

รูปแบบการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน Community Care Model for Older People in Thailand

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์¹

Samrit Srithamrongsawat

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ²

Kanitta Bundhamcharoen

ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์³

Siriphan Sasat

ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ⁴

Kwanjai Amnatsatsue

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คริวเรือนมีขนาดเล็กลงมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมือง และสตรีมีบทบาทด้านเศรษฐกิจมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุ บ่งชี้ถึงความจำเป็นต้องศึกษาและพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนในพื้นที่กรณีตัวอย่าง และพัฒนาข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกพื้นที่ที่มีการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 4 แห่ง คือ จังหวัดพะเยา จังหวัดยโสธร จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาสังคมจังหวัด อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวยังมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ทุกพื้นที่ที่มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม แต่ความครอบคลุมของบริการและความเข้มข้นต่างกัน บริบทของชุมชน ศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชน รวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนา ขณะเดียวกันนโยบายการกระจายอำนาจและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอื้อต่อการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงค่อนข้างครอบคลุมแต่ยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ ส่วนบริการด้านสังคมยังมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์เป็นหลัก ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น บริการที่เป็นรูปธรรมทั้งด้านสุขภาพและสังคมยังมีจำกัดมาก จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาให้มีบริการสำหรับกลุ่มนี้

1. นพ. ดร. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย / MD, PhD. Health Insurance System Research Office
2. ทพญ. ดร. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ / ทพญ. PhD. International Health Policy Program, Thailand
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย / Associate Professor, PhD. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล / Faculty of Public Health, Mahidol University

Community care model for older people in Thailand

Abstract

Thailand has been engaging ageing population, life expectancy of the populations including older people has been increasing. The numbers and proportion of the elderly have rapidly increased. In addition, reduction in family size and increasing of single family has been observed. There has been migration of labor forces from rural to urban areas and women have been increasing their role in economic activities outside their homes. Such changes inevitably deter individual household in providing care to their older members and reflect the need for studying and development of community care for older people.

The study aimed to assess community care models for older people in four studied provinces in order to generate knowledge and propose appropriate community care model for Thailand. The study employed cases study conducted in 4 sites, Payoa in the North, Yasothon in the Northeast, Supanburi in the Central and Nakhonsrithammarat in the South. In-depth interviews and focus group discussions were conducted among key actors in the communities including formal and informal community leaders, health workers, social workers, volunteers, older persons and care givers.

Results indicated that caring for older people remained individuals' responsibility. Community services, both health and social, were available in all the studied sites, but with different coverage and intensity. Contexts of the community, i.e. culture, social networks, community economy, and community capacities including fund raising capacity are crucial in development of community services. The government policies on decentralization and universal coverage enabled community financial capacity in providing care for older people. Coverage of health services for independent elderly was quite adequate, but quality of care remained need special attention. Social care was not systematically developed and lack of integration and continuity of services. Moreover, health and social services for dependent elderly were very limited and urgent needed for improvement.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากปัจจัย การลดลงของอัตราเกิดและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่ยืนยาว ขึ้น ขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็มีอายุยืนยาวขึ้น อัตราการเพิ่มของ จำนวนผู้สูงอายุในปัจจุบันสูงกว่าของประชากรโดยรวม ขณะ เดียวกันอัตราการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุวัยปลายก็สูงกว่าอัตรา การเพิ่มของกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น มีผลให้จำนวนและสัดส่วน ประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะกลุ่ม ผู้สูงอายุวัยปลาย ในปี 2548 มีผู้สูงอายุคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 13.4 ในปี 2558 ปัญหาการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุคาดว่าจะ ทวีความรุนแรงขึ้นในอีกสิบปีข้างหน้า (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และ คณะ, 2551; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

การเพิ่มของจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุมีทิศทาง ตรงกันข้ามกับสัดส่วนคนวัยทำงานที่มีแนวโน้มลดลงประกอบกับ สภาพด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนจากภาคเกษตรกรรม เป็นอุตสาหกรรมและบริการ มีผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน จากชนบทสู่เมือง อีกทั้งสตรีซึ่งมีบทบาทหลักในการดูแล สุขภาวะผู้สูงอายุ มีบทบาทด้านเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นจาก การทำงานนอกบ้าน ทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินบทบาทใน การดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุได้ลำบากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการ ถดถอยของสมรรถนะร่างกาย และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเพิ่มขึ้น ตามอายุ และโดยเฉลี่ยมีมากกว่าหนึ่งโรค ประมาณร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวัน และร้อยละ 15 มี ภาวะพึ่งพิงด้านการทำงานบ้าน ขณะเดียวกันร้อยละ 0.8 และ 0.2 ของผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นและนอนติดเตียงตามลำดับ โดย ภาวะรวมมีผู้สูงอายุร้อยละ 30 และ 38 สำหรับเพศชายและ หญิงตามลำดับที่ต้องการและมีผู้ดูแล ในขณะที่ร้อยละ 6 ของ ผู้สูงอายุที่ต้องการแต่ขาดผู้ดูแลในบ้าน จำเป็นต้องพึ่งพาเพื่อนบ้าน ชุมชน หรือสวัสดิการจากรัฐ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธ์, 2550)

การจัดบริการด้านสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่ ผ่านมา นอกจากครอบครัวแล้ว ยังมีหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งส่วนกลางและท้องถิ่นที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาวะ สำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระบบ การดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุมีลักษณะแยกส่วน ขาดความเชื่อมโยง ต่อเนื่อง และครอบคลุม โดยเฉพาะบริการสำหรับผู้สูงอายุ ที่ช่วยตนเองไม่ได้ ขาดคนดูแลรวมถึงบริการสำหรับผู้ดูแลใน ครอบครัวยังมีจำกัด

สถานการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ถึงความจำเป็นที่ต้องมี การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

การดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในระยะยาวโดยชุมชน

มีศัพท์สองคำที่มักสับสนและใช้ปนกัน คือ **บริการชุมชน (Community care)** และ**บริการที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community-based care)** ทั้งนี้ Community care เป็นคำเฉพาะที่ใช้ในอังกฤษเป็นส่วนใหญ่ เป็นบริการที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุในบ้านหรือชุมชน ไม่ใช่สถาบัน รวมถึงการดูแลไม่เป็นการ ซึ่งอาจเป็นการดูแลโดยเพื่อนสนิท ครอบครัว และเพื่อนบ้าน เพื่อป้องกันหรือชะลอการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Walker, 1982) ส่วนใหญ่มักหมายถึง บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ เพื่อให้เขาสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยนัยแห่งความหมายนี้ **บริการชุมชนจึงเป็นบริการที่จัดกันภายในครอบครัวและชุมชนภาคไม่เป็นการ**

สำหรับบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) องค์การอนามัยโลกให้ความหมายไว้คือ **บริการที่ใกล้บ้าน** ที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน สอดคล้องกับวิถีชุมชนแบบดั้งเดิม โดยมีการกำหนดขอบเขตรับผิดชอบที่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น (1) การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) การพัฒนาแผนการรักษา (3) การประเมินความต้องการทางด้านสุขภาพ และสังคมเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง การดูแลผู้สูงอายุแบบนี้ประกอบด้วย การให้บริการด้านอาหารที่บ้าน การติดต่อประสานงาน ผู้นำทางศาสนา การให้คำปรึกษาด้านยาและโภชนาการ การจ้างงาน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร การตรวจคัดกรองโรค และการให้บริการทำความสะอาดบ้าน โดยนัยนี้การบริการที่มีชุมชนเป็นฐานจึงหมายถึงบริการสุขภาพ**ที่มีการจัดการในระดับชุมชน** ทั้งนี้อาจเป็นการจัดบริการของหน่วยงานในหรือนอกชุมชนก็ได้

ในที่นี้มีได้มีเจตนาที่จะแบ่งแยกกระหว่างบริการชุมชนและบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน หรือความรับผิดชอบระหว่างภาคไม่เป็นการและทางการ เนื่องจากแม้บริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมีผลให้ศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุลดลง จากขนาดครอบครัวที่เล็กลง ว่างแรงงานเคลื่อนย้ายเข้าสู่เมือง สตรีออกทำงานนอกบ้านมากขึ้น อย่างไรก็ตามวัฒนธรรมไทยที่ยังคงให้ความสำคัญกับความกตัญญู กตเวทิต์ที่ลูกหลานพึงมีต่อบุพการี (Knodel et al, 1995; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545) ครอบครัวจึงยังคงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็พึ่งประสงค์จะอยู่กับบุตรหลาน (วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2549) ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงควรผสมผสานแนวคิดในการดำรงไว้ซึ่งการดูแลเกื้อกูลกันใน

ครอบครัวและชุมชน และเสริมด้วยการจัดบริการภาคทางการในชุมชนเพื่อหนุนเสริมครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ทั้งนี้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นควรเป็นการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วมด้วย โดยเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างครอบครัวกับหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมีเป้าหมายคือ **การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ไม่ต้องเป็นภาระหรือพึ่งพิงผู้อื่น และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล** (Department of Human Services, 1998) โดยอุดมคติแล้วการดูแลแบบชุมชน มีความหมายถึงชุมชนที่มีความเอื้ออาทร เป็นผลพวงของสถาบันทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการที่เข้มแข็ง (Goldberg, 1982) มีอิทธิพลจากรากฐานจากความคิดว่า บุคคลควรให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ระบบการจัดการภาคทางการควรเข้าไปเพียงจัดให้มีโครงข่ายการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถได้รับการดูแลจากเครือข่ายตนเองได้ และมีหน้าที่หลักคือ การทำให้ชุมชนสามารถให้การดูแลสมาชิกในชุมชนของตนเองได้ โดยเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับบทบาทของสถาบันต่างๆ ในสังคม คือ (1) รัฐทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น (2) ชุมชนอันประกอบไปด้วยบุคคลต่างๆภายในชุมชน และ (3) ครอบครัวซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นหน่วยย่อยที่สุดของสังคม ทั้งสามส่วนต้องมีการจัดความสัมพันธ์ที่เหมาะสม เพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีภายในชุมชนที่อาศัยอยู่

ในต่างประเทศ มีการพัฒนาการดูแลระดับชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นระบบในหลายรูปแบบ ตั้งแต่บริการในสถาบัน (Institutional care) เช่น สถานะพยาบาล (Nursing home) สถานดูแลระยะสุดท้าย (End of life care) จนถึงบริการแบบชุมชน (Community care) ที่มีตั้งแต่ศูนย์ดูแลช่วงกลางวัน (Day care) บริการพยาบาลชุมชน (Community nursing) บริการดูแลที่บ้าน (Home care) บริการช่วยเหลือนงานบ้าน (Home help) สถานดูแลชั่วคราว (Respite care) ทั้งนี้บทเรียนสำคัญที่ได้จากการทบทวนประสบการณ์การจัดระบบการดูแลระยะยาวแบบชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ (สมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และคณะ, 2550) ชี้ให้เห็นถึงประเด็นร่วมกันในเรื่อง (1) การขาดการให้ความสำคัญกับการดูแลชุมชนในคุณค่าที่แท้จริง ที่มีข้อดีมากกว่าเป็นแค่เพียงการช่วยลดการเข้าสู่บริการแบบสถาบันเท่านั้น (2) การขาดการบูรณาการของบริการ และ (3) ความไม่เพียงพอของทรัพยากร

สำหรับประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของครอบครัว บริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุยังคงมีลักษณะการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ แนวนโยบายที่เป็นรูปธรรมของการดูแลที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ของสุขภาพของผู้สูงอายุ เริ่มในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 จนถึงแผนระยะยาวฉบับที่ 2 ซึ่งมาตรการที่สามของแผนระยะยาวกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนแบบบูรณาการไว้อย่างชัดเจน โดยให้

ความสำคัญกับสุขภาพของผู้สูงอายุ จัดให้มีบริการที่หลากหลาย ครอบคลุมในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพและคัดกรองโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพ การรวมกลุ่มและการนัดหมาย การจัดที่พักอาศัย การบริการทางสังคม การช่วยเหลือด้านรายได้ อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นนั้น รัฐยังไม่มีมาตรการที่เป็นรูปธรรมที่ให้การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากการลดหย่อนภาษีรายได้สำหรับบุตรที่ให้การดูแลบิดามารดา จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบบบูรณาการยังขาดรูปธรรมที่ชัดเจน

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการให้การดูแลผู้สูงอายุของ WHO (2001) มาเป็นกรอบในการศึกษา จากฐานปิรามิดที่มีการจัดให้มีบริการโดยชุมชน/ภายในชุมชน และในสถานบริการอย่างเป็นทางการที่จัดโดยภาครัฐ รวมทั้งมุ่งศึกษาบทบาทของชุมชน และบทบาทภาครัฐ โดยเฉพาะองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ควรจะเป็นหลักในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน หรืออีกด้านข้างของแผนภูมิที่ 1 เพื่อสนับสนุนครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตที่ดี (ดูแผนภูมิที่ 1)

การสนับสนุนจากองค์กรรัฐและองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง บทบาทการสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐที่ผ่านมาเป็นในลักษณะของผู้จัดบริการ อย่างไรก็ตามจากการที่ประเทศ

ไทยมีพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจทำให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสังคมหลายๆ อย่างไปให้หน่วยงานท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณไปผ่านไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาบทบาทการดำเนินงานของท้องถิ่นและศักยภาพในการสนับสนุนให้ชุมชนสามารถจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างยั่งยืน

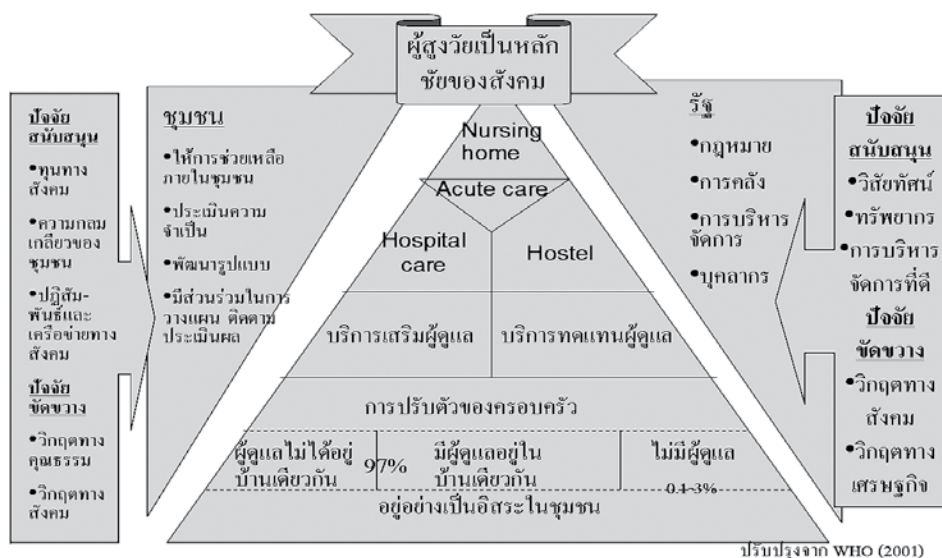
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก โดยถอดบทเรียนกรณีตัวอย่าง ศึกษาการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่ 4 จังหวัดใน 4 ภูมิภาค ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงจากพื้นที่ที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ประกอบด้วย 1) จังหวัดพะเยา (ต.บ้านปิน, ต.บ้านถ้ำ, ต.บ้านถ้ำ, และ ต.หนองหล่ม อ.ดอกคำใต้) 2) จังหวัดยโสธร (ต.ศรีฐาน อ.ป่าดัว) 3) จังหวัดสุพรรณบุรี (ต.บ่อกร อ.เดิมบางนางบวช) และ 4) จังหวัดนครศรีธรรมราช (เทศบาลนครศรีธรรมราช และ ต.ปากพูน อ.เมืองฯ) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา



ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย นายกองดีการปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน พัฒนาสังคมจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว และนักวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นของการถอดบทเรียน ประกอบด้วย บริบทและลักษณะความสัมพันธ์ของคนในชุมชน แนวคิดและความเป็นมาของการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรม/บริการสำหรับผู้สูงอายุ รูปแบบการบริหารจัดการและบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนงบประมาณ การเชื่อมโยงบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาจะนำมาสังเคราะห์วิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะรูปแบบบริการในแต่ละกรณีการศึกษาพื้นที่ตัวอย่าง ความครอบคลุมเชื่อมโยงของบริการ และจัดทำข้อเสนอรูปแบบการดูแลระยะยาวโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผลการศึกษา

1. ลักษณะชุมชนที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
 ลักษณะเด่นโดยรวมของพื้นที่ศึกษาคือ (1) ผู้นำมีบทบาทเข้มแข็ง ไม่ว่าจะเป็นผู้นำภาคไม่ทางการ (พะเยา ยโสธร) หรือผู้นำภาคทางการ (ยโสธร นครศรีธรรมราช) (2) การเข้าถึงแหล่งทุนสำหรับนำมาพัฒนาท้องถิ่น กล่าวคือ ผู้นำภาคไม่เป็นที่ทางการของพะเยาเป็นบุคคลมีชื่อเสียงเข้าถึงแหล่งทุนภายนอกทั้งในและต่างประเทศ และมีธนาคารหมู่บ้านและกองทุนสวัสดิการชุมชน ส่วนนายกองดีการปกครองส่วนตำบล (อบต.) ของยโสธรสามารถเข้าถึงแหล่งงบประมาณรัฐอื่นในและนอกจังหวัดเพื่อดึงมาพัฒนาพื้นที่เนื่องจากเคยเป็นอดีตสมาชิกสภาจังหวัด และมีเกจิอาจารย์ดังๆ หลายท่านสามารถระดมทุนจากภายนอกมาสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนได้ ส่วนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ของนครศรีธรรมราช ทั้งสองพื้นที่เป็น อปท.ขนาดใหญ่มีงบประมาณมาก การเมืองท้องถิ่นค่อนข้างเสถียร (3) มีต้นทุนทางสังคม เช่น มีทรัพยากรคนที่เข้มแข็ง (พะเยา) มีวัฒนธรรมชุมชนเข้มแข็ง (พะเยา ยโสธร สุพรรณบุรี) เศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็ง (ยโสธร) รวมถึงการเป็นสังคมเครือญาติของพื้นที่ในชนบท

ตารางที่ 1 บริบทและทุนทางสังคมของพื้นที่กรณีศึกษา

	พะเยา	ยโสธร	สุพรรณบุรี	นครศรีธรรมราช
พื้นที่ศึกษา	ต.บ้านปิน, บ้านถ้ำ, หนองหล่ม, และคือเวียง อ.ดอกคำใต้	ต.ศรีฐาน อ.ป่าดัว	ต.บ่อกรู อ.เดิมบางนางบวช	เทศบาลนครฯ และ ต.ปากพูน อ.เมืองฯ
ประชากร (คน)	5,525/ 3,742/ 4,982/ 2,853 (ผู้สูงอายุ 12%)	6,333 (ผู้สูงอายุ 10%)	3,068 (ผู้สูงอายุ 19%)	106,022/ 40,000 (ผู้สูงอายุ 12.2%)
ระดับขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	เทศบาลตำบล (บ้านถ้ำ) 1 แห่ง ที่เหลือเป็น อบต. ขนาดเล็ก	อบต. ขนาดเล็ก นายก อบต. ดึงเงินจาก อบจ. มาลงในพื้นที่ได้	มีทั้งเทศบาลตำบล และ อบต. ขนาดเล็ก	เทศบาลนครฯ และอบต.ขนาดใหญ่ มีงบประมาณมาก
ลักษณะชุมชน/ ทุนทางสังคม ของชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ยากจน ปัญหาเอดส์ เด็กกำพร้า สังคมเครือญาติ มีธนาคารหมู่บ้าน และ กองทุนสวัสดิการ องค์กรเอกชนเข้มแข็งดึงเงินจากภายนอกได้มาก (ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้าน) มีกองทุนสุขภาพตำบล 	<ul style="list-style-type: none"> เศรษฐกิจดี หักลดกรรมครัวเรือน "หมอนซิด" สังคมเครือญาติ มีประเพณีทำบุญร่วมกันทุกเดือน มีเกจิอาจารย์ดังหลายท่าน ระดมทุนได้มาก กลุ่มประชาคมเข้มแข็ง มีกองทุนสุขภาพตำบล 	<ul style="list-style-type: none"> เศรษฐกิจดี ทำนา ไร่ อ้อย ชาวลาวครั้ง ตั้งถิ่นฐานมาเรื่อยๆ สังคมชนบทแบบเครือญาติ การเมืองระดับชาติมีอิทธิพลสูง 	<ul style="list-style-type: none"> พื้นที่เศรษฐกิจและกึ่งเมือง เศรษฐกิจดี คนหลากหลาย นักการเมืองท้องถิ่นมีบทบาทสูงในการพัฒนาชุมชน
สถานพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> มีสถานอนามัย 6 แห่ง (บ้านถ้ำและหนองหล่มมี 2 สอ.) 	<ul style="list-style-type: none"> มีโรงพยาบาลตำบล มีเจ้าหน้าที่ 13 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 4 คน 	<ul style="list-style-type: none"> สถานอนามัย 1 แห่ง PCU 2 แห่ง 	<ul style="list-style-type: none"> รพ.ค่าย/ รพ.ท่าศาลา/ สถานอนามัย 2 แห่ง

2. การดูแล/จัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ในทุกพื้นที่พบว่า ครอบครัวยังคงมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามบทบาทของชุมชนมีผลต่อการดำเนินบทบาทของครอบครัวในการดูแล กล่าวคือ ชุมชนที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานออกนอกชุมชนน้อย และมีเศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็ง (ยโสธร) ย่อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยลูกหลานในครัวเรือน การมีประเพณีวัฒนธรรมชุมชนที่เข้มแข็งก็ส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุ เอื้อต่อการรวมกลุ่ม และดำรงสถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไรก็ตามลักษณะดังกล่าวพบเห็นได้ในพื้นที่จำกัด การมีผู้นำชุมชนทั้งภาคทางการและไม่ทางการ รวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการที่ส่งผลเชิงบวกต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

สำหรับการดูแลสุขภาพที่มีการจัดการในชุมชนมีอยู่ทุกพื้นที่ เพียงแต่มีความครอบคลุมและเข้มข้นในการดำเนินการต่างกัน กิจกรรมดูแลด้านสังคมประกอบด้วย (1) การส่งเสริม

อาชีพ (2) การบริการสังคมสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ ในลักษณะของการบริจาคสิ่งของ การจัดหน่วยเคลื่อนที่ ซ่อมแซมบ้านพัก ที่ทรุดโทรมของคนยากจน เกือบทุกพื้นที่ที่มีการเพิ่มจำนวนคนได้รับเบี้ยยังชีพ และบางแห่งมีการเพิ่มวงเงิน มีเพียงหนึ่งพื้นที่ที่จัดให้ตามจำนวนที่ได้รับจากส่วนกลาง (อบต.บ่อกรู) ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถด้านการเงินของ อบต. และศักยภาพด้านข้อมูล (พะเยามีการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุทั้งหมดทำให้เกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพ) สำหรับพื้นที่ที่มี อบต.มากกว่าหนึ่งแห่งและมีศักยภาพด้านการเงินต่างกัน (สุพรรณบุรี) ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ (3) การจัดสวัสดิการแก่ประชาชนในชุมชน ในรูปแบบกองทุนสวัสดิการ หรือ อบต.อุดหนุนเงินให้กรณีต้องไปเฝ้าไข้ผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาตัวนอกจังหวัด (เทศบาลนครฯ) (4) การเยี่ยมผู้สูงอายุ (5) การจัดกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรม (6) การจัดกิจกรรมสันทนาการ และ (7) กองทุนฌาปนกิจศพ

ตารางที่ 2 กิจกรรมบริการทางสุขภาพ ที่จัดโดยหน่วยงานหรือองค์กรจำแนกตามจังหวัด

กิจกรรมบริการทางสุขภาพ	พะเยา	ยโสธร	สุพรรณบุรี	นครศรีธรรมราช
1. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค				
ออกกำลังกาย	/	/	/	/
ตรวจคัดกรองโรค DM HT	/	/	/	/
จัดค่าย/ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน	-	/	/	/
ออกกำลังกายเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง	-	-	-	/
2. บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	/	/	/	/
คลินิกเบาหวาน ความดัน	/	/	/	/
แพทย์แผนไทย	-	/	-	/
3. บริการที่บ้าน				
เยี่ยมบ้าน	/	/	/	/
ดูแลสุขภาพที่บ้าน	-	-	-	/ (เทศบาล)
4. บริการรถฉุกเฉินเพื่อส่งต่อผู้ป่วย	-	/	-	/ (เทศบาล)
5. สายด่วนให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	-	-	-	/ (เทศบาล)

สำหรับกิจกรรมด้านสุขภาพก็มีทั้งกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค บริการรักษาพยาบาล บริการเยี่ยมบ้าน บริการรักษาพยาบาลที่บ้าน บริการรถฉุกเฉินส่งต่อผู้ป่วย และสายด่วนให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาภาพรวมของการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะเห็นว่า กิจกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเข้มแข็งและมีโรคเรื้อรังนั้น ค่อนข้างครอบคลุมทั้งบริการด้าน

สุขภาพและบริการสังคม แต่บริการที่จัดในชุมชนสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มี (ที่กล่าวมาใช้คำว่าภาวะพึ่งพิง) ภาวะทุพพลภาพและต้องการความช่วยเหลือนั้นมีน้อยมาก หากมีก็มักเป็นลักษณะสังคมสงเคราะห์เฉพาะเรื่อง บริการสุขภาพสำหรับคนกลุ่มหลังนี้ก็มีจำกัด ขาดระบบข้อมูลที่แสดงความครอบคลุมและขาดการเชื่อมโยงของบริการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบริการสนับสนุนที่จัดให้สำหรับญาติดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในชุมชนก็ไม่มีเลย

ตารางที่ 3 สรุปการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาจำแนกตามกลุ่มผู้สูงอายุ

กิจกรรมดูแลสุขภาพ	กิจกรรมด้านสังคม	กิจกรรมด้านสุขภาพ
ผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง	อาชีพ/รายได้, เบี้ยยังชีพ,สวัสดิการ,	สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง	การเยี่ยมผู้สูงอายุ, วัฒนธรรม/ประเพณี, สันทนาการ/ศึกษาดูงาน	ส่งเสริม ป้องกัน รักษา
ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ - มีผู้ดูแลในครอบครัว - ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว	ไม่ได้มีกิจกรรม/บริการจำเพาะสำหรับผู้ดูแลและผู้มีภาวะทุพพลภาพชัดเจน	มีจำกัดมากไม่ว่าบริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพที่บ้าน

คุณภาพบริการที่จัดในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพเป็นอีกประเด็นที่ต้องมีการศึกษาต่อไป เนื่องจากขาดข้อมูลด้านนี้ และบริการที่จัดในสถานพยาบาล ปฐมภูมิในชุมชนมิได้จัดโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรง

3. การบริหารจัดการบริการสุขภาพในชุมชน

รูปแบบการบริการการจัดบริการในชุมชนในพื้นที่ศึกษา สามารถจำแนกเป็นสามรูปแบบหลักๆ คือ (1) การบริหารแยกส่วนของแต่ละหน่วยงาน สธ. พม. และ อปท. (2) การบริหารภายใต้ อปท. พบที่เทศบาลนครนครศรีธรรมราช ซึ่งเทศบาลรับผิดชอบเบ็ดเสร็จทั้งดูแลในเรื่องสุขภาพและสังคม (3) การบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ เช่น กองทุนสุขภาพตำบล กองทุนโรงพยาบาลตำบลของโยธธรร กองทุนสวัสดิการชุมชน ทั้งนี้รูปแบบแรกนั้นพบเห็นทั่วไป ส่วนรูปแบบที่สองนั้นพบเฉพาะในพื้นที่เทศบาลที่มีสถานพยาบาล สาธารณสุขของตนเอง ส่วนรูปแบบที่สามพบในพื้นที่ที่ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพ อย่างไรก็ตามก็ไม่สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบใดมีประสิทธิภาพมากกว่า

4. การเงินการคลังสำหรับการจัดบริการ

แหล่งเงินสำหรับการจัดบริการมาจากหลายภาคส่วนด้วยกัน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การปกครองท้องถิ่น และการระดมทุนในชุมชน ทั้งนี้พบว่า จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการจัดสรรตามรายได้ให้แก่สถานพยาบาล มีผลให้งบประมาณลงไปที่สถานพยาบาลในชุมชนมากขึ้น จากนโยบายการกระจายอำนาจและการมีองค์การปกครองท้องถิ่นกระจายไปทั่ว ทำให้ชุมชนมีงบประมาณสำหรับการแก้ปัญหาของตนเอง ขณะเดียวกันก็พบว่า ท้องถิ่นมีแนวโน้มสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สำหรับในพื้นที่ที่ชุมชนเข้มแข็งและมีการระดมทุนจากชาวบ้านก็พบว่า ความรู้สึกเป็นเจ้าของและส่วนร่วมในการบริหาร/กำกับ/และร่วมในการจัดบริการของชุมชนมีมากขึ้น

5. การเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพและสังคม

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นหัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพในชุมชน เป็นแกนหลักสำคัญในการให้บริการที่เป็นทางการและสนับสนุนระบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการ บุคลากรมีทักษะด้านชุมชนค่อนข้างดี แต่ศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลเฉพาะสาขาผู้สูงอายุยังมีจำกัด การส่งต่อบริการระหว่างสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันสถานีนอนามัยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เวชภัณฑ์ วิชาการ และบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย นอกจากนั้น อปท. บางแห่ง (เทศบาลนครฯ และ อบต.ศรีฐาน) มีการจัดรถรับส่งผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินและผู้ป่วยหนักระหว่างสถานีนอนามัยและโรงพยาบาล การเชื่อมต่อกันของบริการสุขภาพจึงมีระบบรองรับ

ความครอบคลุมและเชื่อมต่อบริการที่ยังค่อนข้างมีปัญหา คือ การรักษาผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ เทศบาลนครฯ มีบริการรักษาพยาบาลที่บ้าน (Home Health Care) มีทีมแพทย์และพยาบาลออกไปให้บริการ แต่จำกัดเฉพาะรายที่โรงพยาบาลให้ผู้ป่วยกลับบ้านและมีใบส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ไปให้การรักษายาตามต่อที่บ้าน แต่บริการที่ขาดคือบริการกายภาพบำบัด

บริการด้านสังคมที่ อปท. จัดส่วนใหญ่ยังมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์ และกิจกรรมเฉพาะเรื่อง และไม่มีที่ใดจัดบริการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือไม่ได้และไม่มีคนดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการทั้งบริการสุขภาพและสังคมที่ครอบคลุมและเชื่อมโยง แต่การดำเนินงานในพื้นที่สี่จังหวัด ยังพบปัญหาการขาดความเชื่อมโยงบริการระหว่างด้านสุขภาพและสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือไม่ได้ขาดองค์การในการสนับสนุนและเชื่อมโยงการดำเนินงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และไม่มีหน่วยงานให้คำปรึกษาที่ชัดเจนเมื่อพบปัญหาในการทำงาน

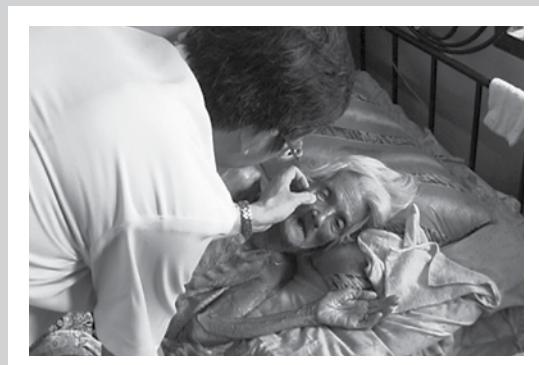
อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

มิติด้านสุขภาพของชุมชนกว้างกว่ามิติสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มักจำกัดในบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มิติสุขภาพของชุมชนเป็นเรื่องของสุขภาพะที่มีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องมากและเป็นสิ่งที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้ เช่น เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม เป็นต้น มิติสุขภาพของชุมชน

เหมาะกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการบริการในมิติที่กว้างกว่าที่บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจะจัดให้ได้ เช่น การดำรงชีวิตประจำวัน การดำรงสถานภาพและใช้ชีวิตในชุมชน เป็นต้น องค์การปกครองท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและมีภารกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชนรวมทั้งผู้สูงอายุ ประกอบกับมีรายได้ทั้งจากงบประมาณอุดหนุนจากรัฐบาล ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและรายได้จากการจัดเก็บในชุมชน จึงมีความเหมาะสมที่ต้องพัฒนาบทบาทให้สามารถจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจุบัน อปท. มีบทบาทในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในท้องถิ่นระดับหนึ่งอยู่แล้ว ซึ่งขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ทั้งขนาดและศักยภาพขององค์กรในการสนับสนุนงบประมาณ ศักยภาพในการดึงทรัพยากรจากภายนอก วิสัยทัศน์ของผู้นำ อปท. และความพร้อมของปัจจัยพื้นฐานในชุมชน พื้นที่ที่มีความพร้อมของปัจจัยพื้นฐานแล้วการพัฒนาในด้านสังคมและคุณภาพชีวิตย่อมมีความสำคัญมากขึ้น

ปัจจุบันสถานพยาบาลในชุมชนและ อปท. มีบทบาทหลักในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้บริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและผู้มีโรคเรื้อรัง ค่อนข้างครอบคลุมในประเภทกิจกรรมทั้งด้านสุขภาพและสังคม แต่อาจยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ แต่บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ดูแลนั้นยังมีจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคม บทบาทในการดูแลหลักยังเป็นเรื่องของครอบครัว แม้ปัจจุบันจะมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในบางพื้นที่แต่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลทั่วไป และขาดหน่วยงานในพื้นที่สนับสนุนการทำงานของอาสาสมัคร นอกจากนี้การจัดบริการมีลักษณะแยกส่วน ขาดการบูรณาการของบริการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับกลุ่มนี้ให้มีความครอบคลุมและเชื่อมโยงและบูรณาการจึงเป็นสิ่งจำเป็น

แหล่งเงินสำหรับจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบันมาจากหลายแหล่ง แนวนโยบายรัฐทั้งในเรื่องการกระจายอำนาจ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้มีทรัพยากรลงในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ปัญหาอุปสรรคด้านนี้จึงลดลง ศักยภาพของ อปท. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการระดมความร่วมมือของชุมชนมาเป็นหุ้นส่วนและบริหารจัดการโครงการ เพื่อให้บริการที่จัดตอบสนองต่อความคาดหวังของคนในชุมชน ขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้เข้มแข็งต่อไป



ข้อเสนอการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน

1. แนวคิดในการจัดบริการ คือ มุ่งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต มีครอบครัวและสังคมที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีส่วนร่วม โดยที่ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ รัฐบาลและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพและสังคมที่เหมาะสม และจัดบริการเสริมในส่วนที่เกินความสามารถของชุมชน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในชุมชนอย่างมีสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

2. หลักการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน ควรประกอบด้วย

- 2.1 ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตในชุมชนอย่างมีศักดิ์ศรี และมีส่วนร่วม
- 2.2 ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว เป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุ
- 2.3 บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีความครอบคลุม และบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่มีคุณภาพ
- 2.4 องค์การปกครองท้องถิ่นมีศักยภาพในการบริหารระบบบริการสุขภาพในชุมชนและภาคประชาชนมีบทบาทร่วมในการบริหารภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานรัฐ
- 2.5 ระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถพัฒนาและดำเนินการได้อย่างมีความยั่งยืน

3. กิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว โดยชุมชนควรมีความครอบคลุม มีคุณภาพ เชื่อมโยง และบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพต้องการการดูแล บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมคือ บริการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และบริการกายภาพบำบัดในชุมชน สำหรับบริการด้านสังคมที่จำเป็นต้องพัฒนาเพิ่มเติมคือบริการเสริมสนับสนุนและทดแทนการดูแลของครอบครัวในชุมชน ทั้งนี้ควรต้องมีการพัฒนาส่งเสริมความเข้มแข็งของระบบการดูแลทั้งภาคที่ไม่เป็นทางการและภาคที่เป็นทางการโดยชุมชน การพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน จะเอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาคที่ไม่เป็นทางการ ส่วนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาคทางการ อาจดำเนินการได้โดยการพัฒนาบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มเติมในชุมชน หรือการขยายบทบาทของสถานีนอกรีตให้ครอบคลุมบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน และเพื่อให้ระบบบริการที่จัดมีธรรมาภิบาลและตอบสนองต่อความคาดหวังของชุมชน การบริหารจัดการระบบบริการควรมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนในรูปแบบคณะกรรมการบริหาร โดยการสนับสนุนของหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ส่วนการคลังของระบบการดูแลภาคทางการยังคงมาจากทั้งหน่วยงานในส่วนกลาง ท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพในการบูรณาการงบประมาณในระดับชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการถ่ายโอนสถานพยาบาลให้ท้องถิ่น

4. ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชนให้มีความยั่งยืน รัฐบาลโดย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม ควรมีบทบาทในการกำหนดทิศทาง นโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ร่วมกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องคือ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงสาธารณสุข และควรต้องมียุทธศาสตร์สำคัญ 4 ด้านคือ

4.1 พัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของทุนทางสังคมที่มีในสังคมไทย ทั้งในด้าน คน สถาบัน (ครอบครัว ชุมชน ศาสนา) วัฒนธรรม และภูมิปัญญา โดยให้มีกองทุนชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยกระบวนการประชาคม ส่งเสริมการรวมกลุ่มของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมสาธารณะ โดยมีการจัดการและบูรณาการงานอาสาสมัคร ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และถ่ายทอดภูมิปัญญาระหว่างกัน ส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรมในการเกื้อกูลกันในชุมชน จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพและส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และส่งเสริมระบบเศรษฐกิจชุมชน

4.2 พัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมการกระจายอำนาจและกำหนดสัดส่วนงบประมาณที่ชัดเจนในการนี้ ส่งเสริมให้มีธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาการความรู้และศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริหารจัดการและจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพของประชาชนในชุมชน

4.3 การวางแผนและพัฒนากำลังคนทั้งด้านสุขภาพและสังคม เพื่อให้ชุมชนมีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ โดยกำลังคนที่สำคัญคือ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด และผู้ช่วยเหลือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4.4 พัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยชุมชน ให้มีความครอบคลุม มีคุณภาพ มีความเชื่อมโยง และบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยควรดำเนินการในลักษณะของการนำร่องที่มีความหลากหลายของรูปแบบ สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพและบริบทของชุมชนแต่ละแห่ง ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และกลไกในการบริหารจัดการ บริการทดแทนการดูแลของครอบครัวในชุมชน พร้อมทั้งให้มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ก่อนจะขยายไปยังพื้นที่อื่นต่อไป เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพของสังคมไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะนักวิจัยต้องขอขอบคุณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่สนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่กรณีศึกษาทั้งสี่แห่งที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับรายงานฉบับเต็มสามารถสืบค้นได้ที่ http://ihppthaigov.net/publication/publication_research_show.php?id=122 ■

เอกสารอ้างอิง

- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธ์ การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2550
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2549). โครงการค่านิยมความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย ชุด โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว)
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2545). ครอบครัวและผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, สิรินทร ฉันทศิริกานจน, ประคอง อินทรสมบัติ, มัทนา พานานิรามย์, นงนุช สุนทรชวากานต์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, มานินี วงษ์สิทธิ์ และ เล็ก สมบัติ. ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัดย์, และ ขวัญใจ อำนาจสัจย์ชื่อ (2550) รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551) รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- Goldberg, E M (1982). *The effectiveness of social care for the elderly*, Heinemann Educational Books.
- Knodel, J., Saengtienchai, C. and Sittitrai, W. (1995). Living Arrangements of the Elderly in Thailand: Views of the populace. *Journal of Cross-Culture Gerontology*, 10(1&2): 79-111.
- Walker, A. (1982) *Community care: The family, the state and social policy*. Oxford, Blackwell & M. Robertson
- WHO (2001) *Community Health Care in Ageing Societies. Proceedings of a WHO international meeting*. Shanghai, China, 12-14 June 2000, Kobe: WHO Kobe Centre.