

Care Management for the Elderly Hardship by Public Health Organization

Kriengsak Thamma-Aphiphol

Researcher (Senior Professional Level), ASEAN Institute for Health Development,
Mahidol University

Dr. Supattra Srivanichakorn

Senior Expert, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

Assist. Prof. Dr. Jutatip Sillabutra

Lecturer, Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University

Kawinarat Suthisukon

Researcher, ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University

Received: May, 15 2017 **Accepted:** June 16, 2017

Abstract

This paper aims to study the roles of Public Health Organization related to care management for the elderly hardship including problem analysis and provide recommendations on care management for the elderly hardship in 10 provinces of Thailand. Quantitative data are collected from selected 4,561 elderlies and another 152 by focus group and in-depth interview with public health officers and elderly during December 2012 to April 2013. The data was analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The study result shows that the evidence of Public Health Organization on Care Management for the Elderly Hardship can be divided into 2 levels; a policy level which is undertaken by provincial and district public health office, and an implementation level which is undertaken by hospital and primary care unit. The latter plays a role in exploring and supporting the development of primary care-oriented training for community, disseminating information on health education, setting up and coordinating community health networks. The study also found that most of problems are the limitation of manpower, workload and lack of personnels skills and knowledge, collaborative working with other organizations, inputs, and good cooperation from the elderly and communities. Therefore, the recommendations are to draw a clear policy and procedures which will strengthen collaborative networking and support sufficient inputs to enable the workforce to improve their performance that lead to the success of their jobs.

Additional findings recommend the inclusion of integrated health care, accessing fair social security, development of the capacity of family carers or volunteers through a participatory action research to improve care services for the elderly hardship.

Keywords: Care Management, Elderly, Elderly Hardship, Public Health Organization

การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากโดยองค์กรสาธารณสุข

เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล

นักปฏิบัติการวิจัย (ผู้อำนวยการพิเศษ) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

แพทย์หญิงสุภัทรา ศรีวิมลชากร

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จุฑาธิป ศีลบุตร

อาจารย์ประจำ ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กวินรัตน์ สุทธิสุนธ์

นักปฏิบัติการวิจัย สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับบทความ: 15 พฤษภาคม 2560 ตอปรับตีพิมพ์: 16 มิถุนายน 2560

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทขององค์กรสาธารณสุขในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และเสนอแนะแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก เก็บข้อมูลเชิงปริมาณกับผู้สูงอายุ 4,561 ครอบครัว เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับบุคลากรสาธารณสุขและผู้สูงอายุ 152 คนใน 10 จังหวัดของไทยช่วงเดือนธันวาคม 2555 ถึงเดือนเมษายน 2556 และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามประเด็นที่กำหนดไว้

ผลการศึกษาพบว่า องค์กรสาธารณสุขที่มีบทบาทในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากมี 2 ระดับ คือ ระดับนโยบายมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินงาน และระดับปฏิบัติมีโรงพยาบาล หน่วยงานบริการปฐมภูมิดำเนินงาน โดยมีบทบาทให้บริการเชิงรับ บริการเชิงรุก สืบหาข้อมูล จัดอบรมให้ความรู้ แจกข้อมูลข่าวสาร ส่งเคราะห์ช่วยเหลือ และบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่าย ปัญหาที่พบคือ อัตรากำลัง ภาระงานและองค์ความรู้ของบุคลากร ขาดการบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่าย ทรัพยากรดำเนินงานไม่เพียงพอ และปัญหาความร่วมมือของผู้สูงอายุและชุมชน ดังนั้น จึงเสนอแนะให้กำหนดนโยบายที่ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ เน้นบูรณาการภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ มอบหมายงานและกระจายความรับผิดชอบให้เหมาะสม ตลอดจนสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงานต่างๆ

ข้อเสนอแนะ คือ บูรณาการระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้ออาหารต่อผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการสงเคราะห์อย่างเป็นธรรม พัฒนาศักยภาพครอบครัวหรือจิตอาสาในการดูแล และใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก

คำสำคัญ: การจัดการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก องค์กรสาธารณสุข

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546) ทั้งนี้ องค์การสหประชาชาติได้นิยามว่า หากประเทศใดมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 แสดงว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และถ้ามีถึงร้อยละ 20 ขึ้นไปก็จะเป็นประเทศสังคมผู้สูงอายุ ดังเช่นประเทศแถบยุโรป คือ อิตาลี เยอรมัน กรีซ สวิสเซอร์แลนด์ที่มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ ขณะที่ประเทศแถบแอฟริกา มีประชากรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5 สำหรับประเทศในเอเชียพบว่า ประเทศญี่ปุ่นมีผู้สูงอายุสูงสุดร้อยละ 25 จีนและมาเลเซียมีร้อยละ 10 เช่นกัน และหากพิจารณาเฉพาะในประชาคมอาเซียน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยนับว่าเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุสูงสุด (สมาคมส่งเสริมธุรกิจบริการผู้สูงอายุไทย, 2556)

ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 68 ล้านคน เป็นประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากถึง 10 ล้านคน (ร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด) แบ่งเป็นวัยต้นจำนวน 5.6 ล้านคน (ร้อยละ 8.6) วัยกลาง 3 ล้านคน (ร้อยละ 4.6) และวัยปลาย 1.4 ล้านคน (ร้อยละ 2.1) และในปี พ.ศ. 2583 ประมาณการว่าจะมีประชากรสูงอายุวัยปลายหรือผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัว ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงวัย” (Aged society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากนั้นใช้เวลา 16 ปีกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) ในราวปี พ.ศ. 2564 จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 และคาดว่าจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) ในอีกไม่ถึง 15 ปีข้างหน้า หรือประมาณปี พ.ศ. 2574 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2558)

ปัญหาหลักของผู้สูงอายุไทยที่ต้องเผชิญอาจจำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาร่างกาย คือ ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ พฤติกรรมการแสดงออกต่างๆ ช้าลง จดจำสิ่งต่างๆ ยากขึ้น และอารมณ์เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว 2) ปัญหาครอบครัวและเศรษฐกิจ คือ ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน สูญเสียคู่ชีวิต ไม่มีที่อยู่อาศัยของตนเอง รายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้ บางรายเป็นภาระกับลูกหลาน 3) ปัญหาสังคม คือ ขาดเพื่อน ขาดการปฏิสัมพันธ์กับสังคมและบุคคลอื่น ขาดการยอมรับจากสังคมหรือบุคคลอื่น ขาดความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเอง และ 4) ปัญหาสภาพจิตใจ คือ เศร้าซึมอย่างไม่มีเหตุผล รู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ ฟุ้งซ่าน เศร้าหมอง หมดหวัง ท้อแท้ (เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ, 2559) จากสถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้นอาจจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามลักษณะต่างๆ ดังนี้ (สุพัตรา ศรีวิชิชากร และคณะ, 2556)

1. จำแนกตามสภาพร่างกายและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คือ กลุ่มติดสังคม (กลุ่มที่มีศักยภาพ ฟังตนเองได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้มาก) กลุ่มติดบ้าน (กลุ่มที่พอช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลางหรือฟังตนเองได้บ้าง) กลุ่มติดเตียง (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ฟังตนเองไม่ได้หรือต้องการความช่วยเหลือ) และกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย (วรรณภา ศรีธีญรัตน์ และลัดดา คาร์การเลิศ, 2553)

2. จำแนกตามการประกอบอาชีพ คือ กลุ่มที่ยังประกอบอาชีพ ซึ่งอาจเป็นอาชีพเดิมหรืออาชีพใหม่ที่เปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม และกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากมีปัญหสุขภาพ มอบหมายให้คนอื่นทำแทนหรือต้องการพักผ่อน

สำคัญ คือ อาหาร การเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน การติดเชื้อ และโรคประจำตัว สุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อม

สภาวการณ์การดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานสาธารณสุขในต่างประเทศที่ปรากฏ ดังเช่นประเทศญี่ปุ่น ออกกฎหมาย “Public Long-Term Care Insurance Law” ในปี ค.ศ. 2000 เพื่อเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลหรือ ศูนย์ให้บริการด้านสุขภาพ เพิ่มจำนวนผู้ดูแลที่บ้านและพัฒนาคุณภาพผู้ดูแลด้านความรู้และทักษะการดูแล และ ในปี ค.ศ. 2001 ได้รวมกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมกับกระทรวงแรงงานเข้าด้วยกัน ตั้งหน่วยงาน รับผิดชอบผู้สูงอายุโดยตรงที่เรียกว่า “Health and Welfare Bureau for the Elderly” ซึ่งมีเป้าหมายสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่มีสุขมีความภาคภูมิใจในตนเอง สำหรับระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมของประเทศ สิงคโปร์ ประกอบด้วย การบริการในสถาบัน (Residential Care) และการบริการนอกสถาบัน (Non-Residential Care) ที่มีการดำเนินงานคล้ายกับประเทศอื่นๆ ที่เน้นการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง รวมไปถึงการ บริการสนับสนุนในชุมชน (Community-Based Support Services) อาทิ การให้อาสาสมัครไปพบปะพูดคุยกับ ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่บ้านตามลำพัง การบริการอาหารฟรีให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ในส่วนของระบบบริการ สุขภาพประเทศอังกฤษ มีกรอบการบริการแห่งชาติเพื่อผู้สูงอายุ (National Health Service Framework for Older Person) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพและสังคม ลดความแตกต่างการให้บริการ ผู้สูงอายุ ขจัดการกีดกันในความเป็นผู้สูงอายุ ส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ และจัดบริการครอบคลุมความ ต้องการของผู้สูงอายุ โดยเน้นการบริการในโรงพยาบาลรวมทั้ง Intermediate Care ที่เตรียมความพร้อมก่อน กลับบ้าน การดูแลในชุมชนแทนการไปอยู่สถานบริการหรือเยี่ยมบ้าน (Home Care Services) การดูแลกลางวัน (Home Help Services) การจัดผู้ดูแลแทนชั่วคราวในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Respite Care) หรือจัดผู้สูงอายุไปอยู่ กับครอบครัวอาสาดูแลระยะเวลาหนึ่ง (Family Placement Schemes) ระบบสวัสดิการสังคมของประเทศ สหรัฐอเมริกาครอบคลุมการประกันสุขภาพและการประกันสังคม ผ่าน 2 ระบบ คือ ระบบรัฐบาลกลางให้สิทธิ ประโยชน์แก่ผู้เกษียณอายุทำงานและระบบสนับสนุนของรัฐให้เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุตกงานและขายไปยังกลุ่มอื่นๆ โดยมีระบบ Medicare 2 ส่วน คือ Part A (Hospital Insurance) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถาน บริการโดยไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียบใดๆ Part B (Medical Insurance) จ่ายเพิ่มเติมในส่วนที่ Part A ไม่จ่าย เช่น กายภาพบำบัดหรือการให้บริการที่บ้าน ทั้งนี้ ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นบริการแบบต่อเนื่อง มีระบบ การดูแลปฐมภูมิ (Primary Care) การส่งต่อการรักษาดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) การดูแลระยะ ยาว และการดูแลระยะสุดท้าย สำหรับการดูแลในชุมชนมีหลายรูปแบบ เช่น ศูนย์เอนกประสงค์ การดูแลกลางวัน ดูแลแทนชั่วคราว บริการอาหาร บริการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน (Personal Emergency Response Systemens:PERS) และอาสาสมัครดูแล (นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2551 และสุพัตรา ศรี วนิชชากร และคณะ, 2556)

สำหรับประเทศไทย ภาครัฐเตรียมรับมือกับสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว โดยมีการกำหนดนโยบาย มาตรการ และแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ต้นนโยบายการบริหารราชการแผ่นดินของ รัฐบาลด้านผู้สูงอายุ บทบัญญัติและแนวนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการ สิทธิของผู้สูงอายุที่พึงได้รับจากรัฐใน “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย” “ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542” “พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546”

“แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)” “แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)” รวมไปถึง “สวัสดิการสังคม” ที่เป็นบริการหรือโครงการที่จัดให้มีขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีในสภาวะ 7 ด้าน คือ สวัสดิการด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และการบริการสังคมทั่วไป (สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 12 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

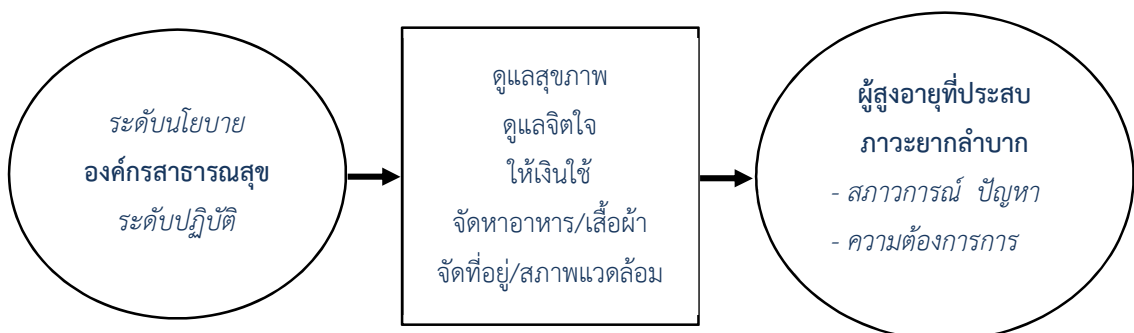
จากข้อมูลนโยบาย มาตรการ และแผนงานด้านผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาข้างต้น สามารถกระจายงาน และมอบหมายความรับผิดชอบให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงต่างๆ ตั้งแต่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการศึกษา กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงแรงงาน กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการคลัง กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงกระทรวงสาธารณสุข ที่มีองค์กรต่างๆ ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ กรมอนามัย กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และโรงพยาบาลทั่วประเทศ (เกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม, 2552 สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2549 เอลเดอร์แคร์ไทยแลนด์, 2559)

ด้วยข้อมูลและเหตุผลข้างต้น ผู้เขียนจึงสนใจที่จะศึกษาบทบาทขององค์กรสาธารณสุขในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องจากองค์กรสาธารณสุขเป็นหนึ่งในองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในพื้นที่ และมีความใกล้ชิดกับประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก พร้อมกันนี้จะได้วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดในการทำงาน และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากที่ตรงกับความจำเป็นและความต้องการอย่างแท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบทบาทขององค์กรสาธารณสุขในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก
2. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคข้อจำกัดในการทำงาน และเสนอแนะแนวทางในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากอย่างเหมาะสม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การจัดการดูแล หมายถึง การให้บริการช่วยเหลือ และดูแลเอาใจใส่ในด้านสุขภาพ จิตใจ จัดหาอาหาร ให้เงินใช้ จัดเสื้อผ้า จัดที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ประสบปัญหาหรือความเดือดร้อนด้านต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพ ร่างกาย/จิตใจ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว/ชุมชนและสังคม ปัญหาเศรษฐกิจและการเงิน การเข้าถึงปัจจัยสี่ และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต และการประสพกับภัยพิบัติ/อุบัติเหตุ/เหตุวิกฤต

องค์กรสาธารณสุข หมายถึง องค์กรหรือหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในการให้บริการ ด้านสุขภาพแก่ประชาชน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ 1. ระดับนโยบาย ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2. ระดับปฏิบัติ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล อำเภอ/โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพ ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนธันวาคม 2555 ถึงเดือนเมษายน 2556 ในพื้นที่ 4 ภาค 10 จังหวัดของไทย ประกอบด้วย ภาคเหนือ (เชียงใหม่ นครสวรรค์) ภาคกลาง (ชลบุรี สุพรรณบุรี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (นครราชสีมา ขอนแก่น) ภาคใต้ (นครศรีธรรมราช สงขลา) กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล (นนทบุรี) ซึ่งเป็นการคัดเลือกจังหวัด แบบเจาะจง คือ จังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งและอันดับสองในแต่ละภาค และสุ่มอำเภอในแต่ละจังหวัดจำนวน 2 อำเภอ คือ อำเภอเมืองที่เป็นตัวแทนเขตเมือง และอำเภออื่นๆ ที่เป็นตัวแทนเขตชนบท โดยมีจำนวนขนาดตัวอย่างในสัดส่วนเท่ากัน

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนในครอบครัว จำนวน 4,561 ครอบครัวๆ ละ 1 ราย ครอบคลุมประเด็นการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ สิทธิการรักษา และข้อเสนอแนะ ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม รวม 152 ราย คือ ผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนในครอบครัว 106 ราย และบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน ผู้สูงอายุ จำนวน 46 ราย แนวคำถามครอบคลุมประเด็นทัศนคติต่อความจำเป็นในการดูแล บทบาทในการจัดการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน และข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา พร้อมนำเสนอตาม วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสามารถนำเสนอรายละเอียด 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 องค์กรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก

ส่วนที่ 3 บทบาทในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการทำงาน

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ตารางที่ 1 ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณมีจำนวนทั้งสิ้น 4,561 ราย เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า ภาคอีสานมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงปริมาณมากที่สุด 1,630 ราย รองลงมาคือภาคกลางและภาคเหนือ 1,012 และ 850 รายตามลำดับ

ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีจำนวนทั้งสิ้น 152 ราย เป็นผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนในครอบครัว 106 ราย และ บุคลากรสาธารณสุข 46 ราย เมื่อจำแนกตามรายจังหวัดพบว่า ภาคอีสานมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพมากที่สุด 35 ราย รองลงมาคือภาคเหนือและภาคกลาง 33 และ 32 รายตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

หัวข้อ	ภาคอีสาน	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคกลาง	กทม.	ปริณทล	รวม
ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ	1,630	850	604	1,012	277	188	4,561
ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ	35	33	25	32	13	14	152
- ผู้สูงอายุในครอบครัว	20	22	19	23	12	10	106
- บุคลากรสาธารณสุข	15	11	6	9	1	4	46

ส่วนที่ 2 องค์กรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก

องค์กรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก แบ่งเป็น 2 ระดับ โดยแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในลักษณะที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ระดับนโยบาย ประกอบด้วย

(1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการดำเนินงานนโยบาย พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ดำเนินงานระบบ Long Term Care สำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง และพัฒนาศักยภาพแก่กลุ่มผู้ดูแล ทั้งครอบครัว/จิตอาสา/อาสาสมัคร เป็นต้น

(2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เน้นดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสตามแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน ตั้งแต่การรับนโยบายจากจังหวัด ประสานภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ ในพื้นที่ ทั้ง รพ. สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และชมรมผู้สูงอายุ พร้อมทั้งกระจายงานให้ร่วมรับผิดชอบดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่ง

ต่องานบริการด้านสุขภาพให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่วนบทบาทที่ต้องดำเนินงานเองก็คือ จัดอบรมให้ความรู้ สนับสนุนการเยี่ยมบ้าน สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ และสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานต่างๆ

2.2 ระดับปฏิบัติ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้กล่าวถึง แหล่งบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ที่สามารถเข้าถึงใน 2 อันดับแรก ประกอบด้วย

(1) โรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลอำเภอ/โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุเข้าถึงเป็นอันดับที่ 2 คือ ร้อยละ 72.2 โดยมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งจัดบริการเชิงรับในโรงพยาบาล (รพ.) จัดบริการเชิงรุกในชุมชน จัดอบรมให้ความรู้คำแนะนำทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ และประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และองค์กรต่างๆ ทั้ง อปท. พม. อสม.

(2) หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) เป็นแหล่งบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุเข้าถึงเป็นอันดับแรก คือ ร้อยละ 76.7 โดยมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการให้บริการเชิงรับ บริการเชิงรุกในชุมชน สรุวจข้อมูลและจัดกลุ่มผู้สูงอายุ จัดอบรมให้ความรู้คำแนะนำด้านสุขภาพ ประสานเครือข่ายการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับองค์กรต่างๆ ในชุมชน และสงเคราะห์ผู้สูงอายุในเรื่องต่างๆ

ส่วนที่ 3 บทบาทในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก

บทบาทในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย

3.1 ให้บริการเชิงรับ ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การวัดความดัน คัดกรองเบาหวาน ตรวจฟัน คัดกรองภาวะซึมเศร้า และตรวจสุขภาพ โดยสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่อธิบายว่าผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 87.1 นอกจากนี้ยังมีการจัดช่องทางพิเศษบริการคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุ (คลินิก 70 ปีไม่มีคิว) ให้คำแนะนำด้านสุขภาพผ่านสายด่วน 1669 รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ/ติดเตียง ซึ่งเป็นการให้บริการฟรีตามสิทธิการรักษาพยาบาลซึ่งมีการกล่าวถึงในข้อมูลเชิงปริมาณเช่นกันว่า ผู้สูงอายุเข้ารับบริการดูแลสุขภาพฟรีในแหล่งบริการระดับต่างๆ ทั้ง รพ. สต. และ รพ. ร้อยละ 89.1

3.2 ให้บริการเชิงรุกในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพต่างๆ คือ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด อาสาสมัคร ร่วมกับ อปท. และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมดังเช่น

(1) เยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพเบื้องต้น ตรวจสุขภาพ คัดกรองเบาหวาน ความดัน และโรคเรื้อรังในชุมชน อีกทั้งส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาล

(2) เยี่ยมบ้าน พร้อมให้ความรู้ ให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ ออกกำลังกาย ทำกายภาพบำบัด

(3) เยี่ยมบ้าน ให้การดูแล ช่วยเหลือ ทำความสะอาดบ้านผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ประมาณ 10-15 หลังคาเรือน

(4) เยี่ยมบ้าน ถามสารทุกข์สุกดิบ พุดคุย ให้กำลังใจ ประเมินและดูแลจิตใจกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุกรณีไม่มีผู้ดูแล กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง หรือกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เยี่ยมเยียน พุดคุย ให้กำลังใจ ถามไถ่กลุ่มผู้สูงอายุกรณีไม่มีผู้ดูแล ส่วนผู้สูงอายุกรณีปกติจะให้ อสม. เยี่ยมเยียนแทน แล้วยกเยี่ยมบ้านร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ทุก 6 เดือนครั้งหรือ 1 ปีครั้งด้วย”

“เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ร่วมกับ รพ. สต. เน้นการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ประมาณ 10-15 หลังคาเรือน จะทำหน้าที่พุดคุย ให้กำลังใจ ดูแลบ้าน ทำความสะอาดบ้าน และคว่ำกะลาด้วย”

3.3 สํารวจข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานข้อมูลผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ดำเนินงานโดย สสอ. รพ. และ รพ. สต. เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- (1) สํารวจข้อมูลหรือจัดเก็บข้อมูลพื้นฐาน โดยดำเนินงานร่วมกับ อสม. หรือชมรมผู้สูงอายุ
- (2) วิเคราะห์ และจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามเป้าหมาย (ติดสังคม/ติดบ้าน/ติดเตียง)
- (3) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ มีความยากลำบากและต้องการให้ช่วยเหลืออย่างไร
- (4) จัดทำรายงานข้อมูล จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ/ผู้พิการ
- (5) รายงานไปยัง อปท. เพื่อจัดการดูแลหรือช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้พิการ
- (6) ประสานข้อมูล ขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ/ผู้พิการ เพื่อมอบเบี้ยยังชีพ หรือให้การสงเคราะห์อื่นๆ

3.4 จัดอบรมให้ความรู้ คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เป็นการจัดอบรม ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และอาสาสมัครกลุ่มต่างๆ ทั้ง อสม. อผส. เพื่อดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการในเรื่องต่างๆ อาทิ การดูแลสุขภาพ การทำแผล ทำกายภาพบำบัด พื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งจัดโดยองค์กรด้านสาธารณสุขระดับต่างๆ คือ สสอ. รพ. และ รพ. สต.

3.5 ประชาสัมพันธ์ แจ้งข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต รพ. ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์ และแจ้งข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตกับคนในชุมชนได้รับทราบ พร้อมทั้งให้ความรู้คำแนะนำทางสุขภาพผ่านสายด่วน 1669 นอกจากนี้แล้วยังได้มีการประสานกับ อสม. ให้มาช่วยสื่อสารประชาสัมพันธ์ เยี่ยมบ้าน และตรวจสุขภาพผู้สูงอายุด้วย

3.6 ให้ความช่วยเหลือ ดูแล และจัดสวัสดิการสงเคราะห์ในเรื่องต่างๆ โดยมอบเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง

3.7 บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ โดยองค์กรสาธารณสุขระดับต่างๆ มีบทบาทในการบูรณาการ ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือ และดูแลผู้สูงอายุในกรณีต่างๆ ดังต่อไปนี้

(1) ประสานการดูแลรักษาสุขภาพ องค์กรสาธารณสุขทุกจังหวัด ทั้ง สสจ. สสอ. รพ. รพ. สต. และ ศบส. ได้ประสานความร่วมมือกับองค์กรต่างๆ ทั้งที่อยู่ในชุมชนและนอกชุมชน ไม่ว่าจะเป็น อปท. ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน วัด และองค์กรเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มอาสาสมัครต่างๆ (อสม./อผส.) เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ประสานกับ อสม. ในการเยี่ยมบ้าน ตรวจสุขภาพ คัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน ร่วมกับวัด/อสม./ชมรมผู้สูงอายุในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ร่วมกับ อปท./อสม./ชมรมผู้สูงอายุในการดูแล และตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ร่วมกับจิตอาสา/ชมรมผู้สูงอายุช่วยตรวจสุขภาพ วัดความดัน วัดรอบเอว รวมทั้งประสานกับโรงพยาบาลเอกชน/มูลนิธิเอกชนมาเยี่ยมเยียนและตรวจสุขภาพคนในชุมชน เป็นต้น

(2) ประสานการส่งต่อ โดยส่วนใหญ่เป็นการสร้างและประสานงานเครือข่ายความร่วมมือในการส่งต่อ เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่าง อปท. รพ. รพ. สต. อสม./อผส. และชมรมผู้สูงอายุ อาทิ รพ. สต. จะส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินให้โรงพยาบาลแม่ข่าย อสม. ประสานขอรถ รพ. มารับผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินหรือกรณีพบผู้ป่วยฉุกเฉินจะส่งต่อไปยัง รพ. หรือประสานการส่งต่อรับผู้ป่วยยากไร้ไปดูแลในสถานสงเคราะห์

(3) ประสานการจัดสวัสดิการสงเคราะห์ มีทั้งประสานความร่วมมือในองค์กรสาธารณสุขด้วยกันเอง ทั้ง รพ. รพ. สต. อสม. และประสานเครือข่ายการทำงานแบบบูรณาการกับ พมจ. อปท. อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และองค์กรเอกชนต่างๆ เพื่อให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ อาทิ ประสานขอการสนับสนุนงบประมาณและเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์จาก อปท./พมจ. หรือประสานให้รับผู้ป่วยยากไร้ไปดูแลในสถานสงเคราะห์

(4) ประสานการจัดกิจกรรม ได้บูรณาการเครือข่ายและประสานความร่วมมือระหว่าง 4 องค์กรหลักในทุกจังหวัด คือ อปท. อสม. ชมรมผู้สูงอายุ และวัด เพื่อร่วมกันจัดกิจกรรมผู้สูงอายุตามเทศกาล ประเพณี และโอกาสสำคัญต่างๆ อาทิ วันพ่อวันแม่ วันผู้สูงอายุ ประเพณีรดน้ำดำหัวเทศกาลสงกรานต์ จัดทัศนศึกษาพาเที่ยวไหว้พระ 9 วัด แข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ กิจกรรมเสริมอาชีพ สานตะกร้า ทำดอกไม้จันทน์ มอบเงินสิ่งของ เลี้ยงอาหารฟรีและตัดผมฟรี ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีการจัดตั้ง ภาคีเครือข่ายระดับอำเภอในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อดูแลและช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ เน้นจัดกิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพในการพึ่งตนเอง กลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ เน้นมอบสวัสดิการด้านการเงิน ดูแลสุขภาพ และกรณีเสียชีวิต เครือข่ายที่สำคัญคือ วัด มีพระเป็นศูนย์กลาง รวมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง อปท. สนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน มีกองทุนขยะ ผ้าป่าของคนในชุมชนสมทบด้วย แล้วก็ยังมีเครือข่าย รพ. รพ. สต. อสม. อผส. โรงเรียน และโรงงานอุตสาหกรรมร่วมดำเนินการด้วย”

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดในการทำงาน

ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการทำงาน แบ่งออกเป็น 5 ประเด็น ได้แก่

4.1 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 4 เรื่อง คือ

(1) อัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงาน โดยเจ้าหน้าที่ รพ. สต. มีจำนวนน้อยจำเป็นต้องให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อน หรือ รพ. ไม่มีบุคลากร ผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์เฉพาะทางเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

(2) การปรับเปลี่ยน โยกย้ายของเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุขบ่อย

(3) ภาระงานมากและไม่มีเวลาทำงานอย่างครอบคลุม ทำให้ไม่สามารถให้บริการต่างๆ อย่างเต็มที่ ไม่สามารถให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร หรือเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม บางครั้งต้องให้ อสม. เยี่ยมแทน

(4) องค์กรความรู้ในการให้บริการและดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการศึกษา การชะลอความเสื่อม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

4.2 ขาดการประสานความร่วมมือหรือบูรณาการการทำงานขององค์กรต่างๆ ในพื้นที่ โดย รพ. สต. กับ ภาคีเครือข่าย ขาดการเชื่อมโยงหรือบูรณาการการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมกับ พมจ. สสจ. อปท. และองค์กรอื่นๆ มีการทำงานแบบแยกส่วน ไม่ได้มองในภาพการทำงานระดับอำเภอ แต่ทำเฉพาะในพื้นที่ตำบลเท่านั้น

4.3 ขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ ในชุมชน โดยองค์กรสาธารณสุข พม. อปท. ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุ ไม่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุ และไม่ได้วิเคราะห์นโยบาย ศักยภาพ ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดและความต้องการของชุมชนในแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง อาทิ ท้องถิ่นมีงบประมาณแต่ภาระงานมาก หน่วยงานสาธารณสุขมีกำลังคน ส่วนชุมชนมีผู้นำชุมชน คณะกรรมการ พระ ครูเป็นกำลัง

4.4 การสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงานด้านต่างๆ ไม่เพียงพอ ประกอบด้วย

(1) เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องเจาะน้ำตาล

(2) สถานที่ให้บริการคับแคบ สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อความสะดวกสบายของผู้มารับบริการ

(3) ฐานข้อมูลผู้สูงอายุไม่เป็นระบบ ใช้ประโยชน์ได้เฉพาะบางองค์กรหรือหน่วยงานเท่านั้น ไม่สามารถเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้

(4) สวัสดิการที่มีอยู่ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากลำบากอย่างแท้จริง ภาครัฐยังให้ความช่วยเหลือไม่ตรงกับกลุ่มที่เดือดร้อนหรือยากลำบากจริงๆ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีผลประโยชน์ทางการเมืองแอบแฝง

4.5 ปัญหาความร่วมมือของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

(1) ปัญหาความร่วมมือของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุไม่พึ่งตนเอง ไม่ช่วยตนเอง ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่อยากไปรับบริการสุขภาพ ขาดการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ รอคอยช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว รวมทั้งไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจากอายุมาก มีปัญหาสุขภาพ/พิการ ต้องเฝ้าบ้านเลี้ยงหลาน และมีความยากลำบากในการเดินทาง

(2) ปัญหาความร่วมมือของครอบครัว ญาติ หรือผู้ดูแล กล่าวคือ บุตรหลานไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ให้คนอื่นเข้าบ้าน ไม่พอใจที่หน่วยงานเข้ามาช่วยเหลือเพราะกลัวคำครหาว่าลูกหลานไม่ดูแล หรือบางครอบครัวอับอายสภาพความเป็นอยู่ตนเอง และไม่เข้าร่วมอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงภาวะเครียด และขาดรายได้สำหรับที่จะต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ที่บ้าน คนที่ดูแลเนี่ย บางทีอยู่กันสองคนตายาย บางครั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงก็เครียด เค้าเองก็ไม่มีรายได้ ตรงนี้องค์กรท้องถิ่นต้องเข้าไปช่วยเหลือเค้าด้วย หรือทำอย่างไรที่ต้องดูแลแทน Caregiver ให้ดี เราอาจจะมองข้ามเค้าไป เค้าจะกลับมาเป็นผู้ป่วยในอนาคต ถ้าเรามองข้ามเค้า เค้าเครียดมาก ไหนจะเครียดด้านจิตใจ ไหนจะไม่มีรายได้ เค้าอยากมีรายได้เพิ่ม ฉะนั้นต้องสร้างงานให้เค้าทำที่บ้าน และมีตลาดให้เค้า โดยที่เค้าจะได้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างมีความสุข อย่างมองข้าม ตรงนี้สำคัญ”

(3) ปัญหาความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่รวมตัวกันอย่างผิวเผิน จัดตั้งหรือรวมกลุ่มขึ้นมาชั่วคราวกัน ทั้งสังกัด อบจ. สังกัดสภาผู้สูงอายุ และสังกัด รพ. สต. ในเวลาเดียวกัน บางครั้งประธานและสมาชิก ก็เป็นผู้สูงอายุคนเดียวกันทั้ง 3 สังกัดด้วย

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก

ข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่

5.1 กำหนดนโยบาย มาตรการ และสวัสดิการด้านสุขภาพให้ชัดเจน โดยจัดทำเป็นนโยบายระดับชาติที่มีกฎระเบียบ ข้อบังคับตามกฎหมายที่ชัดเจน และส่งมายัง รพ. สต. ให้เป็นเจ้าภาพดำเนินงานโดยตรง โดยมีแนวทางการทำงาน แนวทางให้การดูแลและช่วยเหลือต่างๆ ที่ชัดเจน ตั้งแต่ประสานงานกับเครือข่ายการทำงานต่างๆ ทั้ง รพ. ท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ เพื่อมอบหมายงาน กระจายงาน สนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน และพัฒนาศักยภาพ อาทิ มาตรการจัดสวัสดิการตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุฟรี หรือแบบเหมาจ่าย 2,000 บาทต่อคน โดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ว่าจะดำเนินการอย่างไร (อาทิ เจาะเลือดตรวจเบาหวาน ตรวจคลื่นหัวใจ) มาตรการจัดสวัสดิการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป และเมื่ออายุ 85 ปีขึ้นไปไม่ต้องมารับบริการที่สถานพยาบาล แต่จะให้เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ เยี่ยมบ้าน และดูแลสุขภาพที่บ้านผู้สูงอายุแทน ตลอดจนมาตรการจัดตั้งสวัสดิการชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุด้วยกันเอง

5.2 สร้างการมีส่วนร่วมและประสานความร่วมมือกับเครือข่ายการทำงานต่างๆ โดยมีเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานสร้างการมีส่วนร่วม และประสานความร่วมมือหรือขอความช่วยเหลือกับเครือข่ายการทำงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น พมจ. อปท. สถานศึกษา องค์กรศาสนา ผู้นำชุมชน จิตอาสา ผู้สูงอายุ ครอบครัว และคนในชุมชน ซึ่งใช้แนวคิดของการร่วมวางแผน ร่วมทำ และร่วมแก้ไข เพื่อให้การช่วยเหลือหรือดูแลกลุ่มประชากรสูงวัย ทั้งทางด้านสุขภาพ เยี่ยมบ้าน จัดสวัสดิการสังคม และสนับสนุนงบประมาณ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันเกิดขึ้นได้ ถ้าท้องถิ่นใด กับ รพ.สต. ใดให้ความสนใจ แล้วก็ได้แรงสนับสนุน อย่างเช่นจังหวัด อย่าง พมจ. อย่าง สสจ. ถ้าชุมชนใดเข้มแข็ง ได้แรงกระตุ้นจาก พมจ. มีแรงสนับสนุนเสริมจากสาธารณสุขตำบล ถ้าสาธารณสุขตำบลเข้มแข็งแล้วก็มีความคิดที่ดี สามารถที่จะขอความช่วยเหลือหรือสนับสนุนกับท้องถิ่นได้ ชุมชนนั้นก็จะได้ ส่วนกลางมีงบประมาณสนับสนุนเต็มที่มาอยู่ที่ท้องถิ่น ด้านสังคมโดยเฉพาะ พมจ. ให้เค้าเป็นเพียงฝ่ายวิชาการ มาส่งเสริม คอยไป Train ให้กับท้องถิ่น กับนายกเทศมนตรี ปลัด หรือสมาชิกสภา ไปให้การศึกษ ให้เค้ารู้ ส่วนฝ่ายปฏิบัติการ ฝ่ายคุณภาพชีวิตหรือส่งเสริมสุขภาพก็จะเป็น รพ.สต. แล้วก็ฝ่ายสังคมก็ต้องเป็นของท้องถิ่น ผมว่าถ้ากำหนดได้ งบประมาณส่วนกลางจัดให้มาท้องถิ่นเลย กำหนดเลยว่าคุณมี 10 บาททำเลย 3 บาท ทำได้เลย ไม่ใช่เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น”

5.3 ร่วมประชุม ปรึกษาหารือ และเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานร่วมกัน โดยองค์กรด้านสาธารณสุข พมจ. อปท. ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ อสม./อผส. และผู้สูงอายุ ต้องมีส่วนร่วมในการประชุม ปรึกษาหารือ พุดคุย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุ โดยร่วมกันวิเคราะห์บทบาท ศักยภาพ สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการเชิงพื้นที่อย่างแท้จริง พร้อมทั้งร่วมวางแผนนโยบาย และมาตรการในดำเนินงานดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพื่อจะได้มีแนวทางการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน อาทิ ท้องถิ่นมีสวัสดิการ/งบประมาณแต่ภาระงานมาก หน่วยงานสาธารณสุขมีกำลังคน ส่วนชุมชนมีผู้นำชุมชน คณะกรรมการ พระ และครูเป็นกำลังสนับสนุน

5.4 ส่งเสริมและสนับสนุนด้านการจัดการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ คือ จัดอบรม ให้ความรู้กับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพอย่างยั่งยืน โดยให้ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน อาทิ

(1) สร้างความตระหนักหรือสร้างวัฒนธรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งคนรวย/คนยากไร้ ให้ช่วยเหลือตนเอง ดูแลตนเอง ฟังตนเองให้มากที่สุด และเตรียมความพร้อมให้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีความสุข

และมีคุณภาพ อาทิ ส่งเสริมสุขภาพ ชะลอความเสื่อม ส่งเสริมการออม สร้างงานหรือรายได้ ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ให้กับคนในชุมชน ดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้าน ตลอดจนให้ความร่วมมือ ยอมรับความช่วยเหลืออย่างเต็มใจ และสมัครใจเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทัศนศึกษา ศึกษาดูงาน หรือกิจกรรมอื่นๆ

(2) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในชุมชนดูแลกันเอง อาทิ ผู้สูงอายุสุขภาพแข็งแรง จำนวน 1 คน เป็นจิตอาสาเยี่ยมเยียน ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม จำนวน 5 คน โดยมีค่าตอบแทนจากเงินส่วนกลางของชุมชน ตลอดจนการรวมกลุ่มผู้สูงอายุให้เข้มแข็งโดยจัดตั้งเป็น “ชมรมผู้สูงอายุ” ที่มีกฎเกณฑ์ ระเบียบ หรือข้อบังคับที่สามารถบริหารจัดการเองอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย มีผู้นำที่มีความรู้ความสามารถ และมีสมาชิกกลุ่มที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมทุกเดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มข้าราชการบำนาญที่มีศักยภาพ ความรู้ความสามารถ และเครือข่ายความร่วมมือทางสังคมมาก ทั้งนี้ ให้ภาครัฐทำหน้าที่ประสาน และสนับสนุนงบประมาณดำเนินการต่างๆ

5.5 การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยจัดอบรมให้ความรู้ทางวิชาการด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ อปท. สนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน สถาบันการศึกษา (มหาวิทยาลัย) สนับสนุนความรู้ทางวิชาการแก่บุคคลต่างๆ ในชุมชน อาทิ เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้สูงอายุ และคนในชุมชน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพ การสร้างงานหรือรายได้ หรือสวัสดิการที่พึงจะได้รับ อาทิ

(1) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่หรือบุคลากร โดยเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้ทางวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น โดยให้ภาครัฐ (มหาวิทยาลัย) สนับสนุนวิชาการ จัดอบรมเสริมศักยภาพ ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

(2) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพจิตอาสาหรืออาสาสมัครต่างๆ โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง อาทิ การเยี่ยมบ้าน ตรวจสอบสุขภาพ และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณ ค่าตอบแทน (ค่าน้ำมัน) เดือนละ 600 บาท และมีเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน โดยมี รพ. สต. เป็นพี่เลี้ยง ตลอดจนการสร้าง อพส. ที่ไม่ใช่ อสม. เพื่อจะได้มีคนจิตอาสาทำงานในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น

(3) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ทั้งระดับครอบครัวและชุมชน ได้แก่

- ปลุกฝังค่านิยมในการพึ่งตนเองของสถาบันครอบครัว ให้รู้จักช่วยเหลือตนเอง เตรียมตัว และเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ พร้อมทั้งปลุกฝังค่านิยมในการดูแลผู้สูงอายุ การเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญผู้สูงอายุ โดยผ่านกระบวนการจัดอบรมให้ความรู้ในด้านต่างๆ ตลอดจนจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว เช่น พาผู้สูงอายุพร้อมสมาชิกในครอบครัวทัศนศึกษา ท่องเที่ยว ศึกษาดูงาน ฟังเทศน์ฟังธรรม เลี้ยงอาหารและดูแลสุขภาพ หรือทำกิจกรรมอื่นๆ ร่วมกัน
- สร้างความเข้มแข็งของชุมชน คือ พัฒนาคณะครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ และชุมชนให้เข้มแข็ง โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชน ทั้งอาสาสมัคร ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และคนในชุมชน

เห็นความสำคัญ เข้าใจในตัวผู้สูงอายุ ให้ความร่วมมือ และจัดทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน โดยอาศัยการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ เช่น สสอ. สนับสนุนวิชาการ อปท. สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ เป็นต้น

ตั้งคำถามที่ว่า

“เมื่อก่อนสังคมไทยเป็นสังคมครอบครัว ทำให้เราไม่ปลูกฝังตั้งแต่เด็ก ซึ่งตรงนี้กระทรวงศึกษาธิการเวลาเราดูมีลูกเข้าหลายคนเลี้ยงแม่ไม่ได้ เป็นไปได้ไหมที่เราจะต้องปลูกฝังตั้งแต่เด็ก เรื่องการทดแทนบุญคุณ ในเรื่องการทอดทิ้ง บางประเทศเค้ามีกฎหมาย ถ้าทอดทิ้งบุพการีจะมีโทษ แต่เมืองไทยเราเป็นเรื่องปกติ ประเด็นแรกก็คือต้องปลูกฝังตั้งแต่เด็กให้รู้จักบุญคุณ ลูก 10 กว่าคนแม่คนเดียวเลี้ยงไม่ได้ มันไม่ใช่สังคมไทย”

“การเตรียมความพร้อมของครอบครัวผู้สูงอายุ ตรงนี้ทำในวัย 50-59 ปี ถ้าไม่เตรียมความพร้อมในประเด็นการชะลอความเสื่อม คือ สร้างความตระหนักให้รู้ว่าพออายุ 60 ปี ความเสื่อมต่างๆ ก็จะตามมา คิดว่าจะช่วยได้เยอะเลย อีกประเด็นคือในเรื่องของการออม คือ ถ้าอายุ 60 ปีแล้วถ้าไม่มีรายได้อย่างที่เคยทำงานได้ คิดอย่างไร เราจะมีวิธีออมอย่างไร จริงๆ แล้วอยากเห็นผู้สูงอายุในอนาคตมรดกเยอะๆ คิดว่าถ้ามีมรดกเยอะๆ ลูกหลานอาจจะดูแล”

5.6 จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและสมบูรณ์ โดยสำรวจข้อมูล และจัดเก็บข้อมูลในเชิงลึก พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหาความต้องการ และจัดทำฐานข้อมูลให้เป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การออกแบบกระบวนการให้ความช่วยเหลือและดูแลให้ตรงกับความต้องการของแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริงต่อไป

5.7 การสนับสนุนทรัพยากรดำเนินงานด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 6 เรื่อง ได้แก่

(1) สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ อาทิ ให้ พม. เพิ่มค่าตอบแทนจาก 600 บาทเป็น 1,000 บาทต่อเดือน หรือสนับสนุนค่าตอบแทนหรือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นแก่ อสม. อสส. และ อผส. เช่น ค่าน้ำมัน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน สำรวจข้อมูล เยี่ยมบ้าน ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และงานด้านเอกสาร

(2) สนับสนุนเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นกับการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะเลือดตรวจน้ำตาล ยารักษาโรค และพันปลอม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการลงพื้นที่ เยี่ยมบ้าน และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

(3) จัดหาเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ออกกำลังกายให้กับชุมชน โดยให้ อปท. สนับสนุนงบประมาณ จัดหาและติดตั้งไว้ที่ รพ.สต. อาทิ ลู่วิ่ง เครื่องปั่นจักรยาน และอุปกรณ์ทำกายภาพบำบัด

(4) จัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยช่วยเหลือซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ปรับห้องน้ำห้องส้วมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มอบของใช้ที่จำเป็นต่างๆ จำพวกรถเข็น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป

(5) จัดตั้งสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ “บ้านพักคนชรา/บ้านพักผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุตลอดชีพ” ดำเนินงานให้เป็นมาตรฐาน รองรับผู้สูงอายุกรณีที่ถูกทอดทิ้งและไม่มีผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง อำเภอละ 1 แห่ง “ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Day Care)” ดำเนินงานกรณีผู้สูงอายุไม่มีบุตรหลานหรือผู้ดูแลที่บ้าน โดยให้มาส่งผู้สูงอายุตอนเช้าและมารับกลับตอนเย็น ภายในศูนย์ฯ มีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ทำอย่างหลากหลาย อาทิ ส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมอาชีพ และสร้างสัมพันธ์ภาพครอบครัว พร้อมมีจิตอาสาให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

และ “คลินิกผู้สูงอายุ” โดยจัดตั้งเป็นศูนย์บริการหรือช่องทางพิเศษสำหรับให้บริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ซึ่งสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีคุณภาพ เท่าเทียม และเสมอภาค

(6) สนับสนุนบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อที่จะสามารถเดินทางไปรับบริการที่สถานพยาบาลตามกำหนดเวลาหรือกรณีฉุกเฉิน ซึ่งอาจจะเป็นรถเคลื่อนที่ในชุมชนหรือชุมชนใกล้เคียง

สรุปและอภิปรายผล

การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากขององค์กรสาธารณสุขในพื้นที่ ผู้ที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้กล่าวว่า มีนโยบาย มาตรการ และแผนงานในการดำเนินงานช่วยเหลือและดูแลกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว ซึ่งได้ระบุไว้อย่างชัดเจนตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปณิญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ตลอดจนสวัสดิการชุมชนต่างๆ ที่ได้ดำเนินการคู่ขนานกันไปด้วย อาทิ การดูแลมิติด้านประชากรและเศรษฐกิจเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย การดูแลคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่เป็นภาระของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ส่วนการดูแลในมิติด้านสุขภาพก็เป็นบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ สังกัดอย่างหลากหลาย ซึ่งก็มีความเหลื่อมล้ำและซ้ำซ้อนในการทำงานกันบ้างในบางมุมบางมิติ ทั้งนี้ “บทบาทขององค์กรสาธารณสุขกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก” ได้ระบุไว้ให้แต่ละกรม กอง หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ ตั้งแต่ระดับ สสจ. สสอ. รพ. รพ.สต. ศสข. และ ศบส. ดำเนินงานในเรื่องต่างๆ โดยหากพิจารณาจากมิตินโยบาย มาตรการ แผนงาน และสวัสดิการที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากที่ปรากฏอยู่ พบว่า การจัดการดูแลดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือและดูแลให้ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปทุกเพศทุกกลุ่ม ตามสิทธิหรือสวัสดิการที่พึงได้รับ ซึ่งมีข้อมูลเช่นเดียวกับผลสรุปที่ได้การศึกษาในครั้งนี้จำนวน 7 เรื่อง คือ (1) การให้บริการสุขภาพเชิงรับ (2) การให้บริการเชิงรุกในชุมชน (3) การสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงาน (4) การจัดอบรมให้ความรู้คำแนะนำด้านสุขภาพ (5) การประชาสัมพันธ์และแจ้งข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ (6) การส่งเคราะห์ช่วยเหลือและดูแล และ (7) การบูรณาการและประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ แต่หากจำเพาะเจาะจงไปที่การจัดการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุประสบความยากลำบาก อธิบายได้ว่าองค์กรสาธารณสุขในพื้นที่มีบทบาทที่ปรากฏอย่างเด่นชัด จำนวน 3 กลุ่มบทบาท 13 กิจกรรม ดังนี้

1. บทบาทการสำรวจข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานข้อมูล ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ สำรวจข้อมูลหรือจัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์และจัดกลุ่มตามเป้าหมาย (ติดสังคม/ติดบ้าน/ติดเตียง) ประเมินปัญหาและความต้องการ พร้อมจัดทำรายงานข้อมูลและฐานข้อมูล

2. บทบาทการจัดการดูแลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ ให้บริการสุขภาพตามสิทธิการรักษา ให้บริการเชิงรุกในชุมชนโดยออกหน่วยเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้คำแนะนำด้านสุขภาพ จัดสวัสดิการสงเคราะห์ บูรณาการและประสานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายการดูแล

3. บทบาทประสานการช่วยเหลือและดูแล ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ ประสานการมอบเบี้ยยังชีพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประสานการจัดสวัสดิการสงเคราะห์กับองค์กรพัฒนาสังคมหรือพัฒนาชุมชน ประสานการให้บริการเชิงรับและเชิงรุกกับองค์กรสาธารณสุขระดับต่างๆ และประสานการจัดกิจกรรมอื่นๆ

หากจำแนกบทบาทขององค์กรสาธารณสุขแต่ละระดับเป็นหน่วยงานระดับนโยบายและหน่วยงานระดับปฏิบัติ อธิบายได้ว่า “หน่วยงานระดับนโยบาย” แม้ว่าจะพยายามขับเคลื่อนและแสดงบทบาทให้สอดคล้องกับบทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีระบบปฏิบัติการ 4 เรื่อง คือ ระบบบริการสุขภาพ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการควบคุมป้องกันโรค และระบบการคุ้มครองผู้บริโภค (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ, 2554) แล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถบรรลุบทบาทหลักที่กำหนดไว้ได้ เนื่องมาจากประสบกับปัญหาอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการทำงานที่สำคัญ ก็คือ เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงานหรือขาดความเป็นเอกภาพในการจัดการสุขภาพของคนไทยร่วมกัน ขาดการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่ รวมทั้งอัตรากำลังและองค์ความรู้ไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้การจัดการบริการสุขภาพไม่สามารถครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น “หน่วยงานระดับปฏิบัติ” ในพื้นที่จึงจำเป็นต้องแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน ดังเช่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช (2558) ที่ได้เสนอแนะให้ต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ประเมินบริการที่จำเป็นและประสานแผนการดูแลที่พัฒนาขึ้น และจัดกลุ่มให้บริการเพื่อนำไปสู่การออกแบบการให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการครอบคลุมเชิงสังคมและเชิงเทคนิคบริการ ครอบคลุมบริการที่จำเป็น และสามารถเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับได้ ตั้งแต่การบริการสุขภาพในสถานพยาบาล การดูแลระยะกลางที่เชื่อมระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน และการดูแลระยะยาว (โปรดพิจารณาเพิ่มเติม ชาญชัย จันดี และธีระ ฤทธิรอด, 2558)

ทั้งนี้ องค์กรสาธารณสุขในพื้นที่ ได้จัดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ประสบภาวะยากลำบาก โดยเน้นกลุ่มที่ประสบปัญหาสุขภาพและการดำเนินชีวิต ตั้งแต่การสำรวจข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล จัดกลุ่ม ประเมินปัญหาและความต้องการ จัดทำรายงานข้อมูลหรือฐานข้อมูล พร้อมรายงานไปยัง อปท. เพื่อการจัดการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับสุพัตรา ศรีวิษชากร และคณะ (2556) ที่ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามสภาพร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มติดสังคม (กลุ่มที่มีศักยภาพ พึ่งตนเองได้หรือช่วยเหลือตัวเองได้มาก) (2) กลุ่มติดบ้าน (กลุ่มที่พอช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลางหรือพึ่งตนเองได้บ้าง) และ (3) กลุ่มติดเตียง (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย พึ่งตนเองไม่ได้หรือต้องการความช่วยเหลือ) ซึ่งในกลุ่มติดเตียงนี้ วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (2553) ได้กล่าวถึงกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้ายที่เป็นกลุ่มประสบความลำบากในระดับมาก ที่จะต้องมีการพิจารณาช่วยเหลือกรณีพิเศษ อาทิ พื้นฟูสมรรถภาพ จัดบริการเยี่ยมบ้าน ประเมินปัญหาและความต้องการ พร้อมจัดกลุ่มดูแลโดยจัดสวัสดิการสงเคราะห์ต่างๆ อาทิ มอบเงิน สิ่งของ เครื่องใช้และอุปกรณ์ที่จำเป็น รวมไปถึงการบูรณาการและประสานความร่วมมือภาคีเครือข่ายการดูแลต่อไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากจำเป็นต้องอาศัยหลักจรรยาบรรณในวิชาชีพ ควบคู่กับหลักคุณธรรม จริยธรรม รวมทั้งพิจารณาตามหลักมนุษยธรรมของบุคลากรแต่ละบุคคลที่รับผิดชอบการทำงานด้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ด้อยโอกาสด้วย เพื่อที่จะทำให้การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากบรรลุวัตถุประสงค์

และประสบผลสำเร็จไปด้วยดี (โปรดพิจารณาเพิ่มเติม กวินารัตน์ สุทธิสุขนธ์ จุฑาธิป ศีลบุตร จิราพร ชมพิกุล เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และสมชาย วิริภิมย์กุล, 2559)

ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการทำงานขององค์กรสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานระดับปฏิบัติในพื้นที่ ก็คือหน่วยงานบริการปฐมภูมิ ทั้ง รพ.สต./ศสช./ศบส. นั้นมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบงานครอบคลุม 8 เรื่อง (ฉวีวรรณ ชมภูษา, 2555) คือการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค พื้นฟูสภาพงานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานสนับสนุนต่างๆ งานวิชาการ งานบริหารและธุรการ แต่ทั้งนี้ ก็ต้องปฏิบัติงานต่างๆ เกินภาระงานที่กำหนด (Work Load) เนื่องจากในบางครั้งจำเป็นที่จะต้องเข้าร่วมกิจกรรมตามเทศกาลของชุมชน เข้าร่วมเวทีประชุมต่างๆ และรับงานที่เป็นนโยบายเร่งด่วนเข้ามาปฏิบัติในพื้นที่ ก็ย่อมส่งผลกระทบต่อภาระงานประจำที่ปฏิบัติอยู่อย่างแน่นอน ซึ่งในสวนนี้มีความเกี่ยวเนื่องและเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านอัตรากำลังของบุคลากร และองค์ความรู้ไม่เพียงพอ รวมทั้งขาดการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายการทำงานต่างๆ ดังนั้น องค์กรสาธารณสุข จึงควรให้ความสำคัญอย่างจริงจังและต่อเนื่องในการสนับสนุนอัตรากำลังบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ ให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามบทบาทที่คาดหวังไว้ ตลอดจนการประยุกต์ใช้แนวคิดของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ ที่ระบุไว้ในคลังความรู้ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช (2558) จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบบริการสะดวกและง่าย (2) ดูแลอย่างต่อเนื่อง (3) บริการแบบผสมผสานให้การดูแลที่ครอบคลุมหลากหลายมิติ (4) ดูแลแบบองค์รวม (5) ประสานการดูแลร่วมกับหน่วยงานบริการสุขภาพระดับสูง และ (6) เสริมพลังชุมชนโดยสนับสนุนให้ชุมชน ครอบครัว ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างและพัฒนาคนทำงานด้านสาธารณสุขในชุมชนเพิ่มเติม ก็คือ “อสม.” เพื่อเป็นชุมชนกำลังที่มีความสามารถในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนการทำงานให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อีกทางหนึ่ง ดังเช่นโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2550) ที่ได้กล่าวว่า อสม. มีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน สார்วจข้อมูลหมู่บ้าน และรณรงค์ควบคุมโรคต่างๆ รวมทั้งงานที่จำเป็นต้องใช้เวลาต่อเนื่องและไม่เป็นเวลา อาทิ ส่งต่อผู้ป่วย ให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนหรือรักษาผู้เจ็บป่วยเบื้องต้น และงานอนามัยสิ่งแวดล้อม (โปรดพิจารณาเพิ่มเติม ดวงรัตน์ นิลนนท์ และพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, 2556; เรื่องศักดิ์ ดิลกลาก และวิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์, 2556)

ทั้งนี้ เมื่อองค์กรสาธารณสุขแต่ละระดับต่างก็มีบทบาทในการให้บริการและรับผิดชอบในการจัดการดูแล ตั้งแต่รับนโยบาย สนับสนุนทรัพยากรดำเนินงาน บริการเชิงรับในสถานบริการและบริการเชิงรุกในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จิตอาสา ผู้สูงอายุ รวมทั้งประสาน เชื่อมโยงและบูรณาการเครือข่ายการทำงานกับองค์กรต่างๆ ทั้งบูรณาการคน-บูรณาการงาน-บูรณาการเงิน ส่วนผู้สูงอายุแต่ละคนต่างก็มีความต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ให้คุณค่าและยอมรับจากครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อให้ตนเองมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่ทำงานสังกัดองค์กรสาธารณสุข จึงควรที่จะทำความเข้าใจ ให้ความสำคัญ และตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสพภาวะยากลำบากในด้านต่างๆ อย่างตรงจุดเป็นสำคัญ (โปรดพิจารณาเพิ่มเติม วิไลลักษณ์ พรหมเสน และอัจฉริยา ครุธาโรจน์., 2559)

ข้อเสนอแนะ

(1) บูรณาการระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก เน้นบูรณาการระบบบริการใน 2 ส่วน คือ บูรณาการเครือข่ายการทำงานต่างๆ ทั้งองค์กรสาธารณสุข ท้องถิ่น พัฒนาสังคม อาสาสมัคร ชมรมผู้สูงอายุ และครอบครัว ควบคู่กับบูรณาการระบบบริการสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ เพื่อให้การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากเป็นไปอย่างมีระบบและชัดเจน

(2) จัดสวัสดิการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากอย่างเป็นธรรม มีระบบและต่อเนื่อง โดยค้นหาผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากและควรได้รับความช่วยเหลือจริง พร้อมจัดทำฐานข้อมูล และจัดลำดับความสำคัญในการสงเคราะห์ต่างๆ อาทิ ให้เงินช่วยเหลือตามเกณฑ์ความยากไร้/ขัดสน ให้บริการสุขภาพเชิงรุก

(3) ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก โดยจัดอบรมให้ความรู้ด้านต่างๆ แก่สมาชิกในครอบครัวหรือบุตรหลาน ให้เป็นผู้ดูแลที่มีคุณภาพอย่างเหมาะสมและถูกต้องตามหลักวิชาการต่างๆ พร้อมทั้งมีมาตรการสร้างแรงจูงใจให้ครอบครัวรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น อาทิ ลดหย่อนภาษี/ลดรายจ่ายค่าน้ำค่าไฟกรณีเลี้ยงดูผู้สูงอายุ และเพิ่มวันลากรณีดูแลผู้สูงอายุที่ป่วย

(4) ส่งเสริมและพัฒนาจิตอาสาเพื่อจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากในชุมชน โดยการสร้างกลุ่มจิตอาสาที่ผ่านกระบวนการเสริมศักยภาพ และเชื่อมโยงเครือข่ายเพื่อดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีปัญหา พร้อมสนับสนุนทรัพยากรในการทำงานต่างๆ ทั้งนี้ต้องมีการควบคุม ติดตาม ประเมินผล และเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กลุ่มสามารถขับเคลื่อนอย่างมีระบบและยั่งยืน

(5) ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก ผ่านกระบวนการสร้างความร่วมมือระหว่างนักวิจัยกับชุมชน ทั้งบุคลากรองค์กรสาธารณสุข ท้องถิ่น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และสมาชิกในชุมชนทุกกลุ่ม ได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ ประเมินความต้องการที่เหมาะสมและตรงตามบริบทของชุมชน เพื่อนำไปสู่กระบวนการลงมือปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมกันของชุมชนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากได้อย่างยั่งยืนอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่ให้การสนับสนุนสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร รองศาสตราจารย์ ดร. จิตตินันท์ เดชะคุปต์ และนักวิชาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัว และองค์กรต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้แทนองค์กรสาธารณสุขในพื้นที่ 10 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมา ชลบุรี สุพรรณบุรี นครศรีธรรมราช สงขลา กรุงเทพมหานคร และนนทบุรี ที่ได้กรุณาในการให้ข้อมูล ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กวีนารัตน์ สุทธิสุขคนธ์ จุฑาธิป ศิลบุตร จิราพร ชมพิกุล เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล และสมชาย วิริภิมย์กุล. (2559). คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 9(3), 20 – 35.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพปัญญาวิทย์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์. (2550). อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(3-4), 268-279.
- เกียรติกศักดิ์ ชื่อเลื่อม. (2552). *องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ*. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- เกียรติกศักดิ์ ธรรมอภิพล กวีนารัตน์ สุทธิสุขคนธ์ และสมชาย วิริภิมย์กุล. (2556). รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารพญดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556*, 14(1), 49-61.
- เกียรติกศักดิ์ ธรรมอภิพล จุฑาธิป ศิลบุตร จิราพร ชมพิกุล กวีนารัตน์ สุทธิสุขคนธ์ และสมชาย วิริภิมย์กุล. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความยากลำบากของครอบครัวผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 10(4), 414 - 426.
- คลังความรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช. (2558). *สุขภาพ: บทบาทบุคลากรสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21*. สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2560, จาก <http://61.19.73.142/km/?p=1202>.
- ชาญชัย จันดี และธีระ ฤทธิรอด. (2558). การวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลไพร อำเภอบึงนาราง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 8(3), 46-59.
- ฉวีวรรณ ชมภูเข. (2555). บทบาทของของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 5(2), 98-107.
- ดวงรัตน์ นิลนนท์ และพิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์. (2556). การประเมินผลการดำเนินงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลไพร. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 6(1), 86 – 96.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2551). *การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย*. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ และสายศิริ ตำนวัฒน์. (2554). *บทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21*. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสหพัฒนาไพศาล.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). *การดูแลผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2559, จาก <http://haamor.com/th/การดูแลผู้สูงอายุ/#article101>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มสผส.). (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

- เรืองศักดิ์ ดิลกกลาก และวิลาวรรณ พันธุ์ฤกษ์. (2556). การประเมินผลการดำเนินงานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลช่องสามหมอ. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 6(1), 111- 125.
- วิไลลักษณ์ พรหมเสน และอัจฉริยา ครุฑาโรจน์. (2559). บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดลำปางต่อการส่งเสริมการมีงานทำและการสร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุ. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 10(2), 70 – 91.
- วรรณภา ศรีธีธรรณ์ และลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: บริษัท สมมิตรพรีนติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สมาคมส่งเสริมธุรกิจบริการผู้สูงอายุไทย. (2556). สานั้จากนายก. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2559, จาก <http://www.ผู้สูงอายุไทย.com/hermes.php>.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร จิราพร ชมพิกุล จุฑาธิป ศีลบุตร กวินารัตน์ สุทธิสุนทร เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล และสมชาย วิริภิมย์กุล. (2556). *การวิเคราะห์สถานการณ์และศึกษานโยบายมาตรการในการจัดระบบสวัสดิการสังคมที่จำเป็นสำหรับครอบครัวผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก กรณีศึกษา : ครอบครัวผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพังและครอบครัวผู้สูงอายุอาศัยตามลำพัง*. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 12 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *สวัสดิการชุมชนแห่งการพึ่งพาตนเอง*. *สงขลา: สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 12 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์*.
- สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยรามคำแหง. (2549). *Link หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2559, จาก http://www.lib.ru.ac.th/journal/apr/apr13_op_organization.html.
- เอลเดอร์แคร์ไทยแลนด์. (2559). *องค์กรเครือข่ายภาครัฐด้านผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2559, จาก <http://www.eldercaethailand.com/content/view/218/28/>.

Translated Thai References

- Chomphookhao, C. (2012). The Roles of Health Officers in Health Promoting Tambon Hospital Kalasin Province. *Research and development health system*, 5(2), 98-107. (In Thai).
- Chuengsatiansup, K. & Suksuth, P. (2007). Health Volunteers in the Context of Change : Potential and Developmental Strategies. *Journal of Health Systems Research*, 1(3-4), 268-279. (In Thai).
- Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. (2010). *The Act on the Elderly, B.E.2546 (2003 A.D.)*. Bangkok: Theppenvanich Printing. (In Thai).

- Diloklarp, R. & Phanpruak, W. (2013). Evaluation of Implementation of Welfare and Rights Protection of the Elderly in Chong Sam Mor Tamon Administrative Organization's Area of Jurisdiction. *Local Administration Journal*, 6(1), 111 – 125. (In Thai).
- Eldercare Thailand. (2016). *Government Network for the Elderly*. Retrived December 13, 2016, from <http://www.eldercarethailand.com/content/view/218/28/>. (In Thai).
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2015). *The Situation of the elderly Thailand B.E. 2557*. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Company Limited. (In Thai).
- Jandee. C. & Rittirod, T. (2014). Planning for Old Age in Phrai Sub-District Administrative Organization, Khun Han District, Sisaket Province. *Local Administration Journal*, 8(3), 46 – 59. (In Thai).
- Jitramontree, N. & Thayansin, S. (2551). *The reviewed literature of knowledge and guidelines to welfare system for elders in Thailand*. (Research Report). Bangkok: Mahidol University. (In Thai).
- Jongudomsuk, P., Srisasalux, J. & Danwattana, S. (2011). *Suggestion Synthesize of the Role played by the Ministry of Health in the 21st century*. Nonthaburi: Saha Pattana Paisal Co., Ltd. (In Thai).
- Knowledgebase of Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat. (2015). Health: The role of public health personnel in the 21st Century. Retrived January 19, 2017, from <http://61.19.73.142/km/?p=1202>. (In Thai).
- Nilnon, D. & Kamnuansilpa, P. (2013). Evaluation of Performance of Volunteer Home-based Care Providers for the Elderly by the Hua Sai Tambon Administrative Organization. *Local Administration Journal*, 6(1), 86-96.
- Promsen, W. & Krautharot, A. (2017). Role of the Local Administrative Organization in Lampang Province on the Elders Job and Income Earnings Promotion. *Local Administration Journal*, 10(2), 70 - 91. (In Thai).
- Kraiphikul, P. (2014). *Elderly care*. Retrived December 13, 2016, from <http://haamor.com/th/การดูแลผู้สูงอายุ/#article101>. (In Thai).
- Ramkhamhaeng University Library. (2006). *Link: Organizations Related to the Working Elderly*. Retrived December 13, 2016, from http://www.lib.ru.ac.th/journal/apr/apr13_op_organization.html. (In Thai).

- Srithanyarat, W. & Damrikarnlerd, L. (2010). *Knowledge Management and Synthesize the Guidelines of the District Health Promotion Hospital: Service Guidelines for the Elderly*. Nonthaburi: Sahamitr Printing&Publishing Co., Ltd. (In Thai).
- Srivanichakorn, S., Chompikul, J., Sillabutra, J., Suthisukon, K., Thamma-Aphiphol, K. & Viripiomgool, S. (2013). *Situation analysis of policies on essential social welfare for elderly families living with hardship: Case Studies among the elderly raising children alone and the elderly living together*. (Research Report). Bangkok: P.A. Living Limited. (In Thai).
- Sueluerm, K. (2009). *Local Government Organizations Provide Care and Assistance to the Elderly*. Bangkok: P.A. Living Limited. (In Thai).
- Suthisukon, K., Sillabuyra, J., Chompikul, J., Thamma-Aphiphol, K., & Vinipiomgool, S. (2016). Quality of Life of Elderly Families Facing with Difficulties. *Local Administration Journal*, 9(3), 20 - 35. (In Thai).
- Technical Promotion and Support Office 12, Ministry of Social Development and Human Security. (2016). *Community Welfare of Self-Reliance*. Songkhla: Technical Promotion and Support Office 12, Ministry of Social Development and Human Security. (In Thai).
- Thai Elderly Promotion&Health Care Association. (2013). *Message from President*.
Retrieved December 13, 2016, from <http://www.ผู้สูงอายุไทย.com/hermes.php>. (In Thai).
- Thamma-Aphiphol, K., Suthisukon, K. & Viripiomgool, S. (2013). Elderly Care Management Model. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 14(1), 49-61. (In Thai).
- Thamma-Aphiphol, K., Sillabutra, J., Chompikul, J., Suthisukon, K. & Viripiomgool, S. (2016). Factors Affecting Thai Elderly Families Hardship. *Journal of Health Systems Research*, 10(4), 414-426. (In Thai).