

พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ คำตอบอยู่ที่ชุมชน

พญ.วัชริน สินธวานนท์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่สังคมทำให้ขาดศักดิ์ศรี

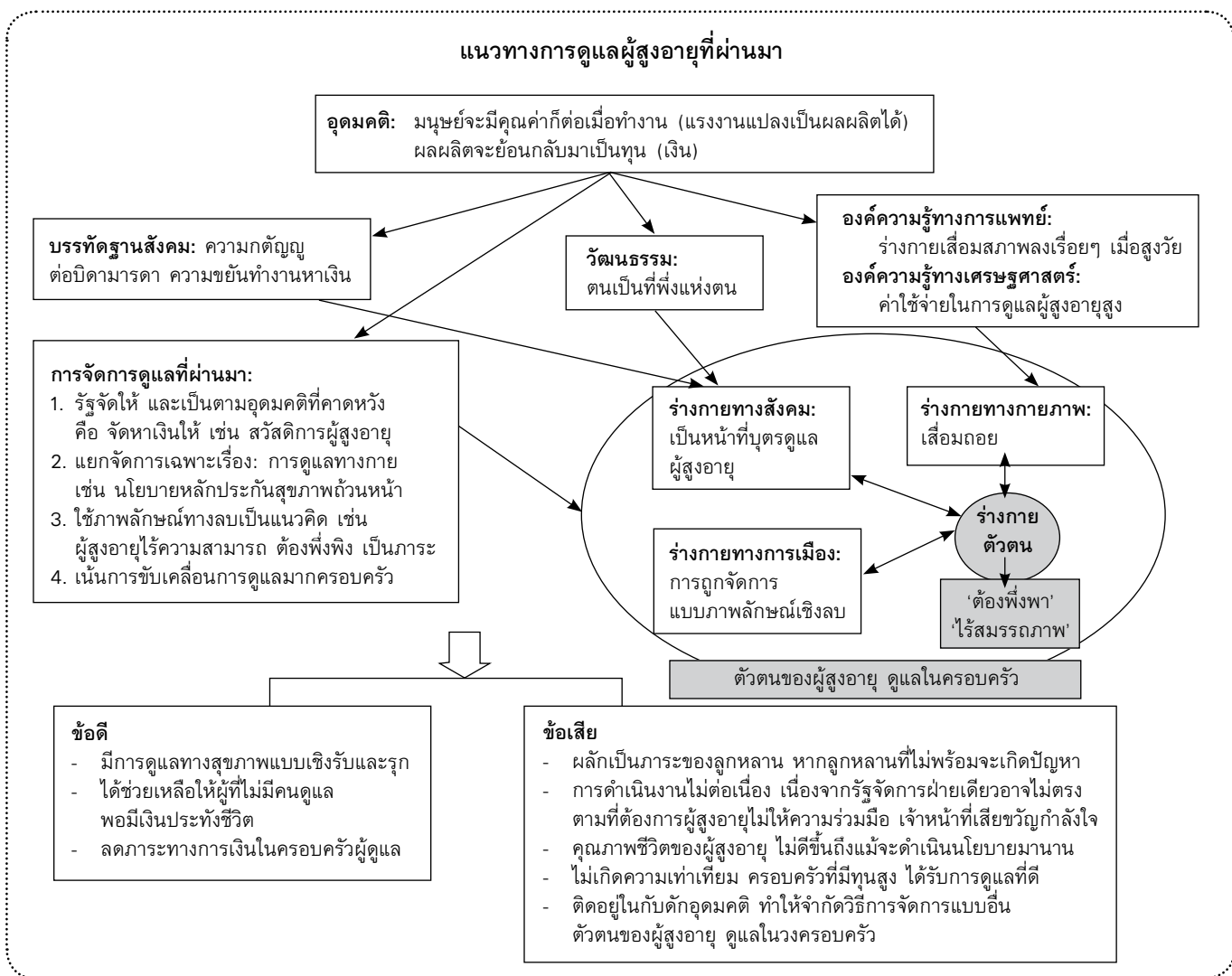
เกิด แก่ เจ็บ ตาย คือความจริงที่แน่นอนของมนุษย์ทุกคน เป็นกฎธรรมชาติที่ทุกคนยอมรับ เมื่อร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว จะเริ่มถดถอยลงเรื่อยๆ ในขณะที่สังคมซึ่งประกอบด้วย บุคคล สภาพแวดล้อม สภาพภูมิอากาศ ก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน และเป็นปัจจัยสำคัญที่รวมก่อให้เกิดปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในสังคมที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การที่มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้นจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ ส่งผลให้ปัจจุบันอายุขัยเฉลี่ยของหญิงและชายในประเทศไทยประมาณ 81 ปี และ 79 ปี ตามลำดับ และมีแนวโน้มที่อายุขัยเฉลี่ยจะสูงขึ้นอีก (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548, คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ) นั่นหมายความว่า บุคคลจะต้องใช้ชีวิตอยู่กับร่างกายที่ถดถอยตามธรรมชาติเป็นเวลาที่ยาวนานขึ้น การที่ร่างกายมีภาวะถดถอยลงนี้ ทำให้ปฏิบัติการกิจในชีวิตประจำวันได้น้อยลงหรือช้าลง ยิ่งเมื่อมีความเจ็บป่วยเข้ามาเบียดเบียน ยิ่งส่งผลให้บุคคลขาดอิสระทางกายในกรณีที่ร่างกายไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรมต่างๆ และขาดอิสระทางใจเพราะต้องระวังหรือจำกัดกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การที่มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้นในปัจจุบัน ไม่สอดคล้องกับการจัดการทางสังคม ดังเช่น อายุที่เข้าเกณฑ์เกษียณของสังคมไทยใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี ทำให้บุคคลเสมือนถูกบังคับให้หยุดทำงานทั้งที่สภาพร่างกายยังสมบูรณ์อยู่ ซึ่งการหยุดทำงานหรือหยุดความรับผิดชอบต่อสังคม ทำให้สังคมอาจมองว่าผู้ที่มีชีวิตยืนยาวไม่มีประโยชน์ต่อสังคมอีกต่อไป

โครงสร้างทางเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีให้อิสระในการดำรงชีวิต แต่ทำให้บุคคลมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อการดำรงชีพของตนเองและต้องแข่งขันกันเพื่อสะสมทุน (เงิน) นอกจากนี้การใช้เงินเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนทำให้บุคคลในสังคมมีแนวโน้มเห็นคุณค่าของเงินมากกว่าสิ่งอื่น สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลภายหลังเกษียณมีชีวิตอยู่อย่างขาดความสุขและขาดความอิสระ เนื่องจากต้องระมัดระวังเรื่องทางการเงิน ประกอบกับความไม่แน่นอนของสุขภาพจากภาวะการเสื่อมถอย ผู้ที่มีอายุยืนภายหลังเกษียณอาจประสบภาวะขัดสนทางการเงิน จนต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือโชคร้ายกว่านั้นคือไม่มีผู้ที่พึ่งพาได้จนกลายเป็นผู้ที่ถูกทอดทิ้ง

วัฒนธรรมที่สั่งสมกันมา เป็นเรื่องของ การให้ความหมายและคุณค่าของสิ่งต่างๆ ในสังคม สังคมไทยให้คุณค่าแก่ผู้ที่ยูนิว่าเป็นผู้ที่ควรแก่การเคารพ ผู้ที่สภาพร่างกายเสื่อมถอยว่าต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น ดังสังเกตได้จากคำเปรียบเปรย เช่น 'ชราภาพ' 'ไม่ไถ่ผั่ง' 'ผู้เฒ่าผู้แก่' เป็นต้น ซึ่งการให้ความหมายเช่นนี้ทำให้ผู้สูงวัยขาดศักดิ์ศรี ถึงแม้สังคมไทยให้ความสำคัญกับความกตัญญูและถือเป็นบรรทัดฐานทางสังคม แต่บรรทัดฐานนี้ถูกสั่นคลอนด้วยมุมมองมิติทางกายเพียงอย่างเดียว ร่วมกับภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ลูกหลานถึงแม้มีความกตัญญู แต่ให้การดูแลเพียงเฉพาะมิติทางกาย หรือเหลือแต่เพียงการช่วยเหลือจุนเจือด้านการเงิน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ซึ่งเท่ากับเป็นการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้สูงวัย นอกจากนี้ในมุมมองเชิงทุนนิยม ผู้สูงวัยแทบไม่มีคุณค่าใดเลย เพราะไม่สามารถอยู่ในวงจรการผลิตได้ สังคมจึงไม่ให้ความสำคัญต่อผู้สูงวัยเท่าที่ควร



การดูแลผู้สูงวัยที่ผ่านมา

ประเทศไทยให้ความสำคัญต่อผู้สูงวัยมานาน มีการวางแผนนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติในระยะยาว ซึ่งในระยะแรกแผนการดำเนินงานเป็นการจัดการแบบแยกส่วน โดยการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นภาระหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข การดูแลในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทยที่ทำหน้าที่จัดสวัสดิการ การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบนี้ ยิ่งตอกย้ำให้สังคมเห็นภาพลักษณ์ของผู้สูงวัยเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพา และลดทอนศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ (ภาพที่ 1)

การดูแลในมิติสุขภาพและความเจ็บป่วย ผ่านนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นสิ่งที่ก้าวหน้ามากกว่าการดูแลผู้สูงอายุในมิติอื่น ซึ่งเป็นผลมาจาก ความกังวลของสังคมต่อค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุ ที่มีตัวอย่างมาแล้วในประเทศแถบตะวันตก ประกอบกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เน้นการป้องกันและรักษาสุขภาพ ผู้สูงอายุจึงกลายเป็น

กลุ่มประชากรเป้าหมาย เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มักเกิดในผู้สูงวัยสามารถดูแลป้องกันไม่ให้เกิดได้ และสามารถเห็นผลลัพธ์ของการดูแลได้ชัดเจน และนั่นหมายถึงการประหยัดค่าใช้จ่ายของชาติลงได้บางส่วน ซึ่งการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวเป็นสิ่งที่ดี แต่หากมองในมุมกลับกัน อาจทำให้การดูแลผู้สูงอายุถูกลดทอนลงเหลือแค่เพียงการดูแลเพียงการติดตามความเจ็บป่วยเรื้อรัง

นอกจากการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงวัย ยังมีนวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงวัยในชุมชน โดยรัฐกำหนดนโยบายให้จัดตั้งชมรมต่างๆ มีรายงานพบว่าเกิดปัญหาอุปสรรคเรื่องการบริหารจัดการไม่เป็น การขาดการช่วยเหลือด้านงบประมาณ (สมนึก แสงเขียว, 2544; อรวี รมยะสมิต, 2543; วิริยาภรณ์ สวัสดิ์รักษา, 2544) การช่วยเหลือจากภาครัฐในการจัดสวัสดิการสังคมที่ไม่ตรงตามความต้องการ (กชกร สังขชาติ, 2545) จะเห็นได้ว่า ประเด็นปัญหาอุปสรรคดังกล่าวสะท้อนถึงการดำเนินการดูแลผู้สูงวัย ต้องการความคิด

คำนึงให้ครอบคลุมทุกมิติที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งต้องเป็นอาศัยมุมมองภายในของผู้สูงวัยในว่าต้องการการดูแลอย่างไร

นโยบายผู้สูงอายุฉบับล่าสุด มีแนวทางสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นแนวทางที่เข้ากับบรรทัดฐานของสังคมไทย แต่ก็มียุทธศาสตร์ปัญหาการที่ลูกต้องเข้าเมืองเพื่อทำงาน และทิ้งผู้สูงอายุให้ดูแลตนเองและหลานในบางพื้นที่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ปัญหาการทำร้ายร่างกายและทำร้ายจิตใจของผู้สูงอายุโดยลูกหลาน (พัทริณี บุญเสริม, 2005; เกศกัญญา จิรติติกุล, 2548) ปัญหาความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา (วรรณิภา สมนาวรรณ, 2547) และสภาพในเมืองใหญ่ที่บุคคลต้องดิ้นรนหารายได้ จะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่ครอบครัวที่จากงานจะดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้ รายงานที่กล่าวอ้างถึงชี้ให้เห็นว่า การจัดการดูแลผู้สูงวัยเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ต้องคำนึงถึงบริบทต่างๆ อย่างลึกซึ้งซึ่งไม่สามารถใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งสำหรับการดูแลผู้สูงวัยทุกครัวเรือนหรือทุกชุมชนได้

คำนึงความกตัญญูและการพึ่งพาตนเองในบริบทสังคมไทย อาจเป็นอุปสรรคต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากครอบครัวเห็นว่าการดูแลบิดามารดาหรือบุคคลอื่นในบ้านเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ยังเห็นว่ารัฐควรให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นรูปแบบของการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านจึงถูกจำกัดอยู่สองรูปแบบ คือ การดูแลกันเองในครอบครัว และการดูแลแบบที่รัฐจัดการให้ โดยที่หากการดูแลที่รัฐจัดให้เป็นที่ต้องการผู้สูงอายุและครอบครัวก็จะรับความช่วยเหลือ แต่หากไม่เป็นที่ต้องการก็จะไม่เข้าร่วมประเด็นนี้เป็นที่มาว่าทำไมโครงการที่รัฐจัดให้ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร นอกจากนี้โครงการของรัฐที่ได้การตอบรับมักเป็นโครงการในรูปแบบสนับสนุนทางการเงิน ทำให้บุคลากรภาครัฐเสียขวัญและกำลังใจ ที่สำคัญอาจตีความหมายในเชิงลบต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ดังนั้นการจำกัดมุมมองการดูแลผู้สูงอายุอยู่ที่ครอบครัวและรัฐตามอุดมคติของสังคม จึงควรได้รับการเปลี่ยนแปลง และหารูปแบบใหม่ในการจัดการดูแล

เตรียมความพร้อมของชุมชน

จุดตั้งต้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบดูแล

จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) พบว่า โครงสร้างของประชากรในสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปคือ มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ปัจจุบันสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 15 ในด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) ร้อยละ 40-60 มีปัญหาข้อเสื่อม

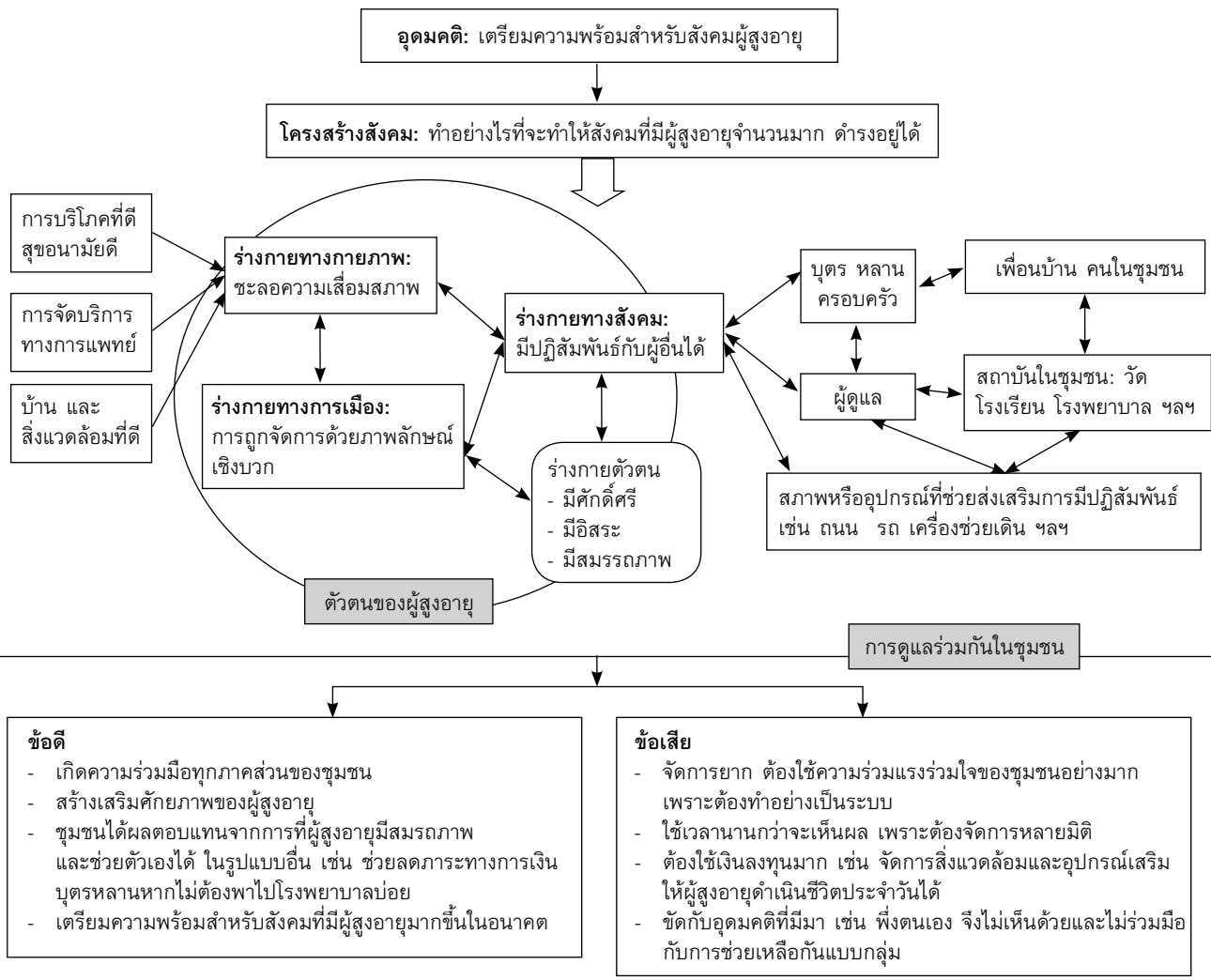
ด้านความเจ็บป่วยพบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 14 ความชุกของเบาหวานร้อยละ 7.9% ด้านภาวะทุพพลภาพและการพึ่งพา พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 25 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวันอย่างสมบูรณ์ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในอนาคตอันใกล้ชุมชนจะมีผู้สูงอายุมากขึ้นจนอาจกลายเป็นกำลังสำคัญของชุมชน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมักมีภาวะเสื่อมถอยของร่างกายมากขึ้นตามสภาพของแต่ละบุคคล ที่จำกัดการเคลื่อนไหวหรือกิจกรรมของผู้สูงอายุและความเจ็บป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ หากจินตนาการว่าในอนาคตไม่มีลูกหลานช่วยจัดหาอาหารหรือพาไปรับการรักษา (เพราะประชากรวัยทำงานน้อยลง และต้องไปทำงานนอกพื้นที่) ผู้สูงอายุในชุมชนจะอย่างไร

ภายหลังการดำเนินนโยบายผู้สูงอายุที่ผ่านมาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และไม่ดีขึ้นเลย (กระทรวงสาธารณสุข, 2549; สัญญา รักษาชาติ, 2548; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; จิระพร อภิชาติบุตร, 2540; ศิริพร วีระเกียรติ, 2546; พิทักษ์ ศิริวัฒนเมธานนท์, 2540) หรือหากใช้การประเมินประเด็นย่อย ได้แก่ การวัดเครือข่ายผู้สูงอายุก็พบว่าอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (Khwanupa Wongba, 2001) ผลการศึกษาที่อ้างถึง อาจแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมายังอยู่ในระดับครอบครัว ดังนั้นผลรวมเฉลี่ยคุณภาพของการดูแลจึงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เพราะหากครอบครัวที่มีความพร้อมสูง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุย่อมสูง แต่ครอบครัวที่มีความพร้อมต่ำ คุณภาพชีวิตย่อมไม่ดี การดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาไม่ได้แก้ปัญหาความไม่เท่าเทียมกัน

การให้ความสำคัญแก่ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ มีข้อดีคือ บุตรหลานได้แสดงความกตัญญู ผู้สูงอายุได้รับความอบอุ่น แต่หากครอบครัวที่ไม่พร้อมย่อมทำให้คุณภาพของการดูแลต่ำดังกล่าวข้างต้น และยังเกิดการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ และการทอดทิ้งผู้สูงอายุเพื่อไปทำงานหาเลี้ยงชีพ การแก้ปัญหาด้วยการสนับสนุนทางการเงินหรือส่งเสริมสุขภาพอาจไม่ได้ทดแทนประเด็นผู้ดูแลที่ดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างแท้จริง การช่วยเหลือระดับชุมชนอาจช่วยแก้ปัญหาได้

การจัดการสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค การสื่อสารสำหรับผู้สูงวัย เป็นประเด็นที่ต้องมีการจัดการเพื่อการเตรียมพร้อมสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งนโยบายแห่งชาติเป็นการวางแผนสำหรับผู้สูงอายุทั่วประเทศ แผนการจัดการประเด็นดังกล่าวจึงอาจไม่เหมาะสมกับชุมชนต่างๆ ที่มีความหลากหลายทางภูมิสภาพ และวัฒนธรรม แต่ละชุมชนจึงควรต้องมีการร่วมกันเคลื่อนไหว เพื่อเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ (ภาพที่ 2)

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยชุมชน เพื่อชุมชน



เอกสารอ้างอิง

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
2. กชกร สังชาติ. (2545). ความต้องการบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. ภาควิชาการศึกษานอกระบบ. มหาวิทยาลัยบูรพา.
3. เกศกัญญา จิรดีติกุล. (2548). ความซุกและปัจจัยทำนายการถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.
4. จิระพร อภิชาติบุตร. (2540). Relationships between personal factors, family support, and community health services with quality of life of the elderly in slum area, Bangkok Metropolis. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.
5. พิทักษ์ ศิริวัฒนเมธานนท์. (2540). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 6(1): 115-21.
6. วิริยาภรณ์ สวัสดิ์รักษา. (2544). การจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุเพื่อการพึ่งพาตนเอง : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
7. วรณภา ศรีธัญรัตน์. (2545). การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยพัฒนาระบบสาธารณสุข.
8. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
9. ศิริพร พรพุทธธา. (2541). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันทารกในครรภ์ในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
10. สัญญา รักชาติ. (2548). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
11. สมนึก แสงเขียว. (2544). การจัดสวัสดิการสังคมของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. (M. Politics). Ramkhamhang University.
12. อรวีย์ รมยะสมิต. (2543). การติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยแกนนำผู้สูงอายุ. หนังสือการประชุมวิชาการประจำปี กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 8.
13. Khwansupa Wongba. (2001). Personal characteristics, health risk behaviors, social support, and social networks related to health status of the handicapped elderly in Suphanburi province. Thesis (Master. Science -Public Health Administration). Mahidol University.
14. Pucharin Comin. (2005). Experiences of care of dependence elderly by family caregivers. Thesis (M.N.S). Chulalongkorn University.