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ รายได้ กำลังซื้อ บริการและศักยภาพของผู้สูงอายุเป็นสำคัญไม่ว่าจะอยู่ในช่วงอายุใดก็ตาม แม้ว่าบางส่วนเป็นผู้มีศักยภาพ มีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้และยังต้องการช่วยเหลือสังคม ต้องการมีเพื่อนแลกเปลี่ยนพูดคุย จะใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเสริมบางส่วน ต้องการให้มีวัตถุประสงค์อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อความสะดวกสบาย ต้องการการเอาใจใส่ในเรื่องการดูแลสุขภาพ การดูแลตนเองที่ได้มาตรฐาน ต้องการบริการด้านการท่องเที่ยว

ข้อป้าง สถานบริการที่เป็นบริการเหมือนอยู่ที่บ้าน การบริการด้านการให้คำปรึกษา บริการตรวจสุขภาพถึงบ้าน บริการให้ความรู้เรื่องการเงิน การลงทุน การประกอบอาชีพ ฉะนั้นรูปแบบของธุรกิจบริการจึงเป็นรูปแบบที่สามารถตอบสนองความต้องการดังกล่าวของผู้สูงอายุในวัยนี้ได้ ดังนั้น ธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จะต้องเป็นธุรกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวได้ และมีมาตรฐานสำหรับผู้ให้บริการ

7.8 ติราณี ศรีหาคาศ ,โกมาตร จึงเกียรติภรพ์ และคณิศร เต็งรัง (2557) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มุลนิธิสภาบวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) สืบค้นจาก <http://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/5535> เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2558 ได้ศึกษาเรื่อง “ผลกระทบและภาวการณ์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย” ผลการศึกษาพบว่าประสภการณ์เกิดภาวะพึ่งพาพะยะยาวของผู้สูงอายุ มี 4 เส้นทาง คือ ภาวะ Stroke ภาวะสมองเสื่อม โรคเรื้อรังร่วม และอายุที่มากกว่า 80 ปี

ด้านสถานะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาพะยะยาวในสังคมไทย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในภาวะไร้อำนาจต่อรอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ประมาณร้อยละ 85.0 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการการพึ่งพาด้ำนสุขภาพ โดยพบผู้ดูแลหนึ่งในสามมีปัญหาโรคเรื้อรัง หนึ่งในสามของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรับภาระดูแลครอบครัว สามในสี่ของผู้ดูแลยังประกอบอาชีพอยู่ ประมาณหนึ่งในเก้ามีผู้ที่ต้องดูแลพะยะยาวมากกว่า 1 คน และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสภการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการภายในครอบครัว โดยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพบว่าการดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญู

ด้านการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Stroke และโรคเรื้อรังอื่น ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบด้ำนการเศรษฐกิจมากที่สุดเกือบ 4 ใน 5 ซึ่งทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง จนทำให้เกิดหนี้สินและผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ และพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลมีภาระและผลกระทบด้ำนอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกเศร้า และอารมณ์เครียดที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้องมากกว่า 2 ใน 5 อีกทั้งพบว่ามากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลเกิดภาระและผลกระทบด้ำนร่างกายจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น เหนื่อยล้าร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และพบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 45 ไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าทำให้เกิดภาระและผลกระทบด้ำนอารมณ์เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด 4 ใน 5 ของผู้ดูแล ผู้ดูแลมากกว่า 3 ใน 4 เกิดภาระและผลกระทบด้ำนร่างกาย ด้ำนสังคม และด้ำนเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลลาออกจากงานและหยุดงาน ร้อยละ 11 เพื่อทำหน้าที่ผู้ดูแล และพบว่า มีข้อจำกัดของการวินิจฉัยและความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุ ขาดโอกาสในการบำบัด ร้อยละ 72 นอกจากนี้พบว่าขาดความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระบบบริการ สุขภาพรวมทั้งขาดหลักประกันคุณภาพการดูแลที่บ้านและการบูรณาการภารกิจขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบกับผู้ดูแล และ ครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นการพัฒนาาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในและการออกแบบระบบการ

ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ พัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงกำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ อันนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวัฒนธรรม ไทย

7.9 ศิริพันธุ์ สาสัตย์; ทศนา ชูวรรณปกรณ์; เตือนใจ ภักดีพรหม; เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์; ผ่องพรรณ อรุณแสง ได้ศึกษาเรื่อง “รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย” โดยทำการศึกษาศถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ ผลการศึกษาพบว่ามีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง เป็นสถานบริบาล สถานสงเคราะห์ คนชราให้บริการทุกระดับความต้องการการดูแล ส่วนสถานบริบาลให้บริการตั้งแต่ส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้านจนถึงดูแลระยะสุดท้าย ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 45 ของสถานสงเคราะห์ที่ไม่มีพยาบาลประจำ และร้อยละ 45.5 ของสถานบริการไม่ได้ขึ้นทะเบียน

ทั้งนี้พบว่า สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชนเก็บค่าบริการสูงสุด ซึ่งสาเหตุของการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริการคือไม่มีผู้ดูแล ในส่วนของปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยสำหรับผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดข้อ โรคเบาหวานและโรคหัวใจ และจากการคัดกรองพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด แต่ก็พบว่ามีความพึ่งพาปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด สำหรับสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้สูงอายุนั้นต้องการได้รับการดูแลถึง 20-27 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยพบว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในบ้านพักคนชรา ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัดในสถานบริบาล นักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลในสถานดูแลระยะยาว ซึ่งส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่ายังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุ

7.10 สิรินทร์ ฉันทศิริกาญจน; Sirintorn Chansirikarnjana (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” ผลจากการศึกษานี้ พบว่า สมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยมากขึ้นในผู้สูงอายุ และจะเป็นปัญหาใหญ่สำหรับ สังคมไทยต่อไปในอนาคตอันใกล้ โดยเฉพาะเมื่อทั้งจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศ เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ในขณะที่ครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว รวมทั้งเมื่อคู่สมรสมีลูกน้อยลง ทั้งหญิงและชายสมัครใจที่จะอยู่เป็นโสดมากขึ้น สมองเสื่อมเป็นความเปลี่ยนแปลงของความสามารถสมองที่เลวลงเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่คนเดียวอย่างปลอดภัยอีกต่อไป การที่สมองเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลงนี้เกิด จากสาเหตุหลายอย่าง ทั้งจากความผิดปกติของสมองโดยตรง เช่น โรคอัลไซเมอร์ หรือเป็นจาก โรคทางกายอื่น ๆ ซึ่งมีผลทำให้ความสามารถของสมองเปลี่ยนแปลงไป เช่น สมองเสื่อมจาก ปัญหาหลอดเลือดสมอง ฯลฯ ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการ อาการแสดง ในช่วงต้นแตกต่างกันบ้าง แต่เมื่อโรครุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงคล้าย ๆ กัน ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลทั้ง เรื่องกิจวัตรประจำวัน การสุขภาพทั่วไป ความปลอดภัยทั้งสำหรับตัวเองและผู้ที่อยู่รอบ ๆ ผู้ป่วย ซึ่งอาจจะต้องได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะกลางของโรคไปจนถึงระยะท้าย ซึ่งเป็นเวลาโดยเฉลี่ย ประมาณ 10 ปี ปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในปัจจุบันซึ่งเป็นการดูแลโดยผู้ป่วยอยู่ในบ้าน และมี

ผู้ดูแลอยู่ด้วยกัน ผู้ดูแลอาจเป็นคนในครอบครัว หรือ เป็นผู้ดูแลที่ได้รับการจ้างวานมาเพื่อการดูแลโดยเฉพาะ คือ ครอบครัวไม่ทราบว่าอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นเพราะมีพยาธิสภาพในสมอง กลับไปโทษว่าเป็นเพราะความชรา ความไม่รู้จักร ไม่เข้าใจในลักษณะของโรค นำไปสู่ปัญหาระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ ซึ่งการขัดแย้งเหล่านั้นมักจะมีผลทำให้อาการของผู้ป่วยเลวลงไปอีก ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ต่อไป จึงมักต้องพึ่งสถานดูแล ซึ่งในขณะนี้ มีสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุหญิงเพียงแห่งเดียวที่ได้ถูกออกแบบอย่างเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ยังไม่มีสถานดูแลระยะยาวอื่น ๆ (ทั้งภาครัฐหรือเอกชน) ในประเทศไทยที่กำหนดแน่ชัดว่าเป็นสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเห็นตรงกันว่า ควรเน้นการ ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีทุกฝ่าย โดยมีหลักที่จะให้ผู้ป่วยสามารถใช้ ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มความสามารถ จนกว่าจะทำได้ หลักการในการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ได้แก่ - ชะลอความเสื่อม ให้สามารถ"รู้เรื่อง" อยู่ได้นานที่สุด ซึ่งต้องดูแลทั้งเรื่องอาหาร การออก กำลังกาย กิจกรรมประจำวันเพื่อการกระตุ้น และฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง - การดูแลเรื่องความปลอดภัยทั้งในสถานที่อยู่ และ ป้องกันการที่ผู้ป่วยอาจหายออกไปจาก บ้าน - จัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย (รวมทั้ง คน หรือเจ้าหน้าที่ด้วย) - การให้ความรู้ ความเข้าใจกับผู้ดูแล ทั้งกลุ่มที่เป็นญาติและครอบครัวของผู้ป่วย และ ผู้ดูแลอาชีพ เพื่อให้สามารถรับมือกับผู้ป่วยกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยในแต่ละระยะ ของโรคอย่างเหมาะสม การดูแลระยะยาวนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับโรคหรือความเจ็บป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายขาด และร่างกายไม่กลับสู่สภาพเดิม ในผู้ป่วยสมองเสื่อมนั้นการให้ความช่วยเหลือดูแลจะยาก และ ซับซ้อนกว่าการเลี้ยงดูเด็กที่มีปัญหาทางกายหรือมีความพิการทางสมอง หรือการดูแลผู้ป่วยที่มี ความบกพร่องทางสภาพร่างกายอื่น ๆ เช่น อัมพาต เพราะปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะต้นของโรคที่ ญาติยังคิดว่าผู้ป่วยเป็น "คนแก่" มักเป็นเพราะผู้ป่วยยังทำกิจกรรมต่าง ๆ พอได้ แต่ไม่เหมือนเดิม สภาพร่างกายก็ดูว่าไม่เปลี่ยนไปจากเดิมนัก และครอบครัวมักจะปลอบใจตนเองว่าเพราะเขาแก่ จึงเปลี่ยนไปบ้าง กว่าจะทราบว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นจากโรค อาการของผู้ป่วยก็มักจะเป็นไปมากแล้ว สิ่งที่สำคัญมากอีกประการหนึ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมคือ ครอบครัวมักรู้สึกอับอาย ที่มีญาติผู้ใหญ่ในบ้านมีอาการผิดปกติขนาดนี้ จึงมักปกปิด แอบซ่อนเอาไว้ การให้ความรู้เกี่ยวกับ เรื่องสมองเสื่อมสู่ชุมชนให้เกิดความตระหนักและรู้จักโรคจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเร็วขึ้น และสังคมโดยรอบเป็นหูเป็นตา ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่ทิ้งให้เป็นภาระของครอบครัวแต่ฝ่ายเดียว จะช่วยเรื่องการพลัดหายออกไปจากที่อยู่ได้อย่างดี ซึ่งเป็นสิ่งที่สังคมไทยจะสามารถพัฒนาจิต สาธารณะของคนในชาติและเครือข่ายความช่วยเหลืออื่น ๆ อย่างเป็นระบบต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

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

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 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) ดัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ที่มีทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ โดยกำหนดพื้นที่เก็บข้อมูลแต่ละเขตพื้นที่ดังนี้

พื้นที่	พื้นที่ และจำนวนผู้สูงอายุ
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1	(1) เทศบาลเมืองลำสามแก้ว ต.คูคตอ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 2	(1) เขตลาดพร้าว (2) เขตวังทองหลาง (3) เขตบางกะปิ (4) เขตสะพานสูง กรุงเทพมหานคร
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3	(1) เทศบาลนครแหลมฉบัง อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี (2) เทศบาลเมืองบ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี (3) เทศบาลเมืองหนองปรือ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 4	(1) ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 5	(1) 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

พื้นที่	พื้นที่ และจำนวนผู้สูงอายุ
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 7	(1) ต.ดงลิง อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์ (2) ต.เจ้าท่า อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8	(1) อบต.หนองแขม อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 9	(1) เทศบาลตำบลน้ำริด อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 10	(1) เทศบาลสบเตี๊ยะ 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.บ่อยาง อ.เมือง จ.สงขลา (2) ต.ท่าช้าง อ.บางกล่ำ จ.สงขลา (3) ต.สทิงหม้อ อ.สิงหนคร จ.สงขลา

3.1.2 ประชากรในการศึกษาเชิงคุณภาพ

(1) **ประชากรที่ใช้ในการศึกษา** คือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาดังนี้ เป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 - 12 ประกอบด้วย

- 1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการสังคมจากส่วนราชการในระดับตำบลและระดับอำเภอได้แก่เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอผู้อำนวยการโรงเรียน
- 2) ผู้นำชุมชนหรือผู้แทนชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่กำนันผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครกลุ่มต่างๆในชุมชนเป็นต้น
- 3) หน่วยงานหรือบุคคลที่ทำหน้าที่ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(1) **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม** จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่พึ่งพิง และแบบสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้โดยแบ่งการศึกษาดังนี้

1.1) แบบสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่พึ่งพิง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และแบบเติมคำ (Completion) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการในการรับบริการเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ จำนวน 42 ข้อ

1.2) แบบสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังบริการการดูแลเมื่อผู้สูงอายุพึ่งพิงตนเองไม่ได้ในครอบครัวและชุมชนเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 4 ข้อ

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

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ

แบบสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน

3.2.2 การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือเพื่อรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาต้นฉบับจากหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ
2. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยตรวจสอบ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยรายชื่อดังนี้

2.1 ศาสตราจารย์ ศติพัฒน์ ยอดเพชร กรรมการทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

2.2 อาจารย์ ดร.เอกจิตรา คำมีศรีสุข อาจารย์ประจำกลุ่มชำนาญการสวัสดิการผู้สูงอายุ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2.3 ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1

2.4 ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 4

2.5 ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 6

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

4. นำแบบสอบถามไปทดสอบใช้ (Pre Test) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวนแบบสอบถามละ 30 ชุด คือจากผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่พึ่งพิง และผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ชลบุรี สุราษฎร์ธานี และปทุมธานี ระหว่างเดือนธันวาคม 2557 เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient : α) โดยได้ค่าเชื่อมั่นในภาพรวมของแบบสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่พึ่งพิง = 0.784 และแบบสอบถามผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ = 0.802

5. นำแบบสอบถามที่หาความเชื่อถือได้แล้วมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งหนึ่งแล้วปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามและแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลต่อไป

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

3.3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถาม 2 ชุด สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่พึ่งพิง และผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

ผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน
ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	249 คน
ผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้	1,184 คน

3.3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน โดยใช้กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาค้นคว้านี้ เก็บข้อมูลด้วยวิธีสนทนากลุ่มในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 รวมจำนวน 392 คน

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย

พื้นที่	ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม
1.สสว. 1 (1) เทศบาลเมืองลำสามแก้ว ต.คูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี	1.1 ตัวแทนจากเทศบาลเมืองลำสามแก้ว ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป และนักพัฒนาชุมชน กองสวัสดิการสังคม , พยาบาลวิชาชีพกองสาธารณสุข 1.2 ประธานกลุ่มสตรีแม่บ้าน 1.3 ประธานสภาองค์กรชุมชน 1.4 ตัวแทนอสม. รวมจำนวนทั้งสิ้น 30คน
2. สสว. 2 (1) เขตตลาดพร้าว (2) เขตวังทองหลาง (3) เขตบางกะปิ (4) เขตสะพานสูง กรุงเทพมหานคร	2.1 ผู้แทนจากศูนย์บริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข 2.2 ประธานชุมชน ผู้สูงอายุ 2.3 เจ้าหน้าที่ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน ในเขตบางกะปิ เขตสะพานสูงเขตตลาดพร้าว เขตวังทองหลาง พื้นที่ละ 10 คน และ 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
4. สสว. 4 (1) ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม	4.1 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน 4.2 ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษียม 4.3 ประธานชมรมผู้สูงอายุ คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 4.4 ผู้แทน อสม. 4.5 เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเลน อ.สองพี่น้อง รวมจำนวนทั้งสิ้น 27 คน

พื้นที่	ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม
5. สสว. 5 (1) ต.นิคมสร้างตนเอง อ.พินาย 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.ซำสูง จ.ขอนแก่น	6.1 นายก/รองนายก อบต. /ผู้แทน, 6.2 ประธานชมรมผู้สูงอายุ/คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ, 6.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), 6.4 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน(อผส.),และผู้สูงอายุตำบล 6.5 ผอ./ จบท.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน
7.สสว. 7 (1) ต.ดงลิง อ.กมลาไสย (2) ต.เจ้าท่า อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์	7.1 นายกเทศมนตรี,กำนันตำบล, 7.2 ผอ.รพ.สต.และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7.3 ประธานชมรมผู้สูงอายุ/คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ, 7.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), 7.5 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน(อผส.),และผู้สูงอายุตำบล 7.6 เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน (อบต.) รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน
8.สสว. 8 (1) อบต.หนองแรม อ.โคกสำโรงจ.ลพบุรี	8.1 รองนายก อบต. หนองแรม/ผู้แทน, 8.2 ประธานชมรมผู้สูงอายุ/คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ, 8.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.), 8.4 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน(อผส.) 8.5 ผู้สูงอายุตำบลหนองแรมอำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน
9.สสว. 9 (1) เทศบาลตำบลน้ำริด อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์	9.1 เจ้าหน้าที่ รพ.สต 9.2 สมาชิกสภาเทศบาล 9.3 ประธานผู้สูงอายุตำบล 9.4 ประธานกลุ่มแม่บ้านผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 9.5 ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลน้ำริด(นักพัฒนาชุมชน) 9.6 เครือข่าย อพม.อสม. อผส. คพม. รวมจำนวนทั้งสิ้น 15คน
10. สสว. 10 (1) เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่	10.1 เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10.2 นายก อบต.สบเตี๊ยะ 10.3 ประธานชมรมผู้สูงอายุและผู้แทน 10.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 10.5 ผู้นำชุมชน 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

พื้นที่	ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม
12. สสว. 12 (1) ต.บ่อ่าง อ.เมือง (2) ต.ท่าช้าง อ.บางกล่ำ (3) ต.สทิงหม้อ อ.สิงหนคร จ.สงขลา	12.1 ตัวแทนจากเทศบาล 12.2 ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12.3 ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ, 12.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.), 12.5 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน(อผส.),และผู้สูงอายุตำบล รวมจำนวนทั้งสิ้น 45 คน

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์

1. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามจากแบบสอบถามส่วนที่ 1 และส่วน 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. การแปลความหมายของคะแนนให้ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเป็นเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนโดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

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

สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

-	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

3.4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) พรรณนารายละเอียดตีความโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต

3.5 การนำเสนอข้อมูล

การบรรยายประกอบตาราง แบ่งเนื้อหาเป็น 7 บท

3.6 การตรวจสอบคุณภาพผลการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการตรวจสอบโดยการจัดเวที
วิพากษ์ผลการศึกษา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในเวทีวิพากษ์
ดังนี้

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน
1.นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ
2.นายชินชัย ชีเจริญ	ที่ปรึกษาวิชาการพัฒนาสังคม สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์
3.นางปิยะพร เฉลิมช่วง	ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ
4.นางสาวจิรฎา วิวัฒน์ะ	นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ กรมกิจการผู้สูงอายุ
5.นางสาวพัชรินทร์ วรดิถี	นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ / กองวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์
6.นางสาวสุริรัตน์ ก้านบัวแก้ว	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ / กองวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์
7.นางจงทภัย อมรพัฒนากุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

3.7 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา

ระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคมพ.ศ.2557 ถึง เดือนกันยายนพ.ศ.2558

บทที่ 4

การศึกษาเปรียบเทียบระบบการดูแลทางสังคมและการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ

การศึกษาเปรียบเทียบระบบการดูแลระยะยาวและการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยเป็นการศึกษาความหมายของการดูแลระยะยาว หลักการสำคัญ ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนซึ่งเน้นการจัดบริการที่เป็นเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายประกอบด้วยบุคลากรด้านการแพทย์ อาสาสมัครด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน และศูนย์อเนกประสงค์ผู้สูงอายุ โดยนำมาวิเคราะห์ วางแผนเพื่อการดูแลทางสังคมและการดูแลด้านสุขภาพ สำหรับระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศคณะผู้ศึกษาได้ค้นคว้าวิจัยจากเอกสาร งานวิจัย บทความฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ประเทศ ประกอบด้วย สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เนื้อหากล่าวถึงระบบกฎหมาย การบริหารจัดการด้านภาษีสวัสดิการด้านสุขภาพ และการดูแลทางสังคมที่รัฐบาลจัดให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัว

บทนำ

การดูแลด้านการแพทย์และสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในประเทศไทยอยู่ภายใต้แนวคิดและความรับผิดชอบในการดูแลของต่างหน่วยงานกันกล่าวคือบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันจัดบริการภายใต้แนวคิดเรื่อง “สิทธิขั้นพื้นฐานของพลเมืองไทย” รัฐบาลจัดให้แก่ประชาชนทุกคนอย่างถ้วนหน้าโดยอาศัยระบบภาษีและการประกันสังคมครอบคลุมบริการอย่างรอบด้านทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพทั้งในและนอกสถานพยาบาลขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้มีภาวะทุพพลภาพการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีจำกัดขณะเดียวกันบริการเชิงรุกอย่างเป็นระบบในชุมชนก็ยังมีพัฒนาอย่างจำกัดการดูแลเกื้อกูลผู้สูงอายุในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความเป็นอยู่ถือเป็นความรับผิดชอบหลักของครอบครัวในสังคมไทยสำหรับการจัดบริการด้านสังคมที่เป็นทางการในปัจจุบันอยู่ภายใต้การดูแลของหลายหน่วยงานโดยหน่วยงานหลักคือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามการจัดบริการที่เป็นอยู่มีลักษณะเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวให้เป็นวัตถุหรือตัวเงิน เช่น เบี้ยสงเคราะห์ต่าง ๆ มากกว่าการจัดบริการอย่างเป็นระบบสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ไม่มีที่อยู่ ภาครัฐมีการจัดบ้านพักคนชราให้แต่รับเฉพาะรายที่ไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิง แต่เมื่อเวลาผ่านไปคนกลุ่มนี้ก็มีภาวะพึ่งพิงและดูแลกันตามอัตภาพในขณะที่ผู้มีภาวะพึ่งพิงหากมีความสามารถในการจ่ายก็ไปใช้บริการสถานบริการผู้สูงอายุภาคเอกชนแต่สถานบริการผู้สูงอายุเหล่านี้ยังขาดการดูแลกำกับด้านคุณภาพบริการการที่หน่วยงานที่ดูแลด้านการแพทย์และสาธารณสุขแยกส่วนกับหน่วยงานที่ดูแลบริการด้านสังคมทำให้การเชื่อมประสานและความต่อเนื่องของการได้รับบริการมีข้อจำกัดระดับ

หนึ่งจำเป็นต้องมีกลไกการเชื่อมประสานกันในการทำงานระดับพื้นที่มากขึ้นทั้งนี้กลไกหลักด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการเข้าถึงผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในชุมชนคือสถานอนามัยในขณะที่ยังบริการด้านสังคมกลไกหลักที่จะเข้าถึงกลุ่มนี้คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาลการทำงานเชื่อมกันของ 2 องค์กรดังกล่าวจึงมีความสำคัญมากซึ่งขณะนี้การมีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลน่าจะสร้างโอกาสในการทำงานร่วมกันได้ดีขึ้นรวมถึงการมีงบประมาณสำหรับการดำเนินการในชุมชนค่านิยมของสังคมไทยในเรื่อง “ความกตัญญูทดแทนคุณ” ถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่สำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขณะเดียวกันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ประสงค์จะอาศัยอยู่และได้รับการดูแลจากลูกหลานมากกว่าไปอาศัยในสถานบริการผู้สูงอายุ ดังนั้นทิศทางการพัฒนาจึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลแต่ต้องพัฒนาระบบสนับสนุนในชุมชนเพื่อให้ครอบครัวสามารถทำบทบาทดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

(1) ระบบการดูแลทางสังคมในประเทศไทย

ความหมายของการดูแลทางสังคม

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

จากการนิยามความหมายการดูแลทางสังคม ตามนิยามทางกฎหมายหลักที่อิงถึงเรื่องสุขภาพและการดูแลชุมชน ได้กล่าวครอบคลุมการดูแลทางสังคมว่า รวมถึงความรับผิดชอบต่อการดูแลที่เป็นทางการ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่จะปกป้องคนที่ใช้บริการการดูแลจากการละเมิดหรือละเลยที่จะป้องกันการเสื่อมสภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมความเป็นอิสระและการรวมบริการทางสังคมเพื่อให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การดูแลทางสังคมนั้น รวมการบริการที่สนับสนุนทั้งจากภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน โดยเน้นในด้านการจัดหาอุปกรณ์ในการจัดการความพิการ หรือการขาดความสามารถในการดำรงชีวิตบางประการ เช่น การจัดระบบเตือนภัย เพื่อป้องกันการตกบ้านของผู้พิการหรือผู้สูงอายุ การจัดบริการรับเลี้ยงดูเด็ก/ผู้สูงอายุ การจัดให้มีบ้านพักคนชรา เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การดูแลทางสังคม หมายถึง การจัดบริการสวัสดิการสังคมทางเลือกในการทำงานด้านสังคมเพื่อสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการการช่วยเหลือทางสังคม

และเมื่อกล่าวถึงระบบการดูแลทางสังคมในประเทศไทย พบว่า ได้มีการจัดระบบการดูแลทางสังคมให้อยู่ในส่วนหนึ่งของระบบการจัดสวัสดิการสังคม สืบค้นจากเว็บไซต์ www.thaigov.go.th เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2557 ที่รวมถึงแต่การประกันสังคม (Social Insurance) การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance) และการบริการสังคม (Social Service) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย

1. การประกันสังคม (Social Insurance)

เป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตและคุ้มครองลูกจ้าง
ปัญหาการขาดได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวน้อยลงปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังส่งผลให้
ตัวเลขค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ, 2553) ระบบประกันสังคมในประเทศไทย ประกอบด้วย กองทุนต่าง ๆ ดังนี้

1) กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ เป็นการส่งเสริมการออมสำหรับกลุ่มแรงงาน
ที่เป็นลูกจ้างในภาคเอกชนของกระทรวงแรงงาน

2) กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) เป็นการออมภาคบังคับสำหรับกลุ่ม
ข้าราชการ

3) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำของส่วนราชการ ซึ่งจดทะเบียน
(กสจ.) ผลประโยชน์ที่ได้รับคือ เงินบำเหน็จลูกจ้างและเงินที่สมาชิกส่งสทบเข้ากองทุน

4) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมการออมแบบสมัครใจ

5) กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ เป็นการออมแบบวาระเทคโนโลยีภาคใต้ ปีที่ 7 ฉบับที่
1 มกราคม - มิถุนายน 2557 สมมติใจ สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีกำลังการออมมาก

6) กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชนซึ่งกระทรวงศึกษาธิการได้จัดตั้ง
ขึ้น เป็นการออมภาคบังคับ

7) กองทุนทวีสุข เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์
การเกษตร เพื่อส่งเสริมให้เกษตรกรกรออมเงินไว้ใช้เป็นสวัสดิการแก่ตนเองและครอบครัว

8) กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นการส่งเสริมการออมในระดับชุมชน เพื่อสร้าง
หลักประกันความมั่นคงของคนในชุมชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นโดยสถาบันพัฒนาองค์กร
ชุมชน (องค์การมหาชน) และ

9) กองทุนการออมชราภาพ (กอช.)

กระทรวงการคลังเป็นผู้จัดตั้งกองทุนเป็นกองทุนการออมเพื่อการชราภาพขั้นพื้นฐานแบบ
สมัครใจ

2. การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance)

เป็นการสงเคราะห์แบบให้เปล่าสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากช่วยเหลือ
ตนเองไม่ได้ ด้อยโอกาสทางสังคมและไร้ที่พึ่ง รูปแบบของสวัสดิการที่มีอยู่คือ

1) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นการจ่ายเงินแบบให้เปล่าตามมติของคณะรัฐมนตรี
เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2554 ให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สก.) จ่ายเบี้ยยังชีพ
แบบขั้นบันไดให้กับผู้สูงอายุ โดยผู้มีอายุ 60-69 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 600 บาท
ต่อเดือน ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี ได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 700 บาทต่อเดือน ผู้ที่มีอายุ 80-89 ปี
ได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 800 บาทต่อเดือน และผู้ที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพคนละ
1,000 บาท ต่อเดือนโดยให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 เป็นต้นไป
นอกจากนี้ ปิยากร หวังมหาพร (2555) ได้ศึกษารูปแบบการจัดการเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย

2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งโดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีเดือดร้อนจากการทารุณกรรม ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายและถูกทอดทิ้ง การสนับสนุนการจัดการงานศพผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเรื่องที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่ม

3) การได้รับคำปรึกษาในทางคดี การช่วยเหลือจากการทารุณกรรมและถูกทอดทิ้ง โดยกระทรวงยุติธรรมให้คำแนะนำ ปรึกษาที่เกี่ยวข้องในทางคดีสำหรับผู้สูงอายุ

4) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐโดยกระทรวงคมนาคม และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติให้ผู้สูงอายุเข้าชมฟรี

5) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม โดยกระทรวงคมนาคม ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยรถไฟ/ รถไฟฟ้า /รถ บขส./ขสมก. ลดค่าโดยสารเครื่องบินไทยลดค่าโดยสารภายในประเทศ ร้อยละ 15

3.การบริการสังคม (Social Service) เป็นระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชนประกอบด้วยบริการด้านต่าง ๆ 5 ด้าน คือ

3.1 ด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย

1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ให้บริการครอบคลุมด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

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

3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นโครงการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น บนพื้นฐานแนวคิด“หุ้นส่วนการดูแล” ประกอบด้วยประชาชนในพื้นที่ สถานบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุที่อาการไม่รุนแรงและไม่สะดวกในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล เป็นการลดค่าเดินทางของผู้ใช้บริการ และผู้สูงอายุส่วนมากพึงพอใจที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่บ้าน (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และกฤษฎพร ตรีตรง, 2549)

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

3.2 ด้านการศึกษาประกอบด้วย

1) การศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการโดยศูนย์ส่งเสริมการศึกษานอกโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายพิเศษ (ศกพ.) ได้พัฒนาแนวทางการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุตามความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ การเสริมสร้างคุณค่าและการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุ การเสริมสร้างความร่วมมือเพื่อความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ เป็นต้น

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

3.3 ด้านที่อยู่อาศัยประกอบด้วย การสงเคราะห์ที่อยู่อาศัยและการดูแลเป็นบริการในสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมความจำเป็นด้านปัจจัย 4 รวมทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด ศาสนกิจ งานอดิเรก นันทนาการ กิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรมปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์ของรัฐ 21 แห่ง

3.4 ด้านการมีงานทำและการมีรายได้ประกอบด้วย กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) จัดทำโครงการที่ยึดหลักการให้ผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการกำหนดและตัดสินใจร่วมกันในการบริหารจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุกันเอง

3.5 ด้านบริการสังคมและนันทนาการประกอบด้วย

1) ชมรมผู้สูงอายุ รูปแบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสนใจและมีอุดมการณ์ร่วมกันในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม เพื่อให้ชีวิตมีคุณค่าและมีคุณภาพประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยมีสภาผู้สูงอายุและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ แต่ผู้บริหารจัดการและดำเนินการหลัก คือกลุ่มผู้สูงอายุเอง การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในลักษณะเครือข่าย ทำให้งานด้านผู้สูงอายุเข้มแข็งมากขึ้น

2) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (ศติพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) เป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมขององค์การ ชุมชน ผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ สังคม จิต และปัญญา โดยมีแนวคิดพื้นฐานคือ การใช้ชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดบริการแบบองค์รวม

3) ศูนย์ชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ ให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้สูงอายุ การบริการที่จัดให้ เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด ออกกำลังกาย ศาสนกิจ กิจกรรมนันทนาการ ตลอดจนกิจกรรมในวันสำคัญต่าง ๆ

4) ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดเป็นโครงการที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง โดยมีวัดหรือสถาบันทางศาสนาเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรม

5) กองทุนผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนอุดหนุนโครงการสำหรับองค์กรของผู้สูงอายุ หรือองค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุเพื่อคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพ มีความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. การช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและวางราชการเทคโนโลยีภาคใต้ ปีที่ 7ฉบับที่ 1 มกราคม –มิถุนายน 2557สังคมแห่งชาติ, 2553) เป็นการจัดสวัสดิการสังคมโดยกลุ่มต่าง ๆ เป็นผู้ดำเนินการหลัก เช่น การจัดสวัสดิการ ชุมชนที่ครอบคลุมการเกิด แก่ เจ็บ ตาย กลุ่มออมทรัพย์ ที่มีรูปธรรมก้าวหน้าชัดเจนทั้งเชิงองค์ ความรู้ กลไก และพื้นที่ดำเนินการในอีกด้านหนึ่งภาคธุรกิจเอกชนที่เดิมมุ่งหวังผลประโยชน์ของ องค์กรเป็นหลัก แต่ในปัจจุบันได้ปรับบทบาทเข้ามาช่วยเหลือร่วมรับผิดชอบปัญหาสังคมมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการจัดสวัสดิการโดยปัจเจกชน อาทิ การซื้อประกันชีวิตรูปแบบต่าง ๆ ผ่านกิจการ ประกันภัยของเอกชนซึ่งเข้ามาช่วยเติมเต็มหรือยกระดับสวัสดิการในภาพรวมให้สมบูรณ์มากขึ้น อย่างมากถึงแม้ว่าประเทศไทย จะได้มีการจัดสวัสดิการสังคม สำหรับผู้สูงอายุในหลายรูปแบบ

กล่าวโดยสรุป การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง และมีการบูรณาการในหลายภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ทั้งนี้ เพื่อบรรเทาจำนวนผู้สูงอายุที่จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะเดียวกัน ภาครัฐได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่ ทรงคุณค่าต่อสังคม มีใช้การของสังคม มีความเข้าใจบริบทของผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุน กิจกรรมหรือโครงการที่เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุของภาคประชาชน/ชุมชนในการจัดสวัสดิการ สังคมให้กับผู้สูงอายุในลักษณะต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุได้อยู่อย่างมี ความสุขและมีศักดิ์ศรีในตนเองได้ ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบการบริการในลักษณะของการบริการทาง สังคมสำหรับผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ

จากการศึกษารูปแบบการจัดบริการสังคมของ ภูซังค์ เสนาบุช และกรรณิกา ขวัญอารีย์ ที่ได้ทำการศึกษาถึงรูปแบบการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ในชุมชน (คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ เกียรติ,2552.) พบว่า การดูแลทางสังคมหรือการบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุนั้นได้มา จากศึกษาแนวความคิดของการจัดบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา และบริการดูแลที่บ้านเป็นหลัก โดยผู้ศึกษาได้ศึกษา แนวคิดการบริการสังคมจากประเทศต่าง ๆ ดังนี้

ประเทศสหรัฐอเมริกา

แนวคิดนี้เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาช่วงต้นค.ศ.1970 เพราะผู้สูงอายุได้เพิ่ม จำนวนสูงขึ้น อย่างรวดเร็ว (ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 47 ล้านคน หรือ ร้อยละ16 ของ ประชากรทั้งหมด) ทำให้บริการทางสังคมที่มีอยู่ในขณะนั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการ ของผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา (Group Home) จึงเป็นอีกทางเลือก หนึ่งสำหรับผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยว ต้องการสังคม เพื่อน และความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

1. ลักษณะสำคัญของบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา

สำนักผู้สูงอายุของรัฐแมรีแลนด์ (Maryland, Department of Aging) ได้ดำเนินงานโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุแบบกลุ่มพึ่งพา (Senior Assisted Group Home Subsidy Program) ได้อธิบายลักษณะของโครงการว่า เป็นโครงการที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและปานกลาง โดยการจัดหาที่พักอาศัยให้เข้าไปอยู่ในบ้านที่ออกใบอนุญาตให้โดยสำนักอนามัย (Department of Health and Mental Hygiene) โดยมีสมาชิกที่อยู่ร่วมกันระหว่าง 4-16 คน รัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพให้แก่บุคคลที่มี คุณสมบัติตามที่กำหนด ได้แก่ ค่าอาหาร (Meals) การดูแลส่วนบุคคล และการให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งนี้สำนักผู้สูงอายุจะเป็นผู้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการดังกล่าว สำหรับผู้ที่ได้รับสิทธิในการรับบริการดังกล่าวจะต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติดังนี้ มีอายุอย่างน้อย 62 ปี มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางร่างกายหรือจิตใจ และมีความจำเป็นหรือต้องการความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นผู้ที่มีรายได้น้อยตามที่กำหนดและมีสิทธิได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลท้องถิ่น

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) ตาม กฎหมายเท่านั้น

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

ประเทศสวีเดน

บริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาในประเทศสวีเดน (Inlasningstjänsten, 2002) เป็นบริการด้านที่อยู่อาศัยมีลักษณะเป็นอพาทเมนต์ขนาดเล็กที่ประกอบไปด้วย ห้องครัว ห้องอาหาร ห้องนั่งเล่นและใช้ร่วมกัน มีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะจัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นมีอาการของโรคความจำเสื่อม

ประเทศญี่ปุ่น

ในประเทศญี่ปุ่น (Ministry of Foreign Affairs, 2006) อธิบายบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาว่า เป็นบริการให้เข้าที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคความจำเสื่อม ซึ่งมีลักษณะเป็นอพาทเมนต์ แต่ละชั้นประกอบไปด้วย 8 ยูนิต ผู้สูงอายุจะประกอบอาหารเช้า กลางวันด้วยตัวเอง และรับประทานอาหารด้วยกัน โดยการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ ห้องครัวและห้องอาหารจะใช้ร่วมกัน ผู้สูงอายุจะต้องรับผิดชอบในการทำความสะอาดบริเวณที่พักของตนเองและเข้าร่วม กิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเท่าที่สามารถจะทำได้ โดยการดูแลของเจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุสามารถนำเฟอร์นิเจอร์มาใช้ได้เท่าที่พื้นที่มีให้ในแต่ละยูนิต ห้องนอนจะเป็นห้องสไตล์ญี่ปุ่นและมีห้องน้ำส่วนตัว

จาก ที่กล่าวมาสามารถสรุปลักษณะสำคัญของบริการทางสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาได้ดังนี้ เป็นบริการทางเลือกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยวได้อยู่ร่วมกับผู้อื่น มีสังคม เพื่อน และมีบริการด้านที่พักอาศัยสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มขนาดเล็กตั้งแต่ 4-16 คน โดยผู้สูงอายุจะต้องมีสุขภาพสมบูรณ์ และสามารถดูแลตนเองได้ แต่ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ก็จะมีบริการเฉพาะบุคคล โดยการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม เน้นให้กลุ่มผู้สูงอายุ ดูแลและช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ตามความสามารถของแต่ละคน เป็นบริการทางเลือกที่มีค่าใช้จ่ายถูกกว่าและมีบริการเฉพาะเท่าที่จำเป็นต่อ ความต้องการที่สำคัญสามารถกระจายการให้บริการได้อย่างกว้างขวาง แม้แต่ในชุมชนที่มีขนาดเล็ก และอยู่ห่างไกล เนื่องจากต้นทุนในการดำเนินงานค่อนข้างถูก และสามารถดำเนินการได้โดย รัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชนหรือ องค์กรสาธารณประโยชน์ โบสถ์ ภาคราชการ และองค์กรภาคประชาชนในชุมชน แต่ต้องมีหน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ในการกำกับดูแลเพื่อให้ การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน

2. แนวความคิดของ การจัดบริการสังคมแบบบริการดูแลที่บ้าน (Home Care)

การจัดบริการสังคมแบบบริการดูแลที่บ้านโดยทั่วไปจะใช้แนวคิดการจัดบริการและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน เป็นหลักสำคัญในการทำงานโดยจะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของคนพิการ ผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและสังคม ซึ่งมีเป้าหมายให้ได้รับการฟื้นฟูในด้านต่าง ๆ เช่น การรักษาพยาบาล การศึกษา การฝึกงาน อาชีพ มีงานทำ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ การจัดทำบริการต่าง ๆ โดยมีบุคคล 3 ส่วนด้วยกัน คือ 1) บุคคลตามกลุ่มเป้าหมาย 2) ชุมชน ครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่ม และ 3) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยบุคคลทั้ง 3 กลุ่มนี้จะต้องมีความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรม การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีกำลังใจ ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายเท่าเทียมคนปกติ สร้างแหล่งทรัพยากรในชุมชน (เวริยากรณ์ พรนภดล, 2544)

ในการดำเนินโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจำเป็นต้องปรับทัศนคติและพฤติกรรมของคนในชุมชนให้สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้พิการได้ทั้งเรื่องการแพทย์ รายได้ ความมั่นคงในสังคม การศึกษา สิทธิทางกฎหมาย และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยกลุ่มเป้าหมายครอบครัว ตลอดจนชุมชนคือศูนย์กลางของกิจกรรม ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งแต่ละพื้นที่จะมีรูปแบบการดำเนินงานที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับภูมิปัญญาของท้องถิ่นความต้องการเฉพาะของพื้นที่และทรัพยากรที่ มีอยู่ โดยมีลักษณะและรูปแบบการจัดบริการที่สำคัญได้แก่

1. การ ให้บริการในสถาบัน เป็นการบริการในสถานสงเคราะห์ โรงพยาบาล เน้นที่บทบาทของผู้ให้บริการ โดยที่คนพิการจะได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ
2. การให้บริการแบบจัดหน่วยเคลื่อนที่จัดผู้เชี่ยวชาญไปให้บริการในชุมชนยังดงเน้นบทบาทผู้ให้บริการ
3. การให้บริการโดยการจัดตั้งเป็นศูนย์บริการในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นสาขาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายหรือสถาน สงเคราะห์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อขยายบริการให้แก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน
4. การให้บริการโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน เป็นการบริการที่เน้นการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายเป็นรายกรณีที่บ้าน
5. การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเน้นการเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการ เพื่อให้การบริการ และฟื้นฟูครบวงจร ทั้งการแพทย์ ศึกษา อาชีพ และสังคม

4. แนวทางการดำเนินงานการจัดบริการสังคมรูปแบบกลุ่มพึ่งพา และบริการดูแลที่บ้าน

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการยังดงประสบปัญหาเนื่องจากระบบบริการทางสังคมที่มีอยู่ยังขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นระบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการใน รูปแบบ Group Home และ Home Care จึงเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันมากที่สุด เพราะเป็นการจัดบริการสังคมมุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมาย (ผู้พิการและผู้สูงอายุ) ครอบครัว ชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ได้เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดบริการ ภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบขององค์กรที่เหมาะสมควรเป็นดังนี้

1. ความรับผิดชอบในระดับท้องถิ่น องค์กรท้องถิ่นควรเป็นผู้ดำเนินการเพื่อสนองตอบความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น เช่น การกำหนดรูปแบบบริการ สนับสนุนทรัพยากร และการบริหารจัดการ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้พิการได้อย่างเหมาะสม
2. ความรับผิดชอบในระดับชุมชน การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในท้องถิ่นโดยรูปแบบ Group Home และ Home Care จะมีประสิทธิภาพเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมของสมาชิกในชุมชน ต้องเรียนรู้และเข้าใจสภาพปัญหาของผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน รวมทั้งมีบทบาทกระตุ้นให้สมาชิกชุมชนตระหนักถึงความต้องการการดูแลร่วมกัน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมเสนอความต้องการ การบริการ ตลอดจนการประเมินและตรวจสอบคุณภาพการจัดบริการ

4.1 กิจกรรมส่วน Group Home

อาคารเอนกประสงค์ ประกอบด้วย

- บริการ ด้านการศึกษาตลอดชีพ โดยการให้การสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และ เอกชน หลักสูตรและวิธีการสอนผู้สอนเป็นผู้พัฒนาประยุกต์ตามความต้องการของผู้เรียน อาจมีหลักสูตรต่างๆ เช่น สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุผู้พิการ การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย การฝึกอาชีพ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกฎหมาย ศาสนา ศิลปวัฒนธรรม การเกษตรและการออมทรัพย์ เป็นต้น

- Social day Center เป็นบริการที่จัดในชุมชน ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการในช่วงกลางวันแทนครอบครัวหรือผู้ดูแล มีกิจกรรมนันทนาการ-สังคม มีบริการรับส่ง บริการอาหารกลางวัน ออกกำลังกาย ตรวจสอบสุขภาพเป็นครั้งคราว
- Day Rehabilitation Center มีกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง
- ศูนย์ ที่สามารถให้บริการที่หลากหลายรูปแบบ เชื่อมโยงกับศูนย์ชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้เป็นอาสาสมัครในการดูแลผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในชุมชนเดียวกัน
- Sheltered Homes บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่ไม่มีผู้ดูแลหรือได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม โดยพิจารณาแยกเป็นราย ๆ ทั้งเป็นแบบถาวร และชั่วคราว

ครอบครัวอุปถัมภ์ เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่ขาดผู้ดูแล รวมทั้ง ญาติ ทั้งในลักษณะบ้านพักถาวรและชั่วคราว โดยมีครอบครัวในชุมชนรับเป็นผู้อุปถัมภ์ให้การอุปการะ และดูแลเช่นเดียวกับญาติ

4.2 กิจกรรมส่วน Home Care

1. Home Help Service เป็นบริการเกี่ยวกับการส่งอาหาร ซักรีด ดูแลบ้าน ดูแลสุขอนามัย ช่วยงานเล็กน้อย ๆ รับส่งไปยังสถานพยาบาล
2. Home Nursing เป็นบริการที่ส่งหมอ พยาบาล บุคลากรที่ได้รับการอบรมเรื่องการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้พิการไปให้การดูแล และแนะนำที่บ้าน
3. สายด่วนให้คำปรึกษาให้บริการเกี่ยวกับการขอรับบริการต่าง ๆ สนับสนุนให้คำปรึกษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ปรึกษาปัญหา ระบายอารมณ์ ร้องทุกข์ ให้กำลังใจ ให้มีอุปกรณ์ จัดผู้ดูแลแทนชั่วคราว
4. บริการแพทย์ทางเลือกบริการ ลูกประคบ สมุนไพร นวดแผนโบราณ

5. ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการจัดบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

1. การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึกด้านสวัสดิการการจัดสวัสดิการเป็นเรื่องของคนในชุมชนที่จะต้องเรียนรู้ปัญหาของตนเองเสนอปัญหาและกำหนดความต้องการและวิธีการซึ่งผู้ที่มีบทบาทต่อการริเริ่มจัดสวัสดิการเหล่านี้คือผู้นำชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำที่เป็นทางการที่จะเป็นแหล่งที่มาของความคิดการจัดการด้านงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการ
2. การมีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน การกระจายบริการสวัสดิสังคมที่เน้นการให้บริการในระดับชุมชนและครอบครัวจึง จำเป็นต้องมีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ชุมชน นักกายภาพบำบัดและพยาบาลวิชาชีพเพื่อเพิ่มพลังความสามารถของประชาชนและชุมชนสร้างความเข้มแข็งทั้งด้านการเรียนรู้ การบริหารจัดการสวัสดิการในชุมชน การจัดการเกี่ยวกับระบบข้อมูลของสภาพปัญหาความต้องการตลอดจนระบบการเฝ้าระวังทางสังคม

3. การมีระบบเฝ้าระวังในชุมชน สภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มที่ยากจนไม่มีผู้ดูแล กลุ่ม เจ็บป่วยเรื้อรังและมีอาการทางจิตประสาท และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น การมีระบบการเฝ้าระวังทางสังคมจะทำหน้าที่ในการสะท้อนปัญหาความต้องการและ เป็นแหล่งจัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูลของชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อประโยชน์ในการวางแผน การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็ง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นผู้ที่ได้รับ การอบรมความรู้ ฝึกทักษะ เพื่อให้การดูแลให้คำปรึกษา แก่ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือดำรงชีวิตในการ ประกอบกิจวัตรประจำวันฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ สูงอายุและผู้พิการเบื้องต้น ที่บ้านได้ นอกจากนั้นการมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็งยังส่งผลต่อระบบข้อมูลเพื่อเฝ้า ระวังและจัดสวัสดิการในชุมชน รวมทั้งการใช้อาสาสมัครเป็นกลไกในการ แก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน

5. ความเข้มแข็งของระบบเครือข่ายในชุมชน องค์การชุมชนเข้มแข็งแต่ละองค์การจะมีการ เคลื่อนไหวเพื่อแก้ปัญหาและพึ่งพาตนเอง ซึ่งช่วยทำให้กลุ่มและเครือข่ายเกิดความเข้มแข็งและ ขยายตัวและยิ่งเมื่อพวก เขามีการเคลื่อนไหวร่วมกับเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งประเภทอื่น ๆ หรือมีการเรียนรู้ข้ามภูมิภาค หรือเป็นระดับนานาชาติด้วยแล้ว จะยิ่งเกิดการเรียนรู้ทางพลังยิ่งขึ้น นี้อาจโครงสร้างพื้นฐานและกิจกรรมจำเป็นสำหรับประชาสังคมในทุกท้องถิ่น

กล่าวโดยสรุปการจัดบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาและบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุใน ชุมชนเป็นรูปแบบการจัดบริการสังคมที่มุ่งการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว กลุ่ม และองค์กรชุมชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสังคม สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ โดยที่องค์กรหรือ หน่วยงานภายนอกจะทำหน้าที่เป็นเพียงพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำปรึกษารวมทั้งการสนับสนุนด้านเทคนิค วิชาการ การประสานงานและทรัพยากร ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบริการสังคมประสบความสำเร็จ ได้แก่ การมีระบบฐานข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้อง การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวและชุมชน มีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึก มีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน การมีระบบเฝ้าระวัง ระบบอาสาสมัคร ชุมชน รวมทั้งการมีระบบเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง

(2) ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

ความหมายของการดูแลระยะยาว

ระบบการดูแลระยะยาว หมายถึงการจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะ ยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวอาจ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง หากแต่จะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิต

ที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของ
ความเป็นมนุษย์

(1) หลักการสำคัญของระบบการดูแลระยะยาว (รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแล
ผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธีระวงศ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ,
2553)

ระบบการดูแลระยะยาวควรพัฒนามาบนพื้นฐานหลักการที่สำคัญได้แก่การมีส่วนร่วมของภาค
ส่วนต่าง ๆ การบริการแบบบูรณาการมีการเชื่อมโยงระหว่างบริการต่าง ๆ มีความครอบคลุมต่อเนื่อง
ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่และเป็นระบบบริการที่เป็นธรรมดังนี้

1)การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งครอบครัวชุมชนองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นและภาครัฐโดยเน้นการสนับสนุนให้บุคคลครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลจัดการ
เพื่อตนเองและช่วยเหลือภายในกลุ่มให้ได้มากที่สุด (Self care , self reliance) นั่นคือต้องยึดหลักการ
สำคัญของการไม่เข้าไปแย่งความรับผิดชอบของบุคคลครอบครัวและชุมชนเกินความจำเป็นแต่มุ่ง
ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลตนเองสามารถมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม
และสามารถตัดสินใจเข้าใช้ระบบที่เป็นทางการได้อย่างเหมาะสมและต้องพร้อมที่จะเข้าถึงเพื่อการ
ช่วยเหลือและปกป้องบุคคลหรือครอบครัวที่ล้มเหลวในการดูแลตนเองไม่สามารถมีวิถีชีวิตที่
เหมาะสมหรือไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการที่เป็นทางการเมื่อมีความจำเป็น

2)ความครอบคลุม มีความครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคมโดยในด้าน
สุขภาพยังบูรณาการทั้งสี่มิติคือการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและปัญหาทางสุขภาพ
(พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยสภาพการทำงานที่ไม่ดีโรคต่าง ๆ ความพิการและ
ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว) การจัดการดูแลในระดับต้นสำหรับโรคและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น
การจัดการให้มีความต่อเนื่องการรักษา (Adherence to management)ของกลุ่มโรคเรื้อรังและการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถกลับมามีสถานะสุขภาพหรือสมรรถภาพที่เหมาะสมอีกครั้ง
นอกจากนั้นจะต้องครอบคลุมประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ

**3)เนื่องจากความจำเป็นด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีมากกว่าหนึ่งมิติจึง
มีความจำเป็นในการเชื่อมโยงกิจกรรมในการบริการ**(Linkage of activities)และดำเนินการให้เกิด
ความเป็นสหสาขาจัดการให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่องและการดำเนินการติดตามประเมินและกำกับ
ระบบการบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทั้งนี้รูปแบบความเชื่อมโยงต้องชัดเจนและ
บุคลากรทุกระดับต้องทราบภารกิจและบทบาทที่แน่นอนของตนการเชื่อมโยงกิจกรรมที่ดีจะนำไปสู่
คุณภาพบริการความต่อเนื่องในการให้บริการและความร่วมมือระหว่างวิชาชีพนอกจากนั้นในกรณีที่มี
การจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนความเชื่อมโยงดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการ
บริหารจัดการระบบการบริการ 38

4) ตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่ การจัดบริการมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชนทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศส่งเสริมการประยุกต์และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในการจัดบริการ

5) เป็นระบบบริการที่เป็นธรรม ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการและการใช้ระบบการเงินการคลังที่มีความเป็นธรรมในการจ่ายสมทบโดยที่ผู้รับบริการได้รับบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็นโดยไม่ถูกจำกัดด้วยความสามารถในการ

(2) ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน ชุมชนให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุผ่านทางเครือข่ายทางสังคมหลายเครือข่ายไม่ว่าจะเป็นบุคคล กลุ่มบุคคลหรือองค์กรในชุมชนโดยเครือข่ายที่สำคัญได้แก่ 1) เพื่อน/เพื่อนบ้าน 2) ผู้นำชุมชน 3) วัดและองค์กรทางศาสนา 4) ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา 5) กลุ่มฅาปนกิจสงเคราะห์และ 6) อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ รวมถึงอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอย่างไรก็ดีการเกื้อหนุนที่มีอยู่ส่วนใหญ่เป็นการเกื้อหนุนเป็นครั้งคราวสำหรับผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตัวเองได้และส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุกันเองการรวมกลุ่มคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำการดูแลระยะยาวในชุมชนถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบที่จะสามารถทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับบริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ยังต้องการการดูแลระดับพื้นฐานไปอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยเองจำเป็นต้องมีการสนับสนุนที่มีลักษณะเป็นเครือข่ายระหว่างสถานบริการสุขภาพเพื่อนบ้านอาสาสมัครและอปท. ตลอดจนองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการผู้สูงอายุผู้สูงอายุหรือสถานพยาบาลในกรณีที่ไม่สามารถดูแลได้ในชุมชนทั้งนี้หากพิจารณาจากโครงสร้างของชุมชนในปัจจุบันองค์กรที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดคือ “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ซึ่งมีงบประมาณและศักยภาพในการจัดการรวมทั้งมีอัตรากำลังของนักสวัสดิการสังคมและ “สถานพยาบาลปฐมภูมิในชุมชน” ซึ่งมีผู้มีความรู้ด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขภายใต้การสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย (Contracting Unit for Primary Care : CUP) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและที่เกิดขึ้นใหม่คือ “กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล” ซึ่งมีการบริหารจัดการในลักษณะคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากทั้งฝั่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตัวแทนฝั่งชุมชนและในบางพื้นที่มี “ศูนย์เอนกประสงค์” ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากอปท. มีพันธกิจในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนรวมถึงการดูแลผู้สูงอายุรวมถึงกลุ่มด้อยโอกาสต่าง ๆ

ดังนั้นจึงมีบทบาทหลักในการสนับสนุน/บริหารจัดการให้เกิดบริการในการสนับสนุนครอบครัวในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งนี้อาจใช้กลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่จัดตั้งขึ้นโดยการสนับสนุนของสปสช. และอปท. และในบางพื้นที่มีการลงขันของชาวบ้านร่วมด้วยเป็นกลไกในการจัดการและสนับสนุนให้เกิดบริการต่าง ๆ ในชุมชนโดยมีการบูรณาการทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกันโดยท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานทั้งนี้ควรมีส่วนร่วมจากครอบครัวชุมชนชมรม/องค์กรอาสาสมัครองค์กรสาธารณกุศลในชุมชนและสถาบันศาสนาอย่างเข้มแข็งและมีส่วนในการกำหนดบทบาทและการทำงานของ

ผู้ให้บริการโดยอาจใช้รูปแบบคณะกรรมการกองทุนประกันสุขภาพตำบลเป็นกลไกเชื่อมโยงในการบริหารโครงการรวมถึงการบริหารระบบการจัดบริการระบบอาสาสมัครและผู้จัดการผู้ป่วย

(3) การจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความยากลำบากในการเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการ ดังนั้นเพื่อให้คนกลุ่มนี้เข้าถึงบริการที่จำเป็นต้องเน้นการจัดบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชนและให้บริการถึงบ้านโดยในการจัดบริการควรเป็นดังนี้

1) บทบาททีมเชิงรุกของโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) ในการออกให้บริการนั้นไม่จำเป็นต้องออกเป็นทีมใหญ่ขึ้นกับสภาพปัญหาความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายโดยมีการทำ case conference ทั้งก่อนและหลังการออกปฏิบัติงานมีนักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด/ผู้ช่วยออกให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพโดยบุคลากรต้องมีทักษะที่หลากหลายบูรณาการทั้งนี้เป้าประสงค์หลักในการออกให้บริการทางการแพทย์คือการฝึกญาติให้สามารถดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างเหมาะสมมากกว่าการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรง (เนื่องจากผู้ดูแลหลักคือญาติหรือบุคคลในครอบครัว)

2) การออกปฏิบัติงานควรมีเจ้าหน้าที่ สอ. อาสาสมัคร(สาธารณสุข/ผู้พิการ/ดูแลผู้สูงอายุ) รวมถึงบุคลากรที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันประเมินและวางแผนการให้บริการผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะทุพพลภาพเฉพาะรายส่วนการออกให้บริการครั้งต่อไปอย่างน้อยควรมีอาสาสมัครร่วมทีมด้วยในการให้บริการ

3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทภารกิจในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลด้านสังคมเช่นเศรษฐกิจความเป็นอยู่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กรณีไม่มีผู้ดูแล) สภาพแวดล้อมทั้งนี้อปท. ควรจัดให้มี

- นักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้จัดการการดูแลด้านสังคมในการทำงานเชื่อมและร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- ฐานข้อมูลผู้มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลทั้งที่มีคนดูแลและไม่มีคนดูแลและกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือจากท้องถิ่นและชุมชน

- ให้ผู้จัดการการดูแลด้านสังคมเป็นผู้จัดการระบบอาสาสมัคร/ผู้ช่วยผู้ดูแลในการจัดบริการแก่ครอบครัวที่มีปัญหาด้านการดูแลปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้พิการได้รับคำตอบแทนในการปฏิบัติงานในแต่ละเดือนดังนั้นสามารถกำหนดหรือจัดการระบบอาสาสมัครได้ง่ายขึ้นทั้งนี้ควรมีการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของอาสาสมัครในการดูแลผู้มีภาวะทุพพลภาพและผู้พิการให้ชัดเจนขึ้นเช่นกำหนดผู้ที่ต้องดูแลของอาสาสมัครแต่ละท่านหรือการจัดเวรในการดูแลเช่นอาสาสมัครดูแลผู้พิการของอบต. ปากปูนหรืออสม. จัดเวรกันมาช่วยอาบน้ำผู้ป่วยที่อัมพาตทั้งตัวและมีน้ำหนักมากทุกวันพระของรพช. ด้านซ้าย

4) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน ในพื้นที่ที่มีความพร้อมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและทางจิตแก่ผู้มีภาวะทุพพลภาพหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งขณะนี้วัดหลายแห่งได้จัดให้มีศูนย์ฯ ในลักษณะดังกล่าวในชุมชนโดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5) บทบาทศูนย์อเนกประสงค์ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความพร้อม
หรือโรงพยาบาลชุมชนให้จัดบริการ Day care สำหรับดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเวลากลางวัน
ให้แก่อนามัย

ดังนั้นประเทศไทยเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับ ความกตัญญูทดแทน ต่อบุพการี
การดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นบทบาทหลักของครอบครัวและชุมชนซึ่งล้วนเป็นเครือข่ายที่ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่
ประสงค์ที่จะอยู่อาศัยกับครอบครัวมากกว่าที่อาศัยในสถานบริการผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการจัด
สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยงานที่มีบทบาทความรับผิดชอบหลัก คือ กระทรวงการ
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระบบ อาสาสมัคร
ในการจัดบริการ ซึ่งการดูแลระยะยาวในชุมชน มีเครือข่ายที่สำคัญ เช่น 1) เพื่อน/เพื่อนบ้าน
2) ผู้นำชุมชน 3) วัดและองค์กรทางศาสนา 4) ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา 5) กลุ่มฌาปนกิจ
สงเคราะห์และ 6) อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ การดูแลระยะยาวในชุมชนถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบที่จะ
สามารถทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับบริการที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

4.2.1 แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557-2561 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ยุทธศาสตร์มาตรการหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบดัชนีและเป้าหมายประกอบด้วย
6 ยุทธศาสตร์หลักดังนี้

1. การคัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน
2. การพัฒนาการจัดบริการในชุมชนเพื่อการป้องกันการดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุโดยเชื่อมโยง
กับระบบบริการในสถานบริการผู้สูงอายุ
3. การพัฒนาระบบการเงินการคลังและชุดสิทธิประโยชน์
4. การพัฒนากำลังคน
5. การสร้างการจัดการความรู้และการติดตามประเมินผล
6. การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบและการบริหารจัดการ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การคัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน
เป้าประสงค์ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมินเพื่อคัดกรองจำแนกตามกลุ่มเพื่อรับบริการ
ตามชุดสิทธิ

ประโยชน์ของแต่ละกลุ่มรวมถึงมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทุกชุมชน

1.1 พัฒนาแบบประเมินเพื่อสำรวจผู้สูงอายุและจัดทำเกณฑ์ /มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุ
ตาม

ความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาว

1.2 พัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมมาตรฐานการคัดกรองให้แก่อสม./อผส.

1.3 ทำการสำรวจและประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์ /มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตาม
ความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาวโดยบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ

1.4 จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลระยะยาวและการจัดสวัสดิการและบริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริการในชุมชนเพื่อการป้องกันการดูแลผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริการผู้สูงอายุ

เป้าประสงค์มีระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่และมีระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาวในชุมชนและระบบรองรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและไม่สามารถพักอาศัยในชุมชนได้

2.1 พัฒนามาตรฐานบริการและระบบสนับสนุนการบริการ

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

- มาตรฐานบุคลากร ; มาตรฐานผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุมาตรฐาน หลักสูตร ผู้จัดการบริการระยะยาว

- มาตรฐานบริการ ; ในระดับชุมชน ,ในสถานบริการผู้สูงอายุผู้สูงอายุและมาตรฐานระบบส่งต่อระหว่างบ้านชุมชนและสถานบริการผู้สูงอายุเป็นต้น

2.2 มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกที่บ้าน /ชุมชน

2.3 มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุ)

2.4 Day care center ในระดับตำบล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลังและชุดสิทธิประโยชน์

เป้าประสงค์มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมตามความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุภายใต้ระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมและยั่งยืน

3.1 พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.2 ออกแบบระบบการเงินการคลังและรูปแบบการจ่ายค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เฝ้าต่อการเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน

3.3 จัดทำข้อเสนอการบูรณาการงบประมาณการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานต่าง ๆ

3.4 ขยายความครอบคลุมกองทุนฟื้นฟูผู้พิการระดับจังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนากำลังคน

เป้าประสงค์กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีจำนวนเพียงพอและผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

4.1 สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนเอกชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหารจัดการกำลังคนเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

4.2 การพัฒนาหลักสูตรและการอบรมบุคลากรด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

- ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long term care manager)
- Care assistant

4.3 สนับสนุนการผลิตการจ้างและการสร้างแรงจูงใจแก่กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาว

4.3.1 Community care ในชุมชนได้แก่ อสม., อพส., ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long term case manager), ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care assistant)

4.3.2 Assistant care ในรพ.สต. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (เพิ่มอีกแห่งละ 1 คน), นักจิตวิทยาคลินิก, หมอหนองไทย

4.3.3 Hospital care

- ในรพ.ชุมชนได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด (เพิ่มอีกแห่งละ 1 คน)
- ในรพ.ศ./รพท. ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด, พยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างการจัดการความรู้และการติดตามประเมินผล

เป้าประสงค์ มีองค์ความรู้และข้อมูลสำหรับการพัฒนาและติดตามกำกับระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

5.1 ศึกษาและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในด้านการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5.2 ศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการในชุมชนและการบริหารจัดการกองทุนระดับต่างๆ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการ

5.3 ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจ่ายค่าบริการเพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริการและเพิ่มคุณภาพบริการ

5.4 ศึกษา ระบบ Long-term care financing

5.5 ศึกษาและพัฒนา ระบบการประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการดูแลระยะยาว

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากฎหมาย/ระเบียบและการบริหารจัดการ

เป้าประสงค์ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องพัฒนากฎหมาย/ระเบียบและการบริหารจัดการ เพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

6.1 แก้ไขระเบียบสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการให้ครอบคลุมบริการสุขภาพในชุมชน

6.2 กำหนดบทบาทให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุและปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบของท้องถิ่นให้เอื้อต่อการดำเนินงานตามบทบาท

6.3 ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลระยะยาวเช่นมาตรฐานและการกำกับสถานบริการเอกชนมาตรฐานและการกำกับการจัดบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน

4.2.3 ระบบการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ

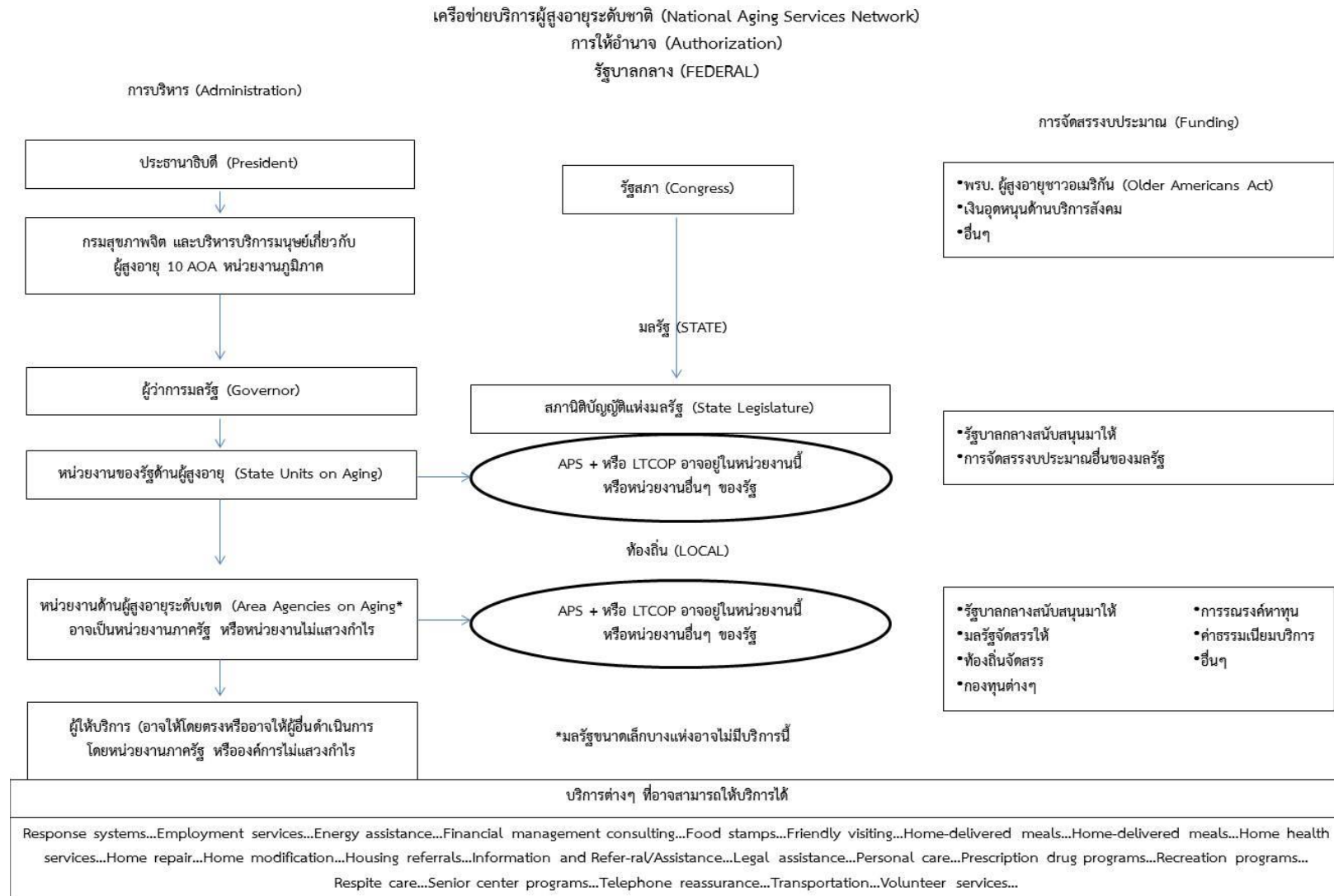
คณะผู้ศึกษาได้ค้นคว้าวิจัยจากเอกสาร งานวิจัย บทความ ฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ประเทศ ประกอบด้วย สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร และสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เนื้อหากล่าวถึงระบบกฎหมาย การบริหารจัดการด้านภาษีสวัสดิการด้านสุขภาพ และการดูแลทางสังคมที่รัฐบาลจัดให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัว

1. ประเทศสหรัฐอเมริกา

โครงสร้างการบริหารระบบการดูแลระยะยาวของสหรัฐอเมริกา

การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกาเริ่มเป็นรูปร่างชัดเจน ใน ค.ศ.1965 เมื่อรัฐบาลได้ผ่านกฎหมายสำหรับการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเฉพาะขึ้นเป็นครั้งแรก กฎหมายดังกล่าวได้แก่รัฐบัญญัติว่าด้วยผู้สูงอายุชาวอเมริกัน (Older American Act) รัฐบัญญัติดังกล่าวประกอบด้วยบทบัญญัติและมาตรการสำคัญที่รัฐบาลกลางต้องรับผิดชอบพร้อมทั้งมอบหมายความรับผิดชอบในการจัดระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไปยังรัฐบาลระดับมลรัฐและรัฐบาลท้องถิ่นตลอดจนให้ชุมชนและครอบครัวเป็นสถาบันและองค์กรที่มีหน้าที่ดำเนินการจัดบริการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ความรับผิดชอบของตนเอง รัฐบัญญัติว่าด้วยผู้สูงอายุนี้มีเจตนารมณ์ในมิติที่จะประกันคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุชาวอเมริกันอย่างถ้วนหน้าโดยการให้การประกันความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจรวมทั้งการประกันทางด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง รัฐบัญญัติดังกล่าวมีบทบัญญัติที่สำคัญได้แก่การจัดสรรงบประมาณสมทบของรัฐบาลกลางให้แก่มลรัฐและท้องถิ่นต่าง ๆ ในการจัดบริการและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุซึ่งบริการดังกล่าวรวมถึงการเดินทางการบริการภายในบ้านบริการทางด้านกฎหมายการจัดงบประมาณสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุการจัดตั้งศูนย์บริการอาหารกลางวันให้แก่ผู้สูงอายุมาตรการว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุมาตรการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุมาตรการจ้างงานผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ในท้องถิ่นของตนเองมาตรการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพและการช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ผู้สูงอายุรวมทั้งมาตรการฝึกอบรมการวิจัยและการแสวงหาองค์ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้มีการรวบรวมขึ้นอย่างครบถ้วนภายใต้บทบัญญัติดังกล่าว (เล็กสมบัติ,วรรณลักษณ์ เมียนเกิด และเดชา สังขวรรณ, 2550 น.96) ซึ่งในการดำเนินงานและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละระดับนั้นมีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการตั้งแต่ระดับสูงสุดคือระดับประเทศไปจนถึงระดับท้องถิ่นตามแผนภูมิภาพรวมของระบบบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกาต่อไปนี้

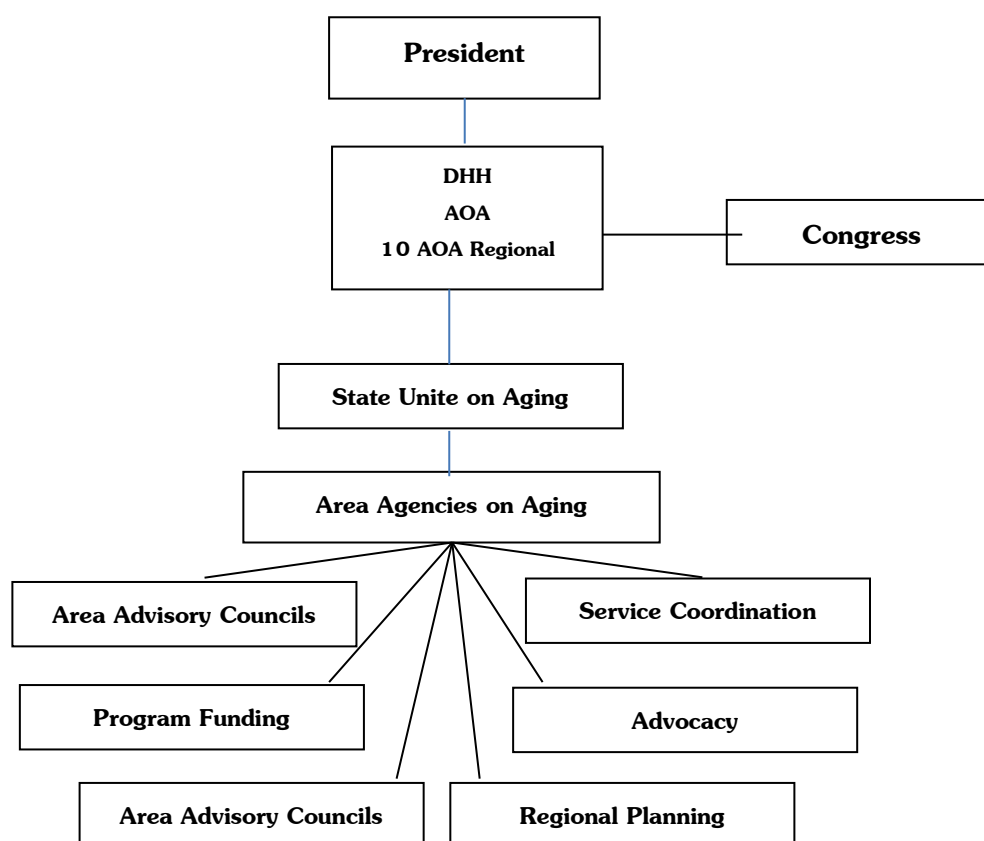
แผนภาพที่ 4.1 ภาพรวมของระบบบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา



ที่มา: ศติพัฒน์ ยอดเพชร, 2553:64

หน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา มีกระทรวงที่รับผิดชอบบริการทั้ง 2 ด้านนี้แก่ประชาชนอยู่ร่วมกันเรียกว่า Department of Health and Human Services (DHHS) ในด้านการบริหารได้ให้อำนาจแก่มลรัฐได้บริหารจัดการเอง (ภายใต้กฎหมาย Older Americans Act) จึงทำให้การบูรณาการต่าง ๆ เป็นไปได้เป็นอย่างดีแต่ละมลรัฐดำเนินการ โดย Area Agencies on Aging (AAA) ซึ่งมีหน่วยงานในการดำเนินงานอีกหลายฝ่ายดังแผนภาพที่ 3.2 โครงสร้างการบริหารงานบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกาดังนี้

แผนภาพที่ 4.2โครงสร้างการบริหารงานบริการผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา



ที่มา: ศติพัฒน์ ยอดเพชร, 2553:64

จากแผนภาพดังกล่าวจะเห็นว่าบริการการดูแลระยะยาวของสหรัฐอเมริกาทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคมอยู่ภายใต้หน่วยงานของรัฐหน่วยงานเดียวจึงทำให้นโยบายและการบริหารเป็นเอกภาพ (US Department of Health and Human Services: DHHS) โดยในระดับการบริหรนั้นมลรัฐต่าง ๆ ได้จัดโครงสร้างของตนขึ้นในลักษณะการบูรณาการแนวนราบ (Horizontally Integrated) โดยบูรณาการหน่วยงานการดูแลระยะยาวของส่วนงานต่าง ๆ ไม่ว่า จะเป็นหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานภายนอกและผู้รับบริการเข้าด้วยกันวิธีการดำเนินการเริ่มจากการประสานงานซึ่งเป็นการดำเนินงานพื้นฐานที่สุดไปจนถึงการจัดสร้างองค์กรซึ่งในแต่ละมลรัฐมีแตกต่างกัน (Allison Armour, 2004, pp. 2-3)

การบูรณาการของระบบการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาวมีลักษณะสำคัญคือต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัวสถาบันและชุมชนเพื่อทดแทนความต้องการขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถกระทำหน้าที่ทางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ทำให้กิจกรรมและการบริการมีความคาบเกี่ยวกับบริการที่ต่างประเภทกันคือบริการสุขภาพและบริการสังคมและยังมีความแตกต่างภายในรูปแบบบริการต่างๆของการดูแลระยะยาวอีกด้วยการดูแลระยะยาวที่ดีจึงต้องสามารถประสานกิจกรรมและบริการจากหลายฝ่ายเข้าด้วยกันต้องมีการบริหารจัดการจัดบริการแก่ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคความจำเสื่อมซึ่งต้องการบริการหลากหลายประเภทโดยเฉพาะอย่างยิ่งให้ได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมขณะเดียวกันการออกแบบที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมและการจัดการรายได้สำหรับซื้ออุปกรณ์และเครื่องช่วยเหลือต่างๆซึ่งเป็นบริการด้านสังคมก็มีความสำคัญต่อผู้รับบริการและเป็นเครื่องมือที่จะช่วยลดภาระของการดูแลระยะยาวลง

การศึกษาทบทวนโดยศศิพัฒน์ ยอดเพชร ที่ทบทวนกระบวนการปฏิบัติงานของต่างประเทศได้ค้นพบเทคนิคในการปฏิบัติงานแบบบูรณาการหลากหลายวิธีได้แก่การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการการดูแลแบบ Intermediate Care และการทำงานร่วมกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันการสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะรายการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคมการประเมินสภาวะแวดล้อมในชุมชนและหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้านโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สร้างระบบการเชื่อมประสานบริการที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านทรัพยากรการประสานการปฏิบัติงานและการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวและชุมชนระหว่างองค์กรหรือสถาบันหลักและหน่วยงานในชุมชนรวมไปถึงอาสาสมัครเพื่อให้สามารถจัดบริการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมเชื่อมโยงและทั่วถึงมากยิ่งขึ้นทั้งการประสานเพื่อให้ได้รับบริการระยะสั้นจากโรงพยาบาลสู่การดูแลระยะยาวที่บ้านของผู้สูงอายุ

2) การจัดระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และทำงานร่วมกันถือเป็นกลไกสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคมและตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งพ้นจากระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระมากที่สุดในการชุมชนขณะเดียวกันก็เป็นการเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านทั้งนี้บริการดังกล่าวเป็นตัวเชื่อมระหว่างบริการระยะเฉียบพลันและบริการระยะยาวขณะเดียวกันก็เป็นการลดหรือป้องกันภาวะพึ่งพิงถาวรที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลที่ดี

3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเนื่องจากผู้มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการหลากหลายทั้งในด้านบริการสุขภาพและบริการสังคมดังนั้นจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการดังนั้นจำเป็นต้องมีมาตรการเก็บรักษาความลับของข้อมูลของผู้รับบริการและปกป้องให้ปลอดภัยจากการนำไปใช้ประโยชน์ในทางมิชอบทั้งนี้ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักต้องตกลงเรื่องแบบฟอร์มของข้อมูลและกำหนดเงื่อนไขและบุคคลที่จะเข้าใช้ข้อมูลให้ชัดเจนนอกจากนั้นควรมอบข้อมูลให้ผู้รับบริการทราบด้วย

4) การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะรายการรวมถึงการสร้างความมั่นใจแก่ญาติและผู้ดูแลว่าผู้สูงอายุจะได้รับการอย่างทันที่ท่วงทีในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยกะทันหันหรือต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและผู้พึ่งพิงถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลและอยู่ในแผนการติดตามหลังจำหน่ายจะมีการบริการดูแลฉุกเฉินเฉพาะให้

5) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การบริการด้านสุขภาพและสังคมสามารถบูรณาการการดำเนินงานและการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้นการสร้างเครือข่ายจะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารการแลกเปลี่ยนแนวคิดทักษะการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทรัพยากรซึ่งกันและกันรวมถึงการทำงานร่วมกันในลักษณะการบูรณาการระหว่างเครือข่ายด้วย

6) การประเมินสภาวะแวดล้อมในชุมชนเป็นอีกเทคนิคหนึ่งที่เป็นการบูรณาการการดูแลระยะยาวที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลภายหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้านโดยมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมและเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

7) การจัดบริการการบำบัดฟื้นฟูที่บ้านเป็นการจัดบริการเชิงรุกเพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากคนกลุ่มนี้มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายและเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลทั้งนี้ในการจัดบริการมุ่งเน้นไปที่การฝึกอบรมญาติและผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองเนื่องจากมีเวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้สูงอายุนอกจากนั้นจำเป็นต้องดัดแปลงอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับบริบทของการใช้งานด้วย

2. สหราชอาณาจักร

ระบบการดูแลระยะยาวของสหราชอาณาจักร

การจัดระบบการดูแลในระยะยาวและบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงวัยในสหราชอาณาจักร รัฐบาลเป็นกลไกสำคัญและประชาชนสนับสนุนการเงินผ่านทางภาษีโดยมี National Health Services (NHS) เป็นองค์กรรับผิดชอบการบริการรักษาพยาบาลประชาชนสามารถรับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ บริการดูแลระยะยาวเป็นความรับผิดชอบของท้องถิ่นและมีการประเมินเพื่อยกเว้นค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการต้องผ่านการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวการดูแลกิจวัตรส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีคณะกรรมการระดับชาติว่าด้วยมาตรฐานการดูแล (National Care Standards Commission) เป็นผู้ควบคุมมาตรฐานการบริการของรัฐพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุหรือเป็นตัวแทนในการสื่อสารขององค์กรเอกชนต่าง ๆ (Department of Health, 2001)

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

ซึ่งตามหลักการดูแลชีวิตเป็นความรับผิดชอบของตนเอง ระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ของสหราชอาณาจักรที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ให้ความสำคัญการดูแลสภาพร่างกายของตนเองและการดูแลจากครอบครัวบุคคลที่มีรายได้และทรัพย์สินโดยเสียภาษีให้รัฐ รัฐก็จะพยายามจัดการดูแลและบริการประชาชนเบื้องต้นจัดการให้ความช่วยเหลือตามโรงพยาบาล แต่ก็มีบางส่วนที่ไม่ได้รับการดูแลจากรัฐเท่าที่ควร (see, for example, Pickard 2001) ปี ค.ศ. 2009 รัฐบาลมีแผนการดูแลระยะยาวในพิมพ์เขียวและรัฐบาลให้คำมั่นสัญญาในการปฏิรูปการดูแลระยะยาวให้สำเร็จและติดตามมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่มีรายงานของคณะกรรมการที่มีความกระตือรือร้นและอภิปรายในเรื่องระบบการดูแลระยะยาว (LTC) กับรัฐบาลหลาย ๆ คณะเพื่อที่จะหาหน่วงงานมารับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา

โดยตรง ในสหราชอาณาจักรมีระบบกองทุนสำรองสำหรับการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตามระบบการดูแลก็ยังเป็นแบบเดิมที่ให้การดูแลด้านการพยาบาลอาจจะมีค่าใช้จ่ายเล็กน้อย ในปี ค.ศ. 2006 ใช้ทุนกษัตริย์เซียนบทวิจารณ์ (an independent UK think tank) เกี่ยวกับระบบการจัดหาเงินทุนและการจัดหารูปแบบการบริการ(Wanless et al., 2006) ในปี ค.ศ. 2009 รัฐบาลมีการวางแผนอย่างคร่าว ๆ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลระยะยาวในระดับชาติ(to the UK) และพิจารณาวิธีหรือแนวทางใหม่ทั้งหมดที่เป็นเรื่องกองทุนสำรองและการประกันที่จำเป็น(HM Government, 2009).

การดูแลระยะยาวในสหราชอาณาจักร เน้นการดูแลกับผู้ที่มีร่างกายทรุดโทรมไม่สามารถดูแลตัวเองได้ โดยดูแลในด้านการจัดเตรียมอาหารการทำธุระส่วนตัว การอาบน้ำ การแต่งกาย และการดูแลด้านพยาบาล เนื่องจากจำนวนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักร ข้อมูลจากการรับเงินดูแลระยะยาว แทนการรับบริการจากงบประมาณในการดูแลแต่ละบุคคล เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการอยู่ที่บ้านของตนเอง (Pickard et al., 2000). รูปแบบการบริการระยะยาวมีทั้งจากหน่วยงานราชการ ที่บริการสังคม หน่วยงานที่ดูแลสุขภาพในชุมชนและองค์กรอิสระ(หน่วยงานที่ไม่หวังผลกำไร) มีภาคธุรกิจบริการการดูแลที่บ้าน, การดูแลพยาบาล สถานบริการตลอดเวลา และสถานบริการดูแลรายวัน มีการจัดหาเงินทุนเพื่อการบริการทางด้านสุขภาพ (NHS:National Health Service) ผู้บริหารท้องถิ่น, มูลนิธิและชมรมผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าการใช้บริการทางด้านสุขภาพจะฟรี แต่สิทธิขั้นพื้นฐานตามความต้องการก็ยังมีพิจารณาอย่างถี่ถ้วนมีวิธีการทดสอบอย่างเคร่งครัดในการรับผลประโยชน์กับผู้ที่จะได้รับผลประโยชน์ โดยเฉพาะเงินดูแลผู้สูงอายุผู้พิการ (สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://www.ancienlongtermcare.eu> เมื่อ 13 มกราคม 2558)

แนวคิดในการจัดระบบการจัดสวัสดิการของสหราชอาณาจักร คือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ตามความสามารถให้โอกาสแก่ผู้ที่ทุพพลภาพ และสร้างมาตรการให้ผลประโยชน์ในการอยู่ในระบบจ้างงานเพื่อจูงใจให้คนทำงานระบบประกันสังคมของสหราชอาณาจักร มีวัตถุประสงค์ประการหนึ่งคือ ส่งเสริมความมั่นคงทางการเงินหลังเกษียณ ส่งเสริมการจัดการกองทุนบำนาญ และสนับสนุนให้มีการออมเงินที่เหมาะสมรวมทั้งให้ผู้เกษียณมีรายได้หลังเกษียณที่เพียงพอความมั่นคงด้านรายได้ประกอบด้วยระบบสวัสดิการ 3 แบบ ได้แก่

1. ผลประโยชน์จากเงินเบี้ยประกันที่จ่ายเพื่อเป็นบำนาญหลังเกษียณ (retirement pension)
2. ผลประโยชน์ในกรณีที่ต้องได้รับเช่นทุพพลภาพ แหล่งเงินมาจากภาษีอากร
3. ผลประโยชน์จากรายได้ที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือเกื้อกูล (Income related support benefit)

แหล่งเงินมาจากภาษีอากร และจ่ายให้กับผู้มีรายได้น้อยผู้ที่ทำงานต้องเข้าร่วมระบบบำนาญ (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 มีกรอบการบริการแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ (National Health Service Frame work for Older People) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมลดความแตกต่างในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ จัดการกีดกันในการเป็นผู้สูงอายุ จัดให้มีการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเสริมสร้างสุขภาพ ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ จัดบริการให้ครอบคลุมความต้องการ และเน้นการดูแลเรื่องการหกล้ม โรคหลอดเลือดและสุขภาพจิต

ระบบบริการสุขภาพประกอบด้วยบริการในโรงพยาบาลเป็นการดูแลระยะกลาง (intermediate care) ที่เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและการดูแลในชุมชนเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้แทนการไปอยู่ในสถานบริการซึ่งมีรูปแบบเป็นการบริการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) คือ การเยี่ยมบ้านแบบการช่วยเหลือที่บ้าน (Home Help Service) คือการดูแลเรื่องอาหาร การดูแลเวลากลางวัน การจัดบริการด้านสังคมเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่นทำหน้าที่ประเมินความต้องการผู้สูงอายุ วางแผนการดูแลเสนอและจัดซื้อชุดบริการ (Care Package) และติดตามประเมินผลเพื่อประกันว่าได้รับการบริการที่เหมาะสม งานบริการบริการสังคมรวมถึงช่วยเหลืองานบ้านและการดูแลส่วนบุคคลด้วย นอกจากนี้ยังมีการจัดผู้ดูแลแทนชั่วคราว (Respite Care) ศูนย์ที่รับเรื่องผู้สูงอายุไว้ดูแล 1-2 ต่อสัปดาห์และจัดให้ผู้สูงอายุไปอยู่กับครอบครัวอาสาสมัครดูแลระยะยาว (Family Placement Schemes) (สุพัตรา ศรีวิจิตร และคณะ, 2556 น.88-89)

การดูแลระยะยาวเน้นการจัดระบบการบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยงานที่ดำเนินการคือ National Health Service (NHS) โดยจัดให้มีระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การบริการสุขภาพ มีทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน และระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน หรือ การบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่เตรียมความพร้อมก่อนที่จะกลับเข้าไปในชุมชนมีการทำงานร่วมกันหลายองค์กร แต่ส่วนใหญ่เป็นบริการที่จัดโดยพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ยังรวมถึงการดูแลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วย ส่วนบริการด้านสังคมนั้น จะผสมผสานอยู่ในบริการสุขภาพ(ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2549) รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ หน้า 32-33)

ระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักร

ระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรหรือNHS (National Health Service) เกิดขึ้นเมื่อช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 วันที่ 5 กรกฎาคม ปี 1948 เพื่อทำให้ระบบบริการของโรงพยาบาลดีขึ้น เป็นระบบสวัสดิการที่พลเมืองทุกคนได้รับความเสมอภาคเท่าเทียมกันหมดและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ภายใต้งานดูแลของกระทรวงสุขภาพ Department of Health และกฎหมายบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Act 2006) โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณเท่ากันหมด ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลใหญ่หรือเล็กจากภาษีของประชาชน

ระบบบริการจะประกอบไปด้วย

บริการดูแลสุขภาพในชุมชน (Community Health care) คือการที่แพทย์และพยาบาลออกไปรักษาผู้ป่วยตามที่พักอาศัยของผู้ป่วยโดยตรง

การดูแลสุขภาพเบื้องต้น (Primary Health care) คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขตามเขตพื้นที่ชุมชนต่าง ๆ มีหมอทั่วไป พยาบาลประจำการอยู่

หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (Tertiary care) คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเตียงหลายพันเตียงสามารถรองรับผู้ป่วยได้หลายคน มีหมอทั่วไป หมอเฉพาะทาง พยาบาลและยังมีหมอผู้เชี่ยวชาญอีกต่างหาก

พลเมืองที่สหราชอาณาจักรแม้กระทั่งนักเรียนต่างประเทศที่เรียนหลักสูตรมากกว่า 6 เดือน ต้องมีการขึ้นทะเบียนเพื่อขอสิทธิในการรักษาสามารถทำได้ที่ศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้านของตน เมื่อลงทะเบียนเสร็จจะได้บัตรประจำตัวในบัตรประจำตัวจะมีเขียนไว้ว่า หมอประจำตัวของเราคือใคร ในกรณีที่เจ็บป่วยผู้ป่วยจะต้องผ่านหมอประจำตัวหรือหมอประจำบ้านเป็นคนแรกและหมอประจำบ้านจะเป็นผู้พิจารณาว่าต้องส่งต่อไปแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ซึ่งการโทรนัดหมอประจำบ้านจะต้องทำ

ก่อนเวลา 9 โมงเช้าถ้าโทรนัดหลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการตรวจในวันถัดไปเมื่อตรวจเสร็จแพทย์ให้เขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยไปซื้อยาที่ร้านขายยาเองโดยมีเภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาถ้าเป็นคนที่ไม่มียาได้ เช่น นักเรียน คนว่างงาน คนชรา เป็นต้นจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยาอีกด้วย ถ้าเป็นกรณีฉุกเฉินก็สามารถโทร 999 ให้รถพยาบาลมารับไปที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลได้ทันทีในกรณีที่มีการนอนที่โรงพยาบาล ทุกคนจะได้รับบริการที่เท่าเทียมกันไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ แม้มีการผ่าตัดก็ตาม จะไม่มีห้องพิเศษมีแต่ห้องรวมเท่านั้นเมื่อแพทย์เห็นว่าอาการดีขึ้น แพทย์ก็ส่งตัวกลับบ้านถ้าเป็นโรคเรื้อรังก็จะมีแพทย์ชุมชนคอยติดตามดูอยู่ตลอด

ระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ (Modern Health Care) เริ่มต้นในศตวรรษที่ 18 แต่ก็ยังไม่มีแพทย์ที่ให้บริการภายในโรงพยาบาล เพราะแพทย์ยังสนใจในเรื่องเงินค่าตอบแทนเป็นส่วนใหญ่ จึงรักษาเฉพาะคนมีฐานะต่อมาก็มีการตั้งโรงพยาบาลเพื่อการกุศล(voluntary hospitals) ซึ่งมีทุนมาจากคนรวยใจบุญในสมัยนั้น ทำให้มีการรักษาโดยไม่คิดค่าตอบแทนทำให้แพทย์ทำงานโดยมองคนไข้เป็นเพียงภววิสัย ดิอมองคนไข้เป็นเพียงผู้ถูกรักษาไม่กังวล หรือมีเหตุผลทางจิตใจมาเกี่ยวข้อง กลักรักษาอย่างตรงไปตรงมามีเวชปฏิบัติมากขึ้น และถือเป็นจุดเริ่มต้นของโรงเรียนแพทย์อีกด้วย

ในต้นศตวรรษที่ 19 การแพทย์เริ่มเปลี่ยนแปลงจากระบบเอกชน เป็นระบบรัฐ ในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 การแพทย์มีการพัฒนาให้เจริญมากขึ้นเริ่มแยกจากระบบศาสนาหรือโบสถ์และเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น

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

1.กลุ่มที่อยู่ในการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) คือ GPs หรือแพทย์ประจำบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น

2.แพทย์ในโรงพยาบาล

3.เทศบาลท้องถิ่น ซึ่งในขณะนั้นดูแลการบริการสุขภาพในชุมชนเช่น Health Visitors, Antenatal Care, การฉีดวัคซีน และอื่น ๆ ทั้ง 3 ส่วนเป็นอิสระต่อกันและขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หลักการของ NHS คือ การจัดระบบสุขภาพที่ไม่คิดค่าใช้จ่าย ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ NHSปรับปรุงตามระบบเศรษฐกิจ เพื่อให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนับว่าเป็นเป็นองค์กรที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลก

ในทศวรรษที่ 1950 NHS ได้ตอบสนองความต้องการใช้บริการโดยใช้กลไกสองอย่างคือ

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

แนวโน้มการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรในอนาคต

จะมีการเพิ่มขีดความสามารถและข้อมูลข่าวสารเพื่อคนไข้ โดยมีโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาลมากขึ้นทั้งนี้การเพิ่มกำลังคนด้านแพทย์ในอนาคตอาจทำได้โดยการเปิดรับแพทย์จากนอกประเทศให้มากขึ้น เพิ่มและขยายโรงเรียนแพทย์ หรือรับนักศึกษาแพทย์เพิ่มขึ้นส่งผลให้ระยะเวลาในการรอนัดหมายสั้นลงมีการพัฒนาการดูแลจากสาธารณสุขเพื่อผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อเสียของระบบบริการสุขภาพสหราชอาณาจักร

มีปัญหาในระยะยาวอยู่หลายประการ เช่นรัฐบาลจะมีเงินก้อนใหญ่ไปได้อีกนานแค่ไหนกำไรของสถานพยาบาลจะมากเพียงพอที่จะมาปรับปรุงสถานที่ต่าง ๆ ให้ดีขึ้นได้หรือไม่บุคลากรทางการแพทย์จะมีเพียงพอหรือไม่ เป็นต้น

เป็นระบบบริการที่เบ็ดเสร็จจนเกินไปไม่สามารถยืดหยุ่นได้มีกรอบมีระเบียบแบบแผนที่กำหนดไว้แน่นอนเช่นหากผู้ป่วยจะไปพบแพทย์ต้องไปพบแพทย์ประจำบ้านก่อนแล้วค่อยไปพบแพทย์เชี่ยวชาญหรือแพทย์ตามโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ได้ตามลำดับซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้าหรือหากแพทย์ประจำบ้านวินิจฉัยโรคผิดก็จะทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการรักษาในแนวทางที่ถูกต้อง

ข้อแตกต่างระหว่างประกันสุขภาพในสหราชอาณาจักรและไทย

ในข้อแตกต่างที่ใหญ่ที่สุดคือ ระบบ “GP” (General Practitioners) ในสหราชอาณาจักรเมื่อเปรียบเทียบกับ “ผู้เชี่ยวชาญ” ในประเทศไทยในสหราชอาณาจักรถ้าคุณป่วยในกรณีที่ไม่ฉุกเฉินจะถูกแนะนำให้ไปหา GP ของคุณหรือแพทย์รักษาโรคทั่วไปแพทย์นี้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลคุณในช่วงเวลาที่คุณอยู่ในสหราชอาณาจักร (ยกเว้นคุณตัดสินใจที่จะเปลี่ยน) ดังนั้นควรตระหนักถึงปัญหาทางสุขภาพของคุณที่เคยเป็นในอดีตถ้าหากการรักษาของคุณต้องการผู้เชี่ยวชาญ GP ของคุณจะติดต่อผู้เชี่ยวชาญให้และกำหนดการนัดหมายให้คุณสำนักงานแพทย์ทั่วไปโดยส่วนใหญ่จะตั้งอยู่นอกโรงพยาบาลแตกต่างกับในประเทศไทยที่คุณจะไปหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลก่อนเป็นลำดับแรก

ในสหราชอาณาจักรระยะเวลาการรอในโรงพยาบาลจะนานกว่าในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้คนส่วนใหญ่จึงไปหา GP ของพวกเขาก่อนเป็นลำดับแรกถ้าเป็นปัญหาที่ไม่เร่งด่วนมากนัก

ในกรณีฉุกเฉินแนะนำให้ไปโรงพยาบาลเลย เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่ต้องการใบสั่งยาจากแพทย์ในสหราชอาณาจักรมีมากกว่าในประเทศไทย ซึ่งยาโรคที่你会จะได้รับจากร้านขายยา เช่น ในประเทศไทยอาจต้องการใบสั่งยาจากแพทย์เมื่อไปซื้อในสหราชอาณาจักร ถ้าคุณต้องใช้ยารักษาเป็นประจำ ให้ขอใบสั่งยาเป็นภาษาอังกฤษจากแพทย์ในประเทศไทยก่อนไปสหราชอาณาจักร (<https://www.gotoknow.org/posts/499328> สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2558)

3. ประเทศญี่ปุ่น

ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศหมู่เกาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกตั้งอยู่ในมหาสมุทรแปซิฟิกทางตะวันตกติดกับคาบสมุทรเกาหลีและสาธารณรัฐประชาชนจีนโดยมีทะเลญี่ปุ่นกั้น ส่วนทางทิศเหนือติดกับประเทศรัสเซียมีทะเลโอค็อตสค์เป็นเส้นแบ่งแดน ญี่ปุ่นมีเนื้อที่กว่า 377,930 ตารางกิโลเมตร นับเป็นอันดับที่ 61 ของโลก หมู่เกาะญี่ปุ่นประกอบไปด้วยเกาะน้อยใหญ่กว่า 3,000 เกาะ เกาะที่ใหญ่ที่สุดก็คือเกาะฮนชูโอกาโฮดะ ชิโกกุและคีวชูตามลำดับ เกาะของญี่ปุ่นส่วนมากจะเป็นหมู่เกาะภูเขา ประชากรของญี่ปุ่นมีมากเป็นอันดับที่ 10 ของโลก จากการสำรวจในวันที่ 1 สิงหาคม 2555 ญี่ปุ่นมีประชากรประมาณ 127,692,273 คน ประชากรส่วนใหญ่ใช้ภาษาและมีวัฒนธรรมที่เหมือนกัน โดยมีชาวต่างชาติ เช่น ชาวเกาหลี จีน บราซิล ฟิลิปปินส์ ไต้หวัน และชาติอื่น ๆ ประมาณร้อยละ 1.2 ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ตามเมืองใหญ่ ประชากรญี่ปุ่นมีอายุคาดหมายเฉลี่ยประมาณ 82.07 ปี จึงนับเป็นประเทศที่มีประชากรอายุยืนยาวที่สุดประเทศหนึ่งในโลก โครงสร้างประชากรของญี่ปุ่นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเด็กที่เกิดมาในยุคเบบี้บูมหลังสงครามโลกเริ่มเข้าสู่วัยชรา ในขณะที่อัตราการเกิดตั้งแต่ พ.ศ. 2532 มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ

จึงทำให้จำนวนประชากรค่อย ๆ ลดลง (มีการประมาณว่าจะลดลงต่ำกว่า 100 ล้านคนในช่วงปลายพุทธศตวรรษที่ 25) ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (ในปี พ.ศ. 2550) ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีมากถึง 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด) การที่โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปทำให้เกิดปัญหาสังคมหลายอย่าง เช่น ปัญหาแรงงานที่ลดลงและการเงินบำนาญของคนหนุ่มสาวเพิ่มมากขึ้น จากการที่คุณภาพของระบบรักษาพยาบาลในญี่ปุ่นมีระดับที่สูงมากส่งผลให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรที่สูงและอัตราการตายของการที่ต่ำ รัฐบาลกำหนดให้ประชาชนทุกคนทำประกันสุขภาพ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นสองประเภทใหญ่ ๆ คือประกันสำหรับพนักงานบริษัทและประกันที่ทำกับรัฐบาลท้องถิ่น ผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์ หรือสถานที่รักษาได้โดยอิสระ ผู้สูงอายุของญี่ปุ่นทั้งหมดได้รับการคุ้มครองด้วยประกันของรัฐบาลตั้งแต่ พ.ศ. 2516 แต่ปัจจุบันรัฐบาลต้องปรับระบบประกันเหล่านี้เพื่อรองรับโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป (สืบค้นจากเวปไซด์ <http://th.wikipedia.org> เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2558)

ประเทศญี่ปุ่นได้คาดการณ์ว่าในปี 2558 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยคาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 30 ล้านคน ซึ่งสัดส่วนประชากร 1 ต่อ 4 คน หมายความว่าผู้สูงอายุ 1 คน ต่อประชากรวัยแรงงาน 4 คน และมีแนวโน้มอัตราส่วนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีปัญหาระงับสภาพร่างกายเพราะผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 75 ปีขึ้นไปสภาพร่างกายจะอ่อนแอ หรือเป็นโรคความจำเสื่อม จึงเป็นประชากรที่รัฐจะต้องดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างมาก เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงทำให้ต้องสร้างระบบเกี่ยวกับการดูแลสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ เพื่อลดภาระการดูแลของคนในครอบครัวและเป็นหน้าที่ของรัฐในการจัดสวัสดิการให้กับประชาชนญี่ปุ่น โดยการสร้างระบบประกันการดูแล จึงจำเป็นจะต้องมีนโยบายดูแลผู้สูงอายุอย่างเร่งด่วน โดยคำนึงถึงปัญหาในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวที่มีผู้สูงอายุไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ประเทศญี่ปุ่นจึงได้พัฒนาระบบในการดูแลและประกันสุขภาพ ส ำ ห รั บ ร ะ บ บประกันการดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นจะเหมือนกับประเทศเยอรมนี โดยการใช้บริการของระบบประกันการดูแล รัฐจะสร้าง careplanซึ่งเป็นโปรแกรมการดูแลโดยมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ดำเนินการวิเคราะห์ว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเรื่องใดบ้าง ซึ่งระบบดังกล่าวได้นำเอาระบบการประกันการดูแลของประเทศอังกฤษมาปรับใช้ การบริหารจัดการดูแลอาจเป็นหน่วยงานในระดับเมือง อำเภอ หมู่บ้าน ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าเจ้าหน้าที่หน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบดูแล ระบบนี้จะเข้าไปดูแลค่าใช้จ่ายและการให้บริการกับผู้จำเป็นจะต้องได้รับการดูแล หรือครอบครัวใดต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลโดยงบประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับระบบประกันการดูแลผู้สูงอายุจะมาจากค่าประกัน 50% และอีก 50%เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับภาษี การเข้าระบบการดูแลสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่หนึ่ง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มที่สอง ผู้มีอายุระหว่าง 40-60 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่มีความจำเป็นในการรักษา หรือดูแลสุขภาพบุคคลที่มีสิทธิในระบบประกันการดูแล คือ บุคคลที่ประกันการดูแลรักษาโดยได้รับบัตรประกันและหากต้องการใช้บริการก็สามารถเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้ ซึ่งคนเหล่านี้จะได้รับการดูแลและต้องเป็นผู้ที่ทราบถึงความจำเป็นว่าตนจะต้องเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาพยาบาลถึงเข้ารับรักษาได้ สำหรับผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีสภาพร่างกายดีแต่ไม่ได้ทำงาน หรือมีโรคความจำเสื่อม บุคคลดังกล่าวสามารถยื่นเรื่องเพื่อรับการรักษาดูแลได้ แต่ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40-64 ปี ต้องเป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาทที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทีจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาถึงจะได้รับการรักษาได้

การบริการแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเป็นบริการที่ผู้ใช้บริการมากที่สุด กล่าวคือ บริการที่เจ้าหน้าที่ไปให้บริการถึงที่บ้าน โดยจะอำนวยความสะดวกในการทำความสะดวกสบาย ทำอาหาร ช่วยอาบน้ำให้กับผู้สูงอายุ หรือสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีบริการที่เรียกว่า Day service center ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้รับบริการสามารถจะเข้าไปใช้บริการเกี่ยวกับความจำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาบน้ำ หรือรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งสถานที่ดังกล่าวผู้รับบริการจะได้รับการดูแลจากสถานที่ดังกล่าว โดยงบประมาณค่าใช้จ่ายการบริการการดูแลมาจากเงินประกัน 90% และผู้ใช้บริการจะเสียค่าใช้จ่ายเพียง 10% สัดส่วนในความจำเป็นที่ได้รับ การดูแลแบ่งเป็นระดับการดูแล โดยขึ้นอยู่กับความจำเป็นของแต่ละบุคคลว่ามีความจำเป็นที่จะได้รับ การช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด กล่าวคือ ผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลในระดับที่ 1 จะต้องเสียค่าใช้จ่าย 4,970 ยูนิต์ต่อเดือน (1 ยูนิต์เท่ากับ 10 เยน) ผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลในระดับที่ 2 จะต้องเสีย ค่าใช้จ่าย 10,400 ยูนิต์ต่อเดือน และผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลในระดับที่ 5 จะต้องเสียค่าใช้จ่าย 35,830 ยูนิต์ต่อเดือน การเสียค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการจะอยู่ที่ 10% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยในอัตราดังกล่าวไม่ว่าผู้ที่มีรายได้น้อย หรือมากทุกคนจะเสียอัตราค่าใช้จ่ายที่เท่ากัน กรณีการะ ที่จะต้องรับผิดชอบ หรือต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ประชาชนต้องจ่ายเกินกว่าค่า รักษาพยาบาลที่จ่ายจริงประชาชนสามารถเรียกเงินคืนได้ซึ่งระบบดังกล่าวได้เริ่มใช้เมื่อปี 2553 แต่สำหรับประชาชนจะต้องรับการเสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสิ่งอำนวยความสะดวกของรัฐ เช่น ค่าห้อง ค่าอาหารที่ผู้ใช้บริการจำเป็นจะต้องใช้มากกว่ารายได้อัตราของตนเอง ผู้ใช้นั้นไม่ต้องรับผิดชอบซึ่งจะมีขีดจำกัดสูงสุดไว้ให้ การประกันการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวนเงินที่จะต้องเสีย ค่าใช้จ่ายจะคิดตามรายได้โดยจะมีทั้งหมด 12 ชั้น ค่าประกันมีทั้งหมด 6 ชั้น ซึ่งเสียค่าประกัน ประมาณ 65,282 เยน และค่าประกันจะคิดจากฐานรายได้ คือ ระหว่าง 0.45 เท่า – 2.3 เท่า การจ่ายค่าประกันดูแลสามารถจ่ายได้ 2 วิธี คือ วิธีที่หนึ่ง สำหรับผู้ที่ได้รับเงินบำนาญ รัฐจะหัก ค่าใช้จ่ายประกันการดูแลจากเงินบำนาญ วิธีที่สอง เป็นการจ่ายโดยทั่วไปโดยอาจหักจากบัญชี หรือไปจ่ายตามที่รัฐเรียกเก็บ หากผู้ที่มีปัญหาในการจ่ายค่าประกันก็สามารถไปขอจ่ายลด เปอร์เซ็นต์ได้ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40 - 64 ปี จะหักค่าใช้จ่ายในระหว่างการดูแลรักษาพยาบาล (สรุปผลการเดินทางศึกษาดูงานด้านกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการ ของ คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการ สภาผู้แทนราษฎร ระหว่างวัน พุธที่ 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) ซึ่ง ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ระบบนี้ได้ถูกพัฒนาโดยลำดับมีการปรับปรุงอย่าง ต่อเนื่องให้มีความเหมาะสม สามารถจัดการปัญหาจากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น การมีปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและภาวะทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้นตามมา ตามอายุที่เพิ่มขึ้น รวมทั้ง จัดการปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากที่ได้ดำเนินการการดูแลระยะยาว ระบบการ ดูแลระยะยาวนี้ เป็นระบบที่ได้ถูกพัฒนาให้มีแนวทางและผลประโยชน์ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจให้ประชากร ชาวญี่ปุ่นสนใจและต้องการที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวโดยการจ่ายเงินรายได้บางส่วนเข้าสู่ ระบบฯ ระบบนี้เป็นการประกันสุขภาพภาคสมัครใจซึ่งหมายถึง ผู้ที่เข้าร่วมจะได้สิทธิประโยชน์จาก การสมัครใจเพื่อการประกันการดูแลสุขภาพ หากตนเกิดสภาวะร่างกายอ่อนแอ หรือจำเป็นต้องรับ การดูแลในขนาดการจ่ายเงินเข้าสู่ระบบจะเริ่มต้นเมื่อผู้ที่ต้องการเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวมีอายุ

ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายนี้ไปจนกระทั่งเสียชีวิต แต่ผู้ที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาวนี้จะได้รับการดูแลด้วยกลไกในระบบการดูแลระยะยาวที่ได้ถูกจัดไว้เป็นอย่างดี

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว

การจัดกลุ่มเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสามารถจัดผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี สามารถพึ่งพาตนเองได้เป็นอย่างดี
2. ผู้สูงอายุที่แข็งแรงและสมัครเข้าร่วมการสนับสนุนเพื่อการป้องกันการดูแลระยะยาว ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ
3. ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับ

การดูแลจากภาครัฐ

การดูแลจากภาครัฐได้แบ่งตามระดับความต้องการการดูแล ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้เป็นอย่างดี (Independent)
กลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถใช้ชีวิตประจำวัน มีกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมและสามารถจัดการกับสภาวะสุขภาพของตนได้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับการคัดกรองสภาวะสุขภาพด้วยคำถาม 25 ข้อคำถาม ซึ่งมีคำถามหลัก คือ คำถามที่ประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ เช่น

- ความสามารถในการเดินทางออกนอกบ้าน หรือที่พักอาศัยด้วยตนเอง
- การมีความรู้สึกกลัวอย่างมากต่อการหกล้ม
- จำนวนครั้งของการออกนอกบ้าน หรือที่พักอาศัยในระยะเวลาที่กำหนด
- ความสามารถในการบอกวัน เวลาในปัจจุบันได้อย่างถูกต้อง

โดยการประเมินดังกล่าว ร่วมกับการคัดกรองสภาวะสุขภาพจากคณะกรรมการพิจารณาการเข้าร่วมในระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งคณะกรรมการที่สำคัญจะประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ของท้องถิ่น แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น จะเป็นผู้กำหนดและตัดสินว่าผู้สูงอายุบุคคลดังกล่าว มีความจำเป็นจะต้องเข้าอยู่ในกลุ่มผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว หรือเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการสนับสนุนการป้องกันการดูแลระยะยาวหรือไม่

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

- การดูแลและให้บริการด้านการดูแลสุขภาพจากศูนย์สุขภาพในระดับอำเภอ (District) มีหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ให้บริการให้คำปรึกษาและให้บริการการดูแลสุขภาพ (เน้นเชิงป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ)

- ศูนย์ให้คำปรึกษา เป็นแผนกส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอเล็กน้อยให้มีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้นผ่านโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพ โดยดำเนินการในลักษณะการดูแลรายบุคคล

การพัฒนาสุขภาพและลดปัญหา Disused Syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มความผิดปกติที่เกิดจากการมีกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่ลดลงอย่างมาก ส่งผลให้มีการใช้กล้ามเนื้อและการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ เป็นเวลานานนำมาสู่การที่กล้ามเนื้อและอวัยวะส่วนต่าง ๆ มีการใช้งานน้อยลงทำให้เกิดภาวะเสื่อมถอยและถดถอยทางสมรรถภาพด้านต่าง ๆ เช่น การเดินลดลง การทำงานของระบบข้อและกล้ามเนื้อลดลง เป็นต้น อันนำไปสู่การเกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา ดังนั้นระบบการดูแลระยะยาวจึงเข้ามามีส่วนพัฒนาโดยมุ่งเน้นการไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและรักษาสุขภาพที่ดี การจัดกิจกรรมในแต่ละวัน การกำหนดตารางกิจกรรมที่ชัดเจน ทั้งการทำกิจกรรมในที่อยู่อาศัยและกิจกรรมนอกที่พัก มีการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่และผู้จัดการสุขภาพในศูนย์บริหารจัดการสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมเพื่อคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ พร้อมกันนี้ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะได้รับการประเมินสมรรถภาพเป็นระยะ ๆ มีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพและวางแผนด้านการดูแลทั้งนี้ระบบดังกล่าวจะเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ หรือผู้สูงอายุที่ใช้บริการมีการตอบสนองให้ความคิดเห็น หรือการร้องเรียนหากมีกรณีที่เกิดความบกพร่องและต้องการแจ้งให้ปรับปรุงหรือแก้ไขต่อไป

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Needed Long Term Care) ซึ่งสามารถจัดเป็น 5 ระดับตามความสามารถในการดำเนินกิจกรรมและความต้องการการดูแล 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 ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าว จะคิดคำนวณตามเกณฑ์มาตรฐานที่ได้ถูกกำหนดไว้ อาจเป็นจำนวนครั้งที่ใช้บริการ หรือตามระยะเวลา หรือชนิดของการรับบริการ หรือสินค้านั้น ๆ โดยผู้รับบริการจะต้องจ่ายเงินเป็นจำนวน 10 เปอร์เซ็นต์ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และรัฐบาลจะเป็นผู้รับภาระส่วนที่เหลือคือราว 90 เปอร์เซ็นต์ ระบบการดูแลระยะยาวนี้ ผู้ให้บริการอาจเป็นรัฐ หรือเอกชนก็ได้ แต่ทุกชนิด หรือประเภทบริการจะมีการกำหนดค่าใช้จ่ายสูงสุดที่สามารถใช้ได้ในการ หรือสินค้านั้น ๆ และหากผู้สูงอายุคนใดมีค่าใช้จ่ายมากกว่าอัตราสูงสุดที่สามารถใช้บริการได้นั้นไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตาม เช่น การเลือกสินค้า หรือบริการที่มีคุณภาพสูงกว่าที่มาตรฐานที่ได้ถูกกำหนดไว้ผู้สูงอายุก็ต้องจ่ายส่วนที่เกินนั้นด้วยตนเอง(ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทยญี่ปุ่น, นพ.จิตต์ศักดิ์ พุนศรีสวัสดิ์ และอาจารย์Takada Minako(สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://www.vcharkarn.com> เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2558)

4. ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียมีรูปแบบการปกครอง แบบ สหพันธรัฐ ประกอบด้วย 6 รัฐและ 2 ดินแดน territories รัฐบาลกลางเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการสนับสนุนงบประมาณและออกแบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป หรือผู้ด้อยโอกาส และ ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี (ยกเว้นผู้ที่อยู่ในตลาดแรงงาน) รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณภายใต้ ข้อตกลงผู้ด้อยโอกาสแห่งชาติ (the National Disability Agreement) ซึ่งเป็นการจัดทำข้อตกลงระหว่างรัฐบาลออสเตรเลีย รัฐบาลแต่ละรัฐ และรัฐบาลของเทร์ริทอรีในการออกแบบการพัฒนาการให้บริการสำหรับผู้ด้อยโอกาส ครอบครัวและผู้ดูแลของพวกเขา

ข้อเท็จจริงของการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุออสเตรเลีย มีดังนี้

- ในปี ค.ศ. 2008 ประชากรผู้สูงอายุออสเตรเลียที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนประมาณ 13.3% ในขณะที่ประชากรออสเตรเลียที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะจำนวนประมาณ 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 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 265,000 คน ใช้บริการจากผู้เชี่ยวชาญ และ จำนวน 200,000 คน ใช้บริการการให้บริการโดยครอบครัวและชุมชน
- ในปี ค.ศ. 2008 สถาบันต่างมีจำนวนเตียงให้บริการ จำนวน 59.6 เตียง ต่อ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 1,000 คน

รูปแบบการสนับสนุนด้านการงบประมาณและความคุ้มครอง

ทุกโปรแกรมการดูแลระยะยาวของรัฐบาลได้รับจัดสรรเงินจากภาษี และบางส่วนมีการร่วมจ่ายของประชาชนชาวออสเตรเลีย สหพันธรัฐสนับสนุนโดยตรงแก่การดูแลด้านที่อยู่อาศัย สำหรับการร่วมจ่าย คำนวณอัตราที่ 30 เปอร์เซ็นต์ของการดูแลด้านที่อยู่อาศัย และ ประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์เพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน แพ็คเกจ “การบริการการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน (Home and Community Care - HACC)” เป็นแพ็คเกจที่รัฐบาลสหพันธรัฐร่วมจ่ายประมาณ 60 เปอร์เซ็นต์ และรัฐต่าง ๆ รวมถึง เทร์ริทอรี ร่วมสมทบอีก 40 เปอร์เซ็นต์ (สืบค้นจากเว็บไซต์ www.eocd.org เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2558)

ประเทศออสเตรเลียให้คำจำกัดความของ ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งได้เขียนไว้ในพระราชบัญญัติเงินบำนาญผู้สูงอายุ (the Act Pension ค.ศ. 1909) อย่างไรก็ดี 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 แพคเกจ ขึ้นอยู่กับสุขภาพ
ความจำเป็น การเข้าพิจารณาเข้ารับบริการ ดังนี้

1. **แพคเกจการดูแลผู้สูงอายุ Community Aged Care Packages (CACP)** ให้การบริการที่
บ้านของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือขั้นพื้นฐานในกิจกรรมประจำวัน
2. **แพคเกจการดูแลแบบขยายช่วงอายุสำหรับผู้สูงอายุที่บ้าน Extended Aged Care at
Home (EACH)** เป็นการให้บริการขั้นที่สูงกว่า การให้บริการแบบ CACP
3. **แพคเกจการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมที่อาศัยที่บ้าน Extended Aged Care
at Home Dementia (EACHD)** เป็นการบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการที่ซับซ้อน
มากยิ่งขึ้น และการดูแลด้านที่พักอาศัยของผู้สูงอายุให้บริการการจัดที่พักอาศัยสำหรับผู้
สูงอายุที่ต้องการให้มีการปรับปรุงที่พักอาศัยให้สอดคล้องกับความต้องการของร่างกาย
4. **การดูแลด้านการพักผ่อนบนที่นอนการ Respite care** เป็นการดูแลที่พักแบบชั่วคราวและ
แบบไม่เป็นทางการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแล
5. **การดูแลอย่างถาวร Permanent care** เป็นการดูแลในระดับขั้นต้นและขั้นสูง ขึ้นอยู่กับ
ความจำเป็นของแต่ละบุคคลในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เมื่อไม่สามารถพึ่งพิงตนเองได้

ความพยายามในการบริการการดูแลผู้สูงอายุถูกจัดขึ้นโดยคำนึงถึงความต้องการและความ
จำเป็นที่หลากหลายของผู้สูงอายุออสเตรเลีย บุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการตกเป็นกลุ่มชายขอบ
และบุคคลที่ประสบกับภาวะยากลำบากในการเข้าถึงบริการด้านผู้สูงอายุ (สืบค้นจากเว็บไซต์
<http://www.aihw.gov.au> เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2557)

โครงการดังกล่าวอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงบริการครอบครัวชุมชน และกิจการ
สำหรับชนพื้นเมือง (Ministry for Families, Community Services and Indigenous Affairs - FaCSIA)
องค์กรระดับรัฐบาลกลางหรือระดับชาติ ซึ่งเป็นกระทรวงที่ดูแลงานด้านสวัสดิการครอบครัวและ
ชุมชนในระดับชาติตั้งอยู่ที่กรุงแคนเบอร์รา ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายทางสังคมและกำกับดูแล
ให้มีการดำเนินการตามนโยบายโดยผ่านหน่วยงานที่เป็นพันธมิตรทั้งที่เป็นภาครัฐและ
ภาคเอกชน กระทรวงมีเป้าหมายในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวออสเตรเลียและ
มุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของรายบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการจัดการกับปัญหาทาง
สังคมที่เกิดขึ้น (สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://www.tu.ac.th> สืบค้นเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2557)

การเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ทีมสหวิชาชีพ Aged Care Assessment Teams – ACAT ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้าน
สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และ หมอครอบครัว จะเป็นผู้ประเมิน
ผู้สูงอายุและให้การช่วยเหลือ ดูแล ตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2013 ทีมสหวิชาชีพ ACAT มีทั้งสิ้น
99 ทีมในออสเตรเลีย และมีหน่วยที่ตั้งที่โรงพยาบาล หรือในชุมชน จำนวนและผู้เชี่ยวชาญในทีม
ACAT อาจเปลี่ยนแปลงได้โดยพิจารณาจากพื้นที่ดำเนินการ บทบาท และการจัดการ กล่าวได้ว่า
ทีมสหวิชาชีพ ACAT เป็นผู้ประเมินสุขภาพของบุคคล ดูแลด้านยา จิตใจ และความต้องการทาง
สังคมอื่น ๆ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวและโปรแกรมที่มาสับสนุนผู้สูงอายุ
ทีมสหวิชาชีพ ACAT ยังสามารถส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อเข้ารับการรักษาในโปรแกรมอื่น ๆ เช่น โปรแกรมการ

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

สถานการณ์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศออสเตรเลีย

ปัจจุบันแต่ละปีมีผู้สูงอายุออสเตรเลียได้รับบริการและการช่วยเหลือมากกว่า 1 ล้านคน รัฐบาลได้จัดการบริการส่งให้ไปถึงชุมชน รวมถึงความสะดวักดำนที่พักรอภัย และการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลส่วนบุคคล และการดูแลด้านสุขภาพ

รายงาน Caring for Older Australian, 2011 ได้กล่าวถึงแพ็คเกจการดูแล ผู้สูงอายุรวมถึงจำนวนผู้เข้ารับบริการ ดังนี้

- ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวนมากกว่า 610,000 คน ได้รับการดูแลในรูปแบบ การบริการการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน (Home and Community Care - HACC)
- ผู้สูงอายุ จำนวนประมาณ 70,000 คน ได้รับการดูแลแบบแพ็คเกจการดูแลที่บ้าน โดยชุมชน (Community Care at Home)
- ผู้สูงอายุ จำนวนประมาณ 215,000 คน ได้รับการดูแลด้านที่อยู่อาศัยแบบถาวร ในกลุ่มนี้ จำนวน 70 เปอร์เซ็นต์เป็น ผู้หญิง และ 55 เปอร์เซ็นต์มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

ระบบการดูแลผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลียค่อย ๆ พัฒนาไปในลักษณะ ชั่วคราวเฉพาะกิจ (Ad Hoc Way) เพื่อให้ตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นและความต้องการที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุ การจัดการความเสี่ยง การประนีประนอมในแง่การเมือง และจำกัดรายจ่ายสาธารณะเพื่อบูรณาการการพัฒนาอย่างยั่งยืน

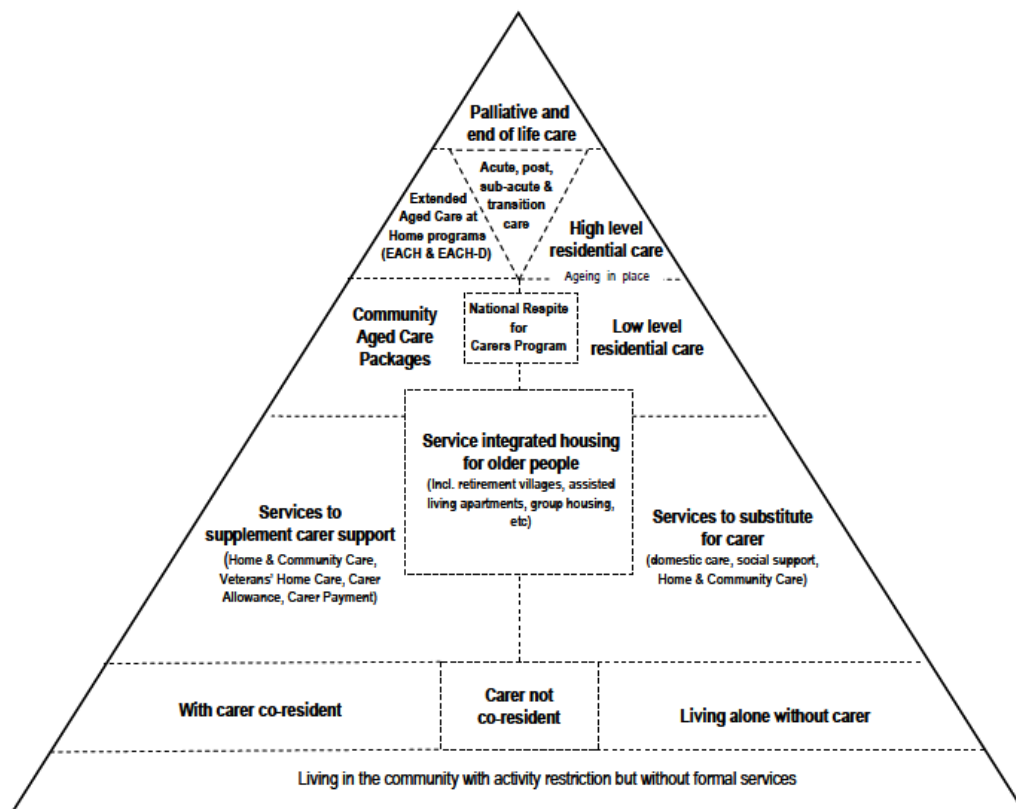
รูปแบบที่เป็นทางการของ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุ” ได้รับเงินสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลออสเตรเลีย ซึ่งรัฐทั้ง 6 รัฐ รัฐนิวเซาท์เวลส์ รัฐควีนส์แลนด์ รัฐเซาท์ออสเตรเลีย รัฐแทสเมเนีย รัฐวิกตอเรีย และรัฐเวสเทิร์นออสเตรเลีย รวมถึงดินแดนหลัก ๆ บนแผ่นดินใหญ่ 2 แห่ง ได้แก่ นอร์เทิร์นเทร์ริทอรี และออสเตรเลียแคพิทอลเทร์ริทอรี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

การให้บริการดูแลที่อยู่อาศัยและชุมชนได้จัดเตรียมให้ผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงศาสนา ความโอบอ้อมอารี บริบทพื้นที่ชุมชน องค์การธุรกิจ รวมทั้ง รัฐเทร์ริทอรี และรัฐบาลท้องถิ่น

ในแง่ของแรงงานในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ประกอบด้วย ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ แรงงานที่ได้รับค่าจ้าง และอาสาสมัคร มีการให้บริการที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ระบบการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับนโยบายทางสังคมมากมาย รวมไปถึง สุขภาพ การดูแลในภาวะเร่งด่วน การให้บริการแก่ผู้ด้อยโอกาส การเคหะ (รวมถึง สถานสงเคราะห์ social housing) การโดยสารขนส่งมวลชน และการช่วยเหลือด้านรายได้

แผนภาพที่ 4.3 โมเดลปัจจุบันในการระบบการดูแลผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลีย



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

5. สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

ภาพรวมของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

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

- สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีใช้เงินงบประมาณจากผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)จำนวน 1.3 %สำหรับการดูแลระยะยาวในสถานบริการผู้สูงอายุ ใน ปีค.ศ.2008และสัดส่วนนี้ คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในปี ค.ศ. 2050ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี จะมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 80ปี ขึ้นไปมากเป็นอันดับ 2ในกลุ่ม ประเทศ OECD

- สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี จัดการรูปแบบ “การประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage)”สำหรับการดูแลระยะยาว ซึ่งระบบนี้คล้ายคลึงกับประเทศญี่ปุ่น เกาหลี เนเธอร์แลนด์ และลักเซมเบิร์ก กล่าวคือ ใช้ระบบประกันสังคม ต่อมามีการปรับปรุงเงื่อนไขของการผลประโยชน์ของการประกันสุขภาพระยะยาวของเยอรมัน (LTC Insurance)ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ดีค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวในอนาคตมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น

ข้อเท็จจริงของการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี มีดังนี้

- จำนวนผู้สูงอายุเยอรมันที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนประมาณ 20% (ค่าเฉลี่ยของ OECD อยู่ที่ 15%) และมีจำนวนผู้สูงอายุเยอรมันที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวนประมาณ 5% (ค่าเฉลี่ยของ OECD อยู่ที่ 4%)
- ในปี ค.ศ. 2008 สาธารณรัฐเยอรมนีใช้เงินงบประมาณจำนวน 1.3% สำหรับสถานบริการผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ จำนวน 0.9%
- ในปี ค.ศ. 2006 ประชากรชาวเยอรมันที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 3.7% ได้รับการดูแลระยะยาวที่บ้าน และ จำนวน 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 เตียงต่อประชากรชาวเยอรมันที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป 1,000 คน

ระบบการจ่ายเงินสมทบ การบริหารจัดการงบประมาณการดูแลระยะยาว (Funding)

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

สาธารณรัฐเยอรมนีมีระบบการเงินที่ผสมผสานทั้งแบบสาธารณะและเอกชน ระบบประกันการดูแลทางสังคมในระยะยาวเป็นนโยบายระดับชาติในการร่วมจ่ายสมทบโดยหักจากรายได้ของประชากรชาวเยอรมันในอัตรา 1.95% (หักจากรายได้ของลูกจ้าง 0.975% และนายจ้างจ่ายสมทบ 0.975%) โดยคำนวณที่เพดานเงินเดือน จำนวน 3,600 ยูโรต่อเดือน ในปี ค.ศ. 2008 ผู้เกษียณอายุต้องจ่ายเงินเข้าระบบเต็มจำนวนด้วยตนเอง (เริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ต้นปี ค.ศ. 2006) เมื่อเดือนมกราคม ปี ค.ศ. 2005 ลูกจ้างที่อายุ 23 ปีขึ้นไปที่ไม่มีบุตร เริ่มจ่ายอัตราส่วนที่เพิ่มขึ้นจาก 0.975% อีก 0.25%

ผลประโยชน์ (Beneficiaries)

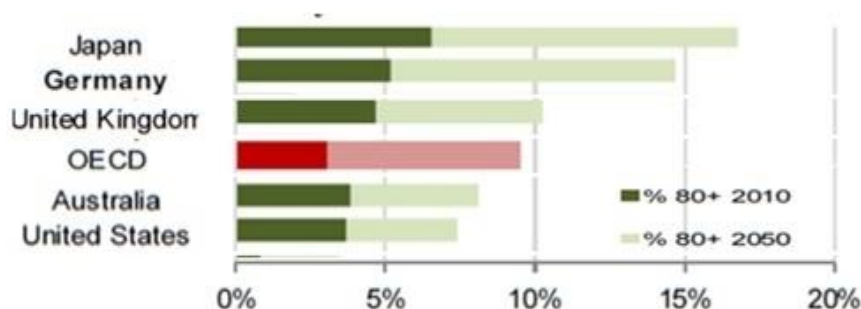
ในปี ค.ศ. 2007 ประชากรของสาธารณรัฐเยอรมนี จำนวน 2.25 ล้านคน ได้รับผลประโยชน์จากกองทุนประกันการดูแลทางสังคมในระยะยาวและจากองค์กรเอกชน ซึ่งนับว่าเป็นจำนวน 2.7% ของจำนวนประชากรทั้งหมดของสาธารณรัฐเยอรมนี จำนวนผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็น 1.86% ดังนั้น ประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 11.3% ได้รับผลประโยชน์จากการดูแลระยะยาว

ความคุ้มครองแก่ผู้ดูแลระยะยาว

สำหรับผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัวได้รับวันพักผ่อนตามกฎหมาย จำนวน 4 สัปดาห์ โดยระบบประกันการดูแลทางสังคมระยะยาวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ ในบางองค์กรธุรกิจ ลูกจ้างสามารถได้วันลาพักผ่อน จำนวน 10 วัน หรือสามารถลาได้สูงสุดครั้งปีโดยไม่ได้รับค่าจ้าง โดยการลานั้นเป็นการลาเพื่อดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมาตรการนี้อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติระยะเวลาในการดูแลรักษาพยาบาล (the Nursing Care Time Act)

ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัวยังได้รับยกเว้นค่าใช้จ่ายในการศึกษาหรือฝึกอบรม ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ที่ทำงานต่ำกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และให้การดูแลอย่างน้อย 14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ได้รับค่าตอบแทนจาก โครงการการประกันการดูแลระยะยาว (LTC Insurance Programme) อีก ทั้ง ยัง ได้รับ การ ประกัน อุ บั ติ เ ห ตุ ด้วย เช่น กัน อ้างถึงใน <http://www.oecd.org/health/longtermcare> สืบค้นเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2558)

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปของกลุ่มประเทศ OECD



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

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

ตารางแสดงการเปรียบเทียบรูปแบบการจัดให้บริการในต่างประเทศ

รูปแบบ ประเทศ	โรงพยาบาลที่ ให้บริการดูแล ระยะยาว	สถานบริบาล	สถานดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย (Hospice Care)	การดูแลสุขภาพที่ บ้าน (Home Health Care)	บริการดูแล กลางวัน	สถานดูแลระยะสั้น (Respite Care)	ที่อยู่อาศัยเฉพาะ ผู้สูงอายุ	ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Center)	ศูนย์ดูแลผู้ป่วย สมองเสื่อม	บริการดูแล สุขภาพฟัน (Dental Care)	บริการดูแล ให้คำปรึกษา	บริการช่วยเหลือ งานบ้าน (Home Help)	บริการซ่อมแซมที่ อยู่อาศัย (Home Repair)	บริการด้าน การขนส่ง (Transportation Service)	บริการสายด่วน และติดตั้ง สัญญาณบอกเหตุ
อเมริกา	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓
สหราชอาณาจักร	✓	✓	✓			✓	✓								
ญี่ปุ่น		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		
ออสเตรเลีย	✓	✓					✓								
เยอรมนี		✓	✓	✓	✓		✓					✓			

สรุปบทเรียนจากการทบทวนประสบการณ์ของประเทศไทยและต่างประเทศ

ประเทศไทยมีการนำระบบการดูแลระยะยาวมาใช้ยังไม่เป็นรูปธรรม ระบบการดูแลการจัดบริการที่เป็นอยู่มีลักษณะเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวให้เป็นวัตถุหรือตัวเงินเช่น เบี้ยสงเคราะห์ต่าง ๆ มากกว่าการจัดบริการอย่างเป็นระบบระบบการดูแลระยะยาวเป็นการจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยบริการทดแทนดังกล่าวอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจากแพทย์โดยตรง หากแต่จะมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การดูแลผู้สูงอายุยังพบว่า เป็นบทบาทหลักของครอบครัวและชุมชน ทั้งการดูแลในการใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพโรคต่าง ๆ หน่วยงานภาครัฐที่ให้บริการยังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้มีภาวะทุพพลภาพการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงการจัดบริการด้านสังคมที่เป็นทางการในปัจจุบันอยู่ภายใต้การดูแลของหลายหน่วยงานโดยหน่วยงานหลักคือกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระบบบริการการดูแลระยะยาวเป็นระบบบริการที่ต้องการการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งครอบครัวชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาครัฐความครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคมการเชื่อมโยงกิจกรรมในการบริการและดำเนินการให้เกิดความเป็นสหสาขาจัดการให้เกิดการบริการที่ต่อเนื่องและการดำเนินการติดตามประเมินและกำกับระบบการบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตอบสนองกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่เป็นระบบบริการที่เป็นธรรมรัฐบาลได้มีแนวทางในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยได้จัดทำ แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557-2561 ซึ่งมียุทธศาสตร์ ดังนี้

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

สำหรับระบบการสุขภาพและสังคมในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศมีความแตกต่างหลากหลายส่วนที่คล้ายคลึงกันของทั้งประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น ออสเตรเลียและสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีดังนี้

1. เน้นการดูแลจากครอบครัว เช่น สหราชอาณาจักรให้ความสำคัญการดูแลสภาพร่างกายของตนเองและการดูแลจากครอบครัวเน้นการดูแลกับผู้ที่มีร่างกายทรุดโทรม ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ โดยดูแลในด้านการจัดเตรียมอาหารการทำธุระส่วนตัว การอาบน้ำ การแต่งกาย

และการดูแลด้านพยาบาล เนื่องจากจำนวนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักรผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการอยู่ที่บ้านของตนเอง

2. การร่วมจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการร่วมจ่ายของประชาชนในหลาย ๆ 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 ปีขึ้นไปและไม่มีบุตรเริ่มจ่ายอัตราส่วนที่เพิ่มขึ้นจาก 0.975% อีก 0.25%

3. การกำหนดชุดบริการ ที่แยกผู้สูงอายุที่สามารถเข้ารับบริการตามสุขภาพ ความจำเป็น เช่น ประเทศออสเตรเลีย มีทีมสหวิชาชีพ Aged Care Assessment Teams – ACAT ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และ หมอนวดทีมสหวิชาชีพ ACAT เป็นผู้ประเมินสุขภาพของบุคคล ดูแลด้านยา จิตใจ และความต้องการทางสังคมอื่น ๆ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวและโปรแกรมที่มาสนับสนุนผู้สูงอายุโดยผ่านทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานในชุมชน การวางแผนจ่ายเงินสมทบเข้าสู่ระบบประกันตั้งแต่วัยทำงานประเทศไทยรวมถึงต่างประเทศหลาย ๆ ประเทศได้ให้ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตที่บ้านด้วยความรักความอบอุ่น (Ageing in Place) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Active Ageing) เพื่อเกิดการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- แพคเกจการดูแลผู้สูงอายุ Community Aged Care Packages (CACP)
- แพคเกจการดูแลแบบขยายช่วงอายุสำหรับผู้สูงอายุที่บ้าน Extended Aged Care at Home (EACH)
- แพคเกจการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมที่อาศัยที่บ้าน Extended Aged Care at Home Dementia (EACHD)
- การดูแลด้านการพักผ่อนนันทนาการ Respite care
- การดูแลอย่างถาวร Permanent care

4. ผลประโยชน์และความคุ้มครองแก่ผู้ดูแลระยะยาว เช่น สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีสวัสดิการสำหรับผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัว ได้แก่ การได้รับวันพักผ่อนตามกฎหมาย จำนวน 4 สัปดาห์ โดยระบบประกันการดูแลทางสังคมระยะยาวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ในบางองค์กรธุรกิจ ลูกจ้างสามารถได้วันลาพักผ่อน จำนวน 10 วัน หรือสามารถลาได้สูงสุดครึ่งปีโดยไม่ได้รับค่าจ้าง โดยการลานั้นเป็นการลาเพื่อดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมาตรการนี้อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติระยะเวลาในการดูแลรักษาพยาบาล (the Nursing Care Time Act) ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการในครอบครัวยังได้รับยกเว้นค่าใช้จ่ายในการศึกษาหรือฝึกอบรม ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ที่ทำงานต่ำกว่า 30 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และให้การดูแลอย่างน้อย 14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ได้รับค่าตอบแทนโดย โครงการการประกันการดูแลระยะยาว (LTC Insurance programme) อีกทั้งยังได้รับการประกันอุบัติเหตุด้วยเช่นกัน

บทที่ 5

ความต้องการและความคาดหวังต่อการดูแลทางสังคม ในครอบครัวและชุมชนและการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ

ความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนหมายถึงความต้องการบริการสุขภาพและสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และความคาดหวังของผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาวในอนาคต ผลจากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยแบ่งผลการศึกษาเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 ความต้องการบริการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 3 ความต้องการบริการทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ตอนที่ 2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและบริการการดูแลระยะยาว

ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

การศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายในการดูแล รวมไปถึงการศึกษาความต้องการบริการการดูแลระยะยาว และความต้องการการบริการทางสังคม ทั้งในส่วนของการบริการสุขภาพที่ต้องการของผู้สูงอายุที่จัดให้บริการโดยสถาบันและการให้บริการโดยชุมชน โดยผลการศึกษา มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 249 คน ประกอบด้วย เพศและอายุของผู้สูงอายุ สถานภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ศาสนา สิทธิในการรักษาพยาบาล ลักษณะการเป็นโรค ผู้ดูแล และเครือข่ายนอกจากสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส และศาสนา)

เพศและอายุของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.8 เป็นเพศหญิง รองลงมา ร้อยละ 46.2 เป็นเพศชาย ร้อยละ 20.1 อายุ 75-79 ปี รองลงมา ร้อยละ 19.7 อายุ 85-90 ปี และร้อยละ 16.9 อายุ 80-84 ปี ตามลำดับ โดยมีอายุต่ำสุด 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

เพศและอายุของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

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 ปี ขึ้นไป	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)

รายได้ของครอบครัว

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

ความพอเพียงของรายได้

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

ตารางที่ 5.4
รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ

	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 บาทขึ้นไป	26	10.4
รวม (N=249)	249	100.0

ตารางที่ 5.5
ความพอเพียงของรายได้ครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ

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

3.ข้อมูลด้านสุขภาพ (สิทธิในการรักษาพยาบาล,ภาวะโรค/เจ็บป่วย)

สิทธิในการรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.9 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาคือ ร้อยละ 14.1 มีสิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ และ ร้อยละ 1.2 มีสิทธิประกันชีวิต(ตารางที่ 5.6)

ลักษณะของโรคและภาวะเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน

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 โรคเมะเร็ง โรคตับ(ตารางที่ 5.7)

ตารางที่ 5.6
สิทธิในการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงใช้

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

ตารางที่ 5.7
ลักษณะการเป็นโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน

	จำนวน	ร้อยละ
- โรคกระดูกและข้อ	84	20.7
- โรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือด	78	19.3
- โรคเบาหวาน	76	18.8
- โรคที่เกี่ยวกับสายตา (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 (N=405)	405	100.0

4. ผู้ดูแล (ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว, นอกครอบครัว)

ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.3 ต้องมีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์แตกต่างกันไป ได้แก่ ร้อยละ 53.41 เป็นบุตรสาว รองลงมาคือ ร้อยละ 18.5 เป็นคู่สมรส (สามี/ภรรยา) และร้อยละ 14.45 เป็นบุตรชาย ตามลำดับ อีกทั้งร้อยละ 19.7 เป็นผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตนเอง (ตารางที่ 5.8)

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว

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

ตารางที่ 5.8

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	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

	จำนวน	ร้อยละ
- ญาติ	204	39.5
- เพื่อนบ้าน	107	20.7
- คนในชุมชน	107	20.7
- อาสาสมัครดูแลต่าง ๆ	66	12.8
- เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานในชุมชน	33	6.4
รวม (N=517)	517	100.0

5. เครื่องช่วยในการดูแล (เครื่องมือที่พึ่งพานอกจากสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง)

เครื่องมือที่พึ่งพานอกจากสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

การพึ่งพาของผู้สูงอายุนอกจากสมาชิกในครอบครัวแล้วร้อยละ 39.7 คือ ญาติ รองลงมา คือ ร้อยละ 21.1 เป็นทีมอนามัยสุขภาพ และร้อยละ 20.9 เป็นเพื่อนบ้าน ตามลำดับ (ตารางที่ 5.10)

ตารางที่ 5.10
เครื่องมือที่พึ่งพานอกจากสมาชิกในครอบครัว

	จำนวน	ร้อยละ
- ญาติ	190	39.7
- เพื่อนบ้าน	100	20.9
- ทีมอนามัยสุขภาพ	101	21.1
- กลุ่มผู้ดูแล เจ้าหน้าที่อื่น ๆ (ท้องถิ่นวิชาชีพ)	44	9.2
- กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน	43	9.0
รวม (N=249)	478	100.0

ส่วนที่ 2 ความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผู้ตอบแบบสอบถาม “ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” ร้อยละ 78.3 เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และร้อยละ 21.7 ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในการศึกษารound นี้ จึงเป็นความคิดเห็นและความต้องการบริการต่าง ๆ ทั้งของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ปรารถนาบริการช่วยในการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยรูปแบบบริการสุขภาพและสังคมที่ต้องการ มีดังนี้ (ตารางที่ 5.11)

2.1 รูปแบบการบริการสุขภาพที่ต้องการ

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

จากการพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการด้านรูปแบบการบริการสุขภาพ พบว่า

- ความต้องการบริการดูแลชั่วคราว (Hospice Care) หรือการให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น แบบพักค้างชั่วคราว เป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ในบางเวลา เพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักหรือกิจกรรมที่สำคัญในบางครั้ง โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 38.6 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 36.1

ความต้องการระดับมากที่สุดและร้อยละ 15.3มีความต้องการระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.96$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- บริการสถานบริบาลคนชรา (Nursing Home) สถานบริบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้ที่บ้าน มีพยาบาลหรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 40.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5และมีความต้องการระดับมากและร้อยละ 19.7มีความต้องการระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.92$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) เป็นการให้บริการสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อน ๆ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 37.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.9มีความต้องการระดับมากและร้อยละ 22.9 มีความต้องการระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X} = 3.89$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

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

เมื่อพิจารณารูปแบบการบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการในระดับมากที่สุด โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 40.2 มีความต้องการบริการสถานบริบาลคนชราสูงกว่าด้านอื่น ๆ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของรูปแบบการบริการสุขภาพที่ต้องการมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.90$ แสดงว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระดับมาก (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

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบันหรือสถานพยาบาล ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการต่าง ๆ ดังนี้

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

- หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 48.6 มีความต้องการระดับมากที่สุดร้อยละ 30.1มีความต้องการระดับมากและร้อยละ 16.1 มีความต้องการระดับปานกลางค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเท่ากัน $\bar{X}$ = 4.21 หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด

- แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ (OPD) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 49.4 มีความต้องการระดับมากที่สุดร้อยละ 29.7มีความต้องการระดับมากและร้อยละ 14.1มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.19 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

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

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

- คลินิกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 47.8 ความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.7มีความต้องการระดับมากและร้อยละ 16.9 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.17 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

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

- บริการสุขภาพทางฟัน (Dental Care) มีวันเฉพาะที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.9มีความต้องการระดับมากที่สุดร้อยละ 28.5มีความต้องการระดับมากและร้อยละ 23.7มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.66 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบันหรือสถานพยาบาล โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่สูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 51.8โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบันที่ต้องการมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 4.12 อยู่ระดับมาก (ตารางที่ 5.12)

ตารางที่ 5.12
ระดับความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน

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
- แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ (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
- 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

(3) ความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชนพบว่า

- ระบบส่งต่อผู้ป่วยมี ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 50.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.3มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 15.7 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.28 หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด
- การฝึกสอนอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 42.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 19.7 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.09 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- การบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 42.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 20.5 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.09 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- การมีคนมาช่วยดูแลทดแทนบ้างบางเวลา ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 43.4 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 18.1 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.05 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- การบริการดูแลกลางวัน (Day Care) ให้บริการและฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งส่งเสริมด้านสุขภาพ สังคม นันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบริการช่วงกลางวัน ไม่รับดูแล 24 ชั่วโมงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 38.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 23.7มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.96หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

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

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

เมื่อพิจารณาความต้องการการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระบบส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 50.2 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุดเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชนมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 4.01 อยู่ในระดับมาก (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 ความต้องการบริการทางสังคม

การบริการทางสังคม เป็นรูปแบบหนึ่งของการบริการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีทั้งการบริการที่ผู้ให้บริการเป็นสถาบัน การบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร และการบริการทางสังคมที่ผู้ให้บริการเป็นสถาบันในชุมชน จากการศึกษา พบความต้องการของผู้สูงอายุต่อการบริการทางสังคม ดังนี้

(1) ความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันพบว่า

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

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

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

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการทางสังคม จากผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน โดยพิจารณาระดับความต้องการมากที่สุด พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 45.0 มีความต้องการให้ผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแลเมื่ออยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 4.06 อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5.14)

ตารางที่ 5.14

ระดับความต้องการบริการทางสังคม

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- มีผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่อท่านอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	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 เจ้าหน้าที่อื่น ๆ เช่น ท้องถิ่น วิชาชีพต่าง ๆ	34.1	28.5	28.5	4.8	4.0	3.84	1.07	มาก
รวม						4.06	.75	มาก

(2)ความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร พบว่า

- ความต้องการระบบอาสาสมัครช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ร้อยละ 40.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.3 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.5 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.05 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้ผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวัน/ครอบครัวออกไปทำงานข้างนอก เช่น อาสาสมัคร อพส. อสม.โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 37.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 26.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 24.9ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.86หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้มีให้เพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน พูดคุยที่บ้าน ร้อยละ 33.7 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.3 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 26.5ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.84หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้มีเครือข่าย/เพื่อนบ้านมาดูแล ร้อยละ 32.1มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.1มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 28.5ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.83หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการการช่วยเหลืองานบ้าน เช่น การจัดหาอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การดูแลเครื่องแต่งกาย การดูแลสภาพแวดล้อม งานแม่บ้าน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 28.9มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 26.9ความต้องการระดับมากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.58หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้มีการจัดส่งอาหารไปที่บ้านโดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 31.3มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 25.3มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 24.1ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.53หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการระบบอาสาสมัครช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 40.6 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร มีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 3.78อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5.15)

ตารางที่ 5.15
ระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- ระบบอาสาสมัครช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	40.6	35.3	16.5	3.6	4.0	4.05	1.03	มาก
- ผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวัน/ครอบครัวออกไปทำงานข้างนอก เช่น อาสาสมัคร อพส. อสม.	37.8	26.1	24.9	6.8	4.4	3.86	1.13	มาก
- ให้เพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียนพูดคุยที่บ้าน	33.7	29.3	26.5	8.0	2.4	3.84	1.05	มาก
- มีเครือข่าย/เพื่อนบ้านมาดูแล	32.1	30.1	28.5	7.2	2.0	3.83	1.02	มาก
- การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น การจัดหาอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การดูแลเครื่องแต่งกาย การดูแลสภาพแวดล้อมงานแม่บ้าน	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

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน พบว่า

- ความต้องการหน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉินมีโดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 57.4 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 10.8 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ 4.40 หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด

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

- ความต้องการให้มีบริการสุขภาพที่บ้าน (สหสาขาวิชาชีพ) โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 37.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 18.5 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.98 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการศูนย์บริการดูแลกลางวันในชุมชนโดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 37.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.9 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.97 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานบริการทางสุขภาพโดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 35.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 34.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 23.3 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.96 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการบริการดูแลทดแทนที่บ้านโดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 33.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด และมีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 22.1 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.85 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการให้มีบริการการสนับสนุนปรับปรุงบ้านโดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5 ความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.59 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการหน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉินสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 57.4 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน มีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 3.97 อยู่ในระดับมาก (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 พบว่า

- ความต้องการให้มีจัดตั้งสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 46.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 33.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 14.1 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.19 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ การให้สวัสดิการแก่ครอบครัวเพื่อสามารถดูแลผู้สูงอายุและเด็กในครอบครัวได้ตลอดจนสนับสนุนชุมชนให้จัดสวัสดิการที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุที่ไร้ญาติด้วย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 43.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 17.3 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.09 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้มีการจัดหาอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติหรือผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 38.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 38.2 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 18.5 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.08 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้มีผู้ดูแลในการไปรับยาที่ รพ./พบแพทย์เพื่อสะดวกในการเดินทาง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 39.8 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 39.4 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 12.4 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.06 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้มีการจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันตามข้อกำหนดของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 37.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 36.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 19.3 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.00 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้มีผู้ช่วยในการพาไปพบแพทย์ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 41.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.9 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 18.5 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.99 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้มีการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น เช่น การเคลื่อนไหวแขน ขา การจัดทำ การเคลื่อนย้าย ฯลฯ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 42.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 16.1 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.98 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพในชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 43.4 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 29.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 16.5 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.87 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้มีการผู้ช่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การดูแลแผลกดทับ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 38.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 17.3 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.85 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

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

- ความต้องการให้มีการมีผู้ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว เป็นต้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 31.3 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 27.7 ความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 26.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.63 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

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

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการดูแลในชุมชน โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการจัดตั้งสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 46.6 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุดเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการการบริการดูแลในชุมชนมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 3.88 อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5.17)

ตารางที่ 5.17
ระดับความต้องการบริการดูแลในชุมชน

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

ตารางที่ 5.17 (ต่อ)
ระดับความต้องการบริการดูแลในชุมชน

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
- ปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ	29.3	30.5	26.9	4.8	8.4	3.67	1.18	มาก
- ผู้ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว เป็นต้น	26.5	31.3	27.7	7.6	6.8	3.63	1.15	มาก
- ผู้ดูแลพาทำนเข้าร่วมทำกิจกรรมทางศาสนา	14.5	27.3	34.9	10.0	13.3	3.20	1.20	ปานกลาง
รวม						3.88	0.78	มาก

(5) ความต้องการบริการสวัสดิการสังคม

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมพบว่า

- ความต้องการให้มีบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการทางสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 49.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 32.5 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 13.3 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.23 หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด
- ความต้องการการสนับสนุนรายได้และการส่งเสริมงานให้แก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 45.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 10.8 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.17 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการให้มีการจัดส่งยาไปที่บ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 43.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 34.1 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 14.5 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.08 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว: การบริการดูแลชั่วคราวที่บ้าน การดูแลกลางวัน กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ จัดกิจกรรมและนันทนาการ การสรุปรายงานเพื่อวิเคราะห์และแก้ปัญหาการดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 34.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 25.3 ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.84 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

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

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

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

เมื่อพิจารณาความต้องการบริการสวัสดิการสังคมโดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการให้มีบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการทางสุขภาพสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 49.0 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุดเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการบริการสวัสดิการสังคมมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 3.95อยู่ในระดับมาก (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

- ความต้องการมีผู้ช่วยในการจัดหาอาหาร และยา ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 32.5 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 28.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด และร้อยละ 21.7ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.67หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการมีผู้ช่วยในการเปลี่ยนผ้าอ้อม เสื้อผ้า มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ31.3มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.9มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 22.5ความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.67หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการมีผู้ช่วยในการขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำ และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ31.3มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 27.3 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 23.7 มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.60 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการมีผู้ช่วยในการเปลี่ยนอิริยาบถ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ29.7มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5ความต้องการระดับปานกลาง และ ร้อยละ 23.7มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.56หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการมีผู้ช่วยในการอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ30.1มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 27.7ความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 24.1มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.58หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการมีผู้ช่วยในการดูแลช่องปาก ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 31.7ความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ24.9มีความต้องการระดับมากที่สุด และ ร้อยละ 22.1มีความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ =3.39หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้านสุขภาวะส่วนตัว โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการให้มีผู้ช่วยในการเปลี่ยนผ้าอ้อม เสื้อผ้า และต้องการให้มีผู้ช่วยในการขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำและการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่ายสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 31.3 เท่ากัน โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้านสุขภาวะส่วนตัวมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ =3.58 อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5.19)

ตารางที่ 5.19
ระดับความต้องการด้านสุขภาวะส่วนตัว

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

6.2) ความต้องการผู้ช่วยงานบ้านและการดูแลที่บ้าน

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการผู้ช่วยงานบ้าน พบว่า

- ความต้องการมีผู้ช่วยในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.9 ความต้องการระดับมาก ร้อยละ 27.7 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 27.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.67 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการมีผู้ช่วยในการจัดเตรียมอาหาร ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 29.3 มีความต้องการระดับมาก ร้อยละ 26.5 ความต้องการระดับมากที่สุด และ ร้อยละ 25.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.57 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

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

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

- ความต้องการมีผู้ช่วยในการซักเสื้อผ้า รีด ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 28.1 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 25.7 มีความต้องการระดับมาก และร้อยละ 22.9 ความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.39 หมายถึงมี

ความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการผู้ช่วยงานบ้านโดยใช้คำร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการผู้ช่วยในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย สูงกว่าด้านอื่น ๆ ในระดับมาก คือ ร้อยละ 30.9 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมความต้องการด้านผู้ช่วยงานบ้านมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}=3.53$ อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5.20)

ตารางที่ 5.20
ระดับความต้องการด้านผู้ช่วยงานบ้าน

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- มีผู้ช่วยในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย	27.3	30.9	27.7	9.2	4.8	3.67	1.117	มาก
- มีผู้ช่วยในการจัดเตรียมอาหาร	26.5	29.3	25.7	12.0	6.4	3.57	1.186	มาก
- มีผู้ช่วยในการจับจ่ายซื้อของใช้ส่วนตัวของผู้สูงอายุ	24.9	30.1	25.7	11.2	8.0	3.53	1.208	มาก
- มีผู้ช่วยในการทำความสะอาดบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ฯลฯ	24.5	26.9	28.1	12.9	7.6	3.48	1.208	มาก
- มีผู้ช่วยในการซักเสื้อผ้า 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

- ความต้องการผ้าอ้อม ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 54.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 22.1 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 8.8 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}= 4.09$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการแผ่นรองนอน/ผ้าปูที่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 47.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 30.1 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 9.2 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}= 4.05$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการเครื่องช่วยยกผู้ป่วย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 39.0 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 27.3 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 17.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}= 3.92$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการเตียงนอน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 41.4 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 24.9 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 12.9 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}= 3.71$ หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก
- ความต้องการที่นอนลม ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 36.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 26.1 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 15.7 มีความ

ต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.64 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการรถเข็น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 38.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 24.5 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 13.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.61 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการชุดทำแผล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 33.7 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 20.9 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 14.9 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.34 หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 26.9 ความต้องการระดับมาก ร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด และ ร้อยละ 15.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.24 หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการไม้เท้า 2 ขา/ไม้เท้า 3 ขา ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 27.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 19.7 มีความต้องการระดับปานกลาง และ ร้อยละ 16.5 ความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.09 หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการเครื่องช่วยเดิน (Walker) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 22.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 20.5 มีความต้องการระดับปานกลาง และ ร้อยละ 18.1 ความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 2.97 หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการถังออกซิเจน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 20.1 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 16.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 2.86 หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการเครื่องดูดเสมหะ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 24.5 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 17.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด และ ร้อยละ 15.3 ความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 2.82 หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการสายสวนปัสสาวะที่บ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 24.1 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 13.7 มีความต้องการระดับมากที่สุด และ มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 2.72 หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการเครื่องช่วยฟัง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 21.3 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 17.3 ความต้องการระดับมาก ร้อยละ 12.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 2.63 หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการสายอาหาร ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 17.3 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 15.3 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 11.6 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 2.44 หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการยาฉีดอินซูลิน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 20.2 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 14.1 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 10.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 2.35 หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาความต้องการด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการผ้าอ้อมสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 54.2 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวม ความต้องการด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกมีค่าเฉลี่ย $\bar{X} = 3.21$ อยู่ในระดับ มาก (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
- ไม่เท่า 2 ขา/ไม่เท่า 3 ขา	27.3	16.5	19.7	10.8	25.7	3.09	1.54	ปานกลาง
- 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	.90	มาก

6.4) ความต้องการด้านการเงินและข้อแนะนำด้านกฎหมาย

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการด้านการเงินและข้อแนะนำกฎหมาย พบว่า

- ความต้องการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีร้อยละ 60.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 22.9 ความต้องการระดับมาก และร้อยละ 9.2 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.31 หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด

- ความต้องการค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 56.2 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.5 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 8.8 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.30 หมายถึงมีความต้องการในระดับมากที่สุด

- ความต้องการค่าใช้จ่ายในการซื้อของใช้ส่วนตัว ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 49.4 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 21.3 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 19.3 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 4.04 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

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

- ความต้องการค่าใช้จ่ายในการปรับปรุง ซ่อมแซมบ้านเพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 43.8 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 24.9 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 17.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.89 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการการจัดการด้านการเงิน เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ มรดก ทรัพย์สินของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 28.9 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 17.7 มีความต้องการระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.55 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการให้มีผู้ช่วยทำเอกสารสำคัญทางกฎหมาย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 22.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด ร้อยละ 20.9 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 16.9 ความต้องการระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.02 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

เมื่อพิจารณาความต้องการด้านการเงินและข้อแนะนำด้านกฎหมาย โดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 60.2 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้านการเงินและกฎหมาย มีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 3.87 อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5.22)

ตารางที่ 5.22

ระดับความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้านการเงินและกฎหมาย

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
- ค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงซ่อมแซมบ้านเพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนไหว	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

การพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของระดับความต้องการการดูแลด้านจิตใจพบว่า ค่าเฉลี่ยของ

- ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทา ความเครียดและความกลัวต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.1 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 28.5 มีความต้องการระดับปานกลาง และร้อยละ 24.1 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.54 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการการให้มีผู้ช่วยจัดการนอนไม่หลับ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.4 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 27.5 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 21.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.42 หมายถึงมีความต้องการในระดับมาก

- ความต้องการการให้มีผู้ช่วยพาออกไปนอก ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 29.7 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 25.7 ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 20.9 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.34 หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว เช่น ดูโทรทัศน์ ทำอาหาร สังสรรค์ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 30.5 มีความต้องการระดับ

ปานกลาง ร้อยละ 25.3ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ16.5 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.20หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการการให้มีผู้ช่วยอ่านหนังสือ ข่าวสาร ให้ฟัง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 36.1 มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 20.5ความต้องการระดับมาก และ ร้อยละ 15.3 มีความต้องการระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 3.11หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

- ความต้องการการให้มีผู้ช่วยนำสวดมนต์ ทำสมาธิ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ35.7มีความต้องการระดับปานกลาง ร้อยละ 21.7ความต้องการระดับมาก และร้อยละ 9.6มีความต้องการระดับมากที่สุดโดยมีค่าเฉลี่ยรวม $\bar{X}$ = 2.93หมายถึงมีความต้องการในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาความต้องการการดูแลด้านจิตใจโดยใช้ค่าร้อยละ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการให้มีผู้ช่วยอ่านหนังสือ ข่าวสาร ให้ฟังสูงกว่าด้านอื่น ๆ คือ ร้อยละ 36.1 โดยเป็นความต้องการในระดับปานกลาง ส่วนความต้องการในระดับมากที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทา ความเครียดและความกลัวต่าง ๆ ซึ่งมีร้อยละ 24.1 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยรวมต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$ = 3.26ระดับปานกลาง (ตารางที่ 5.23)

ตารางที่ 5.23
ระดับความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

ความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- การสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความเครียดและความกลัวต่าง ๆ	24.1	30.1	28.5	10.0	7.2	3.54	1.17	มาก
- มีผู้ช่วยจัดการนอนไม่หลับ	21.5	27.5	30.4	13.0	7.7	3.42	1.18	มาก
- มีผู้ช่วยพาออกไปนอกบ้าน	20.9	25.7	29.7	14.1	9.6	3.34	1.22	ปานกลาง
- มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว เช่น ดูโทรทัศน์ ทำอาหาร สังสรรค์	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

สรุปความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

เมื่อนำค่าเฉลี่ยโดยรวมของแต่ละตัวชี้วัดมาพิจารณา สามารถจำแนกได้เป็น 2 ด้านประกอบด้วย

1. **ความต้องการบริการทางสุขภาพ** โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสุขภาพในระดับมาก $\bar{X} = 3.90$ โดยในประเด็นความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน $\bar{X}=4.12$ สูงกว่าความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน $\bar{X}=4.01$

2. **ความต้องการบริการทางสังคม** โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการบริการทางสังคมจากผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน $\bar{X}=4.06$ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และมีความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน $\bar{X}=3.97$ มีความต้องการบริการสวัสดิการสังคม $\bar{X}=3.95$

มีความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร $\bar{X}=3.78$ มีความต้องการการบริการดูแลในชุมชนมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}=3.88$) และเช่นกัน

สำหรับความต้องการบริการทางสังคมที่เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุพบว่า ค่าเฉลี่ยของมีความต้องการการดูแลด้านการเงินและกฎหมายมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}=3.87$) มีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพส่วนตัวมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}=3.58$) มีความต้องการการดูแลด้านผู้ช่วยงานบ้านมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}=3.53$) มีความต้องการการดูแลด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$) และมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$)

ตารางที่ 5.24

ความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ความต้องการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความต้องการบริการสุขภาพ			
บริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน	4.12	.83	มาก
บริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน	4.01	.82	มาก
ความต้องการบริการทางสังคม			
บริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน	4.06	.75	มาก
บริการสวัสดิการสังคม	3.95	0.83	มาก
บริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน	3.97	.82	มาก
บริการดูแลในชุมชน	3.88	0.78	มาก
บริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร	3.78	.82	มาก

ตารางที่ 5.24 (ต่อ)
ความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ความต้องการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ			
การดูแลด้านการเงินและกฎหมาย	3.87	0.93	มาก
การดูแลด้านสุขภาวะส่วนตัว	3.58	1.05	มาก
การดูแลด้านผู้ช่วยงานบ้าน	3.53	1.09	มาก
การดูแลด้านจิตใจ	3.26	0.98	ปานกลาง
การดูแลด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก	3.21	.90	ปานกลาง

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนได้ให้ข้อมูลความต้องการบริการในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพิ่มเติมว่า

(1) ต้องการมีบุคลากรทางการแพทย์มาตรวจเยี่ยมเป็นประจำ

การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ควรจะมีแพทย์ลงมาดูแลในกรณีผู้สูงอายุติดเตียงเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจสุขภาพและรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ติดเตียงอย่างถูกต้อง(เทศบาลนครแหลมฉบัง)

(2) ต้องการการสนับสนุนกายอุปกรณ์

ในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ควรจัดหากายอุปกรณ์ตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนของใช้ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์รถเข็นคนพิการ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำลี แอลกอฮอล์ล้างแผล เป็นต้น

1.ความต้องการดูแลการบริการสุขภาพ

กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสถานบริบาลคนชรา ร้อยละ 40.2มากกว่าต้องการอยู่บ้านหรือครอบครัวโดยมีความต้องการระดับมากที่สุด และ เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพในครอบครัวแล้วพบว่า ร้อยละ 46.2 มีสถานภาพเป็นหม้าย และผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง ร้อยละ 19.7 นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาถึงครอบครัวพบว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 50.6 นอกจากนั้นเมื่อให้ครอบครัวของผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.3 ครอบครัวของผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า “ปัญหาของผู้สูงอายุที่มักประสบคือปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและเมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามมา ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนไม่เพียงพอ” ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพโดยครอบครัวหรือชุมชน ที่จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ จึงมีความต้องการจะได้รับการบริการจากสถานบริบาลคนชราเพื่อให้ได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชนร้อยละ 50.2 และหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ที่เป็นบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน ร้อยละ 51.8 เกิดจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการผู้ดูแลในครอบครัว ร้อยละ 41.8 และผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกันหรือบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.,น.) กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงต้องการการดูแลใกล้ชิดเป็นพิเศษ และต้องเป็นการดูแลระยะยาวซึ่งต่อเนื่องจากกลุ่มอื่นด้วย

2. ความต้องการการบริการทางสังคม

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

กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร มีความสัมพันธ์ ลักษณะของโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน คือ โรคกระดูกและข้อ (ร้อยละ 20.7) ต้องนอนติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่มีหน่วยงาน

กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน มีหน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน (ร้อยละ 57.4) มีความสัมพันธ์ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนมากมีอายุระหว่าง 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 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นหม้ายและสมรส 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 ซึ่งในด้านความพอเพียงของรายได้ส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้รวมไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 76.3

ส่วนด้านสุขภาพนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 83.9 ซึ่งลักษณะโรคที่เป็นมากที่สุดคือโรคกระดูก ร้อยละ 20.7 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือดร้อยละ 19.3 ซึ่งในการดูแลนั้นพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหลักๆ แล้วคือ บุตรสาว ร้อยละ 53.41 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 18.5 สำหรับผู้ดูแลที่ไม่ใช่คนในครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นญาติ ร้อยละ 39.5 และเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน ร้อยละ 20.7 ในส่วนของกาพึ่งพาเครือข่ายภายนอกที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่จะเป็นทีมอนามัยสุขภาพร้อยละ 21.1 และเพื่อนบ้าน ร้อยละ 20.9

ผลการศึกษาในด้านการบริการการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่ารูปแบบการบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องการ ส่วนใหญ่มีความต้องการบริการดูแลชั่วคราวหรือการให้บริการรับดูแลในบางเวลาที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ และต้องการบริการสถานพยาบาลคนชราที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ หรือต้องมีผู้ช่วยมาดูแลที่บ้าน โดยที่ความต้องการบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเข้าไปใช้บริการได้คือในส่วนของสถาบันที่มีการจัดให้บริการ หรือการบริการที่หน่วยงานจัดให้บริการถึงบ้านและชุมชน เช่น บริการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วย บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และบริการดูแลกลางวัน เป็นต้น สำหรับในด้านความต้องการบริการทางสังคมนั้น ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการที่เป็นสถาบัน เช่น การมีผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแลให้กับผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ และบริการฝึกสอนอบรมการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยในส่วนของความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัครนั้น ส่วนใหญ่ต้องการระบบอาสาสมัครช่วยดูแลที่บ้านและผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวันในขณะที่คนในครอบครัวออกไปทำงานนอกบ้าน สำหรับในส่วนของชุมชนนั้น ต้องการบริการในลักษณะของสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนหรือการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยการให้สวัสดิการแก่ครอบครัวในด้านต่างๆ รวมไปถึงการจัดให้มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามและให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติหรือผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในด้านความต้องการการบริการสวัสดิการสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้มีบุคคลคอยดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็น เช่น การพาไปสถานบริการทางสุขภาพ การจัดให้มีผู้ส่งยาไปที่บ้าน ความต้องการผู้ช่วยงานบ้านและการดูแลบ้าน เป็นต้น

ตอนที่ 2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาว

ความคาดหวังต่อการบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ความต้องการในด้านของสิทธิและการบริการต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุนั้นได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพร่างกาย และตามความต้องการการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้จะมีความต้องการบริการทางสังคมและบริการการดูแลระยะยาวในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย เพศและอายุ สถานภาพสมรสและศาสนา รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้โรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สิทธิในการรักษาพยาบาล รูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัว และเครือข่ายการดูแลสุขภาพ การศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา

เพศและอายุ

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)

สถานภาพสมรสและศาสนา

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ ร้อยละ 49.5 มีสถานภาพสมรส รองลงมา ร้อยละ 39.7 สถานภาพหม้าย และร้อยละ 3.3 หย่าร้าง 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 ปี 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
- อื่น ๆ	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 และ ร้อยละ 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

รายได้ของครอบครัวของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

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

ตารางที่ 5.27 (ต่อ)
รายได้ของครอบครัวของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

รายได้ของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
- 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

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

3.ข้อมูลด้านสุขภาพ (ภาวะโรค/เจ็บป่วย, สิทธิในการรักษาพยาบาล)

โรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ที่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 89.1 มีโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และร้อยละ 10.9 ไม่มีโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 18.3 เป็นโรคกระดูกและข้อ รองลงมา ร้อยละ 16.3 เป็นโรคเบาหวาน และ ร้อยละ 14.3 โรคอื่นๆ ตามลำดับ (ตารางที่ 5.29)

สิทธิในการรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้ ที่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.0 มีสิทธิการรักษาบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ ร้อยละ 13.7 มีสิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ ร้อยละ 3.2 มีสิทธิประกันสังคมและร้อยละ 3.1 มีประกันชีวิต (ตารางที่ 5.30)

ตารางที่ 5.29

โรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

โรคที่เป็น	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่เป็นโรค	224	10.9
- เป็น		
- โรคกระดูกและข้อ	377	18.3
- โรคเบาหวาน	334	16.3
- โรคอื่น ๆ	293	14.3
- โรคที่เกี่ยวข้องกับสายตา (ต้อหิน ,ต้อกระจก ฯลฯ)	222	10.8
- โรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือด	216	10.5
- โรคหูดัง หูหนวก	134	6.5
- โรคหัวใจ	115	5.6
- โรคหอบ หืด	73	3.6
- อาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้	49	2.4
- โรคมะเร็ง	11	0.5
- โรคตับ	7	0.3
รวม (N=2,055)	2,055	100.0

ตารางที่ 5.30 สิทธิการรักษาของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้

สิทธิการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
- บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	951	80.0
- ข้าราชการ	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 ร้อยละ 2.6 อาศัยอยู่คนเดียวส่วนกลุ่มที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้อื่นมีรูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัว รูปแบบที่พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 10.1 ผู้สูงอายุ บิดา/มารดา และคู่สมรสรองลงมา ร้อยละ 9.8 ผู้สูงอายุ และคู่สมรส และ ร้อยละ 9.0 ผู้สูงอายุ บิดา/มารดา คู่สมรส และบุตรตามลำดับ (ตารางที่ 5.31)

เครือข่ายการดูแล

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

ตารางที่ 5.31 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
- 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 (N=4,955)	4,955	100.0

ตารางที่ 5.32 เครือข่ายการดูแล

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

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและบริการ การดูแลระยะยาว

2.1 บุคคลที่ให้คาดว่าจะการดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแล

(1) ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

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

ตารางที่ 5.33
ความคาดหวังผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุในอนาคต เมื่อพึ่งพิงตนเองไม่ได้

	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 (N=2,084)	2,084	100.0

(2) เหตุผลที่ต้องการผู้ดูแล

ผู้สูงอายุพึ่งพิงตนเองได้ ให้เหตุผลที่ต้องการผู้ดูแลในกรณีที่ดูแลตัวเองไม่ได้ (กรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง/ ทุพพลภาพ) ร้อยละ 29.9 คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย รองลงมา ร้อยละ 28.6 ไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน และร้อยละ 21.6 ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามลำดับ (ตารางที่ 5.34)

ตารางที่ 5.34
เหตุผลที่ผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลในกรณีที่ดูแลตัวเองไม่ได้
(กรณีเจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ)

	จำนวน	ร้อยละ
- คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย	520	29.9
- ไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน	496	28.6
- ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	375	21.6
- ที่บ้านไม่มีผู้ดูแล	245	14.1
- อื่น ๆ	101	5.8
รวม (N=1,737)	1,737	100.0

(3) ผู้ที่จะออกค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านต่าง ๆ

ความคาดหวังของผู้สูงอายุในการออกค่าใช้จ่ายกรณีพึ่งพิงตนเองไม่ได้เมื่อต้องการใช้บริการในสถานบริการทางการแพทย์ 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
- ผู้สูงอายุเอง	305	14.6
- สามี/ภรรยา	261	12.5
- หลาน	198	9.5
- บุตรเขย	126	6.0
บุคคลที่ผู้สูงอายุคาดหวังในการออกค่าใช้จ่าย	จำนวน	ร้อยละ
- บุตรสะใภ้	85	4.1
- บิดา/มารดา (ของผู้สูงอายุ)	2	0.1
รวม (N=2,095)	2,095	100.0

2.2 ความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้

2.2.1 ความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้

(1) ความคาดหวังต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

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

ความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการดูแลสุขภาพกลางวัน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 27.5 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 26.3 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุต่อการบริการดูแลสุขภาพกลางวัน $\bar{X} = 3.84$ แสดงว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ค่าเฉลี่ยรวม 3.95 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก (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
- บริการดูแลสุขภาพกลางวัน	27.5	38.7	26.3	5.2	2.4	3.84	.97	มาก
รวม						3.95	.86	มาก

(2) สถานบริการ/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

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

ความคาดหวังศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย ผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.1 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 33.4 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 21.5 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย $\bar{X} = 3.99$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังสถานบริการคนชรา ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.9 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 32.7 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 19.8 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังสถานบริการคนชรา $\bar{X} = 3.92$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังศูนย์บริการดูแลกลางวัน และดูแลในชุมชน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 29.1 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 25.8 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังศูนย์บริการดูแลกลางวัน $\bar{X} = 3.84$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ ร้อยละ 32.3 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 30.1 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 26.6 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม $\bar{X} = 3.77$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยต่อสถานบริการ/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยรวม 3.91 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.37)

ตารางที่ 5.37
ความคาดหวังต่อสถานบริการ/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

ความคาดหวังต่อ	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
- สถานบริการคนชรา	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) บริการดูแลผู้สูงอายุ

ความคาดหวังบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.5 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 34.6 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 21.1 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย $\bar{X} = 3.92$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังบริการดูแลระยะกลาง ผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 28.2 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 23.6 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังบริการดูแลระยะกลาง $\bar{X} = 3.85$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังบริการดูแลชั่วคราว ผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 29.7 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 26.4 มีความคาดหวังระดับ

ปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังบริการดูแลชั่วคราว $\bar{X} = 3.81$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยต่อบริการดูแลผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยรวม 3.86 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.38)

ตารางที่ 5.38
ความคาดหวังต่อบริการดูแลผู้สูงอายุ

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

2.2.2 ความคาดหวังต่อบริการสังคม เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้

(1) ผู้ให้บริการวิชาชีพ

ความคาดหวังผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.9 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 34.6 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 21.0 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล $\bar{X} = 3.91$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.6 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 31.2 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 25.5 มีความคาดหวังระดับปานกลางค่าเฉลี่ยความคาดหวังการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.88$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ ค่าเฉลี่ยรวม 3.89 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.39)

ตารางที่ 5.39
ความคาดหวังต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ

ความคาดหวังต่อ	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)บริการเข้าถึงบ้าน

ความคาดหวังระบบอาสาสมัครช่วยดูแลที่บ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 37.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 33.8 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 22.7 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.88$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังการจัดส่งยาไปที่บ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 37.5 มีความคาดหวังระดับมาก ที่สุด ร้อยละ 32.9 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 21.4 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการจัดส่งยาไปที่บ้าน $\bar{X} = 3.97$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังการบริการนวดแผนไทยที่บ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.6มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 31.4มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 22.5มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการบริการนวดแผนไทยที่บ้าน $\bar{X} = 3.81$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังการสนับสนุนปรับปรุงบ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 29.8 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 26.9 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 28.2 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการสนับสนุนปรับปรุงบ้าน $\bar{X} = 3.64$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังการช่วยเหลืองานบ้าน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.3มีความคาดหวังระดับปานกลาง ร้อยละ 27.9มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 19.6มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการช่วยเหลืองานบ้าน $\bar{X} = 3.46$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังการจัดส่งอาหารบางมื้อ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 31.0มีความคาดหวังระดับปานกลาง ร้อยละ 26.6มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 19.8มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการจัดส่งอาหารบางมื้อ $\bar{X} = 3.35$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยต่อบริการเข้าถึงบ้าน ค่าเฉลี่ยรวม 3.70 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.40)

ตารางที่ 5.40
ความคาดหวังต่อบริการเข้าถึงบ้าน

ความคาดหวังต่อ	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

ตารางที่ 5.40 (ต่อ)
ความคาดหวังต่อการบริการเข้าถึงบ้าน

ความคาดหวังต่อ	ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุ(ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปล ผล
- การจัดส่งอาหารบางมื้อ	19.8	26.6	31.0	13.9	8.8	3.35	1.19	ปาน กลาง
รวม						3.70	.82	มาก

(3) บริการรถรับส่ง

ความคาดหวังหน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.4 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.2 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 13.3 มีความคาดหวังระดับปานกลางค่าเฉลี่ยความคาดหวังหน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉิน $\bar{X}$ = 4.23 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมากที่สุด

ความคาดหวังการบริการบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.3 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.1 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 19.9 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความหวังการบริการบุคคลช่วยพาไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการ $\bar{X}$ = 4.07 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังการบริการรถรับส่ง ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.8 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.2 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 17.7 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการบริการรถรับส่ง $\bar{X}$ = 4.06 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวังต่อการบริการรถรับส่ง ค่าเฉลี่ยรวม 4.12 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.41)

ตารางที่ 5.41
ความคาดหวังต่อการบริการรถรับส่ง

ความคาดหวังต่อ	ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปล ผล
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด			
- 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) การสนับสนุนทางการเงินและรายได้

ความคาดหวังการสนับสนุนเงิน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.9 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 29.6 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 11.5 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการสนับสนุนเงิน $\bar{X}$ = 4.30 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมากที่สุด

ความคาดหวังการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแล ผู้สูงอายุ ร้อยละ 44.7 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.7 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 13.4 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแล $\bar{X}$ = 4.16 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังการสนับสนุนรายได้และการส่งเสริมงานให้แก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ร้อยละ 37.8 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.5 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 18.0 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการสนับสนุนรายได้และการส่งเสริมงานให้แก่ผู้ดูแล $\bar{X}$ = 4.04 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมากที่สุด

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยต่อการสนับสนุนทางการเงินและรายได้ ค่าเฉลี่ยรวม 4.1 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก (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
- การส่งเสริมงานให้แก่ผู้ดูแล	37.8	37.5	18.0	4.9	1.9	4.04	.96	มาก
รวม						4.17	.83	มาก

(5) การสนับสนุนต่าง ๆ ที่ไม่ใช่เงิน

ความคาดหวังการให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับครอบครัว การประสานงานช่วยเหลือกับหน่วยงานต่าง ๆ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.7 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 27.0 มีความคาดหวังระดับปานกลาง และร้อยละ 25.8 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับครอบครัว การประสานงานช่วยเหลือกับหน่วยงานต่าง ๆ $\bar{X}$ = 3.84 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังการสนับสนุนต่าง ๆ ที่ไม่ใช่เงิน ผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.5 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด ร้อยละ 31.1 มีความคาดหวังระดับมาก และร้อยละ 21.3 มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการสนับสนุนต่าง ๆ ที่ไม่ใช่เงิน $\bar{X}$ = 3.86 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

ความคาดหวังการสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น ผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.6 มีความคาดหวังระดับมาก ร้อยละ 30.2 มีความคาดหวังระดับมากที่สุด และร้อยละ 25.4

มีความคาดหวังระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความคาดหวังการสนับสนุนอุปกรณ์และวัสดุสิ้นเปลืองที่จำเป็น $\bar{X} = 3.81$ แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยต่อการสนับสนุนต่าง ๆ ที่ไม่ใช้เงิน ค่าเฉลี่ยรวม 3.84 แสดงว่ามีความคาดหวังระดับมาก (ตารางที่ 5.43)

ตารางที่ 5.43 ความคาดหวังต่อการสนับสนุนต่าง ๆ ที่ไม่ใช้เงิน

ความคาดหวัง	ระดับความคาดหวังของผู้สูงอายุ (ร้อยละ)					$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
- การให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับครอบครัว	25.8	40.7	27.0	5.2	1.4	3.84	.91	มาก
- การประสานงานช่วยเหลือกับหน่วยงานต่าง ๆ	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 ต้องการรับบริการฟรีแต่ได้รับบริการระดับพื้นฐาน รองลงมา ร้อยละ 14.6 ต้องการรับบริการร่วมจ่าย แต่ได้รับบริการระดับดี (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

เมื่อนำค่าเฉลี่ยโดยรวมของแต่ละตัวชี้วัดมาพิจารณา พบว่า

ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพ ในประเด็นความคาดหวังต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน $\bar{X} = 3.95$ ความคาดหวังต่อสถานบริการ/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.91$ และ ความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.86$ ซึ่งค่าเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับมากเท่ากัน

ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของความคาดหวังต่อการบริการทางสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังต่อการสนับสนุนทางการเงินและรายได้ $\bar{X} = 4.17$ เป็นค่าเฉลี่ยในระดับมากและสูงกว่าค่าเฉลี่ยอื่น ๆ รองลงมาเป็นค่าเฉลี่ย ความคาดหวังต่อการบริการรถรับส่ง $\bar{X} = 4.12$ ความคาดหวังต่อผู้ให้บริการวิชาชีพ $\bar{X} = 3.89$ ความคาดหวังต่อการสนับสนุนต่าง ๆ ที่ไม่ใช่เงิน $\bar{X} = 3.84$ ความคาดหวังต่อการบริการเข้าถึงบ้าน $\bar{X} = 3.70$ ซึ่งค่าเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับมากเท่ากัน (ตารางที่ 5.45)

ตารางที่ 5.45

ความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้

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

จากการสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความต้องการบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนว่า

1. ต้องการเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหลายพื้นที่ให้ความเห็นว่า ผู้สูงอายุบางรายที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ การได้รับเบี้ยยังชีพตามขั้นบันไดในปัจจุบันยังน้อยไป ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ควรเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ นอกจากนี้ ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกอบรมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีรายได้สามารถพึ่งตนเองได้ การนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้โดยให้ผู้สูงอายุปลูกผักขาย และหน่วยงานต่าง ๆ รับซื้อ เพื่อเป็นการช่วยเหลือทางหนึ่ง

2. ต้องการมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ การสำรวจรวบรวมข้อมูลสภาพความเป็นอยู่ ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือ และดูแลจากหน่วยงานทุกภาคส่วน ให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่

3. ต้องการให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกิจกรรม การสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน และส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มชมรมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อการให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองตลอดจนแนวทางแก้ปัญหา โดยการขอรับสนับสนุนความรู้หรืองบประมาณจากหน่วยงานภายนอกชุมชน มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างกิจกรรมที่จัดได้แก่ ร้องเพลง ดาราโอเค กิจกรรมภายในชุมชน เป็นต้น

4. ต้องการให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หลายพื้นที่ได้นำเสนอว่า ควรจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุได้มารวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน ตัวอย่างเช่น การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวันในชุมชน หรือ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นศูนย์แบบ Day Care เพื่อให้เกิดการพัฒนาในการรักษา ดูแลสุขภาพ และจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เช่น การกีฬา นันทนาการ ศาสนา การศึกษาเรียนรู้ และวัฒนธรรม เป็นต้น หรือมีบ้านกลางหรือศูนย์รวมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุย โดยมีเจ้าหน้าที่ดูแล จัดหาสถานที่ และของบสนับสนุนกิจกรรม ทั้งนี้ อาจมีบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด มาประจำที่ศูนย์นี้ด้วย

กล่าวโดยสรุปจากผลการศึกษา ในส่วนของข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึงพิงตนเองได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.7 มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี ร้อยละ 27.7 และช่วงอายุ 70-74 ปี ร้อยละ 21.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสมรสและเป็นหม้าย ร้อยละ 49.5 และร้อยละ 39.7 ตามลำดับ และนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.1

ในด้านเศรษฐกิจนั้น รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 39.3 รองลงมา มีรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 20.8 ซึ่งในด้านความพอเพียงของรายได้ส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้รวมไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 59.1

ส่วนด้านสุขภาพนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.1 ซึ่งโรคที่เป็นมากที่สุดคือโรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 18.3 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.3 ในส่วนของการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 80

สำหรับรูปแบบการอยู่อาศัยในครอบครัวนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา และคู่สมรส ร้อยละ 10.1 โดยมีเครือข่ายที่พึ่งพาในการดูแลเป็นญาติมากที่สุดร้อยละ 37.5 รองลงมาคือเพื่อนบ้านและกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนร้อยละ 23.1 และ 22.0 ตามลำดับ

ด้านความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและบริการการดูแลและระยะยาว คือ ความคาดหวังให้บุตรสาวเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 32.8 รองลงมาต้องการให้บุตรชายดูแล ร้อยละ 23.3 ซึ่งในกรณีของกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการให้มีบริการดูแลที่บ้านเนื่องด้วยเหตุผลที่ผู้สูงอายุดูแลตัวเองไม่ได้ และให้เหตุผลว่า คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย ร้อยละ 29.9 รองลงมาให้เหตุผลว่า ไม่อยากเป็นการระของบุตรหลาน ร้อยละ 28.6 ซึ่งในการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลนั้น คาดหวังจะให้บุตรสาวและบุตรชายรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ร้อยละ 31.2 และ ร้อยละ 22.1 ตามลำดับ

เมื่อศึกษาถึงความคาดหวังต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านซึ่งเป็นบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้นั้น กลุ่มตัวอย่างคาดหวังต่อการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 41.3 และต้องการบริการดูแลกลางวัน ร้อยละ 38.7 โดยที่ความต้องการให้มีบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น ต้องการให้มีศูนย์บริการยิม/เช่าอุปกรณ์ ร้อยละ 38.0 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ร้อยละ 39.1 และบริการสถานพยาบาลคนชรา ร้อยละ 38.9 เป็นต้น ส่วนของความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุนั้น กลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 35.5 และบริการระยะกลางและบริการดูแลชั่วคราว ร้อยละ 39.7 และ 34.7 ตามลำดับ

ด้านความคาดหวังต่อการบริการสังคม เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มองว่า การมีผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งจะต้องเป็นผู้ให้บริการวิชาชีพ ร้อยละ 34.9 ส่วนบริการเข้าถึงที่บ้านนั้น ต้องการให้มีระบบอาสาสมัครช่วยดูแลที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 37.7 รองลงมาคือต้องการบริการจัดส่งยาที่บ้าน บริการนวดแผนไทย และการปรับปรุงบ้าน เป็นต้น โดยที่บริการส่วนใหญ่ นั้น ต้องการให้เป็นบริการฟรีแต่ได้รับบริการระดับพื้นฐาน มากถึงร้อยละ 78.5 มีเพียงส่วนหนึ่งที่ต้องการบริการที่จ่ายเองทั้งหมด แต่ถูกกว่าเอกชนและได้บริการในระดับดีมาก

บทที่ 6

แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพโดยวิธีการสนทนากลุ่ม ได้แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนต่อรูปแบบบริการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษาได้นำเสนอกรอบคณณเนื้อหา 5 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่
- ตอนที่ 2 บริการสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน
- ตอนที่ 3 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 4 การกำหนดนโยบาย และมาตรการการดูแลผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 5 แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

ตอนที่ 1 สถานการณ์และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกันในทุกพื้นที่ กล่าวคือส่วนใหญ่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่า ส่วนใหญ่ในชุมชนไม่มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไว้คนเดียว แต่มีผู้สูงอายุบางรายซึ่งอยู่ในชุมชนได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังสืบเนื่องจากไม่มีญาติ ดังนั้น ชุมชนจึงมีการช่วยเหลือโดยการให้อาตัยภายในวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความช่วยเหลือด้านเครื่องอุปโภค วัดให้ความช่วยเหลือด้านเครื่องบริโภคและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความช่วยเหลือในการดูแลด้านสุขภาพร่างกาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่กับบ้าน ผู้สูงอายุที่ไปร่วมกิจกรรมทางสังคมมีจำนวนน้อยกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือกลุ่มติดเตียงตัวอย่างสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น

เทศบาลเมืองลำสามแก้ว ตำบลคูต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี มีประชากรทั้งหมด 62,752 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 6,523 คน คิดเป็นร้อยละ 10.40 ของประชากรทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าเทศบาลเมืองลำสามแก้วได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง มีจำนวนประมาณ 600 คน ในจำนวนนั้น มีผู้สูงอายุติดเตียง 80 คน นับจากผู้ที่เข้ามาติดต่อลงทะเบียนกับเทศบาล

ตำบลสระเกษ อําเภอเมือง จังหวัดนครปฐม มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,036 คน เป็นผู้สูงอายุพิการ 143 คน

ตำบลนิคมสร้างตนเองพิมาย อ.พิมาย จ.นครราชสีมา มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 1,225 คน ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้สูงอายุพิการจำนวน 44 คน ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงจำนวน 25 คน และผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้ จำนวน 1,166 คน

สำหรับพื้นที่ตำบลบ่อทราย อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา เมื่อปลายปี 2557 มีผู้สูงอายุจำนวน 8,384 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุประเภทที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้ (กลุ่มที่ 1) จำนวน 8,175 คน ผู้สูงอายุประเภทที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (กลุ่มที่ 2) จำนวน 138 คน และผู้สูงอายุประเภทที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้เลย (กลุ่มที่ 3) จำนวน 71 คน

1.2 สภาพปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่ มีดังต่อไปนี้

1. ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว เมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีการเจ็บป่วยหลาย ๆ โรคมากขึ้น หลังจากอายุ 70 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่จะอยู่บ้าน ไม่ได้ทำงาน เดินไปมาบริเวณบ้านและบริเวณไม่ไกลจากบ้านเนื่องจากสุขภาพเริ่มเสื่อมถอยมีโรคชรา เบาหวาน ความดัน

2. ปัญหาด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีปัญหาด้านจิตใจบ้าง เช่น การน้อยใจลูกหลาน (เทศบาลนครแหลมฉบัง) บางรายมีอาการซึมเศร้า (ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม) กล่าวคือบางคนลูกหลานให้พ่อแม่ไปอยู่ด้วยในต่างจังหวัดหลายเดือน ทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นห่วงบ้าน คิดถึงบ้าน ไม่สดชื่น อยากกลับมาดูแลบ้านตัวเอง นอนไม่หลับ (ตำบลนิคมสร้างตนเองพิมาย อ.พิมาย จ.นครราชสีมา)

3. ปัญหาการต้องรับภาระดูแลครอบครัว หรือรับภาระในการดูแลหลานของตนเองมากขึ้น เพราะลูกจะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน (เทศบาลสเบเตียะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่)

4. ปัญหาการขาดสิทธิด้านสวัสดิการ ในเขตเทศบาล อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี มีผู้สูงอายุที่เป็นประชากรแฝง เช่น ย้ายมาอยู่กับลูกหลาน แต่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้

5. การขาดแคลนบุคลากรในการดูแล เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้การดูแลยังไม่ทั่วถึง เช่น อสม. 1 คน จะรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 ครอบครัว ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงตรวจเยี่ยมหรือดูแลได้ทั่วพื้นที่ หรือเข้าไม่ถึง เพราะไม่ได้ขึ้นทะเบียน อีกทั้ง อสม. ยังมีไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุ (เทศบาลเมืองบ้านสวน) เช่นเดียวกับพื้นที่ ต.หนองแขม อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี และ ต.หนองโก อ.กระนวน จ.ขอนแก่น ที่มีผู้สูงอายุจำนวนเพิ่มขึ้น ทั้งในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ขาดผู้ดูแลมากกว่า 10 รายในหมู่บ้าน แต่การดูแลไม่ทั่วถึง ดังนั้นในการประชุมแต่ละครั้งจึงต้องการให้อาสาเข้าร่วมประชุมบ้างเพราะอาสาที่อยู่ในพื้นที่จะรู้ว่าผู้สูงอายุคนใดเดือดร้อนจริง ๆ เช่น ต.พังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น ที่มีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวกรณีของผู้สูงอายุติดเตียงและถูกทอดทิ้งนั้น เจ้าหน้าที่จะออกเยี่ยมได้เพียงปีละ 1 ครั้ง ต่อผู้สูงอายุ 1 คน โดยจะพิจารณาเลือกลงไปเยี่ยมบ้านตามสภาพอาการป่วยของผู้สูงอายุ

6. ปัญหาครอบครัว เช่น ลูกหลานไล่ออกจากบ้าน ไม่มีที่อยู่อาศัย ต้องอาศัยอยู่กับ สอบต. ที่มีเมตตาให้พักอาศัยร่วมด้วย (ต.พังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น)

7. ไม่มีระเบียบรองรับในการดำเนินงานของท้องถิ่น เช่น เทศบาลเมืองลำสามแก้ว ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ต้องช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ครอบครัวยากจน แต่เกิดปัญหาสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินห้ามเบิกจ่าย เพราะเข้าช้อนกับเงินสงเคราะห์ครอบครัวของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เช่นเดียวกับ เทศบาลนครสงขลาที่ต้องการมอบสิ่งของให้กับผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ แต่ไม่สามารถดำเนินการได้

กล่าวโดยสรุป สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ที่ได้ลงไปสำรวจนั้น ทำให้เห็นว่า ปัญหาโดยมากเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพิงตนเองได้ และขาดผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากปัญหาของสุขภาพกาย มากกว่าปัญหาทางด้านสังคม แต่ในการบริหารจัดการการดูแลหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากรที่จะลงไปดูแลได้อย่างทั่วถึง จึงใช้กระบวนการทำงานของอาสาสมัคร ที่มีจิตอาสาลงไปให้ความช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งก็ถือว่ายังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ พื้นที่

ตอนที่ 2 บริการสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ต่างระบุถึงบริการที่หน่วยงานของตนจัดให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ บริการด้านสุขภาพ และบริการด้านสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 บริการด้านสุขภาพ บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนได้แก่

(1) **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/ศูนย์บริการสาธารณสุข** เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้านทั่วไปที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุดให้บริการเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาล

รพ.สต.พังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 13 หมู่บ้าน ได้มีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้สูงอายุติดเตียงและถูกทอดทิ้ง โดยการให้คำปรึกษาการดูแลรักษาผู้สูงอายุ เช่น การแนะนำการดูแลแผลกดทับ การใช้ที่นอนลม การสอนให้ผู้ดูแลช่วยผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างง่ายและเบา รวมถึงมีการจัดหน่วยออกเยี่ยมผู้สูงอายุทุกเดือน (ปีละ 1 ครั้ง/คน) ซึ่งจะพิจารณาการลงเยี่ยมตามสภาพผู้สูงอายุ

รพ.สต.ห้วยเตย อ.ซำสูง จ.ขอนแก่น มีการเก็บรวบรวมข้อมูลประชากรสูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง ติดบ้าน และติดสังคม โดยมีการเก็บข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดัน การคัดกรองความเสี่ยงโดยการเจาะเลือด ซึ่งแบ่งการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้งบประมาณจาก สป.สช. ในกรณีกลุ่มที่ติดบ้าน มีการออกเยี่ยมโดยทีม รพ.สต.ปีละ 1 ครั้ง กลุ่มติดเตียงมีอยู่ 14 ราย มีการลงเยี่ยมตามระดับปัญหา ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบ เช่น ผู้สูงอายุหกล้มในห้องน้ำ เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ เป็นต้น ทั้งนี้ ทีมที่ลงเยี่ยมจะมีการวางแผนการใช้การทำกายภาพบำบัดร่วมกับการบำบัดด้วยแพทย์แผนไทย ร่วมกับทีมพยาบาลและเภสัชกร (ทีมสหวิชาชีพของรพ. ร่วมลงเยี่ยมบ้าน ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ) ในกรณีที่มิมีปัญหาจะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น

รพ.ซำสูง จ.ขอนแก่น มีโครงการคลินิกเบาหวานเคลื่อนที่ ให้บริการในพื้นที่ ต.ห้วยเตย อ.ซำสูง จ.ขอนแก่น โดยจัดให้บริการทุกวันอังคารที่ 4 ของเดือน โดยลงพื้นที่ ณ ที่ทำการของบ้านสว่าง ต.ห้วยเตย ให้บริการตรวจเบาหวาน วัดความดัน และแบ่งช่วงการบริการ 2 ช่วงคือ ช่วงเช้าให้บริการตรวจโรค ช่วงบ่ายเป็นการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน

รพ.สต.คูต รับผิดชอบด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ หมู่ที่ 4 – หมู่ที่ 6 เช่น การออกหน่วยพื้นที่หรือประสานให้กองสาธารณสุขช่วยเหลือคัดกรอง ตรวจสุขภาพ ให้ความรู้

รพ.สต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม ให้การดูแลสุขภาพ เยี่ยมเยียน รักษา ฟันฟู
สมรรถภาพผู้ป่วย ผู้พิการ โรคเรื้อรังโดยมีรายละเอียดการให้บริการ ดังนี้

1) ให้การส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และการให้ความรู้
ด้านสุขภาพ

2) การจัดการด้านอาหาร มีการประชุม วางแผน เพื่อความเหมาะสมให้กับ
ผู้สูงอายุ โดยจัดอาหารให้ครบ 5 หมู่

3) การเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยติดเตียง เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ และการให้
ของเยี่ยมในโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน

4) มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุแยกเป็นรายหมู่ และตามการประเมิน ADL
(การประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ) โดยทะเบียนผู้สูงอายุ แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่
พึ่งพิงตนเองได้ทั้งหมด กลุ่มที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้เลย และกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้เลย เพื่อใช้เป็น
ข้อมูลในการติดตามเยี่ยมเยียนตามกลุ่มเป้าหมาย รวมไปถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยได้
อย่างถูกต้อง และเหมาะสม โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

4.1) กลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้มีงบประมาณโครงการชมรมผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการสนับสนุนจาก อบต.สมาชิกชมรม ผู้บริจาคนอกชมรม และการทอดผ้าป่าเพื่อนำเงินเข้า
ชมรม ในการดำเนินกิจกรรม โดยชมรมผู้สูงอายุร่วมกับ รพ.สต. ในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
ร่วมกัน มีการประชุมผู้สูงอายุร่วมกันทุกวันพฤหัสบดีแรกของเดือน มีกิจกรรมบริการด้านสุขภาพ
เช่น การวัดความดัน การชั่งน้ำหนัก เป็นต้น

4.2) กลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้บ้างเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. อสม. และ
ชมรมผู้สูงอายุ ลงเยี่ยมเยียน พูดคุยให้กำลังใจ

4.3) กลุ่มที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้เลย เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.เข้าฟื้นฟู
บำบัด เพิ่มฟื้นฟู ภายภาพบำบัด

รพ.สต.นิคมสร้างตนเอง อ.พิมาย จ.นครราชสีมา มี อสม.คอยดูแลตรวจวัดความดัน
ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเพื่อหาดัชนีมวลกาย และการแนะนำผู้สูงอายุที่ป่วยเบาหวานในการกิน
อาหารว่าควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หวาน มัน เติมน้ำให้น้อยลง เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อ
ผู้สูงอายุ

รพ.สต.น้ำริด อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์ ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพ การตรวจสุขภาพ โดย
มีอาสาสมัคร อสม.เป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดในระดับครัวเรือนและรายงานผลการลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

ศูนย์บริการสุขภาพ กรุงเทพมหานคร ดูแลในเรื่องสุขภาพกายและใจให้แก่ผู้สูงอายุ
โดยมีการดำเนินทั้งเชิงรับและเชิงรุก (เชิงรับ ศูนย์บริการตรวจโรค รักษา และเชิงรุกก็คือการเยี่ยม
บ้าน) และสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์จะมีการตรวจรักษาให้กับผู้ป่วยที่ขอรับบริการโดยทีม
แพทย์และพยาบาล มีแพทย์และพยาบาลประจำที่ศูนย์เสมอ และในวันเวลาราชการ ซึ่งในแต่ละศูนย์
ก็จะมีคลินิกรักษาโรคเฉพาะทางที่แตกต่างกันไป เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข 15 มีคลินิกหู คอ
จมูก ศูนย์บริการสุขภาพ 68 มีคลินิกกายภาพบำบัด เป็นต้น

ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำสามแก้ว มีบทบาทการตรวจรักษา ส่งเสริม
สุขภาพ งานแพทย์ฉุกเฉิน(รถบริการฉุกเฉิน) การส่งเสริมควบคุมโรค และงาน อสม.

ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครแหลมฉบัง มีการให้บริการคลินิกเบาหวาน
โดยมีการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้มารับบริการคลินิกเบาหวาน มีบริการ
ส่งเสริมตรวจช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุ มีการตรวจสุขภาพประจำปี โดยมีพยาบาลเข้ามาช่วยดูแล
มีการส่งเสริมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

โรงพยาบาลสงขลา มีการตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่จะมีไม่มาก ส่วนใหญ่เกิดกับผู้สูงอายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรืออัมพาตที่ไม่สามารถยอมรับได้หากต้องกลายเป็นจากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ดังนั้นพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลสงขลาประสานงานผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้สูงอายุรายนั้นเพื่อติดตามอาการ และนัดหมายในการตรวจเยี่ยมให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ

(2) ศูนย์บริการผู้สูงอายุและคนพิการ ศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน เป็นศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้พิการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้พิการมีความรู้ในการดูแลตนเอง และญาติผู้ดูแลและแกนนำมีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง บริการสำคัญของศูนย์คือ บริการกายภาพบำบัด การให้ยืมกายอุปกรณ์ ในศูนย์มีอุปกรณ์เครื่องนวดไฟฟ้า เครื่องทำน้ำอุ่นสำหรับผ่อนคลายให้ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปเข้าไปใช้บริการ (เทศบาลนครแหลมฉบัง, เทศบาลเมืองหนองปรือ)

(3) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่หรือตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล หลายแห่ง ได้จัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนกองทุนฯ เพื่อนำมาใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ เช่น พื้นที่ อบต.ห้วยเตย อ.ชำสูง จ.ขอนแก่น ที่ สป.สช. ได้ทำกิจกรรมกับกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้พิการ โดยร่วมกับ อบต.ห้วยเตย ในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่เริ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยประสานกับ รพ.สต. อสม. เก็บข้อมูลผู้สูงอายุโดยใช้งบจาก สป.สช. เช่น กรณีผู้สูงอายุ หมู่ที่ 6 ต.ห้วยเตย ที่มีผู้สูงอายุพิการอายุ 70 ปี (พิการครึ่งก่อน) และผู้สูงอายุ หมู่ที่ 5 ต.ห้วยเตย เป็นผู้สูงอายุพิการเดินไม่ได้ ก็ให้การช่วยเหลือเป็นรถเข็น

(4) บริการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาล กิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น

- การตรวจสุขภาพประจำปี
- การจัดหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ให้บริการแก่ประชาชน
- การให้บริการคลินิกเบาหวานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข
- บริการส่งเสริมตรวจช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุ
- การส่งเสริมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการ

ปฐมพยาบาลเบื้องต้น

- การศึกษาดูงาน ฝึกอบรมด้านการรักษาโรคเบื้องต้นต่าง ๆ
- กายภาพบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพ โดยโรงพยาบาล และมีการบริการเยี่ยมบ้าน

ทุกเดือน

- บริการเยี่ยมบ้านกรณีผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง หรือมีการช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย จะมีการเยี่ยมติดตามและแนะนำครอบครัวให้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

(5) บริการรพพยาบาลฉุกเฉิน เป็นบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุ เพื่อเข้ารับบริการยังสถานบริการสุขภาพ กรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยตัวอย่าง การดำเนินงานด้านรถบริการฉุกเฉินในชุมชน ได้แก่

กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำสามแก้ว อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี ในชุมชนมีรถบริการฉุกเฉิน 1 คัน มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ 6 คน บริการในกรณีอุบัติเหตุ เรื่องฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ สำหรับผู้สูงอายุในการให้บริการกรณีช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือเป็นผู้พิการ สามารถเขียนคำร้องขอใช้บริการหรือจองคิวไว้ที่งานแพทย์ฉุกเฉิน

เทศบาลนครแหลมฉบัง มีการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มีสายด่วน 1669 (รับทุกเรื่องรวมทั้งเรื่องผู้สูงอายุ) ตลอด 24 ชั่วโมง

องค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษีเยม ให้การบริการรับ – ส่ง ผู้สูงอายุ เพื่อเข้ารับบริการยังสถานบริการสุขภาพกรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน

องค์การบริหารส่วนตำบลพังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น มีการจัดระบบการบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยรถบริการที่เกิดจากชุมชนร่วมกับ อบต. จัดรถ EMS ภายใต้ระบบ 1669 ซึ่งเป็นรถที่ได้จากการรวมเงินกันซื้อเองของชุมชน โดยมีบริการรถตลอด 24 ชม. พร้อมเจ้าหน้าที่ประจำรถ 2 ท่าน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นมาแล้ว

(6) บริการด้านกายอุปกรณ์เพื่อช่วยเรื่องการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า , รถเข็น, ไม้ค้ำยัน ฯลฯ ผู้สูงอายุบางรายต้องการอุปกรณ์เพื่อใช้ในการอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต โดยตัวอย่าง การดำเนินงานเพื่อให้บริการด้านกายอุปกรณ์ที่มีในชุมชน ได้แก่

1. บริการมอบกายอุปกรณ์ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้พิการ(เทศบาลเมืองบ้านสวน อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี)

2. ธนาคารอุปกรณ์ สำหรับการให้ยืมอุปกรณ์ต่างๆ ในการดำรงชีวิต เช่น เติงลมยาง รถเข็น 4 ขา ไม้เท้า เติงนอน (ต.สระเกษีเยม อ.เมือง จ.นครปฐม; เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่)

3. การประสานขอสนับสนุนกายอุปกรณ์ เช่น รถโยกหรือรถเข็นนั่ง จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด (อบต.หนองแขม อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี)

4. สมาคมโรตารี ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด รพ.สต.พังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น สำรวจความต้องการและขอสนับสนุนกายอุปกรณ์ เช่น walker ,แวนตา, หูฟังสำหรับผู้สูงอายุ และรถเข็น

(7) บริการกายภาพบำบัดผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว บริการหนึ่งที่สำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุคือ การทำกายภาพบำบัด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตัวเอง และมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยมีนักกายภาพ เข้าไปสอน วิธีการดูแล รักษา ร่างกาย ตามวิธีการทางกายภาพบำบัด ตัวอย่างการบริหารจัดการด้านบริการกายภาพบำบัด ได้แก่

1. การจัดบริการกายภาพบำบัด โดยศูนย์บริการสาธารณสุข มีระบบการทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว (ศูนย์บริการสาธารณสุขมาลัยทอง เทศบาลเมืองบ้านสวน)

2. การจัดบริการกายภาพบำบัด โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล มีพื้นที่ออกกำลังกาย ที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ และผู้พิการเพื่อฝึกทำกายภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตัวเอง และมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด (โรงพยาบาลนครปฐม อ.เมือง จ.นครปฐม, รพ.สต.พังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น)

3. การจัดบริการกายภาพบำบัด โดยรพ.สต.มีพยาบาลวิชาชีพแนะนำการทำกายภาพบำบัดให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เข้าใจวิธีการทำกายภาพและการดูแลเบื้องต้นที่บ้าน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแลและมีเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เข้าไปดูแลทำกายภาพให้อาทิตย์ละ 1 ครั้ง และ บางแห่งมีการให้บริการนวดแผนไทย ลูกประคบด้วย (รพ.สต.ทุ่ง อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี) นอกจากนี้ รพ.สต.พังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น มีการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ทั้งนักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ร่วมทำงานประสานส่งต่อในกรณีของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและช่วยเหลือตนเองไม่ได้

4. การจัดบริการกายภาพบำบัด ในพื้นที่มีศูนย์กายภาพในตำบล และที่ชมรมผู้สูงอายุ มีการนวดบริการเพื่อผ่อนคลาย และบำบัดสำหรับผู้ป่วย(รพ.สต. นิคมสร้างตนเอง อ.พิมาย จ.นครราชสีมา)

(8) บริการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข เป็นแกนนำ มีวัตถุประสงค์ เพื่อติดตามและประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเรื่องการทำความสะอาด อาหาร อาบน้ำ โดยมีการจัดบริการประเภทนี้หลายพื้นที่ เช่น

ในเขตเทศบาลเมืองลำสามแก้ว อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี อสม. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและไปให้ความรู้ด้านสุขภาพ และมีการรวบรวมข้อมูลส่งสาธารณสุขจังหวัด

ศูนย์บริการสุขภาพ กรุงเทพมหานคร มีการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งสหวิชาชีพ เพื่อให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น ได้แก่ การตรวจ/รักษาโรค กายภาพบำบัด การสนับสนุนกายอุปกรณ์

เทศบาลเมืองบ้านสวน จัดทำโครงการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง โดยมีพยาบาลวิชาชีพ อสม. หรือนักวิชาการสุขภาพบาล รับผิดชอบการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับผู้นำชุมชน รพ.สต. โรงพยาบาลเมืองบ้านสวน

อบต.หนองโก อ.กระนวน จ.ขอนแก่น มีการส่งทีมดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ออกเยี่ยมบ้านประสานโรงพยาบาล และอพส. ในการเข้าไปประเมินและส่งต่อผู้ป่วย และดำเนินการตรวจสอบบันทึกขอความช่วยเหลือให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ

รพ.สต.พังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น มีการจัดกิจกรรมติดตามและเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ อบต.และชมรมผู้สูงอายุ โดยของบจากกองทุนประกันสุขภาพตำบลผ่านการจัดทำโครงการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุและผู้พิการของตำบล เรียกว่างานบูรณาการทุกกลุ่มอายุ โดยมีเครือข่ายร่วมคือ อพส. และอสม. ในการช่วยเหลือบำบัดฟื้นฟู ออกสำรวจติดตามและทำข้อมูล และใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการของ รพ.สต. (JHCIS)

ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม มีการออกเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ชมรมผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุการให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการเน้นให้ความรู้กับญาติในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมอบหน้าที่ให้กับอาสาสมัครมูลฐาน ในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม โดยการให้คำแนะนำตรวจสุขภาพ ดูแลโดยทั่วไปอย่างทั่วถึง หากพบว่ามีผู้สูงอายุท่านใดมีปัญหาสุขภาพมาก และเรื้อรังให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประสานงานช่วยเหลือต่อไป

ต.นิคมสร้างตนเอง อ.พิมาย จ.นครราชสีมา นอกจากมีการเยี่ยมเยียนแล้ว ยังมีการติดตามผลและประเมินอาการของผู้ป่วย

อสม. ตำบลเลม็ด อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี ได้วางแผนตรวจเยี่ยมบ้าน ตรวจสุขภาพ และให้คำปรึกษาให้คำแนะนำ

ต.บ่ออย่าง อ.เมือง จ.สงขลา มีโครงการสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวาน โดยมี การอบรม อสม. ให้ไปสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุในการนัดให้แก่ผู้สูงอายุ

2.2 บริการด้านสังคม

(1) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1.1 การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการการจัดสิ่งแวดล้อมในที่ สาธารณะให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการทำทางลาด รวบันได รวจับในห้องน้ำเพื่อป้องกันการลื่นล้ม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสะดวกสบายมากขึ้น

1) การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพสถานที่ที่ได้จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ ดังนี้

1. สถานบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล รพ.สต. ศูนย์บริการ สาธารณสุขส่วนใหญ่มีการจัดการด้านการอำนวยความสะดวกในภาพรวมตามมาตรฐานบริการ ผู้สูงอายุ กล่าวคือ มีการจัดห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ทางลาดขึ้นลง รวจับ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง มีจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ เช่น เทศบาลเมืองหนองปรือ มีการจัดทำทางลาดขึ้นลง ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ลิฟต์โดยสาร ที่จอดรถผู้พิการ

3. วัด บางวัด เช่น วัด ในพื้นที่ ต.สระกะเทียม อ.เมือง จ.นครปฐม มีการจัดทำพื้นที่ทางลาดให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งในห้องน้ำและทางเข้าวัด มีการสร้างห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ

2) การบริการอำนวยความสะดวก ในที่นี้คือ ช่องบริการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการให้มีช่องทางสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไป เพื่อผู้สูงอายุได้รับการบริการที่สะดวกและรวดเร็ว ส่วนใหญ่พบในสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น

ในพื้นที่ของ รพ.สต.สระกะเทียม อ.เมือง จ.นครปฐม มีการอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1) มีช่องบริการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการให้มีช่องทางสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไป เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่สะดวกและรวดเร็ว เรียกว่า 80 ปี ไม่มีคือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จะได้รับบริการก่อน ไม่ต้องรอคิวร่วมกับผู้มารับบริการอื่น ๆ

2.2) มีบริการรถ รับ – ส่ง ผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยใช้เงินสวัสดิการ

2.3) กิจกรรมผู้น้อยดูแลผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เมื่อมีกิจกรรมจะได้รับสิทธิพิเศษจากผู้น้อยในการดูแลและให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร

นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้จัดช่องบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุด้วย เช่น เทศบาลน้ำริด อ.เมือง จ.อุดรธานี จัดช่องบริการทางด่วน

สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ต้องต่อคิวเทศบาลเมืองหนองปรือ อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี
มีช่องรับบริการผู้สูงวัย 70 ปี ไม่มีคิว

1.2 การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายและรวมกลุ่มกิจกรรม
ได้แก่ การจัดให้มีพื้นที่สีเขียว การจัดมุมพักผ่อน การจัดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ
ในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกมาพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การออกมาทำ
กิจกรรมกลุ่มร่วมกันกับเพื่อนบ้านมากขึ้น เป็นต้นตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ
ออกกำลังกาย เช่น

1. สวนสาธารณะติดริมทะเล(อบต.พุมเรียง อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี)
2. ลานเอนกประสงค์ สำหรับจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ โดยทำเป็นลานกว้าง พื้นทราย
เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ต้องขึ้นบันได(เทศบาลเมืองคูต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี) รวมถึงจัดเป็นลาน
เอนกประสงค์สำหรับออกกำลังกาย เต้นรำ (อบต.พังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น)
3. สถานที่ปฏิบัติธรรม สถานที่ฝึกอาชีพ มีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ(เทศบาล
เมืองบ้านสวน จ.ชลบุรี)
4. พื้นที่สำหรับรวมกลุ่มแม่บ้านเพื่อฝึกอาชีพ โดยผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมนี้
ได้ (เทศบาลนครแหลมฉบัง)
5. การจัดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกมา
พบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การออกมาทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันกับเพื่อนบ้านมากขึ้น
โดยจัดให้มีพื้นที่ออกกำลังกายที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อฝึกทำกายภาพ และมีพื้นที่
จัดกิจกรรมในการดำเนินการของชมรมผู้สูงอายุทุกเดือน(อบต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม)
6. ลานกีฬา เพื่อเป็นสถานที่ให้ผู้สูงอายุมาออกกำลังกายเบา ๆ (อบต.หนองแขม
อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี)
7. การสนับสนุนการรวมกลุ่มทำกิจกรรมการปั่นจักรยานของผู้สูงอายุ (เทศบาล
ตำบลน้ำริด)
8. พื้นที่ออกกำลังกายของตำบล เช่น ลานกะลา นวดฝ่าเท้า (เทศบาลสบเตี๊ยะ
อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่) พื้นที่กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยไม้พลอง (ต.ทุ่ง อ.ไชยา จ.สุราษฎร์
ธานี)

1.3 การปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมในที่อยู่อาศัยให้
เหมาะสมกับผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตเช่น

รพ.สต.นิคมสร้างตนเองพิมาย อ.พิมาย จ.นครราชสีมา ปรับปรุงดูแลบ้านผู้สูงอายุใน
พื้นที่ โดยปรับปรุงห้องน้ำจากส้วมซึมหรือคอกห่าน เป็นแบบโถนั่งเพราะผู้สูงอายุส่วนมากมีปัญหา
เรื่องข้อเข่าและกระดูก และผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาท้องผูกทำให้ต้องนั่งห้องน้ำเป็นเวลานาน
อย่างไรก็ตาม พื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทุกครัวเรือน เนื่องจากงบประมาณไม่
เพียงพอ

เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่ ทำราวจับให้ผู้สูงอายุที่บ้านบางครอบครัว

นอกจากนี้เทศบาลนครสงขลา ตำบลบ่อยาง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ได้ร่วมกับ
สำนักงานเคหะชุมชนหาดใหญ่และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัยมีการร่วมกันในการ
ปรับปรุงที่พักอาศัยและห้องน้ำให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

(2) ส่งเสริมการจัดตั้งและกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งชมรมผู้สูงอายุ คือการที่ผู้สูงอายุ รวมกลุ่มกันตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปของผู้มีความสนใจ และมีอุดมการณ์ร่วมกัน ในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุด้วยกัน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งจึงสนับสนุนการจัดตั้งชมรม ผู้สูงอายุในชุมชน เช่น

อบต.พังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น มีจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุโดยเริ่มต้นจากกลุ่มการออมน วันละบาท มีสมาชิกทั้งหมด 600 คน จาก 13 หมู่บ้าน โดยทำกิจกรรมออกกำลังกาย และส่งเสริม อาชีพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การทำดอกไม้จันทน์ ทำบายศรีสู่ขวัญ การทอเสื่อ ทำไม้กวาด และทำพวงกุญแจ เป็นต้น และนำไปจำหน่ายตามตลาดที่รับซื้อ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมรับประทาน อาหารร่วมกันปีละ 2 ครั้งในวันปีใหม่และสงกรานต์ กิจกรรมจับสลากของขวัญปีใหม่ กิจกรรม เยี่ยมบ้านโดยมีของเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุคือ นมและผ้าเช็ดตัว กรณีสมาชิกเสียชีวิตจะได้เงินคืน 2,000 บาท และหากสมาชิกชมรมนอนโรงพยาบาลจะได้รับสวัสดิการเงินคืนละ 500 บาท ซึ่งการ ทำกิจกรรมของชมรมได้รับเงินสนับสนุนจากอบต. จำนวนปีละ 40,000 บาท

เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี ชมรมผู้สูงอายุจะได้งบประมาณจากทางเทศบาล ประมาณ 5 – 6 แสนบาทต่อปี เพื่อจัดกิจกรรมในนามของเทศบาลทุก 2 เดือน

เทศบาลเมืองบ้านสวน จ.ชลบุรี การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุนั้นมีการทำกิจกรรมทุกวันพุธ ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่ คือ รำไม้พอง ปฏิบัติธรรม กิจกรรมรับน้องใหม่ กิจกรรมอวยพรวันเกิดใน สัปดาห์สุดท้ายของแต่ละเดือน การให้ของขวัญทั้งนี้ หากชมรมผู้สูงอายุต้องการอุปกรณ์ หรือสิ่งของในการจัดทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ไม้พอง จะดำเนินการประสานกองสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนอุปกรณ์เพิ่มเติม นอกจากนี้ การรวมกลุ่มในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้านสตรีจะมี ผู้สูงอายุบางคนเข้าร่วมด้วย โดยการขอสนับสนุนในการทำกิจกรรมไม่ซ้ำซ้อนกัน แต่ถ้าเป็น กิจกรรมเชิงรุกจะเขียนแผนของบสนับสนุนได้

เทศบาลเมืองหนองปรือ จ.ชลบุรี การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ (ชมรมดอกคำดวน) โดยจะมีการทำกิจกรรมทุกวันพุธ ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่ คือ รำไม้พอง ปฏิบัติธรรม กิจกรรมรับ น้องใหม่ กิจกรรมอวยพรวันเกิดในสัปดาห์สุดท้ายของแต่ละเดือน การให้ของขวัญ กิจกรรมตาม ประเพณีต่างๆ กิจกรรมร่วมของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม การตรวจสุขภาพ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้งบจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็น ผู้สนับสนุนกิจกรรมบางกิจกรรม รวมถึงภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทส่วนร่วมด้วย

พื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุที่สนใจสามารถขึ้นทะเบียนชมรมผู้สูงอายุได้ที่ ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้บ้าน

เทศบาลเมืองลำสามแก้ว โดยกองสวัสดิการสังคม สนับสนุนผู้สูงอายุให้จัดตั้ง ชมรมผู้สูงอายุเทศบาล ตั้งแต่ปี 2549 ทำให้ในพื้นที่มี 7 ชมรมแยกย่อย (67 ชุมชน 7 หมู่) ปัจจุบัน (2558) มีสมาชิกประมาณ 5,000 คนกิจกรรมหลักๆ ของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การประชุมใหญ่สามัญประจำปี ประชุมปีละครั้ง การจัดงานสงกรานต์ รดน้ำดำหัว การศึกษาดูงาน

ต.นิคมสร้างตนเอง อ.พิมาย จ.นครราชสีมา ชมรมผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมให้ ผู้สูงอายุ ในช่วงสงกรานต์และมีการเยี่ยมผู้สูงอายุในแต่ละหมู่ สลับปรับเปลี่ยนกันไป

ตำบล ใน ต.น้ำริด อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์ ชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้านประสานงานกับ หน่วยงานต่างๆ ในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ในระดับหมู่บ้านและระดับตำบล

ต.ทุ่ง อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี ชมรมผู้สูงอายุมีจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิกกรณีเจ็บป่วย ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล รวมถึงกรณีเสียชีวิต

ด.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุที่เกิดจากผู้ที่มีความสนใจและอุดมการณ์ร่วมกัน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแนวคิดในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุของตำบลสระเกษียม ซึ่งเกิดจากการรวมตัวของผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีจุดประสงค์ให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความอบอุ่น ไม่เจ็บเหงา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน มีสวัสดิการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยชมรมผู้สูงอายุมีระบบการบริหารจัดการที่ดี ดังนี้

1) การจัดการที่ดี มีคณะกรรมการชมรม ที่มีความเสียสละ มีความรู้ความสามารถ มีศักยภาพสูงในการบริหารจัดการชมรม

2) การบริหารจัดการการเงินแบบโปร่งใส มีคณะกรรมการและกฎระเบียบด้านการเงิน

3) การประชาสัมพันธ์ที่ดี มีหอกระจายข่าว มีการแจ้งจากคณะกรรมการและการบอกต่อกันในหมู่บ้าน และบอกถึงความสำคัญ ประโยชน์ และสิ่งที่คุณสูงอายุจะได้รับ

4) การมอบของขวัญวันเกิด และร้องเพลงอวยพรวันเกิดที่ตนเองของคนสระเกษียม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข ภาคภูมิใจ ซึ่งเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้สูงอายุอยากเข้ามามีส่วนร่วม

5) การจัดสวัสดิการ โดยมีการตั้งกฎระเบียบที่ชัดเจน ทำให้ผู้สูงอายุมีความอบอุ่น มีความดีใจที่มีการมาเยี่ยมผู้สูงอายุ โดยมีสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ

6) การแสดงศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน เพลงรำปรบไก่ ร้องเพลงพวงมาลัย ลีเก รำตัด เพื่อให้สมาชิกสนุกสนาน คลายเครียด สมาชิกมีความสามารถและกล้าแสดงออก มีดังนี้

7) กิจกรรมที่ดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ เมื่อมีการประชุมผู้สูงอายุ โดยชมรมผู้สูงอายุจะมีการประชุมวันพฤหัสบดีแรกของเดือน) มีกิจกรรมที่ดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

7.1) ดัดกรอง ตรวจสอบสุขภาพ

7.2) สวดมนต์

7.3) ร้องเพลงสรรเสริญพระบารมี

7.4) มอบใบประกาศนียบัตร

7.5) มอบของขวัญวันเกิด

7.6) ร้องเพลงมาร์ชสระเกษียม

7.7) กิจกรรมการออกกำลังกาย

7.8) การแสดงศิลปพื้นบ้าน รำปรบไก่ เพลงพวงมาลัย

7.9) กิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา ประเพณีต่างๆ เช่น สงกรานต์ ปีใหม่

7.10) กิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล

7.11) กิจกรรมรำวง

7.12) กิจกรรมร้องเพลง

7.13) กิจกรรมสัญญาใจ กิจกรรมอำลา สวัสดิ์ บอกรัก ให้กำลังใจ

บางพื้นที่ยังไม่มีการจัดชมรมผู้สูงอายุ เช่น พื้นที่ ตำบลเลม็ดยังไม่มีการจัดชมรมผู้สูงอายุ ปัจจุบันเป็นเพียงกลุ่มผู้สูงอายุที่รวมกลุ่มกันทำกิจกรรม ออมเงินเพื่อจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิก

(3) กองทุนสวัสดิการ กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นระบบการทำให้คนในชุมชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทั้งเรื่องของคุณภาพชีวิต รวมถึงปฏิสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งมี การจัดทำกองทุนสวัสดิการ จัดตั้งโดยการได้รับบริจาคเงินหรือสิ่งของ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยโอกาส โดยจะแจกทุกเดือน แต่กองทุนดังกล่าวไม่ได้มีการจดทะเบียน โดยขึ้นกับนายกเทศบาลเมืองบ้านสวน ในบางกรณีการแจกสิ่งของหรือเงินดังกล่าว จะนำไปแจกเองที่บ้าน แล้วแต่ว่าเขตไหนจะประสานไปที่กองสวัสดิการสังคม (เทศบาลเมืองบ้านสวน จ.ชลบุรี) บางแห่งสมาชิกต้องเสียเงินปีละ 100 บาท หากต้องนอนรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจะได้รับเงิน 500 บาท เสียชีวิตจะได้รับเงิน 2,000 บาท คลอดบุตรจะได้รับ 800 บาท (อบต.หนองแขม จ.ลพบุรี)

ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม มีการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุในรูปของกองทุนฌาปนกิจให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) สมาชิกตลอดชีพ 400 บาท
- 2) สมัครงาน 50 บาท ต่อปี
- 3) ของขวัญวันเกิด
- 4) เลี้ยงอาหารในวันเกิด
- 5) เยี่ยมให้เงิน 300 บาท
- 6) เสียชีวิตให้เงิน 4,000 บาท พร้อมพวงหรีด 1 พวง

(4) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ศูนย์นี้จัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุได้มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมและบริการส่งเสริมด้านอาชีพและการถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม เป็นศูนย์ส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยกิจกรรมของศูนย์มีทั้งการส่งเสริมสุขภาพอนามัย สนับสนุนการศึกษา อาชีพ สังคม ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ การติดตามให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นต้น ทั้งนี้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งอยู่ระหว่างได้ดำเนินของงบประมาณในปี 2559 ทั้งตรุกฎ และอุปกรณ์ในศูนย์สำหรับผู้สูงอายุ(อบต.หนองแขม จ.ลพบุรี)

(5) โครงการวิทยาลัยเพื่อชีวิตผู้สูงวัยใส่ใจสุขภาพ เป็นโครงการเริ่มต้นตั้งแต่เดือนมีนาคม 2558 ได้มีการเปิดอบรมให้ความรู้ในการเตรียมตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การฝึกสมอง กิจกรรมนันทนาการ การเล่นตามอัธยาศัย การฝึกอาชีพตามบริบทที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้และเหมาะสมกับวัยส่วนใหญ่ผู้ที่เข้าร่วมจะเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม โดยมีการคัดเลือกคณะกรรมการที่มีความต้องการและสนใจที่จะทำและมีศักยภาพ ดังนั้นในขั้นแรกจึงต้องเป็นพี่เลี้ยงแก่ผู้ดำเนินโครงการ รวมทั้งมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมีการเก็บเงินเพื่อเอาไวใช้ในยามเสียชีวิตเพื่อจัดการศพจะได้ไม่เป็นการแก่ลูกหลาน แต่ไม่ได้มีการส่งเสริมผู้สูงอายุให้ดูแลตัวเองและดูแลซึ่งกันและกัน (เทศบาลสบเตี๊ยะ จ.เชียงใหม่)

(6) รทหน่วยกู้ชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งให้รทหน่วยกู้ชีพบริการรับส่งผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาลในพื้นที่ กรณีผู้สูงอายุเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น

อบต.หนองแขม อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี บริการพาคนป่วยไปโรงพยาบาลใกล้บ้านสามารถติดต่อผ่านเบอร์โทรศัพท์มือถือโดยตรง และสมาชิก อบต. /รองนายก

เทศบาลตำบลน้ำริด อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ มีการให้บริการรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อไปทำกิจกรรม วัดความดัน รวมทั้งรถบริการฉุกเฉินรับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และรถบริการฉุกเฉิน 1669

เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่ มีรถบริการฉุกเฉินในการรับ-ส่งผู้ป่วย 3 คัน

อบต.ทุ่ง อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานีมีทีม อสม. เคลื่อนที่เร็วสำหรับช่วยเหลือในยามฉุกเฉิน และมีรถบริการฉุกเฉินสำหรับพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอำเภอไชยาได้ทันที

เทศบาลตำบลพุมเรียง อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี มีรถบริการกรณีฉุกเฉินโดยมูลนิธิอิสลาม

ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม มีบริการรับ – ส่ง ผู้สูงอายุ เพื่อเข้ารับบริการยังสถานบริการสุขภาพกรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยองค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษเป็นผู้รับผิดชอบบริการรถฉุกเฉิน

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

(8) อาสาสมัคร กลุ่มอาสาสมัครในชุมชนมีบทบาทด้านอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในชุมชน เยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือตามความจำเป็นและ ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุและกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ประกอบด้วย อสม. อพส. อพม. อพมก. อพพร.

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

- สำรวจผู้สูงอายุที่มีปัญหา/ต้องการความช่วยเหลือ

- ประสานขอรับความช่วยเหลือมายัง จนท. รพ.สต. และทาง อบต.

- รายงานสถานการณ์และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

8.2) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อพส.) ปฏิบัติหน้าที่ให้ความคุ้มครองสวัสดิภาพและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ที่ขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ได้รับการดูแลมีบทบาทหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค มีการให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำชุมชนใน

เรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพพลานามัยให้แข็งแรง และเกิดการเจ็บป่วยน้อยที่สุด รวมถึงดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพ และแจ้งข้อมูลข่าวสารให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงสิทธิของตนเอง

8.3) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)

คือ อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ในชุมชนอยู่แล้วและสนใจเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อท้องถิ่นของตนเอง มีบทบาทหน้าที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม ประกอบด้วย 1) ชีเป้า – เฝ้าระวัง คือ การสำรวจและรวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมายและผู้รับบริการ การเฝ้าระวังการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสังคมเบื้องต้น และการรายงานสถานการณ์ทางสังคมของชุมชน 2) เชื่อมกลุ่มเดิม – เสริมสร้างกลุ่มใหม่ คือ การประสานงานการส่งต่อผู้รับบริการและการให้ความร่วมมือและสนับสนุนการปฏิบัติงานตามภารกิจของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ส่วนราชการและเอกชนที่เกี่ยวข้อง และ 3) ร่วมใจทำแผนชุมชน คือควรเป็นผู้ผลักดันหรือกระตุ้นให้ชุมชนร่วมมือร่วมใจกันระดมความคิดเพื่อจัดทำแผนของชุมชนโดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เช่น การจัดทำแผนสวัสดิการชุมชน

8.4) อาสาสมัครช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.)

มีบทบาทหน้าที่ช่วยเหลือผู้พิการ โดยให้การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำชุมชนในเรื่องต่าง ๆ 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

1. การออกตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง สอบถามความต้องการ การตรวจคัดกรองโรค ทำกายภาพบำบัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือต้องการการดูแลมาก ทาง รพ.สต. จะเข้าไปตรวจเยี่ยมบ่อยมากขึ้น (ต.นิคมสร้างตนเอง อ.พิมาย จ.นครราชสีมา) หรือทีมสุขภาพเข้าไปดูแล (เทศบาลสเบเตียะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่) บางแห่งอาจมีทีมผู้บริหาร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และ อสม. ร่วมดูแล (เทศบาลเมืองลำสามแก้ว อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี)

2. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เช่น แจกข้าวสาร บริการให้ยืมกายอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่ทำรถเข็น วอร์ดเกอร์ เพียงสำหรับผู้สูงอายุ (รพ.สต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม เทศบาลนครแหลมฉบัง, เทศบาลนครสงขลา)

3. ให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลในเรื่องการทำความสะอาด ทำอาหาร อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า

4. การให้แนะนำการทำกายภาพเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ในส่วนของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานจะมีโครงการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการนัดทำให้แก่ผู้สูงอายุ โดย อสม. ไปสอนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุฝึกนวดให้แก่ผู้สูงอายุ (ต.บ่อยาย อ.เมือง จ.สงขลา)

5. การอบรมการพยาบาลเบื้องต้น เช่น สอนทำแผลให้กับผู้ดูแล หรือผู้สูงอายุในกรณีที่สามารถทำได้

6. กรณีผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง หรือมีการช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย จะมีการเยี่ยมติดตาม และแนะนำครอบครัวให้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม (รพ.สต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)

7. มีการอบรม อสม. แก่น้ำ ที่มีกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่สอนการเคลื่อนตัว การพลิกตัวดูแลเรื่องแผล (รพ.สต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)

2. บริการสำหรับผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง

ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ถูกจัดว่าเป็นผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งนั้น มีจำนวนน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่ยังมีลูกหลาน ญาติพี่น้องคอยดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ พบลักษณะการถูกทอดทิ้งเป็นช่วงเวลา กล่าวคือลูกหลานออกไปทำงานในตอนกลางวัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านคนเดียว สำหรับการให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มนี้เน้นให้ชุมชนช่วยกันดูแล จากการสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ว่า

1. การไปรับยาแทน กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถไปหาพบแพทย์เองได้ หรือไม่มีคนพาไป อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่นั้นจะเป็นคนที่เป็นคนไปนำยามาให้

2. บริการเบอร์ 1669 แจ้งเหตุด่วน

3. โครงการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ จำนวน 2,000 บาท

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

5. การส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการในสถานบริการ กรณีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและไร้ที่พึ่งอาศัย จะจัดส่งไปยังหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

ตอนที่ 3 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนได้ให้ข้อมูลบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 บทบาทของหน่วยงานท้องถิ่น

ในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่ แบ่งบทบาทการดูแลผู้สูงอายุตามภารกิจของหน่วยงานโดยแต่ละหน่วยงานจะดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทหน้าที่ของตัวเองที่ได้รับมอบหมาย เช่น กองสาธารณสุข และในเรื่องบริการเกี่ยวกับสุขภาพกายอนามัย กองสวัสดิการสังคม รับผิดชอบการดูแลบริการทางสังคม เช่นเดียวกับในพื้นที่กรุงเทพมหานครสำนักงานศูนย์บริการสาธารณสุข จะดูแลในเรื่องของสุขภาพกายและใจ ส่วนสำนักงานเขตพื้นที่จะดูแลในเรื่องเบี้ยยังชีพและการช่วยเหลือด้านสิ่งของ-เงิน แก่ผู้สูงอายุ

(1) บทบาทตามภารกิจด้านสวัสดิการสังคม บทบาทการให้บริการด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ และการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานดังกล่าวแต่ละพื้นที่ผู้ที่รับผิดชอบจะเป็นหน่วยงาน ผู้นำชุมชนและแกนนำในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการชุมชน มีบทบาทในการด้านการดูแลด้านสวัสดิภาพ ความเป็นอยู่ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบและบทบาทที่คล้ายคลึง และแตกต่างกันไป ตัวอย่างเช่น

เทศบาลเมืองลำสามแก้ว มอบหมายให้กองสวัสดิการสังคม รับผิดชอบงานด้านสวัสดิการสังคมทุกกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วย การแบ่งโครงสร้างการบริหารงาน 4 ฝ่าย ประกอบด้วย ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายพัฒนาชุมชน ฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม และฝ่ายสังคมสงเคราะห์ โดยฝ่ายสังคมสงเคราะห์ รับผิดชอบงานด้านสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเอดส์ ปรีกษาปัญหาของคนในชุมชน การประสานส่งต่อฝ่ายพัฒนาชุมชน รับผิดชอบการประสานงานกับคณะกรรมการชุมชน เลือกตั้งคณะกรรมการชุมชน และการจัดระเบียบชุมชนส่วนฝ่ายส่งเสริมสวัสดิการสังคม รับผิดชอบการสนับสนุน ผลักดันและพัฒนากิจการจัดตั้งองค์กรต่าง ๆ เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มสตรี กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นต้น ทั้งนี้ภารกิจงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่สำคัญ คือ รับผิดชอบการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการไปด้วย

องค์การบริหารส่วนตำบลพังทวย อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น ได้มีการมอบนโยบายให้นักพัฒนาชุมชนและผู้ช่วย ดูแลรับผิดชอบประสานการทำงานร่วมกับเครือข่ายเพื่อการจัดโครงการสวัสดิการซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ คนพิการ และคนไร้ที่พึ่ง นอกจากนี้ยังให้ผู้นำชุมชนสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งเพื่อแจ้งให้ทางองค์การบริหารส่วนตำบล ดำเนินการวางแผนให้ความช่วยเหลือและส่งต่อไปยังหน่วยงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่พบ เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการขอสนับสนุนเงินช่วยเหลือซ่อมแซมบ้าน ศูนย์ออกทัศนคติ ในการขอความช่วยเหลือบริจาคกายอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุ และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจังหวัดขอนแก่น เป็นต้น

พื้นที่กรุงเทพมหานคร การดำเนินงานด้านสวัสดิการสังคม มีหลายหน่วยงานที่เข้าร่วม เช่น สำนักงานเขตพื้นที่ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน เป็นต้น สำหรับบทบาทในการดำเนินงานด้านสังคมสงเคราะห์ เป็นบทบาทของสำนักงานเขตพื้นที่ และศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชนเป็นหลัก โดยให้การสนับสนุนด้านเงินและสิ่งของที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ส่วนการดำเนินงานด้านการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินการของหลายหน่วยงานทั้งสำนักงานเขตพื้นที่ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน โดยส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนทั้งงบประมาณ สิ่งของ สถานที่ บุคลากร ในการดำเนินงาน ซึ่งมีหน่วยงานภาคประชาชนและเอกชนร่วมมือด้วย

เทศบาลนครแหลมฉบัง เทศบาลเมืองบ้านสวน เทศบาลเมืองหนองปรือ อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี ทั้งสามพื้นที่กำหนดให้ดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเป็นภารกิจของ กองสวัสดิการสังคม รับผิดชอบดำเนินงานด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ยากไร้

อบต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม มอบหมายนักพัฒนาชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดทำโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และการดูแลการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุทุกเดือน

อบต.หนองแขม อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี มอบหมายรองนายกฯ และนักพัฒนาชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดทำโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และการดูแลการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุทุกเดือนตามหมู่บ้าน

เทศบาลตำบลน้ำริด อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ นายกเทศมนตรีได้มอบหมายเจ้าหน้าที่นักพัฒนาชุมชนในการดูแลเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้พิการ การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในตำบล

อบต.หนองโก อ.กระนวน จ.ขอนแก่น ดำเนินการโครงการของอำเภอในการส่งเสริมปฏิบัติการเพื่อเข้าถึงครัวเรือนยากจน ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1.ชี้เป้าหมาย 2.จัดทำเข็มทิศชีวิต 3.เข้าไปดำเนินการ 4.เข้าไปช่วยเหลือ ทั้งในด้านการช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ การช่วยเหลือสวัสดิการด้านต่าง ๆ ที่จำเป็น

(2) บทบาทตามภารกิจด้านสุขภาพ เป็นการดำเนินการให้บริการ เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ของผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานดังกล่าว หน่วยงานบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาล เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบแต่ละพื้นที่ที่หน่วยงานที่รับผิดชอบมีบทบาทที่คล้ายคลึง ดังเช่น

กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำสามแก้ว อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี แบ่งการบริหารจัดการออกเป็น 3 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายบริหารทั่วไป ฝ่ายบริหารงานสาธารณสุข ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะ การบริโภคอาหาร และฝ่ายบริการส่งเสริมการอนามัย รับผิดชอบศูนย์บริการสาธารณสุขฯ ซึ่งทำหน้าที่ตรวจรักษา ส่งเสริมสุขภาพ งานแพทย์ฉุกเฉิน (รถบริการฉุกเฉิน) การส่งเสริมควบคุมโรค และงาน อสม. การบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ผู้สูงอายุในชุมชน แยกออกเป็น 2 ส่วน คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองลำสามแก้ว ของกองสาธารณสุข ดูแลหมู่ที่ 1 – หมู่ที่ 3 และส่วนที่ 2 รพ.สต.คูคต ดูแล หมู่ที่ 4 – หมู่ที่ 6 สำหรับในด้านสุขภาพทั่วไป เช่น การออกหน่วยพื้นที่หรือประสานให้กองสาธารณสุขช่วยเหลือ

คัดกรอง ตรวจสุขภาพ ให้ความรู้ เช่น ชุมชนผู้สูงอายุจะเชิญกองสาธารณสุขเข้าไปตรวจสุขภาพด้วย คัดกรองสุขภาพ วัดความดัน แนะนำเรื่องสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร การดำเนินงานในด้านนี้ทางศูนย์บริการสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก การดำเนินงานป้องกัน ทางศูนย์บริการสุขภาพมีการจัดโครงการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน แต่สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุจะได้รับ การตรวจสุขภาพในรายการตรวจที่มากกว่า เช่น การตรวจคอเลสเทอรอล การตรวจสายตา เป็นต้น และสำหรับกรณีที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวทางศูนย์สุขภาพจะวางแผนร่วมกับทีมอาสาสมัครสาธารณสุข เข้าเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจวัดความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นประจำทุกทุก ๆ เดือน พร้อมทั้งการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพเพิ่มเติมด้วย การดำเนินงานรักษานั้น ทางศูนย์บริการสุขภาพมีแพทย์และพยาบาลประจำศูนย์มีการให้บริการในวันเวลาราชการ ทางศูนย์จะมีการตรวจรักษาให้กับผู้ป่วยที่ขอรับบริการโดยทีมแพทย์และพยาบาล ซึ่งในแต่ละศูนย์ก็จะมีคลินิกรักษาโรคเฉพาะทางที่แตกต่างกับไป เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข 15 มีคลินิกหู คอ จมูก ศูนย์บริการสุขภาพ 68 มีคลินิกกายภาพบำบัด เป็นต้น และการดำเนินงานฟื้นฟู ทางศูนย์บริการสุขภาพมีทีมกายภาพบำบัดที่ทำหน้าที่ลงพื้นที่พร้อมทีมสหวิชาชีพให้คำปรึกษาตลอดจนความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งในบางศูนย์บริการสุขภาพมีห้องและอุปกรณ์สำหรับทำกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยซึ่งมาขอรับบริการ สำหรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยและต้องกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ทางศูนย์บริการสุขภาพจะดำเนินการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ

งานบริการด้านสาธารณสุข มอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง เช่น ดำเนินงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองหนองปรือ อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พยาบาล เจ้าพนักงานสุขภาพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เป็นตัวหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเทศบาลเมืองหนองปรือนั้นมี รพ.สต.3 แห่ง ศูนย์สาธารณสุข 2 แห่ง มี อพส. 117 คน มี อพมก. ชุมชนละ 1 คน จำนวน 44 ชุมชน โดยดูแลผู้สูงอายุไม่ซ้ำกัน ในด้านการดูแลสุขภาพของกองสาธารณสุข เมื่อมีการดำเนินกิจกรรมจะมีการวางแผนเชื่อมโยงกับกองต่าง ๆ ภายในเทศบาล มีการประสานกับทางคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ และแกนนำในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ประสานการวางแผนตรวจสุขภาพเดือนละครั้ง ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคความดัน เบาหวานและตาเป็นต้อ

ในตำบลสระกระเทียม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม และตำบลหนองแขม อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี มี รพ.สต. รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง เรียกว่า หมอครอบครัว แบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน จนท. 1 คน รับผิดชอบเป็นหมู่บ้าน จำนวนมากน้อยขึ้นอยู่กับความเหมาะสม โดยมีผู้ประสานงานเป็น อสม.ในแต่ละหมู่บ้าน และ อสม. จะต้องดูแลตามพื้นที่ที่แบ่งไว้ให้ โดยหากพบผู้สูงอายุที่มีปัญหา หรือต้องการความช่วยเหลือสามารถประสานมายัง จนท. รพ.สต.

เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่ มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ เจ้าพนักงานปฏิบัติงานตรงตามสายงานที่รับผิดชอบ เช่น การสำรวจคัดกรองผู้สูงอายุ ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง การคัดกรองตรวจวัดสายตา ส่องจอโรคไขข้อเสื่อมอายุ 60 ปีขึ้นไป ภาวะซึมเศร้า และมีพยาบาลวิชาชีพดูแลเรื่องงานผู้สูงอายุ

ต.เลม็ด จ.สุราษฎร์ธานี มี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ร่วมดูแลผู้สูงอายุ

ต.บ่อ่าง อ.เมือง จ.สงขลา งานด้านบริการสุขภาพอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเมืองสงขลา ซึ่งได้แต่งตั้งให้เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิดูแลทางด้านสุขภาพ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิแบ่งออกเป็น 7 หน่วย ดูแล 37 ชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยในการดำเนินงาน

เทศบาลนครสงขลา โดยศูนย์บริการสาธารณสุข รับผิดชอบการดูแลทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่วนบทบาทการดูแลทางด้านสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การจ่ายเบี้ยยังชีพ การเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ชมรมผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ การแจกจ่ายเครื่องนุ่งห่ม การซ่อมแซมบ้านและห้องน้ำ การนำผู้สูงอายุไปทัศนศึกษาและการปฏิบัติศาสนกิจ

ต. นิคมสร้างตนเองพิมาย อ.พิมาย จ.นครราชสีมา รพ.สต.เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง การแบ่งหน้าที่ให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแล สถานที่อยู่อาศัย ความต้องการของผู้สูงอายุ มีการกำหนดจำนวนในการตรวจเยี่ยมของแต่ละคน เช่นในแต่ละปีต้องออกตรวจให้ได้ 300 ครั้ง/คน/ปี แต่ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ดีขึ้นสามารถเข้าไปตรวจเยี่ยมซ้ำได้อีกหลาย ๆ ครั้งจนกว่าจะดีขึ้น และนอกจากพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลแล้ว ยังมี อสม.ในพื้นที่เข้าไปดูแลและตรวจเยี่ยมวัดความดัน ชั่งน้ำหนักและพูดคุย ให้กับผู้สูงอายุเป็นประจำ

(3) ฐานข้อมูลผู้สูงอายุเป็นฐานข้อมูลที่หน่วยงานภาครัฐจัดทำขึ้น โดยจะเป็นการให้ผู้สูงอายุมาลงทะเบียน หรือให้อาสาสมัครในพื้นที่เก็บข้อมูล และหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ส่วนใหญ่ผู้รับผิดชอบคือ กองสวัสดิการชุมชน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ในพื้นที่ ส่วนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีสำนักงานเขตแต่ละเขตรับผิดชอบ ซึ่งจะมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

(3.1) การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ

ข้อมูลในฐานข้อมูลผู้สูงอายุ มีวิธีการเก็บรวบรวมจากหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับประเภทของฐานข้อมูลแต่ละชนิด สามารถแบ่งได้ดังนี้

(3.1.1) ข้อมูลจากผู้สูงอายุมาขึ้นทะเบียนด้วยตนเอง ได้แก่ ฐานข้อมูลเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุต้องมาลงทะเบียนเพื่อยืนยันสิทธิในการรับเบี้ยยังชีพ

(3.1.2) ข้อมูลจากการส่งบุคคลไปสำรวจข้อมูล ได้แก่ ฐานข้อมูล จปฐ. ฐานข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ฐานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่จัดบริการอาสาสมัคร หรือชมรมผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน ทำการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ของฐานข้อมูล เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้แบบฟอร์ม ADL สำรวจผู้สูงอายุ แล้วจัดส่งไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ และส่งต่อไปยังหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อรวบรวมต่อไป

(3.1.3) ข้อมูลจากการรับแจ้งจากบุคคลอื่น ได้แก่ ฐานข้อมูลงานสังคมสงเคราะห์โดยมีตัวแทนมาให้ข้อมูล เช่น อสม. เยี่ยมบ้าน พบผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือก็จะแจ้งมายังหน่วยงานที่รับผิดชอบ และมีการจัดเก็บข้อมูล ผู้สูงอายุขอใช้บริการรถฉุกเฉินของศูนย์บริการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลฯ จากนั้นเจ้าหน้าที่จะสังเกตจากสภาพร่างกายหรือการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุ หากป่วยเรื้อรัง หรือติดเตียงก็จะบันทึกสถิติเพิ่ม โดยฐานข้อมูลเหล่านี้ ได้แก่

1) ฐานข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎร์ทั่วไป ฐานข้อมูลนี้จัดทำโดยงานทะเบียนของท้องถิ่น เป็นข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของประชากร และเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของบุคคลหนึ่ง เช่น การเกิด ตาย แต่งงาน หย่า และย้ายที่อยู่

2) ข้อมูลมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ฐานข้อมูลนี้จัดทำโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นข้อมูลในระดับครัวเรือนที่แสดงถึงสภาพความจำเป็นของคนในครัวเรือนในด้านต่าง

ๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเอาไว้ว่า คนควรมีคุณภาพชีวิตในเรื่องนั้น ๆ อย่างไร ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้มีชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3) **ฐานข้อมูลเบี่ยงชีฟผู้สูงอายุ** ฐานข้อมูลนี้จัดทำโดยกองสวัสดิการสังคมขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล ส่วนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จัดทำโดยสำนักงานเขต พื้นที่ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ได้รับเบี่ยงชีฟในเขตการปกครองของตน มีรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อ-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 เช่น ต. บ่อทราย อ.เมือง จ.สงขลา จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 – 69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 70 – 79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป)

5) **ฐานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ** โดยศูนย์บริการสาธารณสุขพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ได้จัดทำข้อมูลชมรมผู้สูงอายุที่หน่วยงานตนเองรับผิดชอบ

6) **ฐานข้อมูลงานสังคมสงเคราะห์** โดยสำนักงานเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

7) **ฐานข้อมูลอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)** โดยเทศบาล

(3.2) การนำฐานข้อมูลไปใช้ประโยชน์

การนำฐานข้อมูลไปใช้ประโยชน์ขึ้นอยู่กับลักษณะของฐานข้อมูลนั้น ๆ โดยเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้แก่หน่วยงานภาครัฐนำไปใช้ประโยชน์ เช่น การวางแผนจัดบริการด้านสุขภาพ การวางแผนการจัดสวัสดิการ เป็นต้น โดยสามารถสรุปการนำไปใช้ประโยชน์ของฐานข้อมูลได้ดังต่อไปนี้

1. การจัดสงเคราะห์เบี่ยงชีฟผู้สูงอายุให้แก่ผู้สูงอายุในอัตราแบบขั้นบันได
2. รพ.สต. ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้สูงอายุนำไปใช้ในการจัดทำประวัติสุขภาพของผู้สูงอายุ แล้วเชื่อมโยงประสานงานกับทางเทศบาล กองสวัสดิการสังคม และกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ในการดำเนินการด้านการรักษาพยาบาลและด้านสุขภาพต่าง ๆ

3. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ได้นำมาใช้ดำเนินการเพื่อกำหนดบริการด้านสุขภาพ หากพบผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือพิการจะลงไปสำรวจในพื้นที่อีกครั้งเพื่อให้ความช่วยเหลือ เช่น การลงพื้นที่ตรวจสุขภาพ รวมทั้งออกบัตรประจำตัวผู้พิการ

4. การใช้เพื่อเป็นฐานข้อมูล โดยคัดกรองผู้สูงอายุตามแต่ละประเภทและให้ความ

ช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น เพื่อจัดบริการการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม หรือเสนอทางเทศบาล เพื่อบริหารจัดการด้านการส่งเสริมอาชีพ ช่อมแซมบ้าน

5. ใช้เป็นฐานข้อมูลในการสมัครสมาชิกเพื่อเข้าชมรมผู้สูงอายุ โดยคนที่ป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนั้น จะต้องใช้กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไปไหนมาไหนได้สะดวกไม่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง

6. ใช้ในการติดต่อประสานงานทั่วไป เช่น กรณีผู้สูงอายุจากภายนอกพื้นที่เข้ามาอาศัยอยู่กับลูกหลาน ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ อย่างคนในพื้นที่ เพราะรายชื่อผู้สูงอายุนั้นไม่ได้อยู่ในทะเบียนราษฎร์ แต่ทางเทศบาลได้ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีตามสมควรไป

7. ใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส

8. การนำฐานข้อมูลมาใช้เพื่อวางแผนการทำโครงการกิจกรรมของชุมชน โดยโครงการ หรือกิจกรรมของแต่ละชุมชนก็มีแตกต่างกันไป โดยจะเน้นทางด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ให้ผู้สูงอายุและอาสาสมัครในกลุ่มต่าง ๆ มีบทบาทในการดำเนินโครงการ โดยหน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่สนับสนุน

3.2 บทบาทของอาสาสมัคร/ กลุ่มชมรม

(1) **อาสาสมัคร** กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน มีบทบาทด้านอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในชุมชน เยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือตามความจำเป็น และ ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุและกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ประกอบด้วย อสม. อพส. อพม. อพมก. อปพร.

(2) **ชมรมผู้สูงอายุ** มีบทบาทหน้าที่พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตในสังคม โดยชมรมผู้สูงอายุเกิดจากการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยตนเองในทุก ๆ ด้านและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง

3.3 **บทบาทการดำเนินงานของหน่วยงานอื่น ๆ** มีบทบาทในการจัดบริการตามภารกิจของหน่วยงาน และมีบทบาทสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแล เช่น

(1) **ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน** กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทในการช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามความจำเป็นการสนับสนุนการร่วมกลุ่มและการทำกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ (กรุงเทพมหานคร)

(2) **การศึกษานักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.)** กระทรวงศึกษาธิการมีบทบาทให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและให้ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเสริม รวมถึงการฝึกอบรมอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การศึกษานักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดสงขลา มีการประสานงานไปยังเทศบาลนครสงขลาเพื่อให้พิจารณาคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสายตาดีเข้ารับการเรียนทางด้านคอมพิวเตอร์และการฝึกทำขนมไทย (จ.สงขลา)

(3) สถาบันการศึกษา ในบางพื้นที่การดูแลผู้สูงอายุนั้นมีสถาบันการศึกษาเข้าร่วมด้วย เช่น คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดัดเตียง ในพื้นที่ (ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม) เมื่อสำนักงานเคหะชุมชนหาดใหญ่ได้คัดเลือกในพื้นที่ในการปรับปรุงซ่อมแซมที่พักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ สำนักงานเทศบาลนครสงขลาจะมีการประสานไปยังผู้สูงอายุเพื่อให้รับทราบและแจ้งให้มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัยในการออกแบบ โดยส่วนใหญ่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัยจะออกแบบห้องน้ำซึ่งสำนักงานเคหะชุมชนหาดใหญ่จะเป็นจ่ายเงินค่าซ่อมแซม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัยเป็นผู้ออกแบบห้องน้ำเพื่อให้เข้าหลักเกณฑ์การใช้ประโยชน์ สำนักงานเทศบาลนครสงขลาเป็นผู้คัดเลือกแรงงานที่ใช้ในการซ่อมแซม แต่จะพบว่าครอบครัวผู้สูงอายุบางรายจะมีการออกค่าใช้จ่ายส่วนตัวเพื่อให้การปรับปรุงซ่อมแซมที่พักอาศัยไม่ใช่แค่เพียงห้องน้ำ ทางมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัยก็จะมีการออกแบบที่พักอาศัยให้แก่ผู้สูงอายุด้วย

(4) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด มีบทบาทการจัดบริการสังคมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนการรวมกลุ่ม การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ถูกกระทำทารุณกรรม การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน รวมถึงให้การดูแลเรื่องเงินกู้ยืมผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพ เช่น พมจ. สงขลาให้ความช่วยเหลือทางด้านเงินลงทุนประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ การซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ การบริจาครถเข็นให้แก่ผู้สูงอายุและการให้เงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพ (ยกเลิกไปตั้งแต่ ตุลาคม 2557)

(5) ภาคเอกชน เช่นบริษัทในเครือไทยออยล์บริษัทไลอ้อน หนองปรือ พัทยา ตลาดน้ำ 4 ภาค ปราสาทสัจธรรม เมืองจำลอง มิโมซ่า โจหลุยส์ โรงเรียนสอนตัดผม โรงเรียนไทยี่สอนภาษาอังกฤษ ได้เข้ามามีบทบาทส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ (เทศบาลแหลมฉบัง, เทศบาลเมืองหนองปรือ)

(6) มูลนิธิ องค์กรสาธารณประโยชน์ เช่น มูลนิธิไตรคุณธรรมมูลนิธิธรรมรัศมีมณีนรัตน์มูลนิธิคุณพ่อเรย์ให้บริการรถฉุกเฉิน โดยดูแลทุกกลุ่มเป้าหมายในชุมชน (เทศบาลเมืองบ้านสวน, เทศบาลเมืองหนองปรือ) เหล่ากาชาด ยังร่วมแจกสิ่งของ ให้บริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่

(7) องค์กรศาสนา ในบางพื้นที่จะมีพระภิกษุสงฆ์เข้ามามีบทบาทร่วมกันดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่)

(8) ภาคประชาชนทั่วไป มีบทบาทสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ โดยสมัครเป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจการเป็นอาสาสมัครในกิจกรรมต่าง ๆ การบริจาคทรัพย์สิน และสิ่งของ เช่น ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตแล้วบริจาคเบี้ยเข้ากองทุนสวัสดิการสังคม การบริจาคเตียงคนไข้ เป็นต้น (รพ.สต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม)

ตอนที่ 4 การกำหนดนโยบาย และมาตรการการดูแลผู้สูงอายุ

4.1 การนำนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติในระดับชุมชน

(1) ที่มาของนโยบาย

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่ศึกษามีที่มาของนโยบายจาก 2 ส่วน คือ

1. นโยบายจากส่วนกลาง คือ รัฐบาล กระทรวงต่าง ๆ ที่กำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลและการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีนโยบายด้านการช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ เงินทุนประกอบอาชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น จากนั้นส่วนการปกครองท้องถิ่นจะแปลงนโยบายลงสู่การปฏิบัติ โดยบรรจุโครงการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุลงในแผน 3 ปี เพื่อเป็นการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. นโยบายจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ นายกเทศมนตรี นายก อบต. ตัวอย่างเช่น นายกเทศมนตรีฯ เทศบาลเมืองลำสามแก้ว ได้มีแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุโดยการ จัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะของเทศบาลฯ เพื่อให้คนในพื้นที่เกิดจิตอาสาและ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลคุณภาพชีวิตอย่างทั่วถึง แต่โครงการดังกล่าวต้องยุติลง เพราะซ้ำซ้อนกับ อาสาสมัครของ พมจ. (เทศบาลเมืองลำสามแก้ว ต.คูต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี) นโยบาย นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองหนองปรือ ต้องการให้ชุมชนมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุของตนเองใน ชุมชนทุกชุมชน ซึ่งปัจจุบันยังไม่เริ่มดำเนินการ (เทศบาลเมืองหนองปรือ) บางพื้นที่นายอำเภอ มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเป็น กรอบในการปฏิบัติงานของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน (ต.น้ำริด อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์)

(2) นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบ่งได้เป็น 2 แนวทาง คือ

2.1 นโยบายการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ สร้างเสริมเครือข่าย พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้าน รักษาพยาบาล และดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ชุมชน ช่วยเหลือตนเอง ดูแลกันเอง โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ช่วยสนับสนุน การดูแลแบบองค์รวม ออกพื้นที่ ติดตามทุกงานและเยี่ยมบ้านทุกกลุ่มอายุ

การดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม (ติดเตียง ติดบ้าน ติดสังคม) ตามลักษณะ จำเพาะของแต่ละบุคคล ให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นและเร่งด่วนในแต่ละราย (ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม) การบูรณาการงานในการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างกัน 2 ส่วน คือ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ การแบ่งพื้นที่ ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำสามแก้วกับ รพ.สต. คูต โดยแบ่งการดูแลกันอย่างละครึ่งหนึ่งของพื้นที่ เพื่อไม่ให้งานซ้ำซ้อนกัน ผู้รับบริการไม่สับสน และยังสามารถสนับสนุนข้อมูลและช่วยเหลือด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน (เทศบาลเมืองลำสามแก้ว ต.คูต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี)

2.1.1 มาตรการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

- **มาตรการดูแลและการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะปรับใช้นโยบายในมิติของด้านสุขภาพ การรักษาผู้สูงอายุเบื้องต้น มาตรการดูแลและการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้านอื่น ๆ เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาต้นสายตา การดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม (ติดเตียง ติดบ้าน ติดสังคม) ตามลักษณะจำเพาะของแต่ละบุคคล ให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นและเร่งด่วนในแต่ละราย (ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)

- **มาตรการคัดกรองและตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ**

มาตรการคัดกรองและตรวจสุขภาพผู้สูงอายุได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี ประจำเดือนการเร่งรัดบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นวัยผู้สูงอายุ การคัดกรองผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า การคัดกรองสมองเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม กิจกรรมประจำวัน โรคต่อกระจก ภาวะทุพโภชนาการ ตรวจสุขภาพทั่วไปเช่น ทำประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน วัดรอบเอว และสโปกตรวจฟันผู้สูงอายุการได้ยิน

- **มาตรการรณรงค์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ**

การรณรงค์ส่งเสริมสร้างภูมิคุ้มกันการเจ็บป่วยด้วยการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงและยั่งยืน

- **มาตรการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ**

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชน (เทศบาลนครแหลมฉบัง) การนำนโยบาย Long Term Care มาใช้จริงในพื้นที่เริ่มตั้งแต่รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่ แล้วแยกประเภท ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง

การส่งเสริมและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาล และสวัสดิการการ รักษาพยาบาล (เทศบาลเมืองบ้านสวน)

- **มาตรการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ**

การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะปรับใช้นโยบายในมิติของด้านสุขภาพ การส่งเสริมให้อาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ การปลูกจิตสำนึกคนในชุมชนให้เป็นคนมีจิตอาสามากขึ้นโดยเฉพาะการมีจิตอาสาด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและในพื้นที่ เพราะจะเป็นการช่วยเหลือกันเบื้องต้นในพื้นที่ ตำบลนิคมสร้างตนเอง มีกองทุนสวัสดิการชุมชน โดยเริ่มจากฐานคนพิการในพื้นที่ (ต.นิคมสร้างตนเอง อ.พิมาย จ.นครราชสีมา)

ในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษียม อ.เมือง จังหวัดนครปฐม ประชาชนในพื้นที่จะเห็นความสำคัญกับการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุและให้การสนับสนุนการดำเนินงานของผู้สูงอายุในรูปของการมอบเงินให้กับทางผู้สูงอายุในการเป็นค่าอาหารกลางวันเมื่อมีการทำกิจกรรมร่วมกัน หรือนำอาหารมาเลี้ยงผู้สูงอายุ และการดำเนินงานในพื้นที่แต่ละครั้งจะมีการวางแผนร่วมกันระหว่าง รพ.สต. อสม. อบต. ชมรมผู้สูงอายุว่าจะลงพื้นที่ที่ไหน ก่อน หลัง

- **มาตรการทำงานเชิงรุกและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ**

มาตรการทำงานเชิงรุกและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุได้แก่ การเยี่ยมบ้านที่ดี (เทศบาลเมืองหนองปรือ) การทำงานเชิงรุกเข้าไปดูแลสุขภาพ

- **มาตรการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์**

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม มีการประชาสัมพันธ์ในเรื่องข่าวสารต่าง ๆ รวมถึงเบี้ยยังชีพ ทุกเดือนตั้งแต่ต้นปี โดยผ่านเสียงตามสาย หนังสือพิมพ์ ตั๋ววิ่ง เป็นต้น บางพื้นที่ลดขั้นตอนการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งการแจกเบี้ยยังชีพ มีการประชาสัมพันธ์ วิทยุชุมชน เคเบิล รวมทั้งส่งหนังสือไปตามบ้านของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการฝึกอาชีพให้กับผู้สูงอายุบางพื้นที่ มีหนังสือส่งแจ้งที่บ้าน ประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ รวมทั้งให้อสม.เป็นผู้บอกกล่าวแก่ผู้สูงอายุ มีการติดตามการตกหล่นของเบี้ยยังชีพ และถ้าเป็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ เอดส์ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ทั้งสามกรณีส่วนนโยบายการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และนำมาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ดัดเตี้ยที่ยังไม่มีผู้ดูแล

นโยบายด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ เช่น สื่อทางโทรทัศน์ เสียงตามสาย ในบางพื้นที่พบปัญหา อสม. เป็นกระบอกเสียงในบางเรื่องให้กับชุมชนแต่อาจไม่ทั่วถึง (เทศบาลเมืองหนองปรือ)

- **มาตรการอบรมให้ความรู้และการแนะนำการช่วยเหลือตนเอง**

การอบรมให้ความรู้ในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุและคนในชุมชนดูแลช่วยเหลือตนเองได้ (เทศบาลเมืองหนองปรือ) นโยบายด้านการแนะนำช่วยเหลือตนเองได้ เช่น แนะนำในการทำเก้าอี้มีล้อเอง เพื่อฝึกการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตัวเองได้ แนะนำให้มีการทำราวจับเวลาเข้าห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุที่หลังค่อมงอ

ในพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม มีการจัดการอบรมแกนนำผู้สูงอายุ ญาติ พี่น้อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

- **มาตรการจัดตั้งกลุ่มหรือพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุ**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะปรับใช้นโยบายในมิติของด้านสุขภาพ การจัดตั้งหมู่บ้านตัวอย่างผู้สูงอายุ (เทศบาลตำบลน้ำริด) การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง ต่อเนื่อง และยั่งยืน (เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่)

การจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชน คือ สมาชิกต้องเสียเงินปีละ 100 บาท นอกโรงพยาบาลก็ 500 บาท เสียชีวิตก็จะได้ 2,000 บาท คลอดบุตร 800 บาท การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุบ่อยครั้ง และการดูแลผู้สูงอายุในบ้านโดยชุมชนเป็นต้น

2.2 นโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคม

การพัฒนาด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีการนำนโยบายด้านสังคมมาใช้ในพื้นที่ นโยบายสำคัญได้แก่ นโยบายการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจโดยจ่ายเบี้ยยังชีพ ซึ่งแต่ละพื้นที่มีการดำเนินงานคล้ายคลึงกัน คือ การลงทะเบียนเร่งรัดเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพถึงบ้านสะดวกและทั่วถึง โดยประชาสัมพันธ์ในเรื่องข่าวสารต่าง ๆ รวมถึงเบี้ยยังชีพ

ทุกเดือนตั้งแต่ต้นปี โดยผ่านเสียงตามสาย หนังสือพิมพ์ ทีวี เป็นต้นบางพื้นที่ลดขั้นตอนการรับ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งการแจกเบี้ยยังชีพ มีการประชาสัมพันธ์ วิทยุชุมชน เคเบิล รวมทั้งส่งหนังสือ ไปตามบ้านของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการฝึกอบรมให้กับผู้สูงอายุบางพื้นที่ มีหนังสือส่งแจ้งที่บ้าน ประชาสัมพันธ์ต่าง รวมทั้งให้ อสม.เป็นผู้บอกกล่าวแก่ผู้สูงอายุ มีการติดตามการตกหล่นของเบี้ย ยังชีพและถ้าเป็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ เอดส์ จะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ 3 ทั้งสามกรณีส่วนนโยบายการให้ ความรู้ สร้างความเข้าใจการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และนำมาช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ถูกทอดทิ้ง ติดเตียงที่ยังไม่มีผู้ดูแล

4.2 การจัดทำแผน/ โครงการ และการสนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

(1) แหล่งงบประมาณ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการดำเนินงานของหลายหน่วยงาน โครงการ กิจกรรมที่ดำเนินงานจึงมีที่มาจากหลากหลายแหล่ง จำแนกได้ดังนี้

1) แหล่งให้การสนับสนุนงบประมาณหลัก ส่วนให้คือ องค์กรปกครองท้องถิ่น ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ซึ่งจะจัดตั้งงบประมาณ สนับสนุนงานด้านผู้สูงอายุ เช่น

เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี สนับสนุนงบประมาณทางชมรมผู้สูงอายุ ประมาณ 5 – 6 แสนบาทต่อปี เพื่อจัดกิจกรรมในนามของเทศบาลทุก 2 เดือน

องค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษีเยม อำเภอมือง จังหวัดนครปฐม ให้การ สนับสนุนงบประมาณโครงการผู้สูงอายุ งบประมาณ 70,000 บาท/ปี และสนับสนุนการจัด กิจกรรมทุกวันพฤหัสบดีแรกของทุกเดือน โดยสนับสนุนเป็นค่าอาหารในการทำกิจกรรมของชมรม

เทศบาลเมืองหนองปรือ สนับสนุนงบประมาณ 2,700,000 บาท ดำเนินงาน แผนการ 2558 เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม และการป้องกันรักษาและส่งเสริม สุขภาพอนามัยของประชาชน จัดเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ของหน่วย บริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนดำเนินกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคแก่ประชาชนในเขตพื้นที่ สนับสนุนกิจกรรม 5 กลุ่ม สร้างเสริม สุขภาพการป้องกันโรคของศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน

อบต.เพนียดจ.ลพบุรี สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน 4 ตำบล ะละ 10,000 บาท

อบต.เลม็ด จ.สุราษฎร์ธานี มีกิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ตั้งงบประมาณ จำนวน 80,000 บาท

2) การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนิน กิจกรรมด้านสุขภาพของคนในชุมชนเช่น การตรวจสุขภาพ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ (เทศบาลเมืองหนองปรือ, เทศบาลนครแหลมฉบังจ.ชลบุรี, ต. บ่อ่าง จ.สงขลา, เทศบาลนครสงขลาจ. สงขลา)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนิคมสร้างตนเอง มีงบสนับสนุน 500,000 บาท /ปีโดยจัดให้มีการตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุในพื้นที่ ตามแผนงานและโครงการดูแลผู้สูงอายุ (ต. นิคมสร้างตนเองจ.นครราชสีมา)

3) การบริจาคจากสมาชิกกันเอง และผู้บริจาคอื่น ๆรวมถึงได้รับเงินบริจาคจาก ญาติผู้เสียชีวิตในการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุตำบล สระเกษีเยม มีงบประมาณโครงการได้จาก อบต. สมาชิกชมรม และผู้บริจาคนอกชมรม

(ต.สระเกษียม จ.นครปฐม)การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเทศบาลนครแหลมฉบัง จะใช้งบประมาณจากการเก็บค่าสมาชิกของบุคคลในชมรมร่วมด้วย(เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี)

4) การเขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนภายนอก

(2) ที่มาของแผนงาน โครงการ กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ

1. โครงการที่เป็นนโยบายจากส่วนกลาง พื้นที่รับมาดำเนินการ เช่น กรุงเทพมหานคร จะเป็นผู้กำหนดนโยบายและโครงการให้หน่วยงานระดับพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการ

2. โครงการที่มาจากการสำรวจรวบรวมความต้องการของชุมชน โครงการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนที่จะกำหนดโครงการ/กิจกรรม มีเข้าไปสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุโดยใช้เวทีประชาคม ร่วมกับข้อมูลจาก อพส. ซึ่งไปสำรวจทุกบ้าน นำมาจัดไว้ในแผนพัฒนาฯ เพื่อจัดสรรงบประมาณ (ต.ทุ่ง จ.สุราษฎร์ธานี) มีการจัดทำแผน 3 ปี และแผน 5 ปี และกำหนดให้มีกิจกรรม 1 เดือนต่อครั้ง โดยในหนึ่งปีจะมีโครงการใหญ่จำนวน 1 โครงการ (เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี)

การกำหนดไว้ในแผนประจำปีและแผน 3 ปี เช่น การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส เพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือด้านเครื่องอุปโภคบริโภคในเบื้องต้นและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (จ.สงขลา)

3. โครงการตามความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่โดยขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงาน หน่วยงานภาครัฐ กองทุนต่าง ๆ เช่น โครงการส่งเสริมอาชีพ โครงการส่งเสริมความรู้ หรือการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยการดำเนินโครงการดังกล่าวจะมีหน่วยงานภาครัฐในระดับพื้นที่เป็นผู้ช่วยเช่น การสนับสนุนวิทยากร การประสานงานกับหน่วยงานที่ของทุน 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 แบ่งประเภทของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนได้ดังนี้

1. โครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.1 กิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น

- การรำมวยไทเกก การรำไม้พอง การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายตามลานกิจกรรมหรือเครื่องออกกำลังกายประจำชุมชน โดยนำร่องปีละหนึ่งหมู่บ้าน 30 คน (ต.คูต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี)

- โครงการออกกำลังกาย (กรุงเทพมหานคร)
- โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (เทศบาลเมืองหนองปรือ

จ.ชลบุรี)

- รำกระบอง ฝึกทักษะการใช้ระบบในร่างกาย รำกลองยาว อังกะลุง (เทศบาลเมืองหนองปรือ จ.ชลบุรี)

- โครงการออกกำลังกาย (เทศบาลสเบเตียะ จ.เชียงใหม่)
- กิจกรรมออกกำลังกายไม่พลอง (ต.ทุ่ง จ.สุราษฎร์ธานี)
- การจัดกิจกรรมสันทนาการ (จ.สงขลา)

- การออกกำลังกายโดยการดัดแปลงใช้ท่อน้ำมาทำเป็นอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย(ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)

- การแสดงศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน เช่น รำปรบไก่ ลิเก ลำตัด เพลงพวงมาลัย เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นการออกกำลังกายอีกวิธีหนึ่ง (ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)

1.2 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ เช่น

- การอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัย การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การให้ความรู้เรื่องสิทธิที่ผู้สูงอายุได้รับ (ต.คูต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี)

- โครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การตรวจวัดความดัน ชั่งน้ำหนัก (อบต.สระเกษียม จ.นครปฐม)

- โครงการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ อสม. ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ (ต.ทุ่ง จ.สุราษฎร์ธานี)

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม กศน. และชุมชนผู้สูงอายุ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การตรวจวัดความดัน การชั่งน้ำหนักรวมถึงการอบรมภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ สอนการเคลื่อนตัว การพลิกตัวดูแลเรื่องแผล (ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)

- ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลนครปฐม ให้ความรู้เกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัดให้กับผู้สูงอายุติดเตียง(ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)

- กศน. ให้ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเสริม(ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)

- โครงการอุดหนุนศูนย์ สสมช. เพื่อพัฒนาอาชีพสู่การพัฒนาสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรู้ในหลักการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ รวมถึงคาดหมายว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานจะมีความรู้ในหลักการดูแลผู้สูงอายุผู้พิการในชุมชน

1.3 ศูนย์บริการ เช่น

- โครงการศูนย์ส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุเสริมสร้างสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ (เทศบาลเมืองบ้านสวน จ.ชลบุรี)

- โครงการศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน (เทศบาลนครแหลมฉบัง และ เทศบาลเมืองหนองปรือ จ.ชลบุรี)

- ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (อบต. หนองแขม จังหวัด
ลพบุรี)

2. โครงการเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง รักษาพยาบาล เช่น

- โครงการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โครงการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจ
สายตา ตาต้อกระจก ตัดแว่น (ต.คูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี, กรุงเทพมหานคร, เทศบาลเมือง
หนองปรือ จ.ชลบุรี, ต. นิคมสร้างตนเองพินาย จ.นครราชสีมา, เทศบาลสบเตี๊ยะ จ.เชียงใหม่
เทศบาลเมืองบ้านสวน จ.ชลบุรี)

- โครงการดูแลผู้สูงอายุ (ระยะยาว) โครงการกายภาพบำบัด โครงการตรวจ
สุขภาพ โครงการบริการรถฉุกเฉินของ อปพร. เขตวังทองหลาง(กรุงเทพมหานคร)

- โครงการประกวดผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (เทศบาลเมืองบ้านสวน จ.ชลบุรี)

- โครงการสำหรับผู้สูงอายุและผู้บำเพ็ญประโยชน์ที่มีปัญหาทางสายตา
จำนวน 850 คน ต้องมีการคัดเลือกผู้สูงอายุและผู้บำเพ็ญประโยชน์ที่มีปัญหาทางสายตาและ
ตัดแว่นตาให้แก่ผู้ที่มีปัญหาต้อสายตา จำนวน 250 คน ต่อปี (เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี)

- โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตา มีบริการตรวจคัดกรอง
ทางสายตาสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางสายตา พร้อมทั้งมีบริการผ่าตัดโรคต้อกระจกให้แก่ผู้สูงอายุใน
เขตเทศบาลที่เป็นโรคต้อกระจก จำนวน 1,000 คน (เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี)

- โครงการป้องกันภัยท่วงโยสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยจัดให้มีการตรวจ
คัดกรองสุขภาพและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างถูกวิธี ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการในเขต
เทศบาลทั้ง 23 ชุมชน (เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี)

- โครงการธนาคารเตียงผู้ป่วย (เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี)

- โครงการสูงวัยฟันสวยด้วยรอยยิ้ม ซึ่งจัดในปีงบประมาณ 2558 มีการแจก
แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ และมีการจัดอบรมการดูแลสุขภาพของช่องปากและฟัน (เทศบาลเมือง
บ้านสวน จ.ชลบุรี)

- กิจกรรมทำฟัน และดูแลรักษาทำความสะอาดช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ
(ต. นิคมสร้างตนเองพินาย จ.นครราชสีมา)

- โครงการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า โครงการคัดกรองสมองเสื่อม.
โครงการคัดกรองข้อเข่าเสื่อม โครงการคัดกรองกิจวัตรประจำวัน โครงการคัดกรองโรคต้อกระจก
โครงการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ โครงการตรวจสุขภาพทั่วไป เช่น ทำประวัติ ชั่งน้ำหนัก
วัดความดัน วัดรอบเอว และสะโพก โครงการตรวจฟันผู้สูงอายุ (เทศบาลสบเตี๊ยะ จ.เชียงใหม่)

- โครงการวิทยาลัยเพื่อชีวิตผู้สูงวัยใส่ใจสุขภาพ ใช้งบประมาณของหลักประกัน
สุขภาพ รูปแบบการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะการพึ่งพิง โดยการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ
เพื่อคัดกรองแยกประเภทผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียงได้จัดทีมบุคลากรการแพทย์ทีมแพทย์ พยาบาล
นักกายภาพเข้าไปดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านจะมีการเข้าไปเยี่ยมบ้านเช่นเดียวกัน และก็แก้ไขปัญหาก็พบ
สำหรับผู้สูงอายุที่ติดสังคม จะลดภาวะพึ่งพาพึ่งพิง โดยจะเปิดเป็นคอร์ส เป็นหลักสูตรที่ทางฝ่าย
สาธารณสุขได้ทำขึ้นมา (เทศบาลสบเตี๊ยะ จ.เชียงใหม่)

3. โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และการเยี่ยมเยียน ผู้สูงอายุ เช่น

- โครงการตรวจเยี่ยมผู้พิการ ผู้สูงอายุ การลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจ
ความต้องการของผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน (ต.คูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี)

- โครงการเยี่ยมบ้าน โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน โครงการเยี่ยมผู้สูงอายุและตรวจสุขภาพที่ชุมชน โครงการเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง (กรุงเทพมหานคร)
- โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีผู้สูงอายุ 10 คน ต่อ อสม. 1 คน มีการประเมินและส่งรายงาน มี อพส. 117 คน มี อพมก. ชุมชนละ 1 คน ไม่ซ้ำกัน โดยการดำเนินการอบรมจะคนกลุ่มกับผู้ดูแลและผู้พิการ ทั้งนี้ อสม. จะลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยดูจากสภาพแวดล้อม ที่อยู่ โรค มีการติดตามการใช้ยาของโรค เช่น โรคเบาหวาน วัณโรค หัวใจ ความดัน ชั่งน้ำหนัก คัดกรองสุขภาพ และมีการลงเยี่ยมซ้ำเป็นประจำ(เทศบาลเมืองหนองปรือ จ.ชลบุรี)
- โครงการเพื่อนเยี่ยมเพื่อน โดยการออกเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ร่วมกับ อบต. รพ.สต. อสม. ชมรมผู้สูงอายุ(เทศบาลเมืองหนองปรือ จ.ชลบุรี)
- โครงการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง (เทศบาลเมืองบ้านสวน จ.ชลบุรี)
- การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง โดยแบ่งออกเป็น ตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุปกติ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวที่ไม่มีใครดูแล ทั้งนี้การตรวจเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ต้องมีการเขียนรายละเอียดผู้ป่วยว่ามีอาการดีขึ้นหรือต้องส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาเพิ่มเติม (ต. นิคมสร้างตนเองพิมาย จ.นครราชสีมา)
- โครงการเยี่ยมบ้านจาก อบต.โดยการออกดูแลผู้สูงอายุถึงที่บ้านเพื่อสำรวจความต้องการ พร้อมกับชมรมผู้สูงอายุ ที่ได้มีการดำเนินงานโดยกลุ่มเครือข่ายผู้สูงอายุ (ต.หนองแขม จ.ลพบุรี)
- โครงการ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อสม. (มีเพียง 1 ปี) สนับสนุนจาก พมจ. แต่ปีต่อ ๆ มามอบหมายให้ทางเทศบาลน้ำริดดำเนินการต่อ(ต.น้ำริด จ.อุตรดิตถ์)
- โครงการเพื่อนเยี่ยมเพื่อน โดยการออกเยี่ยมผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ และการให้ของเยี่ยม โดยความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ชมรมผู้สูงอายุ(ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)
- กิจกรรมผู้น้อยดูแลผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป เมื่อมีกิจกรรมจะได้รับสิทธิพิเศษจากผู้น้อยในการช่วยเหลือ และให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ(ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)
- กิจกรรมทางพระพุทธศาสนา มีการนิมนต์พระเพื่อไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่ติดเตียง เพื่อเป็นการสวดมนต์ไหว้พระ เพื่อความเป็นสิริมงคล ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีความสุขทางใจ(ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)
- กิจกรรมการถ่ายทอดประเพณีให้กับนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ และนักเรียนโรงเรียนมัธยมในพื้นที่ เพื่อเป็นการอนุรักษ์ประเพณีอันดีงามไว้ให้ลูกหลานต่อไป (ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)

4. โครงการส่งเสริมอาชีพของผู้สูงอายุเช่น

- โครงการส่งเสริมอาชีพของผู้สูงอายุ (ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม ต.คูต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี)
- โครงการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โครงการนวดแผนโบราณ โครงการกลุ่มบ้านเห็ด ลาดพร้าว 80 (กรุงเทพมหานคร)

- โครงการส่งเสริมด้านอาชีพ ประดิษฐ์ดอกไม้จันทน์ การบูร ลูกประคบ มีการอบรม 3 เดือน ต่อ 1 ครั้ง (เทศบาลเมืองหนองปรือ จ.ชลบุรี)

- โครงการ ฝึกอาชีพผู้สูงอายุ (ต.น้ำริด จ.อุดรดิตถ์)

5. การศึกษาดูงาน เช่น

- โครงการศึกษาดูงาน พาผู้สูงอายุไหว้พระ (ต.คูต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี)

- โครงการพาผู้สูงอายุไปทัศนศึกษานอกสถานที่ (กรุงเทพมหานคร)

- โครงการทัศนศึกษาไหว้พระ 9 วัด (เทศบาลเมืองหนองปรือ จ.ชลบุรี)

- โครงการพาผู้สูงอายุปฏิบัติธรรม จำนวน 3 วัน 2 คืน (เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี)

- โครงการอบรมและศึกษาดูงานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลนครแหลมฉบัง มีการจัดอบรมด้านสุขภาพ การบริหารจัดการด้านการจัดสวัสดิการขยายชมรมและการศึกษาดูงาน ให้แก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 450 คน (ปีละครั้ง) (เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี)

- โครงการการนำผู้สูงอายุไปทัศนศึกษา (จ.สงขลา)

- กิจกรรมการศึกษาดูงาน โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษ (ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม)

- ร่วมกิจกรรมสัญจรกับเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม (ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม)

6. โครงการด้านประเพณีวัฒนธรรมต่าง ๆ เช่น

- การจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา และประเพณีต่าง ๆ เช่น การรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ (ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม ต.คูต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี)

- โครงการประเพณีสงกรานต์ /โครงการสวดมนต์ (กรุงเทพมหานคร)

- โครงการจัดงานตามประเพณีต่าง ๆ การส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม เช่น ทำบุญตามประเพณี สรงน้ำพระ รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ มีการมอบของขวัญให้กับผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ (เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี)

- โครงการวันผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ชุมชนทุกชุมชนเสนอเพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมและประเพณีอันงามของไทย และความสำคัญของวันผู้สูงอายุ อีกทั้งเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันในชุมชน(เทศบาลเมืองบ้านสวน จ.ชลบุรี)

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

- การจัดงานวันผู้สูงอายุ ในเดือนเมษายน ของทุกปี โดยมีกิจกรรม อาทิ รดน้ำดำหัวขอพรจากผู้สูงอายุ แข่งขันกีฬาฟุตบอล และกีฬาพื้นบ้าน เพื่อให้คนทุกช่วงวัยให้ความสำคัญและมีกิจกรรมกับผู้สูงอายุ (ต.หนองแขม จ.ลพบุรี)

- โครงการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ(ต.น้ำริด จ.อุดรดิตถ์)

- การจัดกิจกรรมประจำปี เช่น รดน้ำดำหัววันสงกรานต์ ชักพระน้ำ แข่งชักเรือพระ โดยแห่เรือพระในน้ำ ผู้สูงอายุจะพายเรือร่วมกับคนทั่วไป จัดงานช่วงเดือนพฤศจิกายนของทุกปี กีฬาผู้สูงอายุพุมเรียงดีพ มีผู้สูงอายุร่วมในขบวนแห่ อย่างน้อย 40-50 คน ที่เข้าร่วม (ต.พุมเรียง จ.สุราษฎร์ธานี)

- รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ กิจกรรมร่วมกับอำเภอ ประทศผู้สูงอายุ และประทศแม่ดีเด่น (ต.เลม็ด จ.สุราษฎร์ธานี)
- ด่ายศีลธรรม ด่ายทางศาสนาอิสลาม (ต.พุมเรียง จ.สุราษฎร์ธานี)
- การเผยแพร่กิจกรรมการแสดงศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน คือ รำปรบไกร ร้องเพลงพวงมาลัย ในกิจกรรมเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม(ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)
- การถ่ายทอดประเพณีวัฒนธรรม ให้กับเยาวชนรุ่นใหม่ เพื่อเป็นการอนุรักษ์ประเพณีวัฒนธรรมไว้ให้เยาวชนรุ่นต่อไป(ต.สระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม)

7. โครงการเพื่อส่งเสริมพัฒนาตักยภาพผู้สูงอายุ เช่น

- โครงการให้ความรู้การเข้าถึงสิทธิ ตามรัฐธรรมนูญ (กรุงเทพมหานคร)
- โครงการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ให้มีความรู้ความเข้าใจและนำมาประยุกต์ใช้ได้ทุก ๆ 2 เดือน (ปีละ 6 ครั้ง) จำนวน 400 คน (เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี)
- โครงการพัฒนาตักยภาพชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งในแต่ละชุมชนจะเป็นผู้เสนอเข้ามาเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งจะให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี โดยมีกิจกรรมการจัดอบรมศึกษาดูงานชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย จิต โดยนั้งสมาธิ “จิตใส ใจสุข” (เทศบาลเมืองบ้านสวน จ.ชลบุรี)
- โครงการส่งเสริมภูมิปัญญาผู้สูงอายุในท้องถิ่น (ต.ทุ่ง จ.สุราษฎร์ธานี)
- ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษียม อ.เมือง จ.นครปฐม มีการ

ดำเนินโครงการเพื่อส่งเสริมพัฒนาตักยภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) โครงการผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษียมให้การสนับสนุนการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนเป็นค่าอาหารในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุทุกเดือน
- 2) โครงการเพื่อนเยี่ยมเพื่อน เพื่อให้กำลังใจผู้สูงอายุในพื้นที่
- 3) การติดตามประเมินผลโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยการสังเกต ติดตาม การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ
- 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
- 5) การอบรมให้ความรู้แก่ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ ติดบ้าน ติดเตียง อย่างถูกวิธี

8. โครงการเกี่ยวกับการช่วยเหลือสงเคราะห์ เช่น

- โครงการส่งเสริมสวัสดิการ การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ฅาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มการออมในชุมชน (ต.คูต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี)
- โครงการสร้างหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุ ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ยากไร้ให้ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพในการดำรงชีวิต ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่เป็นภาระของครอบครัว (เทศบาลเมืองหนองปรือ จ.ชลบุรี)
- 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 (เทศบาลนครแหลมฉบัง จ.ชลบุรี)

- โครงการบ้านเกิดพระเกียรติให้กับผู้สูงอายุในตำบลทับกวางและตำบลเพนียด
- จ.ลพบุรี
- โครงการดูแลที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุ (ต.ทุ่ง จ.สุราษฎร์ธานี)
 - การมอบของให้แก่ผู้สูงอายุในวันผู้สูงอายุ (ต.บ่อทราย จ.สงขลา)
 - โครงการการบริหารจัดการจัดเตรียมยาฉุกเฉินแบบบูรณาการ (ทีมเคาะประตูบ้าน) ตำบลหนองโก อ.กระนวน จ.ขอนแก่น โดยดำเนินการตามกระบวนการแก้ไขปัญห
- 4 กระบวนการ ได้แก่ ชี้นำชีวิต จัดทำเข็มทิศชีวิต การบริหาร และดูแลชีวิต
- โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ (อบต.หนองโก อ.กระนวน จ.ขอนแก่น)

(3) การแบ่งความรับผิดชอบ

1. แบ่งตามประเภทของผู้สูงอายุ

มีแผนงานแยกชัดเจนระหว่าง 1. กลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิงเน้นลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ตรวจรักษา ให้ความรู้ ภาวะสุขภาพ 2. กลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป ที่ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถเดินทางมารับบริการได้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลฯ หรือ รพ.สต.คูคต (ต.คูคต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี)

โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุแยกเป็นรายหมู่ และตามการประเมิน ADL (การประเมินสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ) เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการติดตามเยี่ยมเยียนตามกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มติดสังคม ได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลในการให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งได้รับการบริจาคจากสมาชิกชมรม และผู้บริจาคนอกชมรม โดยการดำเนินงานของชมรมจะมีกิจกรรมประชุมสังสรรค์ทุกวันพฤหัสบดีแรกของเดือน มีกิจกรรมบริการทางด้านสุขภาพ คือ การวัดความดัน การชั่งน้ำหนัก

2) กลุ่มติดบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ลงพื้นที่เยี่ยมเยียนพูดคุยเพื่อให้กำลังใจ

3) กลุ่มติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานเข้าฟื้นฟู บำบัด เพิ่มฟื้นฟู/ภาวะสุขภาพ

2. แบ่งตามหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่โดยตรงจะเป็นผู้รับผิดชอบเป็นหลัก เช่น โครงการเกี่ยวกับสุขภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตพื้นที่ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการทางสังคมที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นของสำนักงานเขตพื้นที่ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ตอนที่ 5 แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

5.1 แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง

5.1.1 แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มได้กล่าวถึงทิศทางของผู้สูงอายุพึ่งพิงไปในทิศทางเดียวกัน คือ มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อัตราการเกิดน้อย จากคำกล่าวว่า

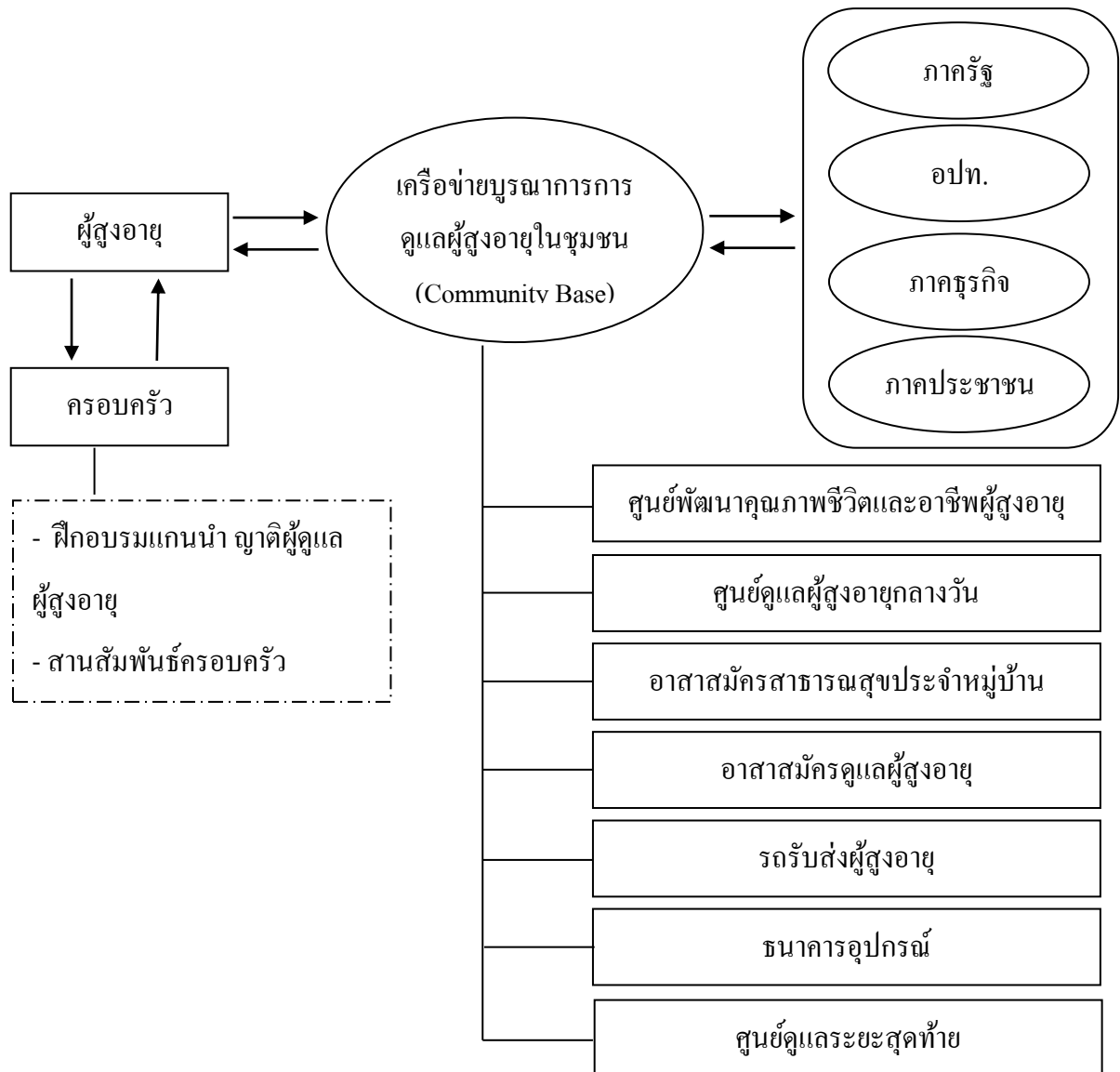
“พื้นที่ที่มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิงมีมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด” (ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม) สอดคล้องกับต.คูต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี ที่กล่าวว่า “ปัจจุบันผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยเรื้อรัง มีประมาณ 600 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของผู้สูงอายุในชุมชน ในจำนวนนั้น มีผู้สูงอายุติดเตียง 80 คน คิดเป็นร้อยละ 13 คนในชุมชน คิดว่าสถานการณ์ในอนาคตน่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น” และบางพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุ 100 ปี ขึ้นไปจำนวน 4 คน และคนในครอบครัวของผู้สูงอายุแต่ละคนช่วยเหลือดูแลกันเป็นอย่างดี” (เทศบาลนครแหลมฉบัง) และ“แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและอัตราส่วนที่เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น” (ต.น้ำริด อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์)

5.1.2 สาเหตุการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิง

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

ทั้งนี้ พื้นที่ที่มีแนวโน้มผู้สูงอายุพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น งบประมาณในการจัดเบี้ยยังชีพเพิ่มมากขึ้นในแต่ละพื้นที่ ผู้สูงอายุในชุมชนจะถูกทอดทิ้งตามเวลาในชุมชนเพิ่มขึ้น (เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่)

5.2 แนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน



แนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชนสามารถแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม ได้แก่

5.2.1 กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องมีกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก อันได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัวของผู้สูงอายุ และชุมชน โดยรายละเอียดมีดังนี้

(1) ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเรียนรู้และตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระให้แก่ครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ผู้สูงอายุต้องเป็นศูนย์กลางของการดำเนินงานที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องช่วยกันดูแลและหนุนเสริมการดำเนินงานของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุควรมีกระบวนการในการดูแลตนเอง เช่น การการดูแลตนเองในด้านอาหารและการออกกำลังกาย การฝึกฝนด้านความจำ การฝึกกายภาพ เป็นต้น สำหรับการให้คุณค่าผู้สูงอายุ ชุมชนและสังคมควรเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานเพื่อสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของสังคมและมีความสุขทางจิตใจ

(2) ครอบครัว

ครอบครัวในฐานะที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุจะต้องรับรู้ถึงบทบาทตนเองในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การส่งเสริมให้คนในครอบครัวและชุมชนดูแลกันคนในครอบครัวเป็นยาสำคัญที่รักษาอาการป่วยต่างๆของผู้สูงอายุได้ดี และสามารถส่งต่อวิธีการดูแลผู้สูงอายุในบ้านให้ดูแลสืบต่อไปหลายชั่วอายุคน เด็กที่โตมาเห็นการดูแลของผู้ใหญ่ที่กับบุพการีหรือผู้สูงอายุเด็กก็จะเกิดการเลียนแบบที่ต้องทำตามที่เคยเห็นการดูแลมา วิธีการดูแลอาจจะไม่ถูกต้องและทันสมัยทั้งหมด เป็นการดูแลด้วยความห่วงใยอาจจะทำให้กำลังใจของผู้ป่วยดีขึ้น

การสร้างความเข้าใจ และสนับสนุนความรู้ แก่สมาชิกในครอบครัว ควรมีการส่งเสริมให้ดูแลโดย ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพราะอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำบ้าน เพื่อที่จะได้ดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกวิธีและลดจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง โดยการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุของทุกภาคส่วน ท้องที่ ท้องถิ่น โดยการฝึกอบรมให้ความรู้สร้างความเข้าใจแก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเป็นการสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างคนในครอบครัวอีกด้วย เพราะคนที่เข้าใจและดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ลูก หลาน

(3) ชุมชน

ชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องในการสอดส่องให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ไม่ประสบปัญหาในด้านต่าง ๆ จึงมีหน้าที่ในการให้ความรู้และกำลังใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ชุมชนควรมีกระบวนการในการจัดการตนเอง มีกระบวนการในการดำเนินงาน ตามความต้องการของชุมชน เน้นการมีส่วนร่วม คิดเอง ทำเอง เพื่อความยั่งยืน เน้นกิจกรรมที่มองว่าเป็นปัญหาของพื้นที่เพื่อสะท้อนถึงปัญหา/ความต้องการ ให้ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริงเพื่อนำมาสู่การแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่จริง ๆ

การสร้างจิตสำนึก ความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน โดยหน่วยงานต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการดำเนินงานเพื่อชุมชน อันจะส่งผลให้สังคมเข้มแข็งควรปลูกจิตสำนึกให้คนในชุมชนมีจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

5.2.2 กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ หากพิจารณาถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุน ได้แก่ ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชนและภาคธุรกิจ จะต้องมีส่วนในการสนับสนุนให้กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในการดูแลผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) ภาครัฐ

ภาครัฐ เช่น หน่วยงานกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงสาธารณสุข จะต้องมีการดำเนินโครงการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น โดยแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชนสำหรับภาครัฐ มีดังนี้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอย่างจริงจัง โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ชุมชนมีการจัดเวทีสร้างความเข้าใจของผู้นำชุมชน ทั้งผู้ใหญ่บ้าน สก. สจ. นายกฯ ให้ผู้นำเห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุในหมู่บ้านว่าในแต่ละหมู่บ้านมีผู้สูงอายุจำนวนเท่าไร มีปัญหาด้านไหนบ้าง ควรได้รับการดูแลอย่างไร

(2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในฐานะหน่วยงานภาครัฐซึ่งอยู่ในพื้นที่จะต้องมีการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อจัดกิจกรรมหรือโครงการที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นจะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานทางสังคม

การจัดแผนงานดูแลผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม การขับเคลื่อนเชิงนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องมีแผนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแลผู้สูงอายุโดยแผนการพัฒนาดังกล่าวต้องเกิดจากมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทุกฝ่าย

(3) ภาคประชาชน

ส่วนภาคประชาชนควรมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาความรู้และศักยภาพของอาสาสมัคร ทั้ง อสส.อสม. อพส. ให้สามารถดำเนินการดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้ทั้งนี้อาจเสริมแรงโดยการมอบรางวัล มอบโล่ ให้มีเงินตอบแทนพิเศษสำหรับอาสาสมัครที่ทำงานได้ดี

การให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และติดเตียง เจ้าหน้าที่หรือ อสม. ควรลงเยี่ยมบ้านในกรณีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง และผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิต

(4) ภาคธุรกิจ

ภาคธุรกิจ มีส่วนในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือสังคมที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ การพัฒนาประเภทธุรกิจบริการ โดยการให้ครอบครัวที่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ช่วยจ่ายเงินค่าบริการ โดยให้เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่ง ดังผลการสำรวจพบว่าร้อยละ 14.6 ต้องการบริการประเภทนี้ และร้อยละ 6.9 สามารถจ่ายเองได้ทั้งหมด

ดังนั้นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก จะมีจุดที่มีการเชื่อมโยงกันของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน นั้นแสดงว่า ระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่จะต้องดำเนินการร่วมกันโดยคำนึงถึงผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งจะมีกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนเป็นหน่วยงานที่คอยส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนได้เข้าร่วมอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

อีกทั้งการทำงานเชิงรุกให้เพิ่มมากขึ้น โดยการดำเนินงานของภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชน รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน และการพัฒนา อสม. ในพื้นที่ เช่น สนับสนุนให้มีการศึกษาดูงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อีกทั้งการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการดูแลบางพื้นที่ที่ต้องการนำเทคโนโลยีมาช่วยสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การใช้โทรศัพท์ทำเพื่อนบ้านมาดูแล ความปลอดภัย หรือระบบกดกริ่ง

5.3 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แนวทางการดูแลและสนับสนุนการดูแลพึ่งพาตนเองโดยครอบครัวและชุมชน

5.3.1 การทำแผนและเตรียมงบประมาณรองรับ

การทำแผนและเตรียมงบประมาณรองรับ โดยการจัดทำแฟ้มประวัติและแยกผู้สูงอายุออกมาเป็นหมวดหมู่ของแต่ละหมู่บ้านโดยแยกประเภทเป็น 3 ประเภท ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุติดบ้าน และผู้สูงอายุติดสังคม แล้วจึงผู้สูงอายุแต่ละประเภทมาวางแผนว่าควรดูแลแบบไหน หากพบปัญหาที่จะประสานความช่วยเหลือเข้ามาดูแลผู้สูงอายุตามระบบต่อไป (เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่)

บางพื้นที่อาจแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิง ออกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ผู้ยากไร้ยากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และผู้สูงอายุที่มีฐานะช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อง่ายต่อการจัดระดับความสำคัญในการช่วยเหลือเนื่องจากมีความต้องการที่แตกต่างกัน (ต.หนองแขม อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี)

5.3.2 เสริมสร้างความแข็งแกร่งของกลุ่มและคนในชุมชน

5.3.2.1 การดูแลในครอบครัว ลูกหลานเครือญาติ ดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุต้องดูแลอย่างใกล้ชิดคอยประสานงานกับอาสาสมัครและหน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง (ต.น้ำริด อ.เมือง จ.อุดรธานี)

การสนับสนุนบทบาทสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เน้นให้ความรู้กับญาติในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยทำความเข้าใจกับผู้ดูแล ให้ความรู้ และ อาสาสมัครให้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (เทศบาลเมืองบ้านสวน)

เทศบาลอบรมให้ความรู้กับชุมชน เช่น การดูแลสุขภาพ ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุไม่มีโรค การปรับทัศนคติเรื่องการดูแลสุขภาพ อาหารการกิน การประชาสัมพันธ์การรับประทานอาหารไม่จัด เป็นต้น (เทศบาลเมืองหนองปรือ)

การฝึกอบรมให้ความรู้ ในเรื่องหลอดเลือด สมอง และโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุจำนวนมาก เช่น ข้อเสื่อม สมองเสื่อม สายตา เพื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจะได้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (เทศบาลนครแหลมฉบัง)

การอบรม Caregiver ให้สามารถดูแลขั้นพื้นฐานได้ จากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ครอบครัว (ต.คูต อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี)

5.3.2.2 การดูแลในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด เช่น อาสาสมัครหมู่บ้าน การดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพ รวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชนที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น รกฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล การปรับสถานที่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุพึ่งพิง เช่น ทางลาด ราวจับ ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงพื้นที่ เช่น เปลี่ยนสายปัสสาวะให้กับผู้ป่วยติดเตียง (ต.น้ำริด อ.เมือง จ.อุดรธานี)

การนำผู้สูงอายุติดสังคมที่มีสุขภาพแข็งแรงมีศักยภาพพอที่จะเป็นกลุ่มแกนนำของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมเสริม เข้าเยี่ยมให้กำลังใจขั้นต้นแก่ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ติดบ้าน เพื่อรับฟังปัญหาและนำมาหาแนวทางแก้ไขร่วมกันร่วมกัน ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่ม อพส. ที่มีจิตอาสาและมีศักยภาพขึ้นมา เป็นแกนนำเพื่อเข้ามาช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว โดยมีการเข้าไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในเบื้องต้น จะได้รับทราบปัญหาของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ว่ามีปัญหาอะไรบ้าง เพื่อจะได้นำข้อมูลปัญหาที่ได้ไปประสานขอความช่วยเหลือหน่วยงาน ในพื้นที่เข้ามาช่วยเหลือต่อไป ส่วนทางด้านผู้สูงอายุติดสังคมควรหาอาชีพหรืองานอดิเรกมาให้ทำ (เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่)

การจัดอบรมแกนนำผู้สูงอายุ ญาติ พี่น้อง ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน มีการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม)

การจัดอบรม อสม.ในพื้นที่ให้มีความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยจะให้ เป็น อสม.เชี่ยวชาญ โดยจะมีการพัฒนาอบรมให้ อสม.เป็นผู้มีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้สูงอายุพิการ เพื่อเป็นการดูแล และช่วยเหลือคนในชุมชนกันเองก่อนที่จะแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพจะเข้าไปช่วยดูแล (ต.นิคมสร้างตนเอง อ.พิมาย จ.นครราชสีมา)

การดูแลโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่คอยติดตามอาการของผู้สูงอายุ ฝึกให้มีการทำกายภาพ จะมีการถามคำถามซ้ำ ๆ เพื่อเป็นการทดสอบว่าผู้สูงอายุคนดังกล่าว เป็นปัญหาด้านความจำแล้วหรือไม่ (ต.บ่อทราย อ.เมือง จ.สงขลา)

ผู้สูงอายุติดเตียงจะมีการจ้างเจ้าหน้าที่จากศูนย์ โดยมี อสม. เข้าไปดูแลบ้าง แต่อย่างไรก็ตาม หากพบผู้สูงอายุมีปัญหา มีแนวทางในการช่วยเหลือ โดยการให้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือพาผู้สูงอายุไปปฏิบัติธรรมเป็นต้น (เทศบาลเมืองบ้านสวน)

5.3.3.3 การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การตรวจเยี่ยมบ้านเป็นประจำทุกเดือน ซึ่ง อสม. จะมีการดูแลโดยละเอียดแบบเจาะลึก โดยอสม. เป็นผู้คัดกรองการประเมิน (เทศบาลเมืองบ้านสวน)

อสม. เข้าดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม ในการให้คำแนะนำ ตรวจสุขภาพ ดูแลโดยทั่วไปอย่างทั่วถึง หากพบว่ามีผู้สูงอายุท่านใดมีปัญหาสุขภาพมาก และเรื้อรังก็ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อประสานงานช่วยเหลือต่อไป รวมทั้งการดำเนินงานในพื้นที่จะมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทุกโครงการ โดยความร่วมมือของ อบต. รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุ ในการติดตามประเมินผล โดยเยี่ยมบ้าน พี่นุญป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทำกายภาพ และสรุปผลการดำเนินงานเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ (ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม)

5.3.3.4 ใช้เครือข่ายภายนอกชุมชนร่วมดูแล

กรณีผู้สูงอายุที่เป็นประชากรแฝงเข้ามาอยู่อาศัยในพื้นที่ เทศบาล ภาษีอากร อำเภอก็จะเข้าไปช่วยเหลือดูแล ซึ่งเป็นนโยบายช่วยเหลือคนในพื้นที่ โดยในบางรายการเทศบาลไม่สามารถช่วยเหลือเองได้จะประสานไปยังมูลนิธิต่าง ๆ ให้เข้าช่วยเหลือ หรือให้ผู้ที่เป็นประชากรแฝงย้ายหรือมีการฝากชื่อไว้ในทะเบียนบ้านเพื่อให้ได้รับสวัสดิการได้อย่างเต็มที่ (เทศบาลเมืองหนองปรือ)

มีหน่วยงานสถาบันการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน โดยจะเป็นทั้งการดูแลป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การบำบัด และฟื้นฟู รวมถึงการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ติดเตียง(ต.สระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม)

5.3.3 แนวทางการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันทุกหน่วยงาน โดยส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันในชุมชนก่อให้เกิดการทำงานที่ครบวงจร เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินงานร่วมกับประชาชนในพื้นที่ หรือในการทำกิจกรรมร่วมกัน วันแจกเบียร์ยังชีพของผู้สูงอายุ มีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุและมีสาธารณสุขเข้ามาตรวจสุขภาพด้วย

ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสระเกษ อ.เมือง จ.นครปฐม มีการดำเนินงานบูรณาการดำเนินงานร่วมกับทุกหน่วยงาน โดยมีการแบ่งงานกันทำที่ชัดเจน ทั้งในพื้นที่ 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 เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ติดเตียง
- 6) กศน. ให้ความรู้เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเสริม
- 7) พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด

สรุปผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน พบว่าสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีเพิ่มขึ้นแต่ในชุมชนไม่มีผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไว้คนเดียว ถึงแม้จะมีผู้สูงอายุบางรายซึ่งอยู่ในชุมชนจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังสืบเนื่องจากไม่มีญาติ แต่ในชุมชนได้ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่ที่พบส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และปัญหาของชุมชนในเรื่องการขาดบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชนมีการจัดบริการแบ่งเป็น 2 ประเภท คือบริการด้านสุขภาพ และบริการด้านสังคม โดยการบริการด้านสุขภาพมี รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน มีกระบวนการดำเนินงานตั้งแต่ป้องกันดูแล เยี่ยมเยียน รักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้พิการ โรคเรื้อรัง ซึ่งมีการดูแลทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และสิ่งอำนวยความสะดวกตามความจำเป็นให้กับผู้สูงอายุ ส่วนการบริการด้านสังคม มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ อาทิเช่น การทำทางลาด ราวบันได เป็นต้น โดยการดำเนินการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนทั้ง

ภายนอกและภายในพื้นที่ และการดำเนินงานแต่ละครั้งจะมีการวางแผนการทำงานร่วมกันในการลงพื้นที่เพื่อให้การดูแลครอบคลุมผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มากที่สุด

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่หน่วยงานในระดับชุมชนที่มีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในส่วน ของ อบต. รพ.สต. โดยมีการจัดทำฐานข้อมูลในการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามความจำเป็นของผู้สูงอายุ และการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้น การดำเนินงานมีทั้งการจัดทำแผนงานโครงการในการดำเนินงาน และสนับสนุนงบประมาณให้กับผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

บทที่ 7

บทสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการ และเปรียบเทียบรูปแบบวิธีการ ของระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศและเพื่อหาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

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

7.1 สรุปผลการศึกษา

ความต้องการการดูแลทางสังคมและความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนหมายถึงความต้องการบริการสุขภาพและสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และความคาดหวังของผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาวในอนาคต

ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจำนวน 249 คน ร้อยละ 53.8 เป็นเพศหญิง อายุ 75-79 โดยมีอายุดำสุดคือ 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 พบว่าครอบครัวของผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดูแลซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า “ปัญหาของผู้สูงอายุที่มักประสบ คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและเมื่ออายุมากขึ้น

ก็จะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามมา ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนไม่เพียงพอ” ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพโดยครอบครัวหรือชุมชนที่จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ จึงมีความต้องการจะได้รับการบริการจากสถานบริการคนชราเพื่อให้ได้รับการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในส่วนของระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ที่เป็นบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน

ในด้านของความต้องการการบริการทางสังคม รูปแบบการบริการทางสังคมผู้สูงอายุนั้นต้องการให้มีการจัดผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่มีความต้องการผู้ให้บริการที่เป็นวิชาชีพ

2. ความต้องการบริการทางสังคม

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการการบริการทางสังคมจากผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน $\bar{X}=4.06$ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และมีความต้องการการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบันในชุมชน $\bar{X}=3.97$ มีความต้องการบริการสวัสดิการสังคม $\bar{X}=3.95$

มีความต้องการการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นอาสาสมัคร $\bar{X}=3.78$ มีความต้องการการบริการดูแลในชุมชนมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}=3.88$) และเช่นกัน

สำหรับความต้องการการบริการทางสังคมที่เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ค่าเฉลี่ยของมีความต้องการการดูแลด้านการเงินและกฎหมายมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}=3.87$) มีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพส่วนตัวมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}=3.58$) มีความต้องการการดูแลด้านผู้ช่วยงานบ้านมีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}=3.53$) มีความต้องการการดูแลด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$) และความต้องการการดูแลด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.26$)

3. ความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพและสังคมเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตนเองไม่ได้

ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพ ในประเด็นความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน $\bar{X}=3.95$ ความคาดหวังต่อสถานบริการ/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X}=3.91$ และ ความคาดหวังต่อการบริการดูแลผู้สูงอายุ $\bar{X}=3.86$ ซึ่งค่าเฉลี่ยทั้งหมดอยู่ในระดับมาก

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

อภิปรายผล

การศึกษารูปแบบการจัดระบบการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อสำรวจความต้องการการดูแลทางสังคมความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และความคาดหวังเมื่อเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถแบ่งผลการศึกษาได้เป็น 3 ประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความต้องการบริการดูแลระยะยาวของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

1.1. ความต้องการบริการสถานบริบาลคนชราของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสถานบริบาลผู้สูงอายุ โดยมีค่าร้อยละ 40.2 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดมากกว่าต้องการอยู่ในบ้านหรือครอบครัวอีกทั้งเมื่อพิจารณากับผลการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 46.2 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีสถานภาพเป็นหม้าย ทำให้ร้อยละ 19.7 ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง และเมื่อพิจารณาถึงลักษณะครอบครัวพบว่า ร้อยละ 50.6 ครอบครัวของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท นอกจากนั้นเมื่อให้ครอบครัวของผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 76.3 ครอบครัวของผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดูแลโดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20.7 เป็นโรคกระดูกรองลงมา ร้อยละ 19.3 เป็นโรคหลอดเลือดและไขมันอุดตันในเส้นเลือด และร้อยละ 18.8 เป็นโรคเบาหวานซึ่งผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังและโรคประจำตัว ทำให้ต้องใช้บริการจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า “ปัญหาของผู้สูงอายุที่มักประสบคือปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและเมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามมา ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนไม่เพียงพอ”

จากผลการศึกษาดังกล่าวคณะวิจัยได้ให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงประเมินบริการต่าง ๆ ที่ได้รับจากหน่วยงานภาครัฐพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 45.4 ระบุว่าที่ผ่านมา มีหน่วยงานของรัฐที่มาช่วยดูแลให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านนาน ๆ ครั้ง และประเด็นความพอเพียงของบริการสนับสนุนจากชุมชนพบว่า ร้อยละ 45.8 ประเมินว่า ชุมชนไม่มีบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 42.2 ประเมินว่าชุมชนมีบริการแต่ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลใจเกี่ยวกับการรับบริการเพื่อสุขภาพจากครอบครัวและชุมชน เนื่องจากต้องการผู้ดูแลแบบมืออาชีพ ให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยถ้าครอบครัวหรือชุมชนเป็นผู้ดูแลเอง อาจขาดความชำนาญในการดูแลจึงต้องการรับบริการจากสถานบริบาลคนชราสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย เรื่อง “รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย” ของ ศิริพันธ์ สาสัถย์ และคณะ (2552 : น.181-183) ที่พบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับต่ำ (low care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์แต่เน้นการดูแลทางสังคม การช่วยเหลือการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และ 2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (high care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีภาวะเปราะบางต้องการการช่วยเหลือดูแลติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลและการรักษาจากแพทย์

เช่น สถานบริการ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลระยะสุดท้าย การดูแลจึงเน้นการดูแลความสุขสบายทั่วไป การฟื้นฟูสภาพ การดูแลจากความทุกข์ทรมานและการดูแลแบบองค์รวมที่มีความมุ่งเน้นที่การดูแลจิตวิญญาณโดยในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะในการพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด

1.2. ความต้องการรูปแบบหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่และระบบการส่งต่อผู้ป่วยของกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยสถาบัน เป็นการหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ ร้อยละ 51.8 ซึ่งมีความต้องการระดับมากที่สุดโดยมากกว่าความต้องการบริการที่โรงพยาบาลซึ่งในกรณีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอสำหรับการไปอยู่สถานบริการ เพราะเนื่องจากการค่าใช้จ่ายของครอบครัว โดยเมื่อพิจารณาถึงลักษณะของครอบครัว พบว่าร้อยละ 50.6 ครอบครัวของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ซึ่งชุมชนควรจัดการรองรับการดูแลสุขภาพในกรณีฉุกเฉินหรือกรณีผู้สูงอายุต้องการไปโรงพยาบาล อีกทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังมีความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชนคือระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 50.2ซึ่งมีความต้องการระดับมากที่สุดโดยมากกว่าความต้องการผู้ดูแลจากในชุมชน และมีความต้องการในระดับมากที่สุดเช่นกัน แสดงถึงความกังวลใจด้านสุขภาพในการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งเมื่อพิจารณาการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 41.8 เป็นบุตรสาวที่ต้องเป็นผู้ดูแลแต่ถ้าเป็นบุคคลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกันร้อยละ 39.5 เป็นญาติเป็นผู้ดูแล รองลงมาคือ ร้อยละ 21.1เป็นทีมอนามัยสุขภาพอีกทั้งจากข้อมูลคุณภาพพบว่า “ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวเมื่ออายุมากขึ้น และมีการเจ็บป่วยหลาย ๆ โรคมากขึ้น หลังจากอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ที่บ้าน ไม่ได้ทำงานเดินไปมาบริเวณบ้านและบริเวณไม่ไกลจากบ้านเนื่องจากสุขภาพเริ่มเสื่อมถอยมีโรคชรา เบาหวาน ความดันเป็นต้น” จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลแต่ต้องการมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ไม่สามารถให้บริการด้านสุขภาพได้อย่างเต็มที่และเพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน พบว่าหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน ระบุถึงบริการที่หน่วยงานของตนจัดให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยหนึ่งในบริการที่ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลดำเนินการ คือบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน เป็นบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุ เพื่อเข้ารับบริการยังสถานบริการสุขภาพ กรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยตัวอย่าง การดำเนินงานด้านรถบริการฉุกเฉินในชุมชน ได้แก่ กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำสามแก้ว อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี ในชุมชนมีรถบริการฉุกเฉิน 1 คัน มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ 6 คน บริการในกรณีอุบัติเหตุ เรื่องฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุในการให้บริการกรณีช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือเป็นผู้พิการ สามารถเขียนคำร้องขอใช้บริการหรือจองคิวไว้ที่งานแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลนครแหลมฉบัง มีการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มีสายด่วน 1669 (รับทุกเรื่องรวมทั้งเรื่องผู้สูงอายุ) ตลอด 24 ชั่วโมงเป็นต้นโดยจากการประเมินของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่า ร้อยละ 45.8 ประเมินว่า ชุมชนไม่มีบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และร้อยละ 42.2ประเมินว่าชุมชนมีบริการแต่ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการ

ไม่ตรงกับความต้องการและไม่เพียงพอต่อความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long-term Care) สำหรับประเทศไทย ของนพ.สัมฤทธิ์ศรีธำรงสวัสดิ์ และพญ.กนิษฐาบุญธรรมเจริญ(2553 : น.6-9)ที่กล่าวว่า“การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะกลาง/ระยะยาวควรต้องมีการพัฒนาให้เป็นระบบมีการเชื่อมโยงกันในพื้นที่ตั้งแต่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวทั้งในชุมชนและในสถาบัน รวมถึงกลไกในการสนับสนุนและกำกับในพื้นที่นี้เสนอให้มีการนำร่องในบางจังหวัดที่มีความพร้อมก่อนเป็นอันดับแรกและให้มีการประเมินเป็นระยะเพื่อหาข้อสรุปในการพัฒนาต่อไปทั่วประเทศ”

ประเด็นที่ 2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้ต่อบริการทางสังคมและการดูแลระยะยาว

2.1 ความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการที่เป็นสถาบัน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการบริการทางสังคมโดยมีผู้จัดการดูแลที่ทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแล เมื่อท่านอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งเป็นบริการจากผู้ที่มีวิชาชีพ ร้อยละ 45.0 ซึ่งมีความต้องการระดับมากที่สุด เพราะเนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความชำนาญ เพราะเป็นบุคคลในครอบครัวและเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.3 ต้องมีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์แตกต่างกันไป ได้แก่ ร้อยละ 41.8 เป็นบุตรสาว รองลงมา คือ ร้อยละ 18.5 เป็นคู่สมรส (สามี/ภรรยา) และร้อยละ 6.4 เป็นบุตรชายตามลำดับและเมื่อพิจารณาถึงการดูแลผู้สูงอายุจากบุคคลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน พบว่า ร้อยละ 39.5 เป็นญาติเป็นผู้ดูแล รองลงมาคือ ร้อยละ 21.1 เป็นทีมอนามัยสุขภาพ แต่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการให้มีผู้ดูแลจากผู้ที่มีวิชาชีพ โดย Banks (หน้า 8) กล่าวว่า การจัดการดูแล (Care Management) เป็นลักษณะของการบริหารการดูแลสำหรับผู้ที่มีปัญหาและผู้เจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิต เพื่อแสวงหาความร่วมมือในการช่วยเหลือ การวางแผนอำนวยความสะดวก และการพิทักษ์สิทธิ เพื่อช่วยให้บุคคลได้บรรลุถึงความต้องการ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ โดยการจัดการดูแลมีพื้นฐานมาจากการจัดเตรียมบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งภายในองค์กรและระหว่างองค์กร เป็นกิจกรรมที่เป็นการประสานงาน และเป็นกิจกรรมพิเศษที่ต่างไปจากบริการปกติ ซึ่งได้รับการประยุกต์ใช้ในหลากหลายหน่วยงานและหลากหลายลักษณะงาน เช่น การดูแลในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลประชาชนที่พิการและมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเฉียบพลัน รวมถึงบริการสวัสดิการเด็กและเยาวชน และบริการสำหรับกลุ่มผู้ถูกคุมประพฤติและผู้ถูกควบคุมตามคำสั่งของศาลด้วย จากที่กล่าวมาข้างต้น การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยผู้ที่มีวิชาชีพทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในบริการที่จะทำหน้าที่วางแผนและประสานการดูแลผู้สูงอายุ

2.2 ความต้องการบริการสวัสดิการทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการระบบอาสาสมัครช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้านร้อยละ 40.6 ซึ่งมีเป็นความต้องการในระดับมากที่สุดทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการดูแลผู้สูงอายุจากบุคคลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวเดียวกัน พบว่า ร้อยละ 39.5 เป็นญาติเป็นผู้ดูแล รองลงมาคือ ร้อยละ 21.1 เป็นทีมอนามัยสุขภาพทั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการให้มีผู้ช่วยในการเปลี่ยนผ้าอ้อม เสื้อผ้า และต้องการให้มีผู้ช่วยในการขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำ

และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย ๖ ร้อยละ 31.3 โดยเป็นความต้องการในระดับมากที่สุด และยังมีความต้องการมีผู้ช่วยในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย ร้อยละ 30.9 ซึ่งบทบาทดังกล่าวเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลเป็นสำคัญ โดยในแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557 – 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 1 การคัดกรองผู้สูงอายุและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย การพัฒนาแบบประเมินเพื่อสำรวจผู้สูงอายุและจัดทำเกณฑ์/มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาวการพัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมมาตรฐานการคัดกรองให้แก่สม. /อผส. การทำการสำรวจและประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์/มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาวโดยบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ และการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลระยะยาวและการจัดสวัสดิการและบริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุโดยเห็นได้ว่า สม. /อผส. มีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าภายในชุมชนมีบริการด้านสุขภาพ โดยการจัดบริการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามและประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเรื่องการทำทำความสะอาด อาหาร อาบน้ำ โดยมีการจัดบริการประเภทนี้หลายพื้นที่ เช่น ในเขตเทศบาลเมืองลำสามแก้ว อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี อสม. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและให้ความรู้ด้านสุขภาพ และมีการรวบรวมข้อมูลส่งสาธารณสุขจังหวัดศูนย์บริการสุขภาพกรุงเทพมหานคร มีกลุ่มอาสาสมัครลงเยี่ยมบ้าน พร้อมทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น ได้แก่ การตรวจ/รักษาโรค กายภาพบำบัด การสนับสนุนกายอุปกรณ์เทศบาลเมืองบ้านสวนจัดทำโครงการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง โดยมีพยาบาลวิชาชีพ อสม. หรือนักวิชาการสุขภาพมารับผิดชอบการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับผู้นำชุมชน รพ.สต. โรงพยาบาลเมืองบ้านสวน เป็นต้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลออกตามมิติของสถานที่และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ ขององค์การอนามัยโลก ที่กล่าวว่าการดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแล โดยครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนและสอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550, น.43) ที่ได้แบ่งรูปแบบของการบริการระยะยาวอย่างไม่เป็นทางการในแต่ละประเทศแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ บริการดูแลในสถานบริการ (institutional-based care) เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน และบริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) เป็นบริการในชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ต่างดิน (ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมเยียนบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้น

2.3 ความต้องการบริการทางสังคมโดยผู้ให้บริการเป็นสถาบันในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการหน่วยบริการเคลื่อนที่กรณีฉุกเฉินร้อยละ 57.4 ซึ่งมีเป็นความต้องการในระดับมากที่สุดโดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงยังมีความต้องการบริการสุขภาพที่จัดโดยชุมชนคือระบบส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 50.2ซึ่งมีความต้องการระดับมากที่สุดอีกทั้งยังสอดคล้องผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพที่

พบว่าภายในชุมชนมีบริการด้านสุขภาพ โดยการจัดบริการรพยบาลฉุกเฉิน เป็นบริการรับ-ส่ง ผู้สูงอายุ เพื่อเข้ารับบริการยังสถานบริการสุขภาพ กรณีเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยตัวอย่าง การดำเนินงานด้านรพยบาลฉุกเฉินในชุมชน เช่น กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองลำสามแก้ว อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี ในชุมชนมีรพยบาลฉุกเฉิน 1 คัน มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ 6 คน บริการ ในกรณีอุบัติเหตุ เรื่องฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ สำหรับผู้สูงอายุในการให้บริการกรณี ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือเป็นผู้พิการ สามารถเขียนคำร้องขอใช้บริการหรือจองคิวไว้ที่งานแพทย์ ฉุกเฉิน เทศบาลนครแหลมฉบัง มีการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มีสายด่วน 1669 (รับทุกเรื่องรวมทั้งเรื่องผู้สูงอายุ) ตลอด 24 ชั่วโมงอีกทั้งในบางพื้นที่ยังมีบริการรถหน่วยกู้ชีพโดย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง ให้รถหน่วยกู้ชีพบริการรับส่งผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาล ในพื้นที่ กรณีผู้สูงอายุเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น อบต.หนองแขม อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี บริการพาคนป่วย ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน สามารถติดต่อผ่านเบอร์โทรศัพท์มือถือโดยตรง และสมาชิก อบต. /รอง นายก ต.น้ำริด จ.อุดรดิตถ์ มีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อไปทำ กิจกรรมวัดความดันเทศบาลตำบลน้ำริด อ.เมือง จ.อุดรดิตถ์ มีรพยบาลฉุกเฉินรับส่งผู้ป่วยไป โรงพยาบาล และรพยบาลฉุกเฉิน 1669 เทศบาลสบเตี๊ยะ อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่ มีรพยบาล ฉุกเฉินในการรับ-ส่งผู้ป่วย 3 คัน อบต.ทุ่ง อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานีมีทีม อสม. เคลื่อนที่เร็วสำหรับ ช่วยเหลือในยามฉุกเฉิน และมีรพยบาลฉุกเฉินสำหรับพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอำเภอไชยาได้ทันที เทศบาลตำบลพุมเรียง อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี มีรพยบาลกรณีฉุกเฉินโดยมูลนิธิอิสลาม

จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่าประเภทการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีบริการที่ จำเป็น ควรให้บริการรับส่ง (Transportation Services Program) บริการด้านการจัดรถรับ-ส่ง มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เพราะเป็นสิ่งที่นำผู้สูงอายุให้ได้พบกับบริการต่าง ๆ การ พบปะเพื่อนฝูงและการเข้าร่วมกิจกรรม โดยทั่วไปเป็นกิจกรรมที่เชื่อมต่อกับกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ศูนย์ อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลกลางวัน เป็นการอำนวยความสะดวกจัดรถ รับ - ส่ง ผู้สูงอายุไปรับบริการ โดยองค์กรด้านชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนทุน และมีอาสาสมัครทำหน้าที่ ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการขึ้น - ลง พาหนะอีกด้วยประกอบกับลักษณะของบริการที่ควรจัดขึ้นใน สถานพยาบาล ควรให้บริการส่งต่อและจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ การส่งต่อ (Referral) เพื่อไปรับบริการ ยังสถานพยาบาลอื่น ๆ สำหรับผู้สูงอายุ อาจเกิดใน 2 กรณี คือ การส่งต่อเพื่อไปรักษายัง สถานพยาบาล ที่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และความชำนาญของแพทย์ที่สูงกว่า หรือการส่งต่อ เพื่อเข้าสู่ สถานบริการระยะสุดท้าย ในกรณีที่ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในภาวะใกล้ตาย การส่งต่อเพื่อไปยังสถาน บริการอื่นนั้น นักสังคมสงเคราะห์ ต้องอธิบายถึงความจำเป็นในการส่งเข้าไปยังสถานที่อื่นให้เข้าใจ เพื่อป้องกันปัญหาการเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งได้ ขาดการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะเกิดผลเสียต่อสภาพ จิตใจของผู้สูงอายุได้ พร้อมทั้งอธิบายและให้ข้อมูลของสถานที่ใหม่แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย

2.4 ความต้องการบริการดูแลในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีความต้องการจัดตั้งสถานบริการ สำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนร้อยละ 46.6 ซึ่งมีเป็นความต้องการในระดับมากที่สุดโดยที่ผ่านมา การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีไม่เพียงพอหรือไม่ครอบคลุมกับความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการ ประเมินของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่าร้อยละ 45.4 ที่ผ่านมามีหน่วยงานของรัฐที่มาช่วย ดูแลให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านนาน ๆ ครั้ง ลำดับรองลงมาคือ ร้อยละ 28.6 ไม่มีหน่วยงานของรัฐ ที่มาช่วยดูแลให้บริการผู้สูงอายุที่ทั้งนี้ทางชุมชนสามารถจัดรูปแบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) ได้ในรูปแบบการบริการจาก ครอบครัว เพื่อนบ้านเพื่อน และอาสาสมัครซึ่งองค์กร

อนามัยโลกได้แบ่งรูปแบบการดูแลระยะยาวโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) ให้มีเป็นบริการที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ เช่น รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบไม่ต่างดิน (ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้นทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ และลดภาระการดูแลจากครอบครัวลง

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน ต่างระบุถึงบริการที่หน่วยงานของตนจัดให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองได้มีบริการด้านสุขภาพในชุมชนโดยมีการจัดศูนย์บริการผู้สูงอายุและคนพิการ ศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชนเป็นศูนย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้พิการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุผู้พิการมีความรู้ในการดูแลตนเอง และญาติผู้ดูแลและแกนนำมีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง บริการสำคัญของศูนย์คือ บริการกายภาพบำบัด การให้ยืมกายอุปกรณ์ ในศูนย์มีอุปกรณ์เครื่องนวดไฟฟ้า เครื่องทำน้ำอุ่นสำหรับผ่อนคลายให้ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปเข้าไปใช้บริการ เช่น ในพื้นที่เทศบาลนครแหลมฉบัง, ในพื้นที่เทศบาลเมืองหนองปรือ ประกอบกับยังสอดคล้องกับมิติของลักษณะการให้บริการของผู้สูงอายุ ของเธอร์เดอร์เฮช.คอฟ (Theodore H. Koff) (อ้างใน ศติพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, น.22) ที่กล่าวถึงรูปแบบบูรณาการศูนย์บริการ (Integrated Home – Service Center Model) เป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุนอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดบริการภายในศูนย์ที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน สถานที่จัดบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดการรับ – ส่ง การจ้างงาน การจัดหาอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย เรื่อง ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ของศติพัฒน์ ยอดเพชร (2552 : น.207-213) ได้กล่าวว่า ในชุมชนที่มีระบบการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านโดยพยาบาลชุมชนและพยาบาล Home Health Care รวมทั้ง อสม. และอพส. ได้ทำหน้าที่เสริมแรงแก่ครอบครัวและเป็นเครือข่ายในการดูแลที่ดี ที่ช่วยเติมเต็มระบบการดูแลระยะยาวให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น 1.บทบาทของสถาบันที่เป็นทางการ สถาบันที่เข้มแข็งและมีการจัดการที่ดี ได้แก่ การกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่เด่นชัด การกำหนดทิศทางการดูแล การบริหารทรัพยากร การมีข้อมูลระบบสารสนเทศที่ดี และมีการประเมินบริการ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวได้อย่างบูรณาการ 2.ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวและในชุมชนคือการมีระบบฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจและกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชน 3.ระบบการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่ามี การประเมินการทำงาน การจัดบริการ การสอบถามประเมินความสุข ความพึงพอใจในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน และนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผู้นำชุมชนอาสาสมัคร ไปสู่การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และพัฒนาบริการใหม่ขึ้นมา

2.5 แนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมในครอบครัวและชุมชน

จากผลการศึกษา พบว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความต้องการการพึ่งพิงสูงขึ้นเช่นกัน ดังนั้นแล้ว การวางแผนแนวทางในการจัดระบบการดูแลทางสังคมในครอบครัว

และชุมชน จึงเป็นอีกทางหนึ่งที่จะรองรับปัญหาของผู้สูงอายุที่นับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้น โดยผลจากการศึกษาดังนี้ สามารถแยกแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชนได้เป็นสองกลุ่ม ได้แก่

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

2.5.2 กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ หากพิจารณาถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุน ได้แก่ ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชนและภาคธุรกิจ จะต้องมีส่วนในการสนับสนุนให้กลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในการดูแลผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ได้ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอย่างจริงจัง โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ชุมชนมีการจัดเวทีสร้างความเข้าใจของผู้นำชุมชน ทั้งผู้ใหญ่บ้าน สท. สจ. นายกฯ ให้ผู้นำเห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุในหมู่บ้านว่าในแต่ละหมู่บ้านมีผู้สูงอายุจำนวนเท่าไร มีปัญหาด้านไหนบ้าง ควรได้รับการดูแลอย่างไร ดังนั้นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลักจะมีจุดที่มีการเชื่อมโยงกันของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน นั้นแสดงว่า ระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการร่วมกันโดยคำนึงถึงผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งจะมีกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนเป็นหน่วยงานที่คอยส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนได้เข้าร่วมอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

นอกจากนี้ การดูแลและสนับสนุนการดูแลพึ่งพาตนเองโดยครอบครัวและชุมชนยังต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้คนในครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การเสริมสร้างความแข็งแรงของกลุ่มและคนในชุมชน โดยเน้นการดูแลกันในครอบครัว โดยเน้นการให้ความรู้แก่ลูกหลาน เครือญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด รวมไปถึงการทำงานร่วมกับอาสาสมัครและหน่วยงานที่ทำงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงมากที่สุด

2) การสร้างให้เกิดระบบการดูแลในชุมชน โดยเริ่มจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด เช่น อาสาสมัครหมู่บ้าน การดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพ รวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชนที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น รกถูกเงินนำส่งโรงพยาบาล การปรับสถานที่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุพึ่งพิง เช่น ทางลาด ราวจับ ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงพื้นที่ เช่น เปลี่ยนสายปัสสาวะให้กับผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น รวมไปถึงจนถึงการทำกิจกรรมเสริม เพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุได้มากขึ้นด้วยวิธีการเข้าเยี่ยมให้กำลังใจขั้นต้นแก่ผู้สูงอายุที่ติดเตียง ติดบ้าน เพื่อรับฟังปัญหาและนำมาหาแนวทางแก้ไขร่วมกันร่วมกันกับครอบครัวผู้สูงอายุ การส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่ม อพส. ที่มีจิตอาสาและมีศักยภาพขึ้นมาเป็นแกนนำเพื่อเข้ามาช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว เพื่อจะได้นำข้อมูลปัญหาที่ได้ไปประสานขอความช่วยเหลือหน่วยงาน ในพื้นที่เข้ามาช่วยเหลือต่อไป

3) การประเมินและติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องโดยมีการกำหนดตารางการตรวจเยี่ยมบ้านเป็นประจำทุกเดือน เช่น อสม. จะมีการดูแลโดยละเอียดแบบเจาะลึก โดยอสม. เป็นผู้คัดกรองการประเมิน เป็นต้น ซึ่งในการลงไปติดตามอาการ อสม. สามารถเข้าไปดูแลผู้สูงอายุ และ ให้คำแนะนำ ตรวจสุขภาพ และหากพบว่ามีผู้สูงอายุท่านใดมีปัญหาสุขภาพ และเรื้อรังจะสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เพื่อประสานงานช่วยเหลือต่อไป รวมทั้งการดำเนินงานในพื้นที่จะมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทุกโครงการ โดยความร่วมมือของ อบต. รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุ ในการติดตามประเมินผล โดยเยี่ยมบ้าน ฟันฟูผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทำกายภาพ และสรุปผลการดำเนินงานเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

4) การประสานเครือข่ายภายนอกชุมชนร่วมดูแล การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้นสามารถทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ทั้งการดูแลป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การ บำบัด และฟื้นฟู รวมถึงการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ติดเตียง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการด้านสังคมในชุมชนให้เป็นรูปธรรมมากกว่าการสงเคราะห์ โดยเป็นนโยบายที่กำหนดภายใต้สิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับบริการจากรัฐ
2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรผลักดันให้มีสวัสดิการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หรือ อาสาสมัคร เช่น สิทธิในการลาเพื่อมาดูแลบุพการี หรือผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูตั้งแต่เยาว์โดยไม่ต้องลาออกจากงาน หรือถูกหักเงินเดือน
3. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรกำหนดนโยบายด้านการบูรณาการทางวิชาการ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมและบริการสังคม
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรกำหนดนโยบายการเพิ่มศักยภาพของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ให้เป็นศูนย์เรียนรู้และบริการเกี่ยวกับการดูแลทางสังคม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์แต่ละพื้นที่ ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน นำข้อมูลผู้สูงอายุแต่ละประเภทไปใช้ประโยชน์เพื่อจัดบริการด้านระบบการดูแลทางสังคมแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการ
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ ควรเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ การทำฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจเยี่ยมบ้าน การบริการทางสังคมให้กับผู้สูงอายุในชุมชน
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งประชากรในพื้นที่และประชากรแฝงเพื่อให้สามารถให้บริการอย่างครอบคลุมได้

4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรสร้างความเข้าใจระบบทะเบียนกลางให้กับผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นฐานเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิบริการทางด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้กับครอบครัวและชุมชนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

6. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดการบริการด้านสังคมภายในชุมชนให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น พื้นที่ในการจัดกิจกรรมทางสังคมของกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การจัดบริการรถ รับ-ส่ง ผู้สูงอายุเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมหรือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้หรือเข้าถึงสิทธิบริการทางสังคมต่าง ๆ ที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจัดให้บริการ เป็นต้น

7. หน่วยงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ควรมีการประชาสัมพันธ์การบริการต่าง ๆ ที่มีให้บริการแก่ผู้สูงอายุ และเข้าไปให้บริการในลักษณะการบริการเชิงรุกถึงชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน : ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงทดลองการนำรูปแบบการบริการทางสังคมไปใช้ในพื้นที่โดยอาศัยข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไปกำหนดรูปแบบการบริการทางสังคม

2. ควรมีการศึกษาวิจัยร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการทำงานแบบบูรณาการร่วมกัน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ในการทดลองการจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เพื่อการบริการทางสังคมและสุขภาพร่วมกันเพื่อให้การบริการครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ไม่สามารถพึ่งพิงตนเองได้

ชุดที่ 1

แบบสอบถามผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เรื่อง “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน”

คำชี้แจง

โครงการ “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ และแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว

ด้วยเหตุที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้แทนในการตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยจึงขอความกรุณาจากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความจริง ข้อมูลที่ได้จากท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษา โดยการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีผลกระทบต่อนานแต่อย่างใด คณะผู้วิจัยฯ จะเก็บรักษาคำตอบไว้เป็นความลับโดยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมืออย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย
สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12
ธันวาคม 2557

.....

(ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบแบบสอบถามนี้ได้ด้วยตนเอง ผู้ที่ตอบแบบสอบถามแทนควรเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุในบ้านมากกว่าผู้อื่น และเป็นผู้ที่รู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้อื่น)

การศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุใน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความหรือเขียนตอบตามความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับตัวท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

☐ (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) เป็นผู้ดูแลรับจ้าง

☐ (10) ญาติ/พี่น้อง

☐ (11) อื่น ๆ 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) อื่น ๆ ระบุ.....

7. รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ ประมาณ บาท/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 เจ้าหน้าที่อื่น ๆ (ท้องถิ่นวิชาชีพ)

11. สิทธิ/สวัสดิการที่ท่านมี (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ (1) บัตรทอง

☐ (2) ประกันสังคม

☐ (3) ประกันชีวิต

☐ (4) เบิกต้นสังกัด

☐ (5) จ่ายเอง

☐ (6) อื่น ๆ ระบุ.....

12. นอกจากคนในบ้านที่ดูแลท่าน ท่านมีผู้อื่นที่ดูแลหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ (1)ญาติ ☐ (2) เพื่อนบ้าน ☐ (3) คนในชุมชน
☐ (4) อาสาสมัครดูแลต่าง ๆ ☐ (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) โรคมะเร็ง
☐ (1.6) โรคตับ
☐ (1.7) อาการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
☐ (1.8) โรคเบาหวาน
☐ (1.9) โรคที่เกี่ยวข้องกับสายตา (ต้อหิน ,ต้อกระจก ฯลฯ)
☐ (1.10) โรคหูตึง หูหนวก
☐ (1.11) โรคอื่น ๆ 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 แต่นาน ๆ ครั้ง ระบุ.....

17. ชุมชนของท่านให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงไร

- ☐ (0) ไม่ให้ความสำคัญเลย
- ☐ (1) มาก
- ☐ (2) ปานกลาง
- ☐ (3) น้อย

18. ความต้องการบริการด้านสุขภาพและบริการอื่น ๆ 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 โดยทำกิจกรรมทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม นันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุ บริการช่วงกลางวัน ไม่รับดูแล 24 ชม.					
(4) บริการสุขภาพทางฟัน (Dental Care) มีวันเฉพาะที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ					
(5) บริการสถานบริบาลผู้สูงอายุ สถานบริบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้ที่บ้าน มีพยาบาลหรือผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ					
(6) บริการดูแลชั่วคราว(Hospice Care) การให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้น แบบพักค้างชั่วคราว เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ชั่วคราวหรือเพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัว มีเวลาพักหรือเวลาเป็นส่วนตัว					
(7) บริการดูแลระยะกลาง การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและพักรักษาตัวในสถานบริการ เช่น การฟื้นฟูสภาพเข้มข้น					

บริการด้านสุขภาพ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(8) บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้บริการสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อน ๆ					
(9) คลินิกผู้สูงอายุ					
(10) แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค					
(11) แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุ (OPD)					
(12) หอผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยใน (IPD)					
(13) ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ					
(14) หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่					
(15) หน่วยเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน					
(16) ระบบส่งต่อผู้ป่วย					
(17) อุปกรณ์การช่วยเหลือดูแลอื่น ๆ					
(18) การฝึกสอนอบรมการดูแลผู้สูงอายุ					
(19) การมีคนมาช่วยดูแลทดแทนบ้างบางเวลา					
(20) การมาให้บริการสุขภาพที่บ้าน เช่น เปลี่ยนสาย Feed อาหาร, เปลี่ยนสายสวน ปัสสาวะ					
(21) การให้บริการยืม-เช่าอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ					

19. ความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	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) ยานัดอินซูลิน					
(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 การดูแลสภาพแวดล้อมในบ้าน					
(11) การช่วยเหลือดูแลส่วนบุคคล ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เช่น การใช้โทรศัพท์ การซื้อสิ่งของ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การซักเสื้อผ้า การเดินทางไปพบแพทย์ การรับประทานยาและการใช้สอยเงินการถอนเงิน					
(12) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว: การบริการดูแลชั่วคราวที่บ้าน การดูแลกลางวัน กิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ 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) ท่านต้องการให้มีผู้ดูแลสุขภาพะส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว เป็นต้น					
(4) ท่านต้องการให้มีผู้ดูแลพาท่านเข้าร่วมทำกิจกรรมทางศาสนา					
(5) ท่านต้องการให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพในชุมชน					
(6) ท่านต้องการให้ชุมชนจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันตามข้อกำหนดของผู้สูงอายุ					
(7) ท่านต้องการให้ชุมชนจัดหาอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติหรือผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
(8) ท่านต้องการให้ชุมชนสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโดยการให้สวัสดิการ แก่ครอบครัวเพื่อสามารถดูแลผู้สูงอายุและเด็กในครอบครัวได้ตลอดจนสนับสนุนชุมชนให้จัดสวัสดิการที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุที่ไร้ญาติด้วย					
(9) ท่านต้องการให้ชุมชนจัดตั้งสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน					

22.ความต้องการการปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

การปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(1) ท่านต้องการผู้ช่วยในการอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว					
(2) ท่านต้องการผู้ช่วยในการดูแลช่องปาก					
(3) ท่านต้องการผู้ช่วยในการขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำ และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย					
(4) ท่านต้องการผู้ช่วยในการรับประทานอาหาร และยา					
(5) ท่านต้องการผู้ช่วยในการเปลี่ยนผ้าอ้อม เสื้อผ้า					
(6) ท่านต้องการผู้ช่วยในการเปลี่ยนอิริยาบถ					

การปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
งานบ้าน					
(7) ท่านต้องการผู้ช่วยในการจัดเตรียม					
(8) ท่านต้องการผู้ช่วยในการทำความสะอาดบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ฯลฯ					
(9) ท่านต้องการผู้ช่วยในการซักเสื้อผ้า รีดผ้า					
(10) ท่านต้องการผู้ช่วยในการจับจ่ายซื้อของใช้ส่วนตัวของผู้สูงอายุ					
(11) ท่านต้องการผู้ช่วยในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย					
บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก					
(12) ท่านต้องการผ้าอ้อม					
(13) ท่านต้องการแผ่นรองนอน/ผ้าปูที่นอน					
(14) ท่านต้องการเตียงปรับเอนได้					
(15) ท่านต้องการที่นอน/หมอนรอง ป้องกันแผลกดทับ					
(16) ท่านต้องการเครื่องช่วยยกผู้ป่วย					
(17) ท่านต้องการรถเข็น					
(18) ท่านต้องการเครื่องช่วยฟัง					
(19) ท่านต้องการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย					
(20) ท่านต้องการสายสวนปัสสาวะที่บ้าน					
(21) ท่านต้องการให้อาหารทางสายยาง					
การพยาบาลผู้สูงอายุ บริการทางการแพทย์					
(22) ท่านต้องการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น เช่น การเคลื่อนไหวแขน ขา การจัดทำ การเคลื่อนย้าย ฯลฯ					
(23) ท่านต้องการผู้ช่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ/การดูแลแผลกดทับ					
(24) ท่านต้องการผู้ช่วยในการพาไปพบแพทย์					
ด้านการเงิน					
(25) ท่านต้องการค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์					
(26) ท่านต้องการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล					
(27) ท่านต้องการค่าใช้จ่ายในการจ้างคนดูแล					
(28) ท่านต้องการค่าใช้จ่ายในการปรับปรุง ซ่อมแซมบ้านเพื่อสะดวกต่อการเคลื่อนไหว					
(29) ท่านต้องการค่าใช้จ่ายในการซื้อของใช้ส่วนตัว					

การปฏิบัติดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(30) ท่านต้องการการจัดการด้านการเงิน เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ มรดก ทรัพย์สินของผู้สูงอายุ					
(31) ท่านต้องการผู้ช่วยทำเอกสารสำคัญทางกฎหมาย					
ด้านจิตใจ					
(32) ท่านต้องการผู้ช่วยนำสวดมนต์ ทำสมาธิ					
(33) ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว เช่น ดูโทรทัศน์ ทำอาหาร สังสรรค์					
(34) ท่านต้องการผู้ช่วยอ่านหนังสือ ข่าวสาร ให้อ่าน					
(35) ท่านต้องการผู้ช่วยพาออกไปนอกบ้าน					
(36) ท่านต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทา ความเครียดและความกลัวต่าง ๆ					
(37) ท่านต้องการผู้ช่วยจัดการกับความบั่นป่วนหรือการนอนไม่หลับ					
ด้านเครือข่าย					
(38) ท่านต้องการให้มีการตรวจเยี่ยมของแพทย์ พยาบาลที่บ้าน					
(39) ท่านต้องการผู้ดูแลในช่วงเวลากลางวัน/ครอบครัวออกไปทำงานข้างนอก เช่น อาสาสมัคร อพส. อสม.					
(40) ท่านต้องการให้เพื่อนบ้านมา เยี่ยมเยียน พูดคุยที่บ้าน					
(41) ท่านต้องการเครือข่าย/เพื่อนบ้านมาดูแล					
(42) ท่านต้องการกลุ่มผู้ดูแล เจ้าหน้าที่อื่น ๆ เช่น ท้องถิ่น วิชาชีพต่าง ๆ					

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 “การจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ และแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว

ด้วยเหตุที่ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้แทนในการตอบแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยจึงขอความกรุณาจากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความจริง ข้อมูลที่ได้จากท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษา โดยการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีผลกระทบต่อนานแต่อย่างใด คณะผู้วิจัยฯ จะเก็บรักษาคำตอบไว้เป็นความลับโดยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

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) อื่น ๆ 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) โรคอื่น ๆ กรุณาระบุ.....

8. สิทธิการรักษาพยาบาล(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ (1) บัตรทอง

☐ (2) ประกันสังคม

☐ (3) ประกันชีวิต

☐ (4) เบิกตนสังกัด

☐ (5) อื่น ๆ ระบุ.....

9. นอกจากสมาชิกในครอบครัวแล้ว ท่านมีเครือข่ายที่พึ่งพากันในครอบครัวและชุมชนกลุ่มใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ (1) ญาติ

☐ (2) เพื่อนบ้าน

☐ (3) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน

☐ (4) ทีมอนามัยสุขภาพ

☐ (5) กลุ่มผู้ดูแล

☐ (6) อื่น ๆ 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) อื่น ๆ ระบุ.....

11.ในกรณีที่ท่านไม่สามารถพึ่งตนเองไม่ได้ ท่านคาดว่าใครจะเป็นผู้ดูแลท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

ความต้องการการจัดบริการการดูแลเมื่อท่านพึ่งตนเองไม่ได้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

12.ในกรณีที่ท่านพึ่งตนเองไม่ได้ และต้องการใช้บริการในสถานบริการทางการแพทย์หรือโรงพยาบาลที่จัดให้บริการ ใครเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านต่าง ๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

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

13.เหตุผลที่ท่านต้องการผู้ดูแลในกรณีที่ท่านดูแลตัวเองไม่ได้ (กรณีที่ท่านเจ็บป่วยเรื้อรัง/ทุพพลภาพ)

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ (1) ที่บ้านไม่มีผู้ดูแล
☐ (2) คนในครอบครัวมีเวลาดูแลน้อย
☐ (3) ไม่อยากเป็นภาระของบุตรหลาน
☐ (4) ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
☐ (5) อื่น ๆ 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 โดยทำกิจกรรมทั้งทางด้านสุขภาพ 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) การให้บริการรับดูแลผู้สูงอายุในระยะสั้นแบบพักค้างชั่วคราวเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ชั่วคราวหรือเพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัว มีเวลาพักหรือเวลาเป็นส่วนตัว					
(7) บริการดูแลระยะกลาง(Sub-acute care) การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและพักรักษาตัวในสถานบริการ เช่น การฟื้นฟูสภาพเข้มข้น					
(8) บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) ให้บริการสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อน ๆ					

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

15. การจัดบริการหรือสวัสดิการสังคมที่ท่านต้องการได้รับการบริการ

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

ความต้องการได้รับบริการ	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 แต่ได้รับบริการระดับพื้นฐาน

เหตุผล.....

ความสามารถในการจ่าย.....

☐ (2) บริการร่วมจ่าย (ท่านจ่ายครึ่งหนึ่งรับช่วยครึ่งหนึ่ง) แต่ได้รับบริการระดับดี แต่ถูกกว่าเอกชน

เหตุผล.....

ความสามารถในการจ่าย.....

☐ (3) บริการเก็บค่าใช้จ่ายทั้งหมดถูกกว่าเอกชน แต่ได้รับบริการระดับดีมาก

เหตุผล.....

ความสามารถในการจ่าย.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

-คณะผู้วิจัย-

ประเด็นสอบถาม(Focus Group)

วัตถุประสงค์ : เพื่อสอบถามแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ใช้เพื่อการสอบถามกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ บุคคล ในครอบครัว ชุมชนซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5-7 คน

.....

วันที่..... เดือน..... ปี.....

ข้อมูลพื้นฐาน

(จำนวนผู้สูงอายุที่มีในพื้นที่ ,คนพิการ ,ติดเตียง ,อาชีพในพื้นที่ส่วนใหญ่)

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

**การสัมมนาแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างผู้บริหาร อาจารย์ที่ปรึกษา
โครงการ นักวิจัยสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12
กับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ Max Planck Institute
fur Sozialrecht and Sozialpolitik
ณ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี
วันที่ 12 มีนาคม 2558**

การสัมมนาแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ (ศ. ศติพัฒน์ ยอดเพชร, รศ.ดร. เดชา สังฆธรณ, อาจารย์ ดร.เอกจิตรา ดำมีศรีสุข มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ผู้บริหารกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และนักวิจัยของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของ Max Planck Institute fur Sozial recht and Sozial politik ประเด็นในการสัมมนาประกอบด้วยการนำเสนอประวัติการก่อตั้งองค์กร บทบาทพันธกิจ นโยบายการดำเนินงานของ Max Planck Institute fur Sozial recht and Sozial politik สำหรับการนำเสนอของคณะนักวิจัยเนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลด้านสภาพภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม ทั่วโลก นโยบายระดับชาติ สถานบริการผู้สูงอายุทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย ของครอบครัวและชุมชน

Max Planck Institute fur Sozialrecht and Sozialpolitik เป็นองค์กรด้านการศึกษาค้นคว้า เพื่อนำผลที่ได้ศึกษาเสนอต่อรัฐบาลในการกำหนดนโยบายด้านสังคม มีการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณแก่ผู้ที่สนใจยื่นขอสนับสนุนงบประมาณทั่วโลก โดยเน้นการศึกษา ด้านนโยบายสาธารณะ นโยบายทางสังคม กฎหมายทางสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อสังคม

- Prof. Dr. Ulrich Becker เป็น 1 ใน 2 ผู้อำนวยการของ Max Planck ทำงานที่นี้มาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2002 เป็นผู้ร่วมก่อตั้ง Max Planck ในอดีต Prof. Dr. Ulrich Becker เคยเป็นอาจารย์ด้านกฎหมายสาธารณะ (Public Law) ในมหาวิทยาลัย ซึ่ง Max Planck เป็นอีกองค์กรของมหาวิทยาลัย มุนิค University of Munich ถือว่า Max Planck ทำงานเน้นด้านการศึกษาค้นคว้าประเด็นด้านการเมืองและสังคม (Socio-Political Issue) กฎหมายด้านสังคม (Social Law) การคุ้มครองทางสังคม / ความปลอดภัยทางสังคม (Social Security) ที่น่าสนใจในกฎหมายเชิงสถาบันและกฎหมายความปลอดภัยทางสังคม

- ผู้เข้าร่วมการสัมมนา Max Planck ประกอบด้วย
 - Dr. Eva Maria Hohnerlein, ตำแหน่งนักวิจัยอาวุโส (Senior Researcher) ร่วมงานกับ Max Planck ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1986 ศึกษาวิจัยเน้นด้าน
 1. มติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางสังคมในสหรัฐอเมริกา
 2. มติด้านครอบครัวในแง่ของการคุ้มครองทางสังคมแก่เด็กและสตรี
 - Dr. Tineke Dijkhoff, ตำแหน่ง Referent ร่วมงานที่ Max Planck ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 เคยศึกษาวิจัยด้านกฎหมายทางสังคมในเนเธอร์แลนด์กฎหมายความปลอดภัยทางสังคมระหว่างประเทศแรงงานระหว่างประเทศและโครงการความคุ้มครองทางสังคม

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 คนคือ Prof. Dr. Becker ซึ่งเน้นด้านกฎหมายสังคมและผู้อำนวยการอีกท่านเน้นด้านเศรษฐศาสตร์การศึกษาวิจัยของ Max Planck จึงเป็นทั้งงานวิจัยระดับนโยบายสถาบันกฎหมายคุ้มครองทางสังคมโดยเชื่อมโยงกับแนวคิดในระบบเศรษฐกิจสังคมศึกษา และจัดระบบฐานข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูล แนวคิดในการดำเนินงานไม่ใช่เพียงแค่มองในมุมมองของยุโรป หากแต่มองในระดับสากล การรวมตัวของสหภาพยุโรป (European Union) ทำให้เกิดชุมชนใหญ่และเกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะฉะนั้นกฎหมายทางสังคมจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความเป็นสมัยใหม่ (Modernization) ตลาดแรงงาน การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

การนำเสนอของคณะนักวิจัยประเทศไทย

อาจารย์ ดร.เอกจิตรา คำมีศรีสุข

นางสาวกิริติกา กิรติพงษ์ไพศาล นักพัฒนาสังคมชำนาญการ

นางสาวอัจฉรา สุระกุล นักพัฒนาสังคมชำนาญการ

สภาพภูมิศาสตร์ของประเทศไทย

ประเทศไทยตั้งอยู่บนมหาสมุทรเอเชีย-แปซิฟิก ซึ่งเป็นคาบสมุทรที่แบ่งมหาสมุทรอินเดียจากมหาสมุทรแปซิฟิก ประเทศไทยมีสภาพภูมิอากาศแบบร้อนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อุณหภูมิสูง มีลมทะเล และฝนเพราะตั้งอยู่ในป่าเขตร้อน 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/คนและในปี 2015 คาดว่าจะเพิ่มเป็น 7,130 USD/คนเส้นความยากจนของประชากรไทย ในปี 2011 จำนวน 2,422 บาท/คน หรือราว ๆ 78 USD โดยคิดที่อัตราแลกเปลี่ยน 31 บาท/ดอลลาร์สหรัฐ จากข้อมูลในปี 2011 ชี้ให้เห็นว่ามีประชากร จำนวน 8,767,000 คน ที่ยังอยู่ภายใต้เส้นความยากจน

ประชากรผู้สูงอายุ

สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงมากขึ้น ข้อมูลเปรียบเทียบจากปี ค.ศ.. 1990 -2010 และ การคาดการณ์ในปี ค.ศ.2030

นโยบาย แผน กฎหมายเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุในประเทศไทย

พัฒนาการของนโยบาย แผน กฎหมายเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุในประเทศไทย

1. ปี ค.ศ. 1982 มีการจัดทำแผนระดับชาติเพื่อผู้สูงอายุ ฉบับแรก ซึ่งใช้ระหว่างปี ค.ศ. 1982-2001
2. ปี ค.ศ.1991ได้มีการบัญญัติเรื่องการพัฒนาผู้สูงอายุไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 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. ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นศูนย์ดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุและคนทุกระดับอายุในชุมชน โครงการริเริ่มด้วยการสร้างความรู้และความเข้าใจของศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งคนทั่วไปในชุมชน
3. การส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องผู้สูงอายุ และการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ
4. การดูแลที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบการบริการด้านสุขภาพในระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
5. ส่งเสริมสุขภาพที่วัด วัดเป็นศูนย์รวมด้านจิตใจสำหรับคนในท้องถิ่นและผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหลักที่ไปร่วมกิจกรรมที่วัด
6. ชมรมผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมการรวมตัวของผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมทั่วไป และสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุในการทำงานแบบเครือข่าย/กลุ่ม/องค์กร
7. โครงการอาสาสมัคร “เพื่อนช่วยเพื่อน” โครงการจัดการฝึกอบรมให้กับสมาชิกที่พึ่งพิงตนเองได้เพื่อทำหน้าที่อาสาสมัครไปดูแล เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติในชุมชน
8. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โครงการได้มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ โดยใช้สื่อหรือเครื่องมืออุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระหว่างการเยี่ยมบ้าน
9. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและการพัฒนา เป็นโครงการที่จัดกิจกรรมในเขตต่าง ๆ ของกรุงเทพฯ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ

การดูแลผู้สูงอายุเชิงสถาบัน

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นการจัดบริการด้านสถานที่ในระยะยาวของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โดยจัดหาที่พักของรัฐบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พักอาศัย ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล หรือไม่สามารถอาศัยอยู่กับครอบครัวได้ มี 2 ลักษณะการให้บริการ ดังนี้
 - 1.1 บริการด้านสังคมโดยทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ
 - 1.2 บ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ
2. บ้านพักคนชราของรัฐบาล จัดเพื่อให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ด้อยโอกาส ยากจน ขาดผู้ดูแล ไม่มีบ้าน โดยมีการจัดที่พักชั่วคราวพร้อมทั้งการจัดสวัสดิการสังคมต่าง ๆ
3. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุของเอกชนและองค์กรสาธารณะ ได้แก่
 - บ้านสงฆ์วัดนิเวศ สภาศาสนาไทย
 - บ้านพักคนชราภายใต้การดูแลของคณะกรรมการด้านสุขภาพดารอลิต

4. ความช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส เป็นการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุด้อยโอกาสและประสบความยากลำบากซึ่งเป็นการช่วยเหลือในระดับชาติ มีดังนี้

- กองทุนผู้สูงอายุ
- เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

• การบริการสาธารณะและนันทนาการ ด้วยการจัดหาเครื่องอำนวยความสะดวก และเครื่องมืออุปกรณ์พิเศษต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้นภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น กีฬา กิจกรรมบันเทิงใจต่างๆ การท่องเที่ยวเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

วิสัยทัศน์

“มุ่งสู่สังคมคุณภาพบนพื้นฐานความรับผิดชอบต่อร่วมกัน”

พันธกิจ

1. สร้างระบบสวัสดิการให้ประชาชนมีหลักประกันและมีความมั่นคงในชีวิต
2. พัฒนาดนและสังคมให้มีคุณภาพและมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง
3. เสริมสร้างทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม
4. พัฒนาองค์ความรู้ ชีตความสามารถ และระบบการบริหารจัดการด้านการพัฒนาสังคม

ยุทธศาสตร์

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

กรมต่าง ๆ ภายในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

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

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 - 12

มีหน้าที่วิเคราะห์และจัดทำแผนการให้บริการให้สอดคล้องกับพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งกำกับดูแลการปฏิบัติงานและติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานปฏิบัติ สนับสนุนความรู้ทางวิชาการให้คำปรึกษาแนะนำแก่หน่วยงานให้บริการทุกกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ ให้บริการในความรับผิดชอบของกระทรวง รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรเอกชนและประชาชน ในการพัฒนาสังคมและจัดระบบสวัสดิการสังคมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างยั่งยืนส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดระบบเครือข่าย และประสานการดำเนินงานในพื้นที่ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

โครงการวิจัยการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบ วิธีการ และระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ
3. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดระบบการดูแลทางสังคมและระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

ขอบเขตงานวิจัย

ศึกษาทั้งเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม และเชิงคุณภาพการสนทนากลุ่มย่อย
ขอบเขตประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

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

การนำองค์ความรู้จากการสัมมนาไปใช้ประโยชน์

ด้านครอบครัว

1. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการการันตีหรือเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้รับค่าตอบแทนที่มั่นคง
2. การนำนโยบายลาดลอต/ลาเพื่อดูแลบุตร สามารถลาได้ทั้งสามีและภรรยา
3. รัฐบาลเยอรมนีให้เงินสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุเพื่อการดูแลตนเอง ในกรณีที่ไม่มีครอบครัวดูแล ถือเป็นการจัดสวัสดิการที่ดี
4. เน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทของครอบครัวเป็นหลัก

ด้านกฎหมายระเบียบข้อปฏิบัติ

1. มาตรการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถลาเพื่อดูแลผู้สูงอายุในวาระสุดท้ายได้ ควรมีการศึกษาวิจัยถึงแนวทางดังกล่าว
2. สนับสนุนให้มีสวัสดิการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุกรณีเป็นบุตรหลานญาติที่จำเป็นต้องลาออกจากงานประจำเพื่อดูแลผู้สูงอายุ
3. ออกกฎหมายให้ครอบครัวมีส่วนช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ
4. รัฐควรสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพสนับสนุนงบประมาณสถานที่มายังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีเพิ่มบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ
5. รัฐบาลควรสนับสนุนงบประมาณแก่สถาบันการศึกษาในการติดต้นนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อช่วยเหลือการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ
6. รัฐบาลควรสนับสนุนการทำงานวิจัยให้มีคุณภาพตรงกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

7. แลกเปลี่ยนการทำงานโดยเฉพาะด้านกฎหมายการบังคับใช้กฎหมายและกระบวนการช่วยเหลือ

ด้านระบบเครือข่ายการดูแล

1. พัฒนาระบบเครือข่ายทางสังคมในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
2. ปรับโครงสร้างการบริหารงานของมหาวิทยาลัยให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น ดิดันนวัตกรรม

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 in to 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
แบบระดับประดองของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค
ณ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี
วันที่ 12 มีนาคม 2558**

ศูนย์สหวิทยาการการดูแลระดับประดองของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิคก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็นสถานที่ดูแล รักษาผู้ป่วยแบบระดับประดองในระยะสุดท้าย โดยจัดสถานที่ที่เป็นสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลอย่างเป็นสัดส่วน ให้ความรู้สึกเป็นมิตร อบอุ่นคลาย มีสถานที่ที่ช่วยผ่อนคลาย บรรเทาความรู้สึกจากอาการเจ็บป่วย เช่น ระเบียงนอกห้องพัก ห้องสมุด เป็นต้น โดยผู้ป่วยจะต้องผ่านระบบการประเมินความจำเป็นของการเข้ารับการรักษาทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการเข้ารับการรักษาโดยทีมแพทย์และทีมอาสาสมัครที่ทำงานในชุมชน

ประวัติความเป็นมา

1) **ค.ศ. 2014** ได้มีการจัดประชุมวิชาการเฉลิมฉลองครบรอบ 1 ปี ของศูนย์สหวิทยาการการดูแลระดับประดอง เมื่อวันที่ 14 -15/11/2014 ซึ่งตรงกับวาระครบรอบของหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

- ครบรอบ 15 ปี ของอาคารกรอสฮาเดิร์น (Grosshadern) การดูแลระดับประดองโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค
- ครบรอบ 15 ปี ของการเปิดภาควิชาการดูแลระดับประดองของมหาวิทยาลัยมิวนิค
- ครบรอบ 15 ปี วิทยาลัยการดูแลระดับประดอง คริสโตเฟอร์
- ครบรอบ 10 ปี ภาควิชาการดูแลแบบระดับประดอง อาคารกรอสฮาเดิร์น (Grosshadern) ของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค
- ครบรอบ 10 ปี สหวิทยาการศูนย์การแพทย์การดูแลระดับประดอง (IGP) ที่กรอสฮาเดิร์น (Grosshadern) ของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค
- ครบรอบ 5 ปี การดูแลระดับประดองคนไข้นอก (SOPC) ของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค
- ครบรอบ 1 ปี ภาควิชาการดูแลระดับประดองที่โรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค
- การจัดตั้งคลินิกประดองในเดือนมกราคม 2014

2) **ค.ศ. 2013** ก่อตั้งภาควิชาการดูแลระดับประดองของโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค โดยมี แพทย์หญิงคลอเดียบูสว์เวียน(Dr. Claudia Bausewein) เป็นผู้อำนวยการคลินิก

3) **ค.ศ. 2012** แพทย์หญิงคลอเดียบูสว์เวียน(Dr. Claudia Bausewein) เข้ามารับตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาการดูแลระดับประดอง

4) **ค.ศ. 2010** ศาสตราจารย์นายแพทย์เอ็คฮาร์ดฟริคเคสเจ (Prof. Dr. Eckhard Frick SJ) และศาสตราจารย์นายแพทย์เทราก็อทท์ โรเซอร์(Prof. Dr. TraugottRoser) มารับตำแหน่งการดูแลด้านจิตใจ

5) **ค.ศ. 2009** ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยคาทอลิก สนับสนุนให้ศาสตราจารย์แพทย์หญิง มาเรียวอสเนอร์ (Prof. Dr. Maria Wasner) มารับตำแหน่งหัวหน้าสังคมสงเคราะห์

6) **ค.ศ. 2008** ศาสตราจารย์แพทย์หญิง โมนิก้า มารับตำแหน่ง โดยได้รับทุนการศึกษาจากมูลนิธิอัลเฟรดครูป โบเรน (Alfred Krupp Bohlen) เพื่อเรียนต่อด้านกุมารเวชศาสตร์

7) **ค.ศ. 2006** นายแพทย์โจแอนท์ โดมินิโก บอราซิโอ (Dr. GianDomenicoBorasio) มารับตำแหน่งเป็นหัวหน้าภาควิชาการดูแลแบบประคับประคองคนแรกจนถึงปี 2011

8) **ค.ศ. 2004** แอลเอ็ม มหาวิทยาลัยมิวนิค เป็นมหาวิทยาลัยแห่งแรกของประเทศเยอรมันที่เปิดการสอนดูแลแบบประคับประคอง

9) ด้วยการสนับสนุนกองทุนมะเร็งของรัฐบาเวเรีย ประเทศเยอรมนี ได้มีการจัดตั้งศูนย์สหวิทยาการการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งก่อตั้งในปี 2004 โดยในปี 1999 เป็นการเริ่มต้นของการดูแลแบบประคับประคองของวิทยาลัยคริสโตเฟอร์ แห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค

ศูนย์สหวิทยาการการดูแลระดับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองต้องมีหน่วยปฏิบัติที่มากขึ้น โดยจะต้องมีทีมงานเฉพาะหรือการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักบำบัด นักจิตวิทยาในการประชุมกลุ่มสหวิชาชีพ ได้มีโอกาสพูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยและการรักษาที่เหมาะสมและการปฏิบัติให้คำปรึกษาและการทำงานแบบผู้รู้และแบบมืออาชีพ

ศูนย์สหวิทยาการการดูแลระดับประคองมีเตียง 10 เตียง ห้องพักแต่ละห้องของผู้ป่วยจะมีห้องน้ำส่วนตัวและมีระเบียง ซึ่งสามารถรองรับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน ๆ ได้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่มาจากบ้าน หรือจากโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิคในกรณีเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลโดยจะมีแพทย์อาวุโสเป็นคนตัดสินใจ หรือแนะนำการรักษาของผู้ป่วย หน่วยการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีการบันทึกประวัติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามารักษาตัว โดยจะใช้เวลาในการพิจารณาอย่างละเอียดในการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและสำหรับในระยะสั้นจะมีการรักษาชั่วคราว โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการบรรเทาอาการและส่งกลับบ้าน หรือไปยังบ้านพักรับรองสำหรับผู้ป่วย

เกณฑ์การรับสมัคร

1. อาการของโรคมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น ซึ่งไปจำกัดอายุขัยของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ช้อดตกลงในโรคบางโรคยังไม่มี
2. ช้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือช้อบ่งชี้ทางจิตสังคม
3. ผู้ป่วยยินยอมที่จะรวมอยู่ในหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีข้อมูลบ่งชี้ว่าไม่มีทางรักษาได้และไม่มีความจำเป็นที่จะยื้อชีวิตได้
4. ผู้ป่วยและญาติได้รับแจ้งก่อนที่จะเข้ารับรักษาในศูนย์สหวิทยาการการดูแลระดับประคอง ทั้งนี้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงว่ามีการวางแผนและส่งกลับบ้านอย่างไร หรือการส่งต่อไปยังสถานบริบาลอื่น ๆ หลังจากที่มีสัญญาณว่าผู้ป่วยมีอาการคงที่
5. การให้การรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่

การบริการด้านการแพทย์แบบระดับประดอง

1. การรักษาไม่ให้เจ็บปวดและการรักษาพยาบาลของอาการทางกายภาพอื่น ๆ
2. การดูแลแบบระดับประดอง
3. การดูแลทางด้านจิตใจ
4. การให้คำปรึกษา / งานสังคมสงเคราะห์
5. ความช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมในการกลับบ้าน หรือการส่งต่อยังหน่วยบริการอื่น ๆ
6. การดูแลทางจิตวิญญาณ
7. การให้คำปรึกษาคำแนะนำและการสนับสนุนจากสมาชิก
8. การเตรียมความพร้อมในช่วงสุดท้ายของชีวิต

คลินิกทางการแพทย์สำหรับการดูแลแบบระดับประดอง

เป็นส่วนหนึ่งภาควิชาอายุรศาสตร์ทุเลา ซึ่งตั้งแต่เดือนมกราคม ปี ค.ศ. 2014 มีบริการรพพยาบาลเพื่อต้องการที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยในช่วงต้นเป็นการรักษาคุณภาพชีวิตสูงสุดแก่ผู้ป่วย ปัจจุบันจะมีหมอประจำคลินิกทุกวันอังคารและเช้าวันพฤหัสบดี

บริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์แบบระดับประดอง

บริการให้คำปรึกษาการดูแลแบบระดับประดองและให้การสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลในทุกแผนกของโรงพยาบาล โดยทีมที่ปรึกษา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์นักจิตวิทยาและนักบำบัดโรคทางเดินหายใจ เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาลแบบระดับประดองแบบองค์รวมทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับเพื่อนร่วมงานที่เข้าร่วมบูรณาการในการให้บริการ เป็นการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาโรคที่มุ่งเน้นรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา บริการดูแลแบบระดับประดองสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เกิดความเครียด ทั้งร่างกาย จิตใจ หรือสังคมและปัจจุบันการบริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์แบบระดับประดองมีความจำเป็นต้องมีข้อมูลเบื้องต้นที่จะติดต่อผู้ป่วยกับญาติ เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีความทุกข์จากความก้าวหน้าของโรคที่เป็น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเนื้องอกผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคมะเร็ง โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (เช่น หัวใจล้มเหลว) โรคของระบบประสาท (เช่น ALS ภาวะสมองเสื่อม)โรคปอด (เช่น ปอดเรื้อรัง) โรคไต (เช่น ความบกพร่องของไตอย่างรุนแรง)และโรคตับ (เช่น ภาวะตับเรื้อรัง)

จุดมุ่งหมายของการแผนกยาแบบระดับประดอง

1. เพื่อบรรเทาอาการที่น่าวิตกและปัญหาให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้
2. เพื่อการจัดการกับโรคที่รักษาไม่ได้
3. เพื่อให้ความช่วยเหลือในการตัดสินใจเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา
4. เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับการใช้ชีวิตของผู้ป่วย หรือการมอบอำนาจ
5. เพื่อความช่วยเหลือในการจัดบริการทางการแพทย์และการพยาบาลที่เหมาะสมที่บ้าน

ในการให้บริการการดูแลแบบระดับประดองแก่ผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับขั้นสุดท้ายของชีวิต จะมีการประชุมของทีมสหวิชาชีพในสถานพยาบาล เพื่อให้การดูแลแบบระดับประดองที่ครอบคลุมผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

ศูนย์สหวิทยาการการดูแลระดับประดองพิเศษสำหรับผู้ป่วยนอก (SOPC)

SAPV เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงที่รักษาไม่หาย เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านสามารถควบคุมอาการได้ดี ซึ่งจะมีการกำหนดโดยแพทย์ ซึ่งจะให้ครอบครัวฝึกการดูแล เวลาออกจากโรงพยาบาลจะมีผู้ช่วยแพทย์โทรมาสอบถามอาการของผู้ป่วยจากญาติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสำคัญของปัญหาของแต่ละบุคคล และนอกจากนี้การดูแลแบบระดับประดองจะต้องมีนักสังคมสงเคราะห์ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หรือสถานบริบาลอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยไปอยู่ โดยต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิดที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ใช้บริการบ่อยครั้งที่มีการเชื่อมต่อภายในทีม หรือนอกทีมสนับสนุน เช่น การบำบัดทางเดินหายใจ ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ โดยภายใต้ความร่วมมือและสามารถประสานงานของอาสาสมัครกับสมาคมที่มีอยู่ที่บ้านพัก

SAPV รวมถึง:

- ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขาและบริการระดับมืออาชีพที่เกี่ยวข้อง
- การตรวจสอบเบื้องต้นของการจัดการความเจ็บปวดและการรักษาอาการอื่น ๆ
- การสนับสนุนในสถานการณ์ที่ยากลำบากในครอบครัวและจิตสังคม
- การพัฒนาของการรักษาและแผนฉุกเฉิน
- บริการ 24 ชั่วโมง

สรุปสาระสำคัญจากการศึกษางาน ศูนย์สหวิทยาการการดูแลระดับประดองของโรงพยาบาล แห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค

ประวัติความเป็นมาของการดูแลและะสุดท้าย

ซีเซลี ซอร์นเดอร์: ค.ศ.1918-2005 (Cicely Saunders:1918-2005) เป็นผู้ที่มีความชำนาญในหลากหลายสาขา โดยเริ่มต้นจากการเป็นพยาบาลในสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นนักสังคมสงเคราะห์โดยผ่านการฝึกอบรมด้านสังคมสงเคราะห์ และสุดท้ายเป็นแพทย์ โดยซีเซลี ซอร์นเดอร์เป็นผู้ริเริ่มในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสมัยยุคกลางที่เซนต์คริสโตเฟอร์ เมืองลอนดอน สหราชอาณาจักร ในปี ค.ศ.1967 เนื่องจากซีเซลี ซอร์นเดอร์ เคยเป็นพยาบาลจึงมีโอกาได้พบเจอผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมาก จากประสบการณ์จึงทำให้รู้ว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมากมักจะไม่ได้รับการดูแลอย่างดี จึงเป็นแรงผลักดันให้ซีเซลี ซอร์นเดอร์ อยากเป็นนักสังคมสงเคราะห์ จากการเป็นนักสังคมสงเคราะห์ซีเซลี ซอร์นเดอร์ ไม่สามารถทำงานได้ครบและตามความต้องการ จึงได้เรียนแพทย์เพื่อหาวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมากให้ดีที่สุด

การดูแลแบบประดอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามศัพท์ของการดูแลแบบประดองว่า“เป็นวิธีการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ รวมไปถึงครอบครัวที่ประสบปัญหาที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ถึงแก่ชีวิต” ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตจะเป็นการป้องกันความเจ็บปวดที่ไม่เพียงแต่การเจ็บปวดทางกาย แต่รวมถึงความทุกข์ทรมานจากโรค หรือการที่คนทีรักป่วยหนัก ซึ่งจะเป็นการดูแลในเชิงป้องกัน โดยการวิเคราะห์หาสาเหตุ ดำเนินการประเมินสถานการณ์และดำเนินการให้การดูแลทั้งด้านการเจ็บปวดทางด้านร่างกายจากโรค รวมถึงปัญหาอื่น ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ แนวคิดการดูแลแบบประดองให้ความเคารพทางเลือกของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกสถานที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีความต้องการในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น บางรายอาจต้องการได้รับอะไรเล็ก ๆ น้อย ๆ ก่อนเสียชีวิต บางรายต้องการอยู่กับครอบครัวหรือกับคนที่รักก่อนเสียชีวิต แต่บางรายอาจต้องการไปเสียชีวิตที่บ้านเกิด การดูแลแบบประดองจะต้องเป็นการดูแลที่สามารถปฏิบัติได้จริงไม่มีการหลอกลวงผู้ป่วยว่าหากมีการดูแลแบบประดองจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น หรือหายจากโรค รวมไปถึงการพูดคุยถึงความสูญเสียและความโศกเศร้าของการเจ็บป่วยเพื่อรับมือหากต้องเสียชีวิต

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านจิตวิญญาณ
2. ด้านร่างกาย
3. ด้านสังคม
4. ด้านจิตวิทยา

ซึ่งความเจ็บปวดทางด้านร่างกายผู้ป่วยทุกรายจะปรากฏให้เห็นได้อย่างชัดเจน สิ่งที่หนักไปกว่านั้นไม่ใช่ปวดหัวแล้วจะจบแต่ด้วยตัวโรคจะมี 10 -12 อาการรวมอยู่ในนั้น ยิ่งหากป่วยหนักจะมี

อาการปวดหัว ท้องผูก ท้องเสีย น้ำมูกไหล ตัดจมูก เจ็บปวดทางด้านร่างกาย จึงเป็นความซับซ้อนที่มีมากเนื่องจากโรคที่เป็นอยู่ในขั้นที่หนัก ในส่วนด้านจิตวิทยาและด้านสังคมสิ่งที่จะต้องกระทำคือการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ การสื่อสารในการดูแลแบบประคับประคองจะต้องสื่อสารอย่างจริงใจและพูดความจริงแก่ผู้ป่วยเพราะทุกอย่างเกินจุดวิกฤติ จึงต้องรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น มีผู้ป่วยที่เป็นแม่อยู่ 2 คน ไม่เคยบอกให้ลูกรู้เลย ไม่เคยบอกครอบครัวว่าตนเองป่วย อาจจะบอบบ้างแต่บอกว่ากำลังจะหาย สิ่งสำคัญคือครอบครัวจะไม่ได้รับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในความเป็นจริงผู้ป่วยอาจจะอยู่ได้อีกไม่นานดังนั้นการสื่อสารจะต้องพูดอย่างเปิดเผยและซื่อตรงที่สุด ควรจะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมด สิ่งที่จะต้องตกลงกับผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวในกรณีที่ครอบครัวรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยคือจุดมุ่งหมายในการรักษาคืออะไร อาจจะไม่ใช้การรักษาให้หายแต่เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขที่สุดทุกคนจะต้องยอมรับความจริงทุกอย่าง การดูแลทางด้านจิตวิญญาณเป็นการดูแลให้สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค ความเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีหน่วยงานที่คอยดูแล อาจจะมีการพูดคุยเป็นระยะ มีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยจะต้องช่วยในการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์ถึงแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต้องการดูแลสถานที่ใด ผู้ป่วยต้องการตายสถานที่ใด เป็นเรื่องการตัดสินใจในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ใครจะเป็นผู้มีอำนาจในการดูแลและตัดสินใจ ทวีปยุโรปในอดีตการให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่ดูแลและเลือกสถานที่ตายเป็นเรื่องใหม่ซึ่งไม่มีการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว แต่ในปัจจุบันจะมีการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลือกสถานที่ในการดูแลและสถานที่ตายมากขึ้น มีการประเมินความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จะมีการให้ความช่วยเหลือตามสมควรและตามความจำเป็นแก่ครอบครัวผู้ป่วย

การดูแลแบบประคับประคองจะเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยในเบื้องต้นจะมีการพูดคุยเพื่อติดตามอาการ ดูแลสภาพจิตใจ ซึ่งเป็นการสนับสนุนในการดูแลจึงทำให้มีการวางแผนในการดูแลยาวนานขึ้นที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันมีการพัฒนามากขึ้นผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการเข้าใจในอาการของโรคที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นสิ่งที่สามารถแก้ไขปัญหาคือ จะต้องมีความหมายที่เหมือนกันของคนในครอบครัวจะต้องมีการพูดคุยกันในครอบครัวพูดคุยกับผู้ป่วย พูดคุยกับทีมสหวิชาชีพและพูดคุยกับผู้ดูแลผู้ป่วย โดยอาการของผู้ป่วยแต่ละรายที่แสดงออกมาในขณะนั้นจะมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านของทีมสหวิชาชีพเข้ามาดูแลพูดคุย ซึ่งในอดีตการทำงานของทีมสหวิชาชีพไม่มีการประสานงานกันแต่ในปัจจุบันเริ่มมีการทำงานเป็นทีม

การให้บริการด้านคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในสถานบริการการดูแลแบบประคับประคองจะให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพที่มีผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพจะไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลและมาจากหลากหลายสาขา สถานบริการการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเริ่มต้นในปี ค.ศ. 2007 ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ป่วยทุกคนที่ระบุไว้ในกฎหมายด้านสังคม ทีมสหวิชาชีพจะประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดนักจิตวิทยา ปัจจุบันเป็นเรื่องที่ต้องพัฒนาและมีความท้าทายที่มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทีมสหวิชาชีพตามแผนที่วางไว้จะมีประมาณ 320 ทีมในประเทศเยอรมนี โดย 1 ทีมจะรับผิดชอบคนไข้ 250,000 ราย ปัจจุบันจะมีทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวน 225 ทีม

การดูแลแบบประคับประคองด้วยยา เมื่อแพทย์มีการวินิจฉัยพบว่า จะไม่เกิดความคุ้มค่าหากใช้ยาในการรักษาอาการของผู้ป่วย เพราะฉะนั้นรูปแบบในการให้ยาจึงเปลี่ยนไปเป็นการให้เพื่อประคับประคอง เป็นการให้เพื่อลดอาการเจ็บปวด ค่ายาจึงไม่แพง ดังนั้น เกสซิกซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในทีมสหวิชาชีพจะเป็นผู้เข้ามาดูแล การที่จะเป็นทีมสหวิชาชีพได้จะต้องมีประสบการณ์ในการทำงาน

ด้านการดูแลแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือจะต้องมีการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 160 ชั่วโมง ในปัจจุบันมีผู้ที่เข้ารับการอบรมประมาณ 4,500 คนซึ่งจะมีหน่วยงานเฉพาะที่มีการวิจัยเพื่อการพัฒนาสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง ในลำดับต่อไปจะมีการปรึกษากับองค์การเภสัชกรรมของประเทศเยอรมนีในการผลิตยาเพื่อใช้สำหรับการดูแลแบบประคับประคอง

สถานการณ์การเรียนการสอนการดูแลแบบประคับประคองด้วยยา เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1999 ที่มหาวิทยาลัยบอร์น ในเมืองโคโลน และมีศาสตราจารย์ที่เก่งและเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองด้วยยา (Palliative medicine) จำนวน 2 ท่าน และได้มีการทำปฏิญญากลางไว้ซึ่งปฏิญญาที่แต่ละประเทศที่เข้าร่วมและยอมรับในข้อตกลงร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยได้เริ่มต้นตั้งแต่เดือนกันยายน จำนวน 210 ประเทศ และในปัจจุบันมีประเทศที่ให้สัตยาบันเป็นที่เรียบร้อยแล้วจำนวน 280 องค์กร และประเทศเยอรมนีได้ลงมือทำและนำไปใช้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

การบริการทางคลินิก

1. ฝึกทีมสนับสนุนในโรงพยาบาล
2. การรวมกลุ่มคนไข้ผู้ป่วยนอก

ศูนย์การศึกษา

มีหลักสูตรการฝึกอบรมการเรียนการสอนและมีการทดลองปฏิบัติจริง การศึกษาระดับปริญญาโทจะมีการสอนแพทย์ พยาบาล จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักบำบัดทางเดินหายใจ และเภสัชกร ระยะเวลาในการเรียนการสอน 1 - 5 วันในแต่ละหลักสูตร การเรียนการสอนเป็นการตอบโต้พูดคุยแบบกลุ่มเล็ก ๆ 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)

ศาสตราจารย์อดฮาร์ดฟีลด์ และศาสตราจารย์ทรากอท โรเซอร์ จะมุ่งเน้นการดูแลด้านจิตวิญญาณ ด้านสุขภาพ ซึ่งการดูแลไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิตหรือเสียชีวิตเท่านั้น นอกจากนี้มีการวิจัยและการสอนให้กับนักเรียนปริญญาตรีที่เรียนแพทย์ การวิจัยด้านจิตวิญญาณ การประเมินด้านจิต

วิญญานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญานมากน้อยแต่ไหนและมีทฤษฎีอะไรที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

สถานบริการการดูแลแบบระดับประดอง

ปัจจุบันสถานบริการการดูแลแบบระดับประดองในคลินิกและโพลีคลินิคแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิคผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งถึงร้อยละ 90 นอกจากนี้มีผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ โรคหัวใจและโรคความดันโลหิต เพียงผู้ป่วยมีจำนวน 10 เพียงห้องพักแต่ละห้องของผู้ป่วยจะมีห้องน้ำส่วนตัวและมีระเบียง ซึ่งสามารถรองรับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน ๆ ได้ การบริหารจัดการดูแลทั้งด้านจิตวิทยาและจิตวิญญาน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามาจากบ้าน หรือจากโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิคในกรณีเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษาคือที่โรงพยาบาลโดยจะมีแพทย์อาวุโสเป็นคนตัดสินใจ หรือนำการรักษามาของผู้ป่วย สถานบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีการบันทึกประวัติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ามารักษาคือ โดยจะใช้เวลาในการพิจารณาอย่างละเอียดในการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและสำหรับในระยะสั้นจะมีการรักษาชั่วคราว โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการบรรเทาอาการและปล่อยกลับบ้านหรือไปยังบ้านพักรับรองสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยมาใช้บริการเฉลี่ยปีละ 300 ราย ทีมสนับสนุนของโรงพยาบาลในการดูแลแบบระดับประดองจะมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ

สถานบริการการดูแลแบบระดับประดองจะเป็นส่วนหนึ่งของทุกโรงพยาบาล ซึ่งนำโดยแพทย์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อจัดการกับอาการที่แสดงออกมา ซึ่งมีการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณ 12 วันต่อรายก่อนมีการส่งต่อผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผน พูดคุยต่อหนึ่งรอบการใช้บริการ เรื่องการเงินที่ใช้ในการดูแลในหน่วยดูแลแบบระดับประดองจะมาจากประกันสุขภาพ การที่ไม่ได้เป็นคนไข้มีการกลับไปรักษาที่บ้านอิทธิพลของความเชื่อศาสนาที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย เช่น บางคนอาจนับถือลัทธิอะไรบางอย่างและมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยที่มีการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างจากการดูแลแบบระดับประดอง จะมีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมในการดูแล ซึ่งแตกต่างจากการดูแลแบบระดับประดองที่มีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมในการดูแล โดยการดูแลผู้ป่วยที่มีการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นการดูแลระยะยาวที่เป็นผู้ป่วยใน จะมีระยะเวลาในการดูแลประมาณ 20 วัน สำหรับแหล่งเงินทุนจะมาจากหลายแหล่ง เช่น ประกันสุขภาพ ประกันสำหรับการดูแลระยะยาว ลักษณะของสถานบริการในปัจจุบันจะมี 2 แบบ คือ หน่วยการดูแลแบบระดับประดอง และเนอร์สซิ่งโฮม สำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลแบบระดับประดองจะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 400 - 500 ยูโรต่อวัน

ประวัติของผู้บรรยาย
คโลเดีย บูสว่เวียน

วันเกิด : 14 มกราคม 1965

สัญชาติ: เยอรมัน

ประวัติการศึกษา

- 2009 ปริญญาเอก มหาวิทยาลัยดิงส์ดอลเลจ เมืองลอนดอน ประเทศสหราชอาณาจักร
- 2003 ปริญญาโทวิทยาศาสตร์ในการดูแลแบบประคับประคอง มหาวิทยาลัยดิงส์ดอลเลจ เมืองลอนดอน
- 1999 ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรแพทย์ ประเทศเยอรมนี
- 1995 ประกาศนียบัตรทฤษฎีแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยดาร์ติฟเฟ เมืองเวลส์ ประเทศสหราชอาณาจักร
- 1985 - 1992 โรงเรียนแพทย์ Ludwig-Maximilians มหาวิทยาลัยมิวนิค ประเทศเยอรมนี

ตำแหน่ง

- ตั้งแต่ปี 2012 ผู้อำนวยการหน่วยการแพทย์แบบประคับประคองโรงพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมิวนิค
- 2009 - 2012 ผู้อำนวยการวิจัยทางคลินิกแขนงโรค ภาควิชานโยบายการดูแลแบบประคับประคองและการฟื้นฟูสมรรถภาพมหาวิทยาลัยดิงส์ดอลเลจ เมืองลอนดอน
- 2009 นักวิจัยทางคลินิกในภาควิชาการดูแลแบบประคับประคอง ตามนโยบายการฟื้นฟูสมรรถภาพ มหาวิทยาลัยดิงส์ดอลเลจ เมืองลอนดอน
- 2001 - 2007 ที่ปรึกษาในหน่วยการแพทย์การดูแลประคับประคอง สหวิทยาการศูนย์การดูแลประคับประคองแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมิวนิค

สิ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย

1. การจัดตั้งศูนย์ หรือสถาบันในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยผู้เชี่ยวชาญแบบสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์และ นักจิตวิทยา โดยการดูแลแบบประคับประคองนี้เป็นการดูแลที่ยากและซับซ้อน จึงต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายวิชาชีพ
2. ศูนย์ประสานส่งต่อผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลพิเศษ หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างครอบครัวผู้สูงอายุกับโรงพยาบาลหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระหลักของหน่วยงานรัฐ เช่น โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์
3. การจัดตั้งหน่วยสงเคราะห์ เพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้าน การรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านฐานะทางการเงิน
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) ในครอบครัวก็ยังถือว่าเป็นกลุ่มผู้ดูแลหลักที่สำคัญที่จะคอยดูแลผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน

สรุปการการศึกษาในงาน Chair For Building Realization And Robotics

Technische Universität München

ณ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

วันที่ 12 มีนาคม 2558

Chair For Building Realization And Robotics Technische Universität München เป็น ศูนย์ ดันคว้าวิจัยและทดลองเทคโนโลยีด้านนวัตกรรมในการเอื้อให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก ความปลอดภัยในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยโครงการนี้ได้ประดิษฐ์คิดค้นนวัตกรรมใหม่ ๆ เช่น หุ่นยนต์ ชิ้นส่วนมนุษย์จำลอง แขน มือ นิ้ว เพื่อช่วยหยิบจับสิ่งของสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน อพาร์ทเมนต์สำหรับผู้สูงอายุ ที่สร้างอุปกรณ์เคลื่อนย้าย ขึ้นบันได ที่เก็บรองเท้าอัตโนมัติ โต๊ะเครื่อง แปรงใช้ระบบแสงช่วยเตือน และเตียงนอนที่มีอุปกรณ์ช่วยพยุงจากเตียง เป็นต้น ซึ่งขณะนี้อยู่ในช่วง การทดลองประสิทธิภาพ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วจะมีการยื่นขอจดสิทธิบัตรทางปัญญาต่อไป

1. หุ่นยนต์สำหรับผู้สูงอายุพิการ

เป็นโครงการสร้างหุ่นยนต์สำหรับการเคลื่อนไหวยางด้านแขนและมือ

- การคิดค้นอุปกรณ์การเคลื่อนไหวยาง เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการใช้มือและแขนในการทำกิจกรรมประจำวัน

- เป็นการสร้างนวัตกรรม นำเทคโนโลยีมาใช้ในการอุปกรณ์การเคลื่อนไหวยางสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้มือใช้แขนไม่ได้ หรือผู้สูงอายุที่ป่วยด้านมือ ใช้มือไม่ได้

- เป็นการออกแบบของวิศวะทางด้านการแพทย์ เป็นการสร้างหุ่นยนต์ที่มีการคอนโทรลหรือควบคุมโดยใช้คอมพิวเตอร์ผ่านระบบเซ็นเซอร์เป็นตัวรับข้อมูลในการเคลื่อนไหวยางจากมือส่งต่อเข้าโปรแกรมควบคุม และแปลผลสั่งงานต่อไปยังหุ่นยนต์ให้ทำงานเป็นมือและแขน ซึ่งเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีปัญหาทางระบบร่างกายในการใช้มือเพื่อการดำเนินชีวิตประจำวันในการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและผู้สูงอายุที่ใช้เทคโนโลยีไม่ได้

2. บ้านหรืออพาทเมนต์สำหรับผู้สูงอายุ

เป็นโครงการวิจัยทดลองสร้างบ้านหรืออพาทเมนต์ให้กับผู้สูงอายุที่พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยในการใช้ชีวิตในบ้านที่ต้องอาศัยอยู่ลำพังเพียงคนเดียว ให้มีความสะดวกและง่ายขึ้น ลดภาวะการดูแลจากญาติ ๆ หรือลดค่าใช้จ่ายในการจ้างผู้ดูแลที่มีค่าใช้จ่ายที่สูงมากในประเทศเยอรมนี

รูปแบบการสร้างมีการออกแบบโดยการนำเอาเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการควบคุมการทำงานภายในบ้าน เริ่มตั้งแต่บันไดขึ้นลงบ้านเพื่อช่วยเหลือในการขึ้นลงบันไดของผู้สูงอายุหรือผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ขึ้นลงบันไดได้สะดวกและยังมีที่สำหรับวางกระเป๋าและสัมภาระด้วย สร้างเป็นระบบบันไดเลื่อนขึ้นเลื่อนลงโดยใช้การควบคุมด้วยรีโมทคอนโทรลส่วนภายในตัวบ้านก็มีการออกแบบเกี่ยวกับอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่นระบบปิด - เปิดไฟฟ้าส่องสว่าง ระบบปิด - เปิดประตูบ้าน ระบบการปิด - เปิดทีวี การดูหนัง ฟังเพลง อุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้าน เตียงนอน ฯลฯ ซึ่งการควบคุมด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สั่งงานด้วยระบบรีโมทคอนโทรล

โครงการวิจัยดังกล่าวได้แนวคิด หรือแรงจูงใจจากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศเยอรมนี ที่มีการอยู่โดดเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุมีการช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือได้น้อย และค่าจ้าง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงมาก ซึ่งการวิจัยดังกล่าวเป็นการอยู่ในขั้นตอนทดลอง ถ้าทำสำเร็จหรือได้ผลก็จะมี การขายลิขสิทธิ์ให้กับบุคคลภายนอกหรือภาคเอกชน หรือโรงงานนำไปผลิตจำหน่ายให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ พิการที่ต้องการ โดยมุ่งเน้นการนำไปใช้ในพื้นที่ชนบท

สิ่งที่ได้และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในประเทศไทย

- การคิดค้นนวัตกรรมใหม่ การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาประยุกต์ประดิษฐ์คิดค้นสร้าง อุปกรณ์สำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุทั่วไป ผู้สูงอายุที่อยู่ภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ ที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น อยู่อาศัยภายในบ้านตามลำพังมากยิ่งขึ้น และจะต้องมีการช่วยเหลือตนเองใน การดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง

- การสร้างที่อยู่อาศัยหรือบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่นำระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการ ควบคุมอุปกรณ์ การช่วยเหลือการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ภายในบ้าน

- โครงการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเสนอให้กับผู้บริหาร จัดทำเป็นนโยบายเสนอให้กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้สนใจทั่วไปนำไปคิดค้น ประดิษฐ์สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกการช่วยเหลือ ให้กับผู้สูงอายุและผู้พิการ

ข้อเสนอ

ควรนำเสนอเป็นเชิงนโยบายให้กับผู้บริหาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษาตลอดจน การสนับสนุนงบประมาณ ให้ทำการศึกษา วิจัย หรือการทดลองในการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ การควบคุมกลไกต่าง ๆ ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ระบบไร้สารด้วยรีโมทคอนโทรล มาเป็น ส่วนประกอบในการผลิตกายอุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ และผู้พิการ การสร้างบ้านให้กับ ผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ สำหรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการต่อไป

การอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ กับ Prof. Jerome Bickenbach

วันที่ 13 มีนาคม 2558

ณ สมาพันธรัฐสวิสเซอร์แลนด์

Prof. Jerome Bickenbach เป็นอาจารย์ของมหาวิทยาลัยควีน และที่ปรึกษาขององค์กรอนามัยโลก (WHO) โดย Prof. Jerome มีความสนใจและมีความเชี่ยวชาญด้านความพิการ สุขภาพ และสิทธิมนุษยชน

Prof. Jerome Bickenbach กล่าวว่าจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้มีจำนวนเด็ก หรือกลุ่มคนวัยทำงานน้อยลง แต่ประเทศต้องเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศแถบยุโรปที่กำลังตื่นตัวมากกับการรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในช่วง 10-15 ปีข้างหน้า ซึ่งการดูแลระยะยาวก็ได้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งในแนวนโยบายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนี้ด้วย ซึ่งในปัจจุบันการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เป็นการดูแลจากของของภาคเอกชน และมีภาครัฐที่จัดการดูแลเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยเริ่มดูแลตั้งแต่คนอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มคนที่ต้องดูแลเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุเองก็หันมาพึ่งพิงภาครัฐมากขึ้น โดยการเข้ารับบริการจากสถาบันการดูแลผู้สูงอายุที่ภาครัฐจัดให้ แต่ในทางตรงกันข้ามภาครัฐกลับต้องประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายจำนวนมาก สถาบันการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้ในหลายประเทศเริ่มมองเห็นแนวคิด aging in place หรือ aging in home คือให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้ไม่ใช่เพราะเรื่องของการลดภาระการดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังส่งผลถึงเรื่องในเชิงเศรษฐกิจที่มีความสำคัญต่อประเทศอีกด้วยซึ่งจุดสำคัญนี้เองที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายกระตุ้นให้เกิดแนวคิด aging in place หรือ aging in home มากขึ้น

สำหรับ Prof. Jerome Bickenbach ได้เคยทำการศึกษาเกี่ยวกับเด็กที่ป่วย เด็กพิการ และเด็กที่มีปัญหา ที่ต้องอยู่ในสถานดูแล สถานสงเคราะห์ ซึ่งต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยแนวการศึกษาได้นำเด็กเหล่านี้กลับมาอยู่ที่บ้าน กลับมาอยู่ในสังคม พบว่าเด็ก ๆ เหล่านี้ก็มีสุขภาพจิตดีมากขึ้น และลดการพึ่งพิงจากสถาบันลงด้วย ซึ่งในปัจจุบัน Prof. Jerome Bickenbach ก็ได้นำแนวคิดนั้นกลับมาใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาประมาณ 4 ปีแล้ว ประกอบกับผลงานวิจัยในหลายแห่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ หรือกลุ่มคนที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย จะมีความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายมากขึ้น ถ้าเป็นโรคร้ายแรง ก็มีแนวโน้มว่าจะเป็นโรคอื่น ๆ ตามมา ดังนั้นสถานสงเคราะห์จึงส่งผลเสียต่อสภาพร่างกายและจิตใจต่อผู้เข้ารับบริการ

ในอดีตการสร้างสถานสงเคราะห์ มีความเหมาะสมทั้งในเชิงเศรษฐกิจ เพราะจำนวนผู้เข้ารับบริการมีน้อย และผู้สูงอายุมีอายุไม่ยืนยาวมากนัก ดังนั้นเงินที่ได้รับจากการจัดเก็บภาษีคนวัยทำงานจึงมีเพียงพอในการสนับสนุนงานของสถานสงเคราะห์ แต่ในปัจจุบันกลับเป็นไปอย่างตรงกันข้าม มีผู้เข้ารับบริการจำนวนมาก ผู้สูงอายุอายุยืนมา ทำให้เงินที่ได้จากการจัดเก็บภาษีจึงไม่เพียงพอจึงเป็นเหตุผลที่รัฐต้องการให้ผู้สูงอายุรับบริการที่บ้าน ซึ่งมีแนวทาง 2 แนวทาง คือ

1. การพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนา Application ในโทรศัพท์สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดย Application นี้จะช่วยเตือนและตัดสินใจการรับทานยาหรืออาหารของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อถึงเวลาทางยาโทรศัพท์ก็จะเตือนว่า “วันนี้คุณกินยาหรือยัง” ผู้ที่ใช้ Application จะตอบว่า “ยัง” โทรศัพท์ก็จะพูดคุยกัยเตือนว่า “ทำไมไม่กินยา” ถ้าตอบว่า “ฉันยุ่งอยู่” โทรศัพท์ก็จะบอกว่า “ถ้าคุณไม่กินยาคุณจะมีอาการอะไรบ้าง” ถ้าผู้ใช้ Application บอกว่า “ไม่เป็นไรฉันไม่สนใจ” โทรศัพท์ก็จะต่อสายไปทางญาติของผู้ป่วย เพราะฉะนั้นมันจะเป็น application ที่ช่วยดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์ให้

กินยาให้ตรงเวลาหรือดูแลตัวเอง นอกจากนี้ Application ยังสามารถช่วยวินิจฉัยอาการของตัวผู้ป่วยได้ด้วย จะมีการจดบันทึกการตอบสนองต่อ Application ซึ่งแพทย์สามารถนำไปประกอบการรักษาได้ ถือเป็นข้อมูลในชีวิตประจำวันของเราที่แพทย์เอาไปอ้างอิงว่าตอนนี้มีสภาพจิตใจ ร่างกายเป็นอย่างไรบ้าง

2. การจัดการเรื่องการเงิน โดยรัฐต้องสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้สูงอายุว่าจะมีรายได้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะต้องอยู่คนเดียวหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้แล้ว เพราะการที่จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านได้นั้นต้องมีค่าใช้จ่ายสนับสนุนให้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ แต่ทั้งนี้งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนดังกล่าวก็ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสำหรับในเรื่องของการเกษียณอายุก็เป็นอีกหนึ่งวิธีที่น่าสนใจ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานไปเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าอายุจะมากแล้ว เพราะว่าในอนาคตรัฐอาจจะไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้อย่างต่อเนื่องใหม่ยาวนานที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนชั่วโมงการทำงานให้น้อยลง หรือเปลี่ยนรูปแบบการทำงานก็สามารถทำได้

ในด้านสุขภาพปัจจุบันระบบสาธารณสุขดีขึ้น ทำให้ทุกคนมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น แต่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตสุขภาพจะแย่ลงอย่างรวดเร็วและเข้าสู่ความตาย ซึ่งตรงนี้เป็นความแตกต่างกับรูปแบบสุขภาพในอดีตที่สุขภาพจะค่อย ๆ เสื่อมถอยลงและเข้าสู่ความตาย ทำให้ในปัจจุบันรูปแบบของการดูแลสุขภาพต้องเปลี่ยนไป ต้องทำให้สามารถบ่งชี้ได้ว่าสุขภาพกำลังจะแย่ลง และเตรียมการรองรับการดูแลสุขภาพ เพื่อยืดอายุให้ยาวนานมากขึ้นและประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย ในประเด็นนี้ทำให้ทางองค์การอนามัยโลก (WHO) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงให้การสนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญกับสถานการณ์การไร้สมรรถภาพ ความพิการ หรือการเจ็บป่วย เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ไปอยู่ที่โรคไม่ติดต่อ โรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยร้ายแรง โรคที่ทำให้ร่างกายขาดสมรรถภาพ

Prof. Jerome Bickenbach ได้มองเห็นอีกประเด็นที่น่าสนใจ คือการผลักดันบริการทางสังคมให้มีคุณภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากที่สุดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร โดยการให้สิทธิกับผู้สูงอายุเช่นเดียวกับผู้พิการ ซึ่งในปัจจุบันการทำงานของหน่วยงานด้านผู้สูงอายุ และคนพิการแยกกันอยู่ ดังนั้นจึงควรให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทั้ง 2 กลุ่มเข้ามีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน จะทำให้มีการพัฒนาด้านสิทธิของผู้สูงอายุและผู้พิการได้เป็นอย่างดี ตัวอย่างเช่น เก้าอี้รถเข็นสำหรับคนพิการ ใช้สำหรับคนพิการ หรือเป็นคนป่วยที่เป็นอัมพาตต้องใช้รถเข็นจะเป็นหน้าที่รับผิดชอบของอีกกระทรวงหนึ่ง แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่ได้เจ็บป่วยแต่มีความเสื่อมของสุขภาพ เช่น น้ำในหูไม่เท่ากัน มีปัญหาเรื่องการทรงตัว จำเป็นต้องใช้รถเข็น จะเป็นหน้าที่ของอีกกระทรวงหนึ่ง ซึ่งเป็นระบบที่ซับซ้อนทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเป็น ๒ เท่า หรือในด้านการเงิน ที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การพัฒนาผลิตภัณฑ์สำหรับผู้พิการจะมีการระบุไว้อย่างชัดเจนว่าสำหรับผู้พิการ ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีความพิการด้วย อาจจะเป็นโรคที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ก็จะสามารถใช้ผลิตภัณฑ์หรือประโยชน์จากกองทุนนี้ได้ แต่เรื่องนี้ก็มีเหตุผลในเชิงจิตวิทยาที่ผู้สูงอายุคิดว่าตนไม่ใช่คนพิการ ฉะนั้นไม่จำเป็นต้องมารับสวัสดิการจากหน่วยงานที่ดูแลเรื่องคนพิการ และสำหรับคนพิการเองคิดว่าตนไม่ใช่ผู้สูงอายุ ยังต้องการทำงาน ไม่จำเป็นต้องมารับสวัสดิการจากหน่วยงานด้านผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้นประเด็นนี้จึงกลายเป็นข้อขัดแย้งกันอยู่

จากประชุมกลุ่มย่อยรวมกับ Prof. Jerome Bickenbach สามารถสรุปแนวทางการแก้ไข ปัญหาผู้สูงอายุ 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 ระหว่างผู้หญิงและผู้ชายให้มีความเท่าเทียมกันโดยไม่ผลักภาระให้เพศใดเพศหนึ่ง
7. ส่งเสริมสถาบันครอบครัวให้มีความเข้มแข็งให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้
8. การสร้างสังคมที่รวมกลุ่มคนที่มีความสนใจเหมือนกัน เพื่อเป็นเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง

สรุปผลการศึกษาดูงาน Casa Verdi

ณ สาธารณรัฐอิตาลี

วันที่ 16 มีนาคม 2558

Casa Verdi Casa di Riposo per Musicisti Giuseppe Verdi เป็นที่พักสำหรับศิลปินเกษียณอายุ ผู้ก่อตั้งคือ Giuseppe Verdi โดยก่อตั้งขึ้นในช่วงบั้นปลายชีวิต โดยในยุคแรกได้จัดตั้งเป็นโรงพยาบาล และมีฟาร์มไว้สำหรับดูแลผู้คน เนื่องจากในยุคก่อนนั้นยังไม่มีระบบการดูแลประกันสังคมต่อมาเมื่อ **Giuseppe Verdi** เสียชีวิตจึงได้เปลี่ยนชื่อเป็น Casa Verdi เพื่อเป็นเกียรติแก่ผู้ก่อตั้ง และเปลี่ยนระบบการบริหารเป็นรูปแบบมูลนิธิ มูลินิธินี้ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่มีชื่อเสียงในวงการดนตรี นักประพันธ์ที่มีฐานะให้การสนับสนุนซึ่งผู้สนับสนุนรายใหญ่เป็นชาวอิตาลีจากมลรัฐนิวยอร์ก (ออลอิช) ในปัจจุบัน มูลินิธินี้ให้การบริการดูแลนักดนตรี นักร้องโอเปร่าที่เกษียณอายุแล้ว และแสดงความประสงค์มาพักอาศัยและใช้ชีวิตบั้นปลายที่นี่

อาคารส่วนขวามือจัดแสดงชีวประวัติของ **Giuseppe Verdi** ซึ่งบริเวณทางเข้าปีกขวามีการแกะสลักผนังทางเดินเป็นรายชื่อของโปรดักชันชิ้นงานอุปรากรของเวอร์ดี ตั้งแต่ปีค.ศ. 1842 – 1849 วิวัฒนาการของอุปรากรแบ่งได้เป็น 2 ยุค ในยุคแรกเนื้อหาของอุปรากรเป็นการสะท้อนเรื่องราวของความรักชาติ การต่อสู้ เพื่อสิทธิเสรีภาพต่าง ๆ **และการสร้างชาติ วิวัฒนาการของอุปรากรในยุค 2 จะมีเนื้อหาสะท้อนสังคม** โดยจะเห็นได้จากชิ้นงานอุปรากรที่มีความโดดเด่น 3 เรื่องที่ เน้นประเด็นทางสังคมอย่างชัดเจน เช่น อุปรากรเรื่อง *** เป็นเรื่องราวของชาวอิตาลีที่แม่ถูกฆ่าตายอย่างไม่เป็นธรรมและพยายามแก้แค้นแทนแม่ หรือว่าอุปรากรเรื่อง ซาเวียตต้า เป็นเรื่องราวชีวิตของโสเภณี ปัญหาความยากจนต่าง ๆ และสะท้อนสภาพสังคมในยุคนั้น ความโดดเด่นของอุปรากรของเวอร์ดี คือเนื้อหาที่แตกต่าง เนื่องจากอุปรากรส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องราวของชนชั้นสูง มีองค์ประกอบของความสวยงามหรูหรา แต่เนื้อเรื่องของเวอร์ดีกลับเน้นไปที่เรื่องราวของชนชั้นล่าง การถูกเอารัดเอาเปรียบ และความไม่เท่าเทียมในสังคม

ในปลายศตวรรษที่ 19 การสื่อสารยังยากลำบากและไม่รวดเร็วเหมือนในปัจจุบันเราไม่สามารถรู้ได้เลยว่าชื่อเสียงคนนั้นคนนี้เป็นอย่างไร แต่สำหรับเวอร์ดี นับได้ว่าเป็นศิลปินที่มีชื่อเสียงในระดับนานาชาติ มีหลักฐานยืนยันจากการได้รับเชิญไปเปิดการแสดงและเป็นที่ปรึกษาด้านอุปรากรในประเทศต่าง ๆ เช่น ราชสำนักรัสเซียเชิญเวอร์ดีให้เป็นที่ปรึกษาในการสร้างโรงอุปรากรใหญ่ หรืออุปรากรเรื่อง ไอดา ที่ได้รับเชิญไปเปิดการแสดง ณ กรุงโคโร ประเทศอิตาลี เป็นต้นและผลงานในช่วงท้ายของชีวิตของเวอร์ดีเป็นผลงานของเชดเปียร์ออสเทียโร โฟตราบ เป็นผลงานช่วงสุดท้ายของเวอร์ดี

ทางด้านชีวิตส่วนตัว เวอร์ดี มีภรรยา 2 คน คนแรกเสียชีวิตเมื่ออายุยังน้อย ส่วนภรรยาคนที่ 2 เป็นนักร้องโอเปร่า ซึ่งภรรยาคนที่สองกล่าวได้ว่ามีอิทธิพลกับชีวิตของเวอร์ดีมาก เวอร์ดีใช้ชีวิตเป็นนักประพันธ์อุปรากรมาจนถึงขั้นสุดท้าย และนับเป็นศิลปินที่ทำให้ นักประพันธ์อุปรากรยุคใหม่ มีงานสร้างสรรค์ในรูปแบบใหม่ ๆ มากมาย

- ห้องแสดงจำลองห้องรับประทานอาหาร เครื่องเรือนและของใช้ของเวอร์ดี

โต๊ะรับประทานอาหาร เป็นเครื่องเรือนชิ้นจริงของเวอร์ดีที่เคยใช้ตอนอยู่อาศัยอยู่ที่เจนิวา สวิสเซอร์แลนด์เวอร์ดีจะอยู่ที่เจนิวาช่วงหน้าหนาวเพราะเป็นผลดีต่อสุขภาพของเวอร์ดี เนื่องจากใกล้กับทะเล มากกว่าอยู่บนแผ่นดิน เครื่องเรือนต่าง ๆ เช่น เก้าอี้ ตู้ จะสลักชื่อย่อของเวอร์ดีไว้ ของแสดงในตู้โชว์ส่วนใหญ่เป็นของที่ได้รับการแสดงผลงานอุปรากรของเวอร์ดี

เพื่อเป็นการแสดงความชื่นชมในผลงานกระดาศชิ้นหนึ่งตรงกลางโต๊ะรับประทานอาหารเขียนชื่อที่เพื่อนสถาปนิกของเขาตั้งขึ้นให้กับสถานที่พักที่ “สถานสงเคราะห์สำหรับนักดนตรีชรา” ซึ่งยังไม่ใช้ชื่อที่เวอร์ดีและเพื่อนถูกใจนัก และท้ายสุดได้เปลี่ยนเป็นคำว่า “บ้าน” เพราะเป็นคำที่สะท้อนแนวคิดและสภาพแวดล้อมที่เวอร์ดีต้องการได้ดีที่สุด เวอร์ดีมีแนวคิดที่ **บ้าน คือ สถานที่ที่แสดงความรัก ความอบอุ่น ความมีเกียรติ ความเป็นส่วนตัว** วิทยากรได้อธิบายเปรียบเทียบสถานสงเคราะห์สมัยก่อนบ้านที่มีลักษณะเป็นที่พักทั่วไป มีห้องเล็กๆ ที่อยู่รวมกันไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเกียรติ ไม่มีคุณภาพ ซึ่งเวอร์ดีไม่ต้องการให้บ้านพักของเวอร์ดีเป็นอย่างนั้น สำหรับการเปิดให้บริการตอนแรกจะทำเป็นห้องเล็กๆ ห้องหนึ่งจะมี 2 เตียง เพื่อให้มีเพื่อนช่วยดูแลกัน นักดนตรีกลุ่มแรกที่เข้ามาพักมักไม่มีเสื้อผ้าหรือของใช้ติดตัวมาเลย ทางสถานที่ก็ได้จัดเตรียมให้ ซึ่งการจัดเตรียมของใช้และเครื่องแต่งกายนี้ เวอร์ดีไม่ต้องการให้มีปัญหาทางด้านความเหลื่อมล้ำเกี่ยวกับเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย หรือของใช้ เวอร์ดีจึงได้ให้ผู้ชายแต่งตัวเหมือนเวอร์ดี ผู้หญิงแต่งตัวเหมือนภรรยาของเวอร์ดี (ช่วงนั้นมีคำกล่าวติดตลกว่า เดินไปทางไหน ก็จะมีแต่เวอร์ดีกับภรรยา) ทั้งนี้ การเลือกคำที่จะใช้เรียกขานคนที่เข้ามาพัก เวอร์ดีจะไม่ใช้คำว่านักดนตรีผู้ชรา แต่จะเรียกว่าเป็น “แขก” ผู้มาพักที่บ้าน เพราะฉะนั้น ทุกคนจะได้รับการเลี้ยงดู และให้เกียรติ เสมือนเป็นแขกของบ้าน

ทางด้านหนึ่งของห้องอาหาร ประดับภาพวาดซึ่งเป็นวิวบ้านเกิดของเวอร์ดี ในปี 1880 ในเมืองแบบชนบท จุดเด่นที่ได้เห็นคือ ครอบครัวยุคของเวอร์ดีเป็นครอบครัวคนธรรมดา ไม่ร่ำรวยอะไร เป็นคนมาจากชนบท ฉะนั้นโดยลักษณะนิสัยของเวอร์ดีเองจึงค่อนข้างสมถะ เป็นคนอ่อนน้อมถ่อมตน จากในจดหมายหรืองานเขียนของเวอร์ดีจะเห็นได้ว่า เขามักจะเขียนอยู่เสมอ ๆ 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 เลียน ที่อาศัยอยู่ในประเทศฝรั่งเศส เป็นจิตรกรชื่อดัง จุดเด่นของภาพนี้คือ เนื่องจากเวอร์ดีมีนิสัยเป็นคนเก็บเนื้อเก็บตัว สันโดษ สมถะ เพราะฉะนั้น เขาไม่ค่อยชอบออกงานใหญ่ หรือทำตัวให้โดดเด่นเป็นที่รู้จัก ถึงแม้ตนเองจะมีชื่อเสียงก็ตาม เพราะฉะนั้นภาพนี้เวอร์ดียอมให้จิตรกรมาวาดรูปเขาเมื่อตอนเขาอายุได้ 73 ปีแล้ว ซึ่งใช้เวลานานมากกว่าจะยอมให้คนวาดหรือให้อาหนาทัวตัวเองออกสู่สังคม

- La Spinella di Giuseppe Verdi Verdi' spinel

ฝั่งตรงข้ามภาพวาด จัดแสดงเครื่องดนตรีที่เวอร์ดีหัดเล่นตั้งแต่อายุ 8 ขวบ เครื่องดนตรีนี้เรียกว่า สปีเนล ซึ่งพ่อแม่ของเวอร์ดีซื้อให้ เนื่องจากตอนต้นศตวรรษที่ 19 เปียโนถือว่าเป็นเครื่องดนตรีรุ่นใหม่มาๆ กันสมัยมาๆ เพราะฉะนั้นจึงมีราคาแพงมาก พ่อแม่ไม่สามารถซื้อให้ได้ ก็เลยซื้อเครื่องดนตรีสปีเนลให้ เครื่องดนตรีสปีเนล เป็นเครื่องดนตรีแบบโบราณ และราคาถูกกว่าเปียโน คนธรรมดาสามารถซื้อให้ลูกเล่นได้

- ภาพ Giovanni Galbazzi (1808 - 1888) ritratto di Antonio Barezzi

Antonio Barezzi เป็นพ่อตาของเวอร์ดี ซึ่งเป็นพ่อของภรรยาคนแรก และเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญอย่างมากในชีวิตเวอร์ดี เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือเวอร์ดีตลอดช่วงชีวิตของเวอร์ดี เป็นนายทุนซึ่งความผูกพันของเวอร์ดีกับคุณพ่อเห็นได้จากเวอร์ดีอุทิศผลงานอุปรากรเรื่องแมกเนส

ให้กับคุณพ่อ และยกกรรมสิทธิ์ให้ ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องยิ่งใหญ่ เพราะเป็นผลงานอุปการที่ยิ่งใหญ่และมีความสำคัญมาก

- รูปปั้นรอบห้อง

รอบห้อง จัดแสดงรูปปั้นที่เวอร์ดีช่วยสนับสนุนจิตรกรเด็ก นักประติมากรรม ศิลปินเด็กที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ ยังไม่มีชื่อเสียง แต่มีฝีมือดี ซึ่งเวอร์ดีช่วยสนับสนุนหลายคน โดยการให้ทุนนักดนตรีกับเด็ก 16 คน เป็นชาย 8 คน หญิง 8 คน โดยคัดเลือกมาจากเด็กนักเรียนดนตรีที่เรียนอยู่ในมิลาน ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียนเอกชน หรือโรงเรียนของรัฐ โดยกำหนดให้เด็กทั้ง 16 คน มาพักอาศัยอยู่ที่นี่ เรียนที่นี่ ใช้ชีวิตอยู่ที่นี่ โดยมีข้อกำหนดเดียวคือ **ให้เด็กใช้เวลาอยู่กับนักดนตรีผู้ใหญ่ที่เกษียณอายุแล้ว ให้กินข้าวด้วยกัน พูดคุยกัน ใช้ชีวิตอยู่ด้วยกัน เพราะเวอร์ดีเห็นว่านักดนตรีผู้ใหญ่จะสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ เล่าความคิดของตัวเองให้กับเด็ก โดยเด็ก ๆ จะได้ประสบการณ์จากนักดนตรีผู้ใหญ่ และที่สำคัญนักดนตรีผู้ใหญ่จะรู้สึกตัวเองมีประโยชน์ ได้รับพลังจากวัยรุ่น และรู้สึกมีคุณค่าที่ได้สอนเด็ก ๆ**

จบการเดินชมส่วนพิพิธภัณฑ์ทางอาคารปีกขวา

อาคารทางด้านซ้ายมือจัดตั้งเป็นส่วนของมูลนิธิ

- ทางเข้ามูลนิธิ จะมีรูปปั้นของเวอร์ดี นั่งอยู่ เพื่อต้อนรับแขกทุกท่านที่มาเยี่ยมบ้านของเวอร์ดี

- ห้องแสดงดนตรี/ โรงละครเล็ก

- เป็นสถานที่ส่วนกลางที่ใช้จัดแสดงคอนเสิร์ต ซึ่งปัจจุบันยังคงทำการแสดงอยู่ โดยมีกลุ่มบุคคลที่เรียกว่า “เพื่อนของเวอร์ดี” จะมาจัดแสดงคอนเสิร์ตทุกวันอาทิตย์ตอนบ่ายเป็นประจำ สำหรับนักดนตรีที่อยู่ที่นี่ มีอายุเฉลี่ยประมาณ 85 ปี เด็กที่สุดอายุ 68 ปี อายุสูงสุด 105 ปี เป็นผู้หญิง สำหรับคุณสมบัติที่จะเข้ามาอยู่ในมูลนิธินี้ได้ คือ ต้องเป็นนักดนตรี **คำว่า เป็นนักดนตรี คือ ต้องใช้ชีวิตอยู่กับนักดนตรี หาเลี้ยงชีพด้วยดนตรี จะเป็นด้วยรูปแบบไหนก็ได้ จะเป็นนักร้อง นักเต้น ดนตรีแจ๊ส เป็นอาจารย์ หรือเป็นอะไรก็ได้แล้วแต่** และรับนักดนตรีจากทั่วโลก อย่างปัจจุบัน มีแอฟริกาใต้ บราซิล โปแลนด์ เยอรมนี ญี่ปุ่น จากที่ไหนก็ได้ขอให้ เป็นนักดนตรี

- ห้องนี้มีจิตรกรมาออกแบบให้ พาทีมงานมาอยู่ 3 ปี เพื่อที่จะออกแบบให้ทุกห้อง จะเห็นว่ามีเสาร์ทั้งหมด 8 ต้น (เสาเล็ก) แต่ละต้น คือตัวแทนของบุคคลที่มีความสำคัญที่เวอร์ดีอยากอุทิศให้และระลึกไว้ในบ้านของตัวเอง ภาพส่วนใหญ่ที่อยู่ในห้องนี้ จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นคุณครู หรือเป็นผู้สร้างโรงเรียนดนตรี โดยมีรอสนี เป็นคนสำคัญมากเป็นบุคคลที่ประสบความสำเร็จมากจริง ๆ ไม่ว่าจะเป็นแต่งโอเปร่าในเชิงของดราม่า ชีวิตสวยงาม สงสาร ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถสูง

- สำหรับนักดนตรีที่มาอยู่ที่นี่ โดยลักษณะนิสัยแล้ว คืออยากจะทำดนตรี เพราะฉะนั้นบ้านนี้จะจัดให้มีห้องอยู่ 7 ห้อง สำหรับไว้เล่นดนตรี ใช้ได้ทั้งนักดนตรีที่เกษียณแล้ว และเด็ก ๆ นักดนตรีสามารถเลือกเล่นได้ตามใจชอบ และมีอีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นนักดนตรีที่ไม่สามารถเล่นดนตรีได้แล้ว ก็จัดเป็นห้องกิจกรรมไว้ให้ เช่น ถักนิตติ้ง ศิลปะกระดาษ จัดดอกไม้ งานศิลปะ หัตถกรรมทั้งหลาย ซึ่งในแต่ละปี **ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ได้มา จะเอาไปจำหน่าย และเมื่อได้รายได้มาแล้ว ทางนักดนตรีจะบริจาคให้กับผู้ยากไร้ในต่างแดน ที่ไกล ๆ ที่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งตัวนักดนตรีจะมีความรู้สึกดีมากที่สามารถช่วยเหลือคนที่อยู่ห่างไกลได้ มีความรู้สึก**

มันเป็นการตอบแทนสังคมกับความโชคดีของเขาที่ได้อยู่ในบ้านที่สร้างขึ้นมาน่าสำหรับนักดนตรี นอกจากห้องต่าง ๆ แล้วยังมีห้องนักร้อง ให้นักดนตรีและญาติได้มาพบปะพูดคุยกัน หรือนั่งฟังเพลง หรือทำกิจกรรมร่วมกัน

- ห้องโอราเปียน มีเฟอร์นิเจอร์ ที่ราชาของไคโร ในอียิปต์ส่งมาให้ เนื่องจากซาบซึ้งและประทับใจในการแสดงเรื่องไอต้ามัก ที่เวอร์ตีได้เปิดแสดงที่ไคโร ซึ่งไม่ได้อยากให้ในนามของราชสำนัก แต่อยากให้ในนามของส่วนตัวด้วย เนื่องจากชอบมาก ซาบซึ้งมาก เปียโน กับเก้าอี้ ก็เป็นของเวอร์ตี ที่ใช้ที่สวิสเซอร์แลนด์ เปียโนเวอร์ตีใช้มา 30 กว่าปี ใช้แต่งอุปกรณ์เครื่องต่าง ๆ ในช่วงท้าย ๆ ชีวิตของเวอร์ตี ปัจจุบันเปียโนนี้ไม่ได้เล่นแล้ว เพื่อเป็นการให้เกียรติกับเวอร์ตี

- ห้องทำพิธีกรรมทางศาสนา

ห้องทำพิธีกรรมทางศาสนา จัดทำเป็นโบสถ์เล็ก ๆ ประจำบ้าน เป็นโบสถ์นักบุญซีซีรี เป็นนักบุญทางด้านดนตรี จะเห็นได้จากภาพในห้อง ห้องนี้เป็นห้องเดียวที่ ณ ตอนเวอร์ตีเสียชีวิตแล้วยังสร้างไม่เสร็จ ในพินัยกรรมของเวอร์ตีเขียนไว้ว่าให้ฝังร่างของเขาที่บ้าน เพราะฉะนั้นตอนเขาเสียชีวิตต้องไปฝังไว้ที่สุสานอีกที่หนึ่ง เป็นอนุสรณ์สถาน ในพินัยกรรมของเวอร์ตีเขียนไว้ชัดเจนว่าต้องการให้พิธีกรรมสวดเรียบง่ายที่สุด ขอไม้กางเขน 1 อัน เทียนไข 1 เล่ม และพระเพียง 1 รูปเท่านั้น ซึ่งเป็นไปตามจุดประสงค์ของเวอร์ตี หลังจากเวอร์ตีเสียชีวิต ศิลปินท่านหนึ่งเข้ามาช่วยดูแลเรื่องการตกแต่งห้องนี้ เป็นผู้มีชื่อเสียงเรื่องทำโมเสส 1 เดือนหลังจากเวอร์ตีเสียชีวิต เมื่อห้องค่อนข้างจะเรียบร้อย ก็มีการเชิญศพของเวอร์ตีกลับมาเพื่อที่จะฝังที่นี่ ซึ่งการเคลื่อนย้ายศพครั้งนี้ต่างจากที่เขียนไว้ในพินัยกรรมโดยสิ้นเชิง เนื่องจากว่ามีนักร้องประมาณ 850 คน ร้องเพลงตลอดโดยเพลงที่เลือกร้องเป็นเพลงที่สำคัญในเรื่องรูโดล ซึ่งเป็นผลงานช่วงยุคแรกของเวอร์ตี และประชาชนในเมืองมาร่วมงานเป็นพัน ๆ คน เพราะว่าทุกคนอยากให้เกียรติกับเวอร์ตี เพราะเวอร์ตีไม่ได้เป็นแค่ นักประพันธ์ที่ยิ่งใหญ่ในอิตาลีเท่านั้น แต่เป็นเหมือนฮีโร่ของประเทศชาติ เป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากในช่วงประวัติศาสตร์ของอิตาลี เพราะว่าสิ่งที่เขาต้องการคือ ความสำคัญเรื่องความรัก ความมีเสรีภาพ ความมีเกียรติของประชาชน เพราะฉะนั้นทุกคนจึงอยากเขามาร่วมงาน

- หลุมฝังศพของเวอร์ตี

หลุมฝังศพของเวอร์ตี เป็นสถานที่ที่สร้างโดยศิลปินที่มีชื่อเสียงมากในเรื่องของโมเสส ใช้โมเสสทั้งหมด สถานที่นี้ถือว่าเป็นสถานที่สำคัญของประเทศ เพราะฉะนั้นจะเปิดตลอดเวลาสามารถเข้ามาดูได้ตลอดเวลา ในขณะที่การเยี่ยมชมสถานที่พัก ต้องจองเข้ามาเท่านั้น การตกแต่งทุกภาพมีความหมายทั้งหมดเลย

- ภาพแรก เป็นคนทั้งหมด 5 คน ที่แสดงถึงความรู้สึก 5 ความรู้สึก คือ ความรักชาติ ความกลัว ความเศร้า ความเจ็บปวด และความหวัง

- ภาพกลาง เป็นเรื่องความอัจฉริยะในเรื่องดนตรีของเวอร์ตี รวมถึงเรื่องการร้องเพลง

- ภาพขวามือ เป็นภาพที่แสดงถึงความรัก **รักธรรมดาของคน** (หญิงชายคู่กัน) **รักในเชิงนักบุญ** (ซีซีรีกับนางฟ้า 3 คน) ผู้หญิงถือช่อดอกไม้ เป็นตัวแทนจากละครเพลงเป็นการนำเสนอความรักจากเรื่องนี้

- มีประโยคอยู่ประโยคหนึ่งอยู่ตรงกลาง ที่ตัดมาจากนักประพันธ์ นักกวี ที่เขียนให้กับเวอร์ตีว่า **เขาร้องให้ให้กับทุกคน** ซึ่งประโยคนี้สามารถแสดงถึงจิตวิญญาณ ความคิด และการกระทำของเวอร์ตี ตลอดชีวิต เขาไม่ได้แสดงแต่ในผลงานของเขาอย่างเดียว การกระทำ

การใช้ชีวิตการสนับสนุนทุกอย่าง และผลงานของเวอร์ดีถือเป็นการปฏิรูปวัฒนธรรมชิ้นหนึ่งของอิตาลี เพราะเป็นครั้งแรกที่ดนตรี หรือการแสดงอุปรากร เป็นเรื่องเกี่ยวกับสังคมคนปกติ ไม่ใช่สำหรับชนชั้นสูง หรือไม่ได้พูดถึงเรื่องของเทพหรือคนชั้นสูงอย่างเดียว แต่พูดในเรื่องธรรมดา เรื่องของสังคม สามารถสื่อสารได้กับคนทุกคน เป็นเรื่องของคนทุกคนและแต่งมาเพื่อให้กับคนทุกคน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาดูงาน และการนำไปประยุกต์ใช้

1. การดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ของแต่ละบุคคลให้ดีที่สุด ต้องมีความรักความเข้าใจ และมนุษยสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดี รวมถึงการดูแลเอาใจใส่ของบุตรหลานต่อผู้สูงอายุ
2. การนำดนตรีบำบัดเข้ามาประยุกต์ใช้ในการบำบัดจิตใจผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย
3. ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผ่อนคลายความเครียด และนำกิจกรรมต่าง ๆ เข้ามาทำร่วมกัน เช่น การเล่นเกมส์ต่าง ๆ การเล่นดนตรี เป็นต้น
4. การจัดค่ายให้กับเด็กเยาวชนที่มีความสนใจด้านดนตรี ร่วมกับนักดนตรี ประชาชนชุมชนในท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการซึมซับด้านดนตรี การใช้ชีวิต และการประพฤติตัว
5. ภาครัฐควรจัดที่อยู่ในลักษณะโฮมสเตย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีความสนใจด้านเดียวกัน อาจจะเป็นช่วงระยะเวลา หรือถาวร เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสังคม สำหรับโฮมสเตย์อาจจะเป็นบ้านคนวัยหนุ่มสาว วัยกลางคน วัย 60 ปี มาพักในบ้านที่มีผู้สูงอายุเป็นเจ้าของโฮมสเตย์
6. ใช้ศิลปะ ดนตรี การวาดภาพ ระบายสี เป็นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่สนใจ เพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ฝึกสมาธิ
7. การจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุตามกลุ่มประเภท หรือความเชี่ยวชาญ ทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนที่เข้าใจกัน ใช้ความสามารถด้านดนตรีด้วยกัน ทั้งนี้ประเทศไทยอาจนำไปใช้จัดสวัสดิการผู้สูงอายุตามประเภทความถนัด เช่น ด้านกีฬา ด้านศิลปกรรม ด้านการแพทย์ เป็นต้น
8. การจัดสวัสดิการแบบรวมกลุ่มความสามารถผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดคุณค่าในตัวเอง ในการรวมกลุ่มแสดงดนตรี แล้วนำเงินไปบริจาคยังที่ต่าง ๆ อีกทั้งยังนำความรู้ความสามารถไปแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดให้กับเด็กหรือคนรุ่นต่อไป ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นต่าง ๆ
9. การให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุและมีการวางกฎระเบียบที่ชัดเจนและเข้มแข็ง ส่งผลให้องค์กรสามารถที่จะยืนหยัดอยู่ได้ในระยะยาว
10. การถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุให้กับเด็กและเยาวชน หรือบุคคลทั่วไปที่สนใจ โดยผ่านความชอบที่เหมือนกันจะทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีคุณค่าในตน และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
11. การนำผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกัน โดยใช้ความชอบ ความสามารถ หรือทักษะเป็นฐานในการรวมกลุ่ม จะทำให้กลุ่มมีความเข้มแข็ง และสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้มากขึ้น
12. การปรับแนวคิดจากสถานสงเคราะห์ เป็นบ้าน/หมู่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากยิ่งขึ้นและเกิดความรู้สึกที่ดีขึ้นเมื่อใช้บริการ
13. การส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการสังคมสงเคราะห์จะทำให้บริการที่จัดให้มีคุณภาพมากกว่า
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. การเสียสละเพื่อส่วนรวมเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างมากสำหรับสังคมไทย ต้องรณรงค์ให้คนไทยเห็นความสำคัญของการเสียสละเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม ของประเทศไทย

รายชื่อคณะนักวิจัย
โครงการวิจัย การจัดระบบการดูแลทางสังคมและ
ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

1.ศาสตราจารย์ศติพัฒน์ ยอดเพชร			ที่ปรึกษาโครงการ
2.นางสาวกิริติกา	กิริติพงษ์ไพศาล	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	หัวหน้าโครงการ
3.นางยุพิน	คำสีแก้ว	พนักงานบริการ	เลขานุการโครงการ
4.นางสาวกอดอร	ประสิทธิ์สุข	นักพัฒนาสังคม	คณะนักวิจัย
5.นางสาวพริยา	เลิศมงคลนาม	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย
6.นางสุทธิรัตน์	โทชนบท	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย
7.นางสาวกัญญา	จารุโชคนภธร	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย
8.นางณัฐชพิมพ์	ภวะวิจารณ์	นักพัฒนาสังคม	คณะนักวิจัย
9.นายสมศักดิ์	สีนามโหม่ง	นักพัฒนาสังคมชำนาญการพิเศษ	คณะนักวิจัย
10.นายวรวิทย์	พึ่งพัก	นักพัฒนาสังคมปฏิบัติการ	คณะนักวิจัย
11.นายมงคล	ดาสี	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย
12.นางสาวภาร้าพิง	อริยะ	นักพัฒนาสังคมปฏิบัติการ	คณะนักวิจัย
13.นางสาวอัจฉรา	สุระกุล	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย
14.นายอิระณัฐ	ลิขิตระกาลกุล	นักพัฒนาสังคมชำนาญการ	คณะนักวิจัย

บรรณานุกรม

หนังสือ

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาสัตย์ .รูปแบบของการบริการระยะยาว, 2550

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2552. **แนวทางการพัฒนากฎหมายด้านสวัสดิการสังคมในการคุ้มครองสิทธิประชาชนให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล.** กรุงเทพมหานคร : ศูนย์บริหารวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553. **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552.** กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์เทพเพื่อวานิสย์.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553. **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (พิมพ์ครั้งที่ 7).** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เทพเพื่อวานิสย์.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2554. **ยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2555 – 2559.**

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550** ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคม, 2552

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กองสวัสดิการสงเคราะห์กรมประชาสงเคราะห์. มปป. **ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร. มปป.

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กรมสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง.สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ , 2549

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ศึกษาเรื่อง ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ, 2553

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544.

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2553)

อัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. แนวคิดการลดการพึ่งพาบริการจากรัฐ อ่างใน กองการสงเคราะห์เอกชน , 2541

เธอร์ดอร์ เอช.คอฟ (Theodore H. Koff). มิติของลักษณะการให้บริการ, 2549

นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานติลป. 2552. **การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย.** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.): ม.ป.พ.

นารีรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ .การศึกษาวิจัยเรื่อง “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร, 2552

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ.ความหมายชมรมผู้สูงอายุ, 2539

บุหลัน ทองกลีบ. 2550. **บทบาทภาครัฐในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร.ดุษฎีนิพนธ์** 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 กันทะนะ. รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ,2543

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2547

มาลินี วงษ์สิทธิ์.**รูปแบบที่ให้บริการถึงบ้านหรือจัดขึ้นในสถาบัน**,2542

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี ,2556

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2547, **2550**

รพีพรรณ คำหอม. 2554. **สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร :

บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด

เล็ก สมบัติ.การดำเนินงานชุมชน และการสร้างองค์กรและเครือข่ายชุมชน,2545

วรรณภา ศรีธิบุญรัตน์,ผ่องพรรณ อรุณแสง.การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

,2545

วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. คำนิยมทางสังคมมีผลต่อการดูแลในครอบครัว,2549

วรรณวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ.**ระบบบำนาญแห่งชาติ**,2551

ศติพัฒน์ ยอดเพชร. 2552. **บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย.**

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญ 2.

ศติพัฒน์ ยอดเพชร.ผู้ดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร:คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

ศติพัฒน์ ยอดเพชร.แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ,2549

ศติพัฒน์ ยอดเพชร การดูแลระยะยาว ,2549

ศติพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ.สภาวะแวดล้อมเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน สถานการณ์และสภาวะ

แวดล้อมอื่นที่เกี่ยวข้อง ,2541

ศติพัฒน์ ยอดเพชร, กาวนา พัฒนศิริ, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ :

ศติพัฒน์ ยอดเพชร, กาวนา พัฒนศิริ, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ :

ศติพัฒน์ ยอดเพชร, กาวนา พัฒนศิริ, เล็ก สมบัติ และคณะ. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ :

ศติพัฒน์ ยอดเพชร. ปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ,2544

ศติพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,

2547.

ศติพัฒน์ ยอดเพชร.**เครือข่ายการดูแลทางสังคม** , 2541

ศติพัฒน์ ยอดเพชร.ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ,2552

ศติพัฒน์ ยอดเพชร.ระบบสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุไทย, 2549

ศติพัฒน์ ยอดเพชร.รายงานการวิจัยโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. กรุงเทพมหานคร :

โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.

ศิริพันธ์ สาสัถย์. **ความหมายของ ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ**, 2544

ศิริพันธ์ุ สาสัถย์. 2551. **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพันธ์ุ สาสัถย์ และคณะ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “**รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย**”, 2552

ศิริวรรณ ศิริบุญ. **การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย**, 2545

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. **ประโยชน์จากกองทุนสวัสดิการโดย**, 2553

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. **การศึกษาความต้องการหลักประกันทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ**.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. **ปัญหาของบริการในสถานสงเคราะห์ที่ด้อยขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน**, 2549

สวัสดิการสังคม. **รูปแบบการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน**, 2536

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเจ็ด พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙**. สำนักงานเลขาธิการสภา

ผู้แทนราษฎร. 2540. **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540**.

กรุงเทพมหานคร : สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **การประกันสังคม** (Social Insurance), 2548

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชน**, 2542

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2553. **กรอบทิศทาง การจัด**

สวัสดิการทางสังคมอย่างยั่งยืน ในช่วงแผนฯ 11. สำนักงานยุทธศาสตร์และการ

วางแผนพัฒนาทางสังคม : ม.ป.พ.

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. 2550. **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540**. กรุงเทพมหานคร : สำนักการพิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภา

ผู้แทนราษฎร.

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. **ศึกษาเรื่องการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม**, 2555

สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1-12 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. **ศึกษาเรื่องทิศทางการให้บริการของธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่จะก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ**, 2556

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**, 2550

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. **ความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ**, 2542

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. **แนวคิดการลดการพึ่งพาบริการของรัฐ**, 2541

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และ ฤทัยพร ตรีตรง. 2549. **การบริการสุขภาพที่บ้าน Home Health Care Service** .มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ : ม.ป.พ.

อัมไพชนิษฐ์ สมานวงศ์ไทย. **ศูนย์การเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุในชุมชน**, **เรื่องเราจะเตรียมรับมือกันอย่างไร? สังคมผู้สูงอายุ**, มปท.

เว็บไซต์

- ประกอบการอภิปราย เรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพกับปีศาจกลัวด้วยผู้สูงอายุ”
สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://hp.anamai.moph.go.th> เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2557
- รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัย ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อ
วัยผู้สูงอายุ สืบค้นจากเว็บไซต์ <http://www.opp.go.th/fileupload/news/fileup.pdf>
เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558)
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ รุฟโฟโล วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย *เอกสาร
ศิริราณี ศรีหาคาด ,โกมาตร จึงเกียรติทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง (2557 สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 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. **ความหมายในมิติของความต้องการ
ของบุคคล** ,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
ระดับของกิจกรรมการบูรณาการ**, 2003
- Hooyman, Nancy R. and Kiyak, H. Asuman . **การดูแลระยะยาว เป็นการกล่าวถึงภาพกว้างใน
ระดับของการให้บริการสนับสนุน**, 2002
- Koff, Theodore H. **การดูแลระยะยาว**, 1982
- Siobhan Maclean and Rob Harrison. 2010. **SOCIAL CARE THE COMMON KNOWLEDGE BASE**
- Taylor and Devine . **วงจรช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน**, 1993
- Warren and Jill. **การประยุกต์แนวคิดความเป็นเพื่อนบ้าน**, 1985