1

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

ดร.นงลักษณ์ พะไกยะ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
และสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คุณรู้หรือไม่

โครงสร้างประชากรของประเทศไทย
ได้เปลี่ยนแปลงไปแล้ว

ประชากรวัยเด็กลดลงจากร้อยละ 30 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 24.9 ในปี 2545 และร้อยละ 22.4 ในปี 2550 สวนทางกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 9.4 และ 10.7 ในปี 2545 และ 2550 ตามลำดับ ขณะที่ประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ประชากรวัยแรงงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุถึง 16 คน เพิ่มจาก 10.7 คน ในปี 2537 ขณะที่อัตราส่วนการเป็นภาระวัยเด็กนั้นลดลงเรื่อยๆ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยังได้ประมาณการณ์ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.3 ในปี 2563 และนั่นหมายความว่า อัตราส่วนของวัยแรงงานต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นไปอีก ภาวะพึ่งพิง เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ADL (Activity Daily Living) เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร รวมไปถึงการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ บ่งบอกถึงความต้องการการดูแล และการจัดบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มีขึ้น นอกจากนี้ยังมีภาวะพึ่งพิงทางเศรษฐกิจ ซึ่งในปี 2550 พบว่า แหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุร้อยละ 52 มาจากบุตร และร้อยละ 39 มาจากตนเองซึ่งมาจากทั้งการทำงาน บำนาญ และเงินออมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีผู้สูงอายุถึง 1ใน 4 คนที่อยู่ในภาวะเปราะบางทางเศรษฐกิจ ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอเพียงมีประมาณ ร้อยละ 14 สถานการณ์และแนวโน้มที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและอยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นนี้ เป็นสิ่งบอกเหตุที่จะต้องจัดการเพื่อเตรียมระบบสวัสดิการสังคม ระบบบริการสุขภาพที่เป็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอนาคตให้สามารถรองรับกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจะพบได้บ่อย ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คนจะมีปัญหาสุขภาพทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และมีประชากรผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 ที่มีปัญหาภาวะโรคมากกว่า 1 โรค จากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุก็พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาต้องรับการรักษาถึง 62 เปอร์เซ็นต์

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

ปัญหาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจากภาครัฐ

ตามระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันนี้อาจมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการบริการของผู้สูงอายุ **นอกจากขาดระบบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ยังขาดบริการการดูแลระยะยาวและเรื้อรังที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ บริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุม และผู้สูงอายุบางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เช่น** ผู้สูงอายุที่แอบแฝงอยู่ในสถาบันต่างๆ เช่น วัด เรือนจำ ชุมชนชนบทที่ห่างไกล ชนกลุ่มน้อย **ระบบบริหารมีปัญหาการประสานงานระหว่างภาคเอกชน-รัฐ-ชุมชน ขณะที่การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวก็มีแนวโน้มขาดคุณภาพและขาดผู้ดูแลในอนาคต** ส่วน**ในเขตชนบท** ยังขาดกลไกหลักที่จะดูแลระบบบริการให้เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ทัศนคติและทักษะในการให้บริการอย่างรอบด้าน เชิงลึก ขาดการกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนหรือท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการด้านสวัสดิการโดยชุมชนเอง ขาดการส่งเสริมโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจเรื่องสวัสดิการ ขาดฐานคิดที่จะไปสนับสนุนหรือส่งเสริมฐานวัฒนธรรมหรือภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งๆ ที่การส่งเสริมภูมิปัญญาหรือวัฒนธรรมจะนำไปสู่การสร้างความมั่นคงทางจิตใจและเป็นการเพิ่มศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่พึงประสงค์นั้น จึงควรจะประกอบด้วยการดูแลที่ครบวงจรและต่อเนื่อง เริ่มจากการดูแลตนเอง การดูแลโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ การดูแลระดับชุมชน ไปถึงการดูแลในสถานบริการ

รูปแบบการจัดระบบบริการและกำลังคนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเรียงจากการดูแลในระดับครอบครัวถึงการดูแลในระดับสถาบัน

Informal/ less intensive ⟶ Formal care/ most intensive

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

การบริการสุขภาพในชุมชน

1. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จะลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง โดยผู้ให้บริการหลักเป็นกำลังคนไม่เป็นทางการ ได้แก่ ญาติหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ.) หรือ อสม. โดยการบริการนี้ต้องได้รับการสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการจากบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายวิชาชีพ

2. ศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชน อาจจะเหมาะสมในชนบท และในเขตเมืองบางแห่ง จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและชุมชนได้เข้ามาบริหารจัดการ สร้างเครือข่ายผู้สูงอายุ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การบริการสุขภาพในสถาบัน

1. สถานีอนามัย นอกจากจะให้บริการองค์รวมครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพแล้ว ต้องทำหน้าที่ติดตามและสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อสผ./อสม. รวมทั้งติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านด้วย

2. โรงพยาบาล การให้บริการสุขภาพอาจต้องพิจารณาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

3. คลินิกผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 44 แห่ง แต่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน และเป็นบริการแบบเฉียบพลันมากกว่าเรื้อรัง

4. โรงพยาบาลเอกชน มีบริการแบบเรื้อรังปรากฏในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่ารัฐ แต่ก็ยังเป็นบริการในสถาบันมากกว่าชุมชน และมีความจำกัดการบริการอยู่ในเมืองใหญ่เพียงไม่กี่แห่ง

5. สถานพยาบาลผู้สูงอายุ ความต้องการบริการประเภทนี้มีมากขึ้น เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในภาครัฐการให้บริการแบบนี้อาจแทรกอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

ความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ

การคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในปี 2553 และ 2563

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

ในการจัดระบบบริการครบวงจรสำหรับผู้สูงอายุนั้น กำลังคนจำเป็นจะต้องมีความหลากหลายและยึดหลักการผสมผสานทักษะ ทั้งในระหว่างกำลังคนกระแสหลักและกำลังคนที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งการผสมผสานทักษะนี้มีส่วนทำให้เกิดการเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและเป็นการลดต้นทุนการให้บริการ

สำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้นั้นควรจะได้รับการสนับสนุนให้ดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือต้องการการช่วยเหลือควรได้รับการดูแลจากญาติ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ โดยสัดส่วนการดูแลที่เหมาะสมพบว่า ควรเป็น 1:7 ในขณะที่ชุมชนและผู้สูงอายุควรมีบทบาทในด้านการรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันและเสริมสร้างสุขภาพตลอดทั้งควรมีศูนย์อเนกประสงค์เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือด้วย โดยศูนย์นี้มีกำลังคนคือผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมครต่างๆ

ในระดับสถานบริการ โดยเฉพาะสถานีอนามัยและโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจะให้บริการด้านการรักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจากการสำรวจพบว่า บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ตามรายละเอียด ดังนี้

รูปแบบการจัดบริการ กำลังคนในแต่ละระดับบริการ และมาตรฐานกำลังคน (Staffing norm)

Settings	กลุ่มเป้าหมาย	กำลังคน	มาตรฐานกำลังคน	บริการ
ครอบครัว	ดูแลตนเองได้	ดูแลตนเอง		กิจวัตรประจำวัน
	พึ่งพิง	ญาติ/คนในครอบครัว	1:1	กิจวัตรประจำวัน
ชุมชน	ดูแลตนเองได้	เครือข่าย/ชมรม/อสม	1:1 ชุมชน	สังคม/ส่งเสริมสุขภาพ
	พึ่งพิง	ผู้ดูแล และอาสาสมัครอื่นๆ	1:7 คน	รักษา ส่งเสริม ฟื้นฟู

รูปแบบการจัดบริการ กำลังคนในแต่ละระดับบริการ และมาตรฐานกำลังคน (Staffing norm) (ต่อ)

Settings	กลุ่มเป้าหมาย	กำลังคน	มาตรฐานกำลังคน	บริการ
สถานบริการ ผู้ป่วยนอก	acute/ chronic (4.4 ครั้ง/คน) ผู้สูงอายุทุกคน	แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา	1: 1,250 1: 5,000	- ให้บริการรักษา
กลุ่มพึ่งพิง	พึ่งพิง	แพทย์ พยาบาล สาธารณสุข กายภาพบำบัด	1:200 1:200 1: 200	- home visit - สนับสนุน อสผ./อสม.
ผู้ป่วยใน	(0.1 ครั้ง/คน x 7 วันนอน)	พยาบาล 1: 50		

ดังนั้น จึงคาดการณ์ความต้องการกำลังคนประเภทต่างๆ ได้ ดังนี้

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

กำลังคน	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2563
ญาติ/ครอบครัว	499,873	741,766
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	71,410	105,967
พยาบาล - acute/chronic care	6,111	8,620
- กลุ่มพึ่งพิง	2,499	3,708
- IPD	15,278	21,552
รวม	23,888	33,880
สาธารณสุข	2,499	3,708
กายภาพบำบัด	2,499	3,708
นักจิตวิทยา	1,528	2,155

2

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในสถานบริการ

(Institutional Long-term Care for Older Persons)

ผศ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภท แบ่งตามลักษณะการบริการและแบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

บ้านพักคนชรา (residential home) หรือชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ได้ต้องการการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยดูแล

3

รูปแบบการดูแลระยะยาว ในชุมชนและครอบครัว

(Good Model of Elderly Care in Family and Community)

รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ

เป็นลักษณะของการดำเนินงาน หรือกิจกรรมให้บริการดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเองได้ดี และช่วยให้ครอบครัวได้ดำเนินชีวิตไปได้อย่างปกติ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจึงหมายถึง **การดูแลสมาชิกครอบครัวทั้งหมด**ให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ วิธีการดูแลในครอบครัวจึงเป็นการดูแลทั้งการเจ็บป่วย (Diseased Approach) การดูแลเฉพาะราย (Case Approach) และการดูแลสมาชิกทั้งครอบครัว (The Whole Approach)

จะเห็นว่า จุดสำคัญของการดูแลระยะยาวในครอบครัว คือการจัดบริการสำหรับบุคคลที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ให้สามารถดูแลตนเองให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังนั้น การบูรณาการระบบบริการจึงเป็นเรื่องที่สำคัญในระบบการดูแลระยะยาว เพราะการบูรณาการวิธีการดูแลให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะทำให้เกิดผลดีในด้านการรักษาพยาบาล เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการและสามารถลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและภาครัฐได้มาก

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting) เป็นสถานที่พักอาศัยสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ต้องการช่วยเหลือบางอย่าง โดยไม่ต้องมีผู้ที่คอยกำกับดูแลและไม่ต้องการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางด้านการแพทย์หรือการพยาบาล

โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว (long-stay hospital) ส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลเอกชน

สถานบริบาล (nursing home) หมายถึง สถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มาก เป็นสถานที่ให้บริการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการพยาบาล 24 ชั่วโมงต่อวัน

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care) หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบในวันสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ให้การรักษา สถานบริการในลักษณะนี้พบทั้งในโรงพยาบาลและในสำนักสงฆ์

ความจำเป็นที่ต้องมีสถานดูแลระยะยาว

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชากรสูงอายุในสังคมไทย ประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรัง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลจำนวนมาก โดยผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ

ในส่วนของการดูแลในสถานบริการพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับปานกลางและระดับมากโดยเฉลี่ย เพิ่มขึ้นจาก 5,780 คนในปี พ.ศ.2538 ไปเป็น 35,302 คนในปี พ.ศ.2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 101,192 คนในปี พ.ศ.2558 คิดเป็นร้อยละ 47.5 ของจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทั้งหมด และคาดว่าความต้องการการดูแลในระดับมากจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าของความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง

จากการสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ พบว่า การบริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ของภาครัฐที่มีอยู่ในปัจจุบันได้แฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่ให้บริการเฉพาะผู้พักอาศัยซึ่งต่อมามีปัญหาทางด้านสุขภาพ ต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก และเป็นกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพมากกว่าการดูแลทางด้านสังคม แต่เนื่องจากยังขาดระบบการประเมินระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่จะช่วยบ่งชี้ประเภทสถานบริการที่เหมาะสม และยังขาดสถานบริบาลของภาครัฐรองรับ จึงพบว่าผู้ที่มีความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงสูงสุดยังคงพักอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราแทนที่จะเป็นสถานบริบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ และขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการแบบครบวงจรในประเทศไทยขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

การจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

การดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทยยังคงเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลที่ไม่ใช่พยาบาลแบบวิชาชีพ ขณะนี้การดูแลสุขภาพมีลักษณะครอบคลุมถ้วนหน้าแต่ยังไม่ได้ให้ความครอบคลุมไปถึงการดูแลระยะยาว ขณะที่การบริการทางสังคมจัดให้เฉพาะผู้ที่สามารถดูแลกิจวัตรส่วนบุคคลได้ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพาจึงเป็นบทบาทของครอบครัวเท่านั้น ซึ่งต้องให้การดูแลทางกายและจิตใจ และให้การสนับสนุนทางด้านการเงินอีกด้วย แม้ว่าบริการทางการแพทย์ที่รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นหลัก ได้ขยายขอบเขตครอบคลุมไปถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ที่ประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักกายภาพบำบัด แต่ก็ยังนับว่าอยู่ในระหว่างการริเริ่มดำเนินการ ยังมิได้มีรูปแบบที่เหมาะสมในสังคมไทย

ตัวแบบการดูแลที่ดีในครอบครัวและชุมชน

การจัดบริการดูแลระยะยาวที่ดีในครอบครัวและชุมชนนั้น ควรประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กันหลากหลายปัจจัย สำหรับสังคมไทยปัจจัยสำคัญที่สุด ได้แก่ **'เครือข่ายการดูแล'** โดยเริ่มจากสมาชิกในครอบครัว แต่ละครอบครัวมักมีผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักอยู่อย่างน้อย 1 คน คุณภาพการดูแลจะดีมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมากย่อมมีเครือข่ายการดูแลที่มากกว่า นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อและทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับหลักศาสนา ค่านิยมเรื่องความกตัญญูและบาปบุญคุณโทษ สัมพันธภาพของสมาชิก และทรัพยากรที่มีอยู่ในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นความรู้ เงิน การจัดการ และเครือข่ายอื่นๆ

ในส่วนของ **'ผู้ดูแล'** นั้น ถึงแม้จะเป็นตัวหลักในการดูแลผู้สูงอายุก็ตาม แต่บางครั้งผู้ดูแลมักมีปัญหาในการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาด้านภาวะอารมณ์ จิตใจ ความเครียด และการขาดความรู้ในการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลคนใดมีทุนเดิมในด้านดังกล่าวในระดับสูง การดูแลย่อมดีไปด้วย

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

4

'ผู้ดูแล' ผู้สูงอายุในครอบครัว

รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สำหรับผู้สูงอายุนั้นที่พึ่งพิงสำคัญของผู้สูงอายุคือสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ซึ่งนับว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุ

ความสำคัญของเครือข่ายการดูแลได้รับการกล่าวถึงค่อนข้างมากในปัจจุบัน เนื่องจากสถานการณ์ในอนาคตที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงในทางที่ลดลงของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเกิดจากการลดลงของสมาชิกในครอบครัว และคาดว่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวอ่อนแอลงจนอาจถึงระดับที่ไม่สามารถรับกับบทบาทการดูแลที่เป็นที่คาดหวังของสังคมได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถด้านต่างๆ ให้กับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งหนึ่งในองค์ประกอบนี้คือ การให้ความสำคัญกับ **'ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว'** เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งขึ้น

การก้าวสู่บทบาทของผู้ดูแล

การศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรเพศหญิงและอยู่ในวัยกลางคน โดยการรับหน้าที่เริ่มจากการที่บิดามารดาวัยสูงอายุมีปัญหาความบกพร่องด้านร่างกาย ความบกพร่องทางด้านอารมณ์และการนึกคิด และมีข้อสังเกตว่า การทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลนั้น เป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้แล้วสำหรับเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งในฐานะที่เป็นมารดา ภรรยา และการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยและผู้ที่พึ่งพิง ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่ายการเดินทางหรือเรื่องอื่นๆ มากกว่าการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น คือหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับอุปการะผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ ส่วนปัจจัยอื่นได้แก่ การมีค่านิยมทางสังคมในเรื่องความกตัญญูกตเวที การเป็นสมาชิกในครอบครัวคนสุดท้ายที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านของบิดามารดา พี่น้องคนอื่นแยกครอบครัวไปตั้งครอบครัวใหม่ นอกจากนั้น การเข้ามาเป็นเขยหรือสะใภ้ และมีบ้างที่เข้ารับบทบาทผู้ดูแล เนื่องจากการเสียชีวิตของผู้ดูแลเดิม อย่างไรก็ตาม นอกจากญาติที่จะเป็นผู้ดูแลแล้ว บางครอบครัวยังได้จ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุจากสถานบริการ โรงเรียนผู้ดูแล มาดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลด้วยความเป็นอาชีพ

หน้าที่ของผู้ดูแล

มีผู้ดูแลประมาณร้อยละ 10 ที่มีสถานภาพเป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ภรรยารับภาระดูแลสามี และเป็นจำนวนมากที่ทั้งคู่ต่างเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน จึงทำให้คาดได้ว่า อนาคตเมื่อต่างมีอายุมากขึ้นและต่างเข้าสู่วัยภาวะพึ่งพิง ย่อมเกิดปัญหาด้านผู้ดูแลแน่นอน สิ่งที่น่าสนใจในสังคมไทย คือ ผู้ดูแลที่อยู่ในสถานะที่เรียกว่ามี "บทบาทเชิงซ้อน" (Sandwich Roles) คือการที่ต้องดูแลทั้งบุตรและบุพการีพร้อมๆ กัน ซึ่งสังคมจะต้องพิจารณาบรรเทาปัญหาของกลุ่มนี้ลงบ้าง

ผลกระทบจากเป็นผู้ดูแล

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลที่ชัดเจนมี 3 ด้านได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผลกระทบทางด้านร่างกาย และผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และปัญหาสำคัญของผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน เกี่ยวกับการไม่มีเงินเพียงพอในการดูแล การมีภาระในการหาเงิน และการไม่ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน ปัญหาด้านการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแล ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือ ปัญหาการขาดอุปกรณ์การดูแลและปัญหาพฤติกรรมผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ความต้องการบริการทางสังคมเริ่มเกิดขึ้นในบางพื้นที่ กรณีสมาชิกในครอบครัวต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน สมาชิกต้องการศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care) สำหรับฝากดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน ต้องการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและต้องการให้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งความต้องการเหล่านี้ เป็นลักษณะความต้องการที่มีมุมมองต่อผู้สูงอายุและบริการสังคมแนวใหม่ที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในสังคมและครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุ

5

ระบบการประกันคุณภาพ 'ผู้ดูแล' ผู้สูงอายุในสถาบันและที่บ้าน

ผศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใครคือผู้ช่วยดูแล ?

ผู้ช่วยดูแล (care assistant) หรือผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (paid caregiver) จัดอยู่ในประเภทผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน และให้การดูแลโดยได้รับเงินเป็นการตอบแทน นอกจากนี้ยังจัดให้อยู่กลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

จากรายงานการสังเคราะห์ ระบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย พบว่า หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ช่วยดูแล ทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชนมีความหลากหลาย ทั้งนี้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงศึกษาธิการซึ่งเป็นหลักสูตร 12 สัปดาห์ ใช้เวลาเรียนภาคทฤษฎี 300 ชั่วโมง ฝึกงาน 120 ชั่วโมง รวมเวลาเรียนไม่น้อยกว่า 420 ชั่วโมง และเป็นหลักสูตรที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไป ถูกนำไปใช้สอนในโรงเรียนสอนผู้ช่วยดูแลในปัจจุบัน โดยมีสำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน เป็นผู้รับผิดชอบในการอนุมัติหลักสูตร ตรวจสอบเนื้อหาการเรียนการสอนให้เป็นไปตามหลักสูตรที่กำหนดไว้ ประเมินความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และสื่อการเรียนการสอนก่อนอนุญาตให้มีการจัดการเรียนการสอน ตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชนปี พ.ศ.2525

อย่างไรก็ตาม ในกระบวนการผลิตบุคลากรเพื่อดูแลผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาหลายประการ อาทิ จำนวนคนหนุ่มสาวที่เข้ามารับการฝึกอบรมลดลง หลักสูตรในการอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุและเด็กเล็กที่มีความหลากหลาย อาจส่งผลต่อคุณภาพได้ ขาดการกำกับควบคุมคุณภาพและระบบการติดตามผล ที่ผ่านมาทางกระทรวงศึกษาธิการให้การรับรองเฉพาะการตั้งโรงเรียนเท่านั้น ยังไม่มีระบบการประกันคุณภาพของโรงเรียนภาคบังคับ ขาดเกณฑ์มาตรฐานในด้านการวัดและประเมินผล และถึงแม้ปัจจุบันมีข้อกำหนดการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติ สาขาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยกระทรวงแรงงาน แต่ยังไม่มีข้อบังคับที่

ชัดเจนว่า ผู้ที่ผ่านการอบรมตามสถานฝึกอบรมต่างๆ ต้องผ่านการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานทุกคนก่อนที่จะไปประกอบอาชีพ

ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันเอกชน ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างเพียงพอ ไม่มีคุณภาพ มีปัญหาที่เกิดจากการทำงานและสวัสดิการ และปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย

การประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแล

เพื่อให้ผู้บริโภคมีความมั่นใจในบริการที่ได้รับว่ามีมาตรฐานและเชื่อถือได้ ผลจากการสังเคราะห์ระบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย จึงควรมีระบบการรับรองหลักสูตร ติดตามตรวจสอบและการประกันคุณภาพ (quality assurance) และควรมีการกำหนดมาตรฐานการฝึกอบรม กำหนดบทบาท และกรอบการควบคุมผู้ช่วยการดูแลที่ชัดเจนในระดับชาติขึ้น ทั้งด้านความรู้ (knowledge) เจตคติ (attitude) และด้านการปฏิบัติ (practice)

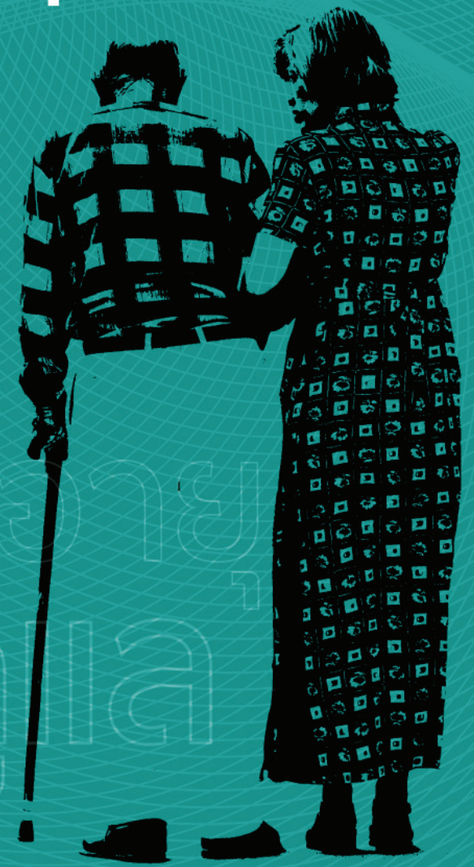
รูปแบบการประกันคุณภาพ

การประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ผู้สมัครเข้าศึกษา ต้องมีคุณสมบัติตามที่ระบุในหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ
2. การรับเข้าศึกษา มีการสอบคัดเลือก
3. การเรียนการสอน มีหลักสูตรที่ได้มาตรฐาน มีการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสม มีห้องเรียนและห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม มีห้องสมุดที่ได้มาตรฐาน และผู้เรียนมีส่วนในการประเมินการสอนของอาจารย์โดยการใช้แบบประเมินการสอนที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย
4. การบริหารจัดการ มีผู้บริหารมีออาชีพตามที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนด
5. มีการบริหารการเงินโดยยึดหลักการประหยัด/คุ้มค่า
6. ผู้สำเร็จการศึกษา ผู้สำเร็จการศึกษามีความรู้ ทักษะและเจตคติสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
7. มีการติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จ
8. มีระบบและกลไกการประกันคุณภาพของโรงเรียนจากทั้งภายในและภายนอก

ผลิตและเผยแพร่ โดย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
สนับสนุน โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

การดูแล ผู้สูงอายุ ระยะยาว



มส.ผส.