

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและ
กรุงเทพมหานคร

Good Model of Elderly Care in Family and Community in City and Bangkok

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ จิตรมนตรี

รองศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ

ดร. สาวิตรี ทยานศิลป์

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

บทสรุปผู้บริหาร

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ทำให้มีอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เคยปฏิบัติมาในอดีต อย่างไรก็ตามบางชุมชนและบางครอบครัวยังสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี การค้นหาและศึกษากลวิธีที่ทำให้ชุมชนและครอบครัวต้นแบบยังสามารถรับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุได้ดี จึงเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ การศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลระยะยาวของครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่าดี และศึกษากลวิธีจัดการในครอบครัวและชุมชน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งชุมชนและครอบครัวใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับ 3 หรือ 4 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุที่ดีจากชุมชน 2 แห่งคือ ชุมชนลือค 4-5-6 เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร และชุมชน 30 กันยาพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และในแต่ละชุมชนที่เลือกได้ศึกษาครอบครัวเชิงลึกชุมชนละ 2 ครอบครัวรวม 4 ครอบครัว ผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นหญิง 3 ราย ชาย 1 ราย อายุ 60-82 ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 2 ราย โรคหลอดเลือดสมองแตก 2 ราย ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันค่อนข้างมากหรือทั้งหมด สำหรับผู้ดูแลเป็นหญิง 2 ราย ชาย 2 ราย อายุ 25-72 ปี ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เป็นลูก 2 ราย เป็นสามี 1 รายและเป็นพี่สาว 1 ราย มีผู้ดูแลรับจ้างมาช่วย 2 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการศึกษาเอกสารเพื่อกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี การสัมภาษณ์ระดับลึก และการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการสังเกตกิจกรรมการดูแลในสถานการณ์จริง การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการถอดบทเรียนจากข้อมูลที่รวบรวมได้ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematic Analysis) ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน

ผลการถอดบทเรียนจาก 2 ชุมชนพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนเขตเมืองมีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี คือ การมีชุมชนที่เข้มแข็ง การมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิเคราะห์ตัวแบบจึงสรุปเป็นตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง ดังนี้

ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน

1. การมีชุมชนที่เข้มแข็ง
 - 1.1. ผู้นำเข้มแข็งและมีผู้สูงอายุต้นแบบ
 - 1.2. ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน
 - 1.3. การทำงานเป็นทีม
2. การมีระบบสนับสนุนที่ดีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - 2.1. ระบบสนับสนุนจากภาครัฐ
 - 2.2. ระบบสนับสนุนจากภาคเอกชนและอาสาสมัคร
3. การมีทุนทางสังคม
 - 3.1. การใช้แหล่งประโยชน์หลากหลาย
 - 3.2. ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยเข้มแข็ง
 - 3.3. ความกลมกลืนทางศาสนา
4. การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ
 - 4.1. การประหยัดค่าใช้จ่าย
 - 4.2. การแก้ปัญหการเดินทางของผู้สูงอายุ
5. การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 5.1. การให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูง ด้วยต้นทุนที่ต่ำ
 - 5.2. การใช้สถานที่ให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า
6. การบูรณาการบทบาทในชุมชน
 - 6.1. การเป็นกรรมการหลายชุด (สวมหมวกหลายใบ)
 - 6.2. เป็นทั้งแหล่งให้บริการและแหล่งเรียนรู้
7. การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว

ผลการถอดบทเรียนปัจจัยที่มีผลให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว 4 ครอบครัวในชุมชนเขตเมือง มีดังนี้ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานของความรัก หรือความกตัญญู มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาในอดีต และความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล การที่ผู้ดูแลหลักมอบความไว้วางใจดูแลผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลรับจ้าง การได้รับการสนับสนุนการดูแลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ผลการถอดบทเรียนดังกล่าว จึงสรุปเป็นตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวที่อยู่ในชุมชนเขตเมือง ได้ดังนี้

ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว

1. การคัดเลือกผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีความพร้อม
2. การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
 - 2.1. การรักษาความสะอาดของร่างกาย
 - 2.2. การดูแลการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ
 - 2.3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก แผลกดทับ ปอดอักเสบ การสำลักอาหาร
 - 2.4. การป้องกันความรู้สึกเสียใจ และสร้างความสุข
 - 2.5. การสร้างความรู้สึกรับคุณค่าทางอารมณ์
 - 2.6. การส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
 - 2.7. การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ
3. การดูแลบนพื้นฐานของความรัก ความห่วงใย ความกตัญญู และความรู้สึกรักภาคภูมิใจในความสามารถดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลัก
4. การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง
 - 4.1. การดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
 - 4.2. การดูแลจัดอาหารเฉพาะโรค
5. การจัดการสิ่งแวดล้อม
 - 5.1. ที่อยู่อาศัย
 - 5.2. อุปกรณ์ที่เอื้อต่อการดูแล
6. การที่ผู้ดูแลหลักมอบความไว้วางใจให้ผู้ดูแลรับจ้าง
7. การได้รับการสนับสนุนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - 7.1. ระบบสนับสนุนจากภาครัฐ
 - 7.2. ระบบสนับสนุนจากภาคเอกชนและอาสาสมัคร

จากผลการศึกษา เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมือง คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระดับชุมชน

1. ภาครัฐควรส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรและเพิ่มอัตรากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งเน้นให้มีการดำเนินการด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยพัฒนาตั้งแต่ระดับหลักสูตรการ

ฝึกอบรมเฉพาะทางในสถาบันการศึกษาพยาบาล จนถึง อสม. อสส. ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรกำหนดนโยบายในการสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลและอุปกรณ์การแพทย์ เพื่อลดภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแลของครอบครัว
3. รัฐควรกำหนดนโยบายให้มีระบบการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งศูนย์ฉุกเฉินขึ้นในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนยานพาหนะ และมีระบบสายด่วนสำหรับติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลหรือหน่วยเวชปฏิบัติ โดยให้ชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ
4. รัฐหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรพัฒนาระบบการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระดับตติยภูมิจนถึงระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
5. รัฐควรพัฒนาระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลกลับบ้าน (Transitional Care or Intermediate Care) เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นการเตรียมผู้ดูแลให้มีความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาล
6. งบประมาณ ควรบริหารจัดการจากภาครัฐสู่ชุมชน โดยการปรับหรือลดขั้นตอนในการพิจารณาโครงการและจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรทบทวนนโยบายในการจัดสรรทุนเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง
8. รัฐควรกำหนดนโยบายการประกันคุณภาพการฝึกอบรมผู้ดูแลรับจ้าง โดยผู้ดูแลรับจ้างต้องผ่านการฝึกอบรม ในหลักสูตรจากสถานประกอบการที่มีคุณภาพอย่างน้อย 4 เดือน
9. กระทรวงการศึกษา กระทรวงวัฒนธรรมและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรมีนโยบายเชิงรุกอย่างเข้มแข็ง ในการอนุรักษ์และส่งเสริมค่านิยมของความกตัญญูในสังคมไทย
10. ในอนาคตที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รัฐควรจัดหรือสนับสนุนภาคเอกชนให้จัดบริการที่พักอาศัยในชุมชน พร้อมบริการการดูแล ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาเช่าอยู่ในอาคารเดียวกัน เพื่อป้องกันการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวจากตลาดแรงงานมาดูแลผู้สูงอายุ

ระดับครอบครัว

1. การทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรจัดทำทะเบียนหรือฐานข้อมูลผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และกำหนดนโยบายให้ความช่วยเหลือ

2. กระทรวงแรงงานควรสนับสนุนระบบการทำงานที่บ้านให้กับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลที่มีศักยภาพในการทำงาน สามารถดูแลผู้สูงอายุและทำงานในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้ดูแล และป้องกันความเครียดจากการรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงอย่างเดียว
3. สถานบริการที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลพามาพบแพทย์ ควรจัดบริการแบบควบคู่กันไปเป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จ (one-stop service) คือ ดูแลปัญหาสุขภาพของทั้งผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่ออำนวยความสะดวกและคัดกรองปัญหาในการเดินทางมาพบแพทย์ของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

ระดับชุมชน

1. หน่วยเวชปฏิบัติควรเพิ่มศักยภาพ อสส./ อสม. ในการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยฝึกอบรมเรื่องการอุ้มยกพยุงผู้สูงอายุ การป้องกันและดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดขั้นพื้นฐาน การวัดความดันโลหิต การเจาะเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
2. เทศบาล/ สำนักเขตในกรุงเทพมหานคร ควรจัดโครงการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีมและการเสริมพลัง (Empowerment) รวมทั้งการเขียนโครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทุนสนับสนุนโครงการในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถดูแลตนเองได้ภายในชุมชน
3. ชุมชนสนับสนุนให้มีการจัดรายการวิทยุ/ รายการโทรทัศน์ หรือหอกระจายข่าวเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์เข้าไปซักถามพูดคุย ขอเพลงได้ เพื่อเชื่อมโยงผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ต้องจำกัดตัวเองอยู่ในบ้านกับโลกภายนอก
4. หน่วยเวชปฏิบัติจัดระบบโทรศัพท์สายด่วน เพื่อให้ผู้ดูแลโทรเข้ามาปรึกษาปัญหาต่างๆ
5. ชุมชนควรจัดทำโครงการอาสาสมัคร ช่วยเหลือด้านการซ่อมแซมที่อยู่อาศัยหรือดัดแปลงสิ่งแวดล้อม เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยประสานความร่วมมือจากผู้มีศักยภาพด้านการก่อสร้าง เช่น ช่างก่อสร้าง นักศึกษาโรงเรียนอาชีวะ
6. เทศบาล/ สำนักเขตในกรุงเทพมหานคร ควรจัดกิจกรรมสร้างความภาคภูมิใจ จิตสำนึกให้แก่สมาชิกในชุมชน ให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดูแลชุมชน เป็นแบบอย่างที่ดีแก่คนรุ่นหลัง อาทิ กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชน เพื่อนช่วยเพื่อน ใจถึงใจ
7. ชุมชนควรริเริ่มระบบบริหารจัดการอาหารที่มีมากมายในวัด ไปสู่ผู้สูงอายุและครอบครัวที่ขาดแคลน โดยดำเนินการในลักษณะการเยี่ยมเยียนจากชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้สึกในการรับอย่างมีศักดิ์ศรี

8. ชุมชนสร้างหรือพัฒนาให้มีศูนย์สุขภาพชุมชน หรือศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อให้บริการด้านสุขภาพ ด้านสังคม รวมทั้งฟื้นฟูสภาพและเป็นแหล่งเรียนรู้ทางด้านต่างๆ โดยการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
9. ชุมชนควรพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมให้มี ระบบการดูแลเวลากลางวัน (Day Care) การดูแลทดแทนชั่วคราว (Respite Care) และบริการการดูแลที่บ้าน (Home Care) เพื่อแบ่งเบาภาระการดูแลของครอบครัว และให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายจากความเครียด ช่วยประคับประคองให้ครอบครัวรับมือกับปัญหาผู้สูงอายุต่อไปได้นาน
10. เทศบาล/ สำนักเขตในกรุงเทพมหานคร สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน พัฒนาเครือข่ายระหว่างชุมชน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างนวัตกรรมขึ้นในชุมชน

ระดับครอบครัว

1. หน่วยเวชปฏิบัติพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว
 - 1.1. รูปแบบการอบรมควรเป็นบริการถึงบ้าน หรือจัดให้มีบริการดูแลทดแทนช่วงสั้นๆ โดยผู้ดูแลรู้สึกไว้วางใจ เพราะผู้ดูแลไม่สามารถละทิ้งผู้สูงอายุมาเข้ารับการอบรมหรือร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์มานานแล้ว กับผู้ดูแลที่เพิ่งเข้ามารับมือกับบทบาทควรได้รับการอบรมที่แตกต่างกัน
 - 1.2. จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน (Group Support) รวมทั้งชี้ให้เห็นประโยชน์ในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง
 - 1.3. จัดโครงการยกย่องและประกาศเกียรติคุณของผู้ดูแล เพื่อเสริมพลัง (Empowerment) ให้มีกำลังใจรับมือกับบทบาทผู้ดูแลต่อไป
2. หน่วยเวชปฏิบัติจัดโครงการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต
3. สถาบันการศึกษาทุกระดับ ควรสอดแทรกการส่งเสริมความอบอุ่นในครอบครัว และค่านิยมในการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยการมอบหมายงานให้นักเรียน/ นักศึกษา ได้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะปู่ย่าตายาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเมืองแบบหมู่บ้านจัดสรร
2. ศึกษาความเป็นไปได้ และแนวทางในการพัฒนาระบบบริการดูแลทดแทนชั่วคราว (Respite Care) และระบบบริการดูแลระยะออกจากโรงพยาบาลก่อนกลับบ้าน (Intermediate Care)

Executive Summary

The socioeconomic changes in Thai ageing society have impacts on the traditional care for elders. However, some communities and families are still able to provide good care for their elderly. Searching for good models of community and family care and exploring their strategies will be helpful to set up a long-term care plan for the ageing population. This qualitative study investigates the good models of community and family care for elders in an urban area and Bangkok. The purposes of the study were to investigate the lesson-learned from the community and family care for elders and to explore their strategies in providing good care. The purposive sampling was used to select the communities and families. The elders with dependency at levels 3 or 4 were included in the study. Two communities in an urban area selected for the study were the lock 4-5-6 community Klongtoey, Bangkok and the 30 Kunya Patana community, Muang District, Nakhornratchasima Province. In each community two families providing good care for elders were recruited for an in-depth study. The elderly subjects were 3 females and 1 male, aged 60-82 years, with dependency at levels 3 or 4. Two of the elderly subjects had cerebrovascular infarction and the other two had cerebrovascular hemorrhage. All of the elderly subjects need help in activities of daily living at the high level or completely. The primary informal caregivers of the elderly subjects were 2 females and 2 males, aged 25-72 years. They were 2 daughters, 1 son, and 1 husband of the elderly subjects. There were two paid caregivers support two families. The data collection included literature review, in-dept interview, observation, and focus group discussion with the elderly subjects and all formal and informal caregivers. The data analyses included exploring the lesson-learned, content analysis, and thematic analysis. The findings of the study of the good models of community and family care for the elders are as follows.

Factors related to good elderly care of community are community with strength actions, formal and informal support, social capital, the responses to elderly needs, efficient resource use, integral roles in community works, and data base of elders in the community. The lesson-learned from these communities could be summarized as the following indicators.

Indicators of good model of community care for elders

1. Community with strength actions
 - 1.1. Active community leaders and good role model elders
 - 1.2. Sense of belonging of community
 - 1.3. Team work

2. Formal and informal support
 - 2.1. Government sector
 - 2.2. Private sector and volunteer
3. Social Capital
 - 3.1. Various resources
 - 3.2. Thai value and culture
 - 3.3. The harmony of people with different religions
4. The responses to elderly needs
 - 4.1. Low cost services
 - 4.2. Transportation difficulty solving
5. Efficient resource use
 - 5.1. High efficiency services with low cost
 - 5.2. Center management with cost effectiveness
6. Integral roles in community works
 - 6.1. Serving on several committees (wearing many hats)
 - 6.2. Serving as a service center and a learning center
7. Data base of elders in the community

Factors related to good elderly care of family are good selection of family caregiver, holistic care, feeling of caring, care for chronic diseases, environmental modification, primary caregivers trust paid caregivers, and formal/ informal support. These findings could be concluded as indicators of the good model of family care for elders as follows.

Indicators of good model of family care for elders

1. Good selection of family caregiver
2. Holistic care including physical, psychological, social, and spiritual care
 - 2.1. Care for personal hygiene
 - 2.2. Care for bowel movement and voiding
 - 2.3. Prevent complications such as pressure sore, pneumonia, and respiratory aspiration
 - 2.4. Prevent sadness and promote happiness
 - 2.5. Secure mental health
 - 2.6. Promote social relation
 - 2.7. Care for spiritual health

3. Caregivers provide care with love, thoughtfulness, gratitude, and self-esteem of their success.
4. Cure and control chronic diseases
 - 4.1. Regular and continuing medication
 - 4.2. Nutrition control
5. Environmental modification
 - 5.1. Housing
 - 5.2. Caring Aids
6. Primary caregivers trust paid caregivers.
7. Formal and informal support
 - 7.1. Government sector
 - 7.2. Private sector and volunteer

To enhance good care for elders in families and communities, the following policies and practices are recommended.

Policy Recommendations

Community Level

1. The government should improve competencies and increase number of personnel caring for elders. The activities related to elderly care should be also encouraged. The specialty training program in elderly care for nurses and the training program in caring for elders for community health volunteers should be launched.
2. The National Health Security Office should support medical supplies and material for home care by indicating in the policy clearly.
3. The government should set up a policy for a transferring system for elders by initiating an emergency management center in the community, providing vehicles, and setting up a hotline telephone from homes to hospitals or primary care units. The community should take responsibility for this action.
4. The government or the National Health Security Office should develop an effective referral system from the tertiary care unit to the primary care unit. This system would support a continuing care for elders.
5. The government should develop a transitional care or intermediate care system for the elderly patients discharged from the hospital. This unit would care for the elderly patients who still need

some treatments from health personnel and also provide family caregivers a training program for home care. This intermediate care system would lower health care cost in the acute care unit.

6. The government should improve the process of allocating the budget to the community by reducing the steps and providing sufficient budget.
7. The National Health Security Office should increase support for health promotion and disease prevention budget. This support would make people in the community healthy.
8. The government should set up a policy for quality assurance of paid caregivers. The paid caregivers must take a training program from the training centers for at least 4 months.
9. The Ministry of Education and Ministry of Social Development and Human Security should set up a policy for preserving and promoting Thai social value of gratitude effectively.
10. In the future with increased number of elders, the government may need to provide or to encourage the private sector to provide housing for rent including home care for independent elders. This would prevent loss of family members from the task force.

Family Level

1. The Ministry of Public Health and Ministry of Social Development and Human Security should create a data base of family caregivers and launch a supporting system.
2. The Ministry of Labor should provide jobs for family caregivers to work at home. This system would enable the family caregivers to work while taking care of the elders at home. This system would provide the family caregivers increased income and prevent them from stress from solely taking care of their elderly.
3. The hospitals should provide a one-stop service for family caregivers taking the elderly patients to see doctors. The hospitals should provide care for both the elderly patients and their family caregivers. This service would mitigate the problem of the family caregivers going to see doctors.

Practice Recommendations

Community Level

1. The primary care units should provide a training program to improve competencies of health volunteers in caring for dependent elders: transferring, preventing and caring for pressure sore, basic physical therapy, blood pressure taking, and blood sugar testing from finger tips.

2. The municipalities/ district offices in Bangkok should provide training programs to improve competencies of communities in leadership, team working, empowerment, and project writing. They should also provide communities information of the resources of budget. These training programs would strengthen the community actions and enhance their self reliance.
3. Communities should provide radio/ television or news announcement tower programs that elders and family caregivers can involve in the program. These programs will link them to the outside world while staying at home.
4. The primary care units should launch hotline telephone for family caregivers to consult problems.
5. Communities should initiate volunteer programs to support home improvement or environmental modification for home care. These programs could be cooperated with construction men in the communities including students in vocational schools.
6. The municipalities/ district offices in Bangkok should empowerment communities in caring for elders and encourage community participation. The community actions could be volunteer programs such as “Friends Help Friends”, “Heart To Heart”.
7. Communities should initiate a system of food logistics from a temple to elders in need. This system should be done in terms of home visit by community to preserve dignity of recipients.
8. Communities should develop community health centers or multi-purpose centers to provide health services, social services, and rehabilitation, as well as serve as a learning center.
9. Communities should develop a social support system such as day care, respite care, and home care for family caregivers. These supports would reduce stress of family caregivers and maintain their caregiving role as long as possible.
10. The municipalities/ district offices in Bangkok should develop collaboration between government sectors and private sectors, and a community network for sharing knowledge and experiences as well as enhancing innovations.

Family Level

1. The primary care units should improve competencies of family caregivers as follows.
 - 1.1. Provide training programs at home or provide respite care for family caregivers because they cannot leave the elders alone. The training programs should be different for family caregivers with different duration of caring experiences.

- 1.2. Provide a group support for family caregivers who have similar problems. Self-care of elders should be promoted to enhance their self-esteem.
- 1.3. Create a program to acknowledge and empowerment family caregiving role.
2. The primary care units should provide training programs for prospective family caregivers in caring for elders in the future.
3. The educational institutes at all levels should integrate learning activities in the curricula to promote good relationship in families and social values of gratitude. The assignments for students should require family involvement especially grandparents.

Recommendations for Further Research

1. Study a situation of elderly care in an urban community with town houses.
2. Study the possibility and a model of respite care and intermediate care.

คำนำ

การวิจัยเรื่อง “ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร” นี้ เป็นการถอดบทเรียนเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชนในพื้นที่เขตเมือง โครงการมีเป้าหมายที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ดีจากตัวแบบตามนิยามของการศึกษานี้ และเสนอแนะเป็นแนวทางในการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชน ให้เกิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทยอย่างมีคุณภาพและเหมาะสมตามบริบทความเป็นเมืองอย่างแท้จริง

รายงานฉบับนี้ นอกจากจะมีส่วนที่เป็นเรื่องราวและประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการบอกเล่าจากครอบครัวและชุมชนที่ถูกเลือกให้เป็นตัวแบบของการศึกษาแล้ว ยังมีข้อเสนอแนะที่สำคัญๆ ในการเตรียมการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งคณะผู้วิจัยหวังว่ารายงานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การวางแผน ตลอดจนการปฏิบัติการในทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทยทั่วประเทศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ที่ให้โอกาสและงบประมาณสนับสนุนโครงการนี้ ขอขอบพระคุณ ทพญ. ชื่นดา วิชาวุธ และศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ที่กรุณาให้คำแนะนำอันทำให้โครงการนี้ปรากฏเป็นรูปธรรมขึ้นมาได้ และที่สำคัญที่สุด ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ทั้งผู้สูงวัย สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกในชุมชนอันเข้มแข็ง บุคลากร และนักวิชาการ ที่กรุณาให้ข้อมูลและสละเวลาให้คณะผู้วิจัยได้เข้าไปเรียนรู้ประสบการณ์อันมีค่าดังนี้

คณะผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.นาริรัตน์ จิตรมนตรี

รองศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ

ดร.สาวิตรี ทยานศิลป์

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
Executive Summary	ข
คำนำ	จ
สารบัญ	๗
บทที่ 1 ความเป็นมา วัตถุประสงค์ และรูปแบบการวิจัย	
ความเป็นมา และรูปแบบการวิจัย	1
วัตถุประสงค์	2
กรอบแนวคิดในการศึกษา	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
รูปแบบการดำเนินงานวิจัย	5
วิธีการเก็บข้อมูล	5
การคัดเลือกชุมชน	5
การคัดเลือกครอบครัว	6
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	7
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	7
บทที่ 2 องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนและ ครอบครัว	
โครงสร้างประชากรและสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย	12
ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ	13
ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย	14
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย	15
ระบบสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ	16
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว	18
การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในสังคมไทย	20
ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล	23
แนวคิดและระบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน	26
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชนในสังคมไทย	34
บทที่ 3 รายงานกรณีศึกษา	
ชุมชนคลองเตยถ้อย 4-5-6 กรุงเทพมหานคร	36
กรณีศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวในชุมชนถ้อย 4-5-6	41

ชุมชน 30 กันยาพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา	45
กรณีศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวในชุมชน 30 กันยาพัฒนา	50
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีและอภิปรายผล	
สรุปประเด็นสำคัญการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน	55
ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน	70
สรุปประเด็นสำคัญการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว	71
ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว	79
อภิปรายผล	80
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	
ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน	82
ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว	83
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	84
ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ	85
เอกสารอ้างอิง	89
ภาคผนวก	
แนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึกและสนทนากลุ่ม	96
คำรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	100

บทที่ 1

ความเป็นมา วัตถุประสงค์ และรูปแบบการวิจัย

ความเป็นมา

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและอายุขัย อีกทั้งประสบกับปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิง ในสังคมไทยชุมชนและครอบครัวมีบทบาทมากในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้ครอบครัวรับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุได้ลำบากขึ้น จึงเป็นแรงกดดันให้เกิดความต้องการดูแลระยะยาว การดูแลระยะยาวมีทั้งการดูแลในสถานบริการ (Institutional Care) และการดูแลในครอบครัวและชุมชน ซึ่งควรประกอบด้วยการเชื่อมโยงกัน (linkage) ความร่วมมือ (co-ordination) การบูรณาการ (integration) และความต่อเนื่อง (continuity) การจัดการให้มีความสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างดีในชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550a; Kodner, 2000) การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ควรพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน พัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วางแผนและพัฒนากำลังคนทั้งด้านสุขภาพและสังคม และพัฒนารูปแบบการจัดบริการระยะยาวโดยชุมชน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2550) ในประเทศไทยการสร้างหลักประกันด้านผู้ดูแลยังจำกัด โดยเฉพาะการจัดระบบเกื้อกูลให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2543)

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในขณะที่บางครอบครัวมีปัญหาในการดูแล บางครอบครัวสามารถดูแลได้เป็นอย่างดี รวมทั้งการสนับสนุนการดูแลจากชุมชน บางพื้นที่สามารถเอื้อให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข การศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวและชุมชน เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จ และปัญหา อุปสรรค ศักยภาพที่ควรสนับสนุน ในการจัดการดูแลในครอบครัว เครือข่ายการดูแล การบริหารการเงิน คุณภาพการดูแลและความต้องการได้รับการสนับสนุน รวมทั้งลักษณะบริการสุขภาพและสังคมที่มีในชุมชน ระบบการกระจายบริการ บทบาทชุมชน ตลอดจนกลวิธีการบูรณาการ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้เหมาะสมกับสังคมไทยและสมบูรณ์ต่อไป บริบทของสังคมมีอิทธิพลต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชน สังคมในเขตเมืองมีบริบททางด้านโครงสร้าง วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันจากสังคมในเขตชนบท การศึกษาค้นคว้าจึงมุ่งศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร และมีโครงการศึกษาตัวแบบในเขตชนบทโดยนักวิจัยอีกคณะหนึ่ง

วัตถุประสงค์

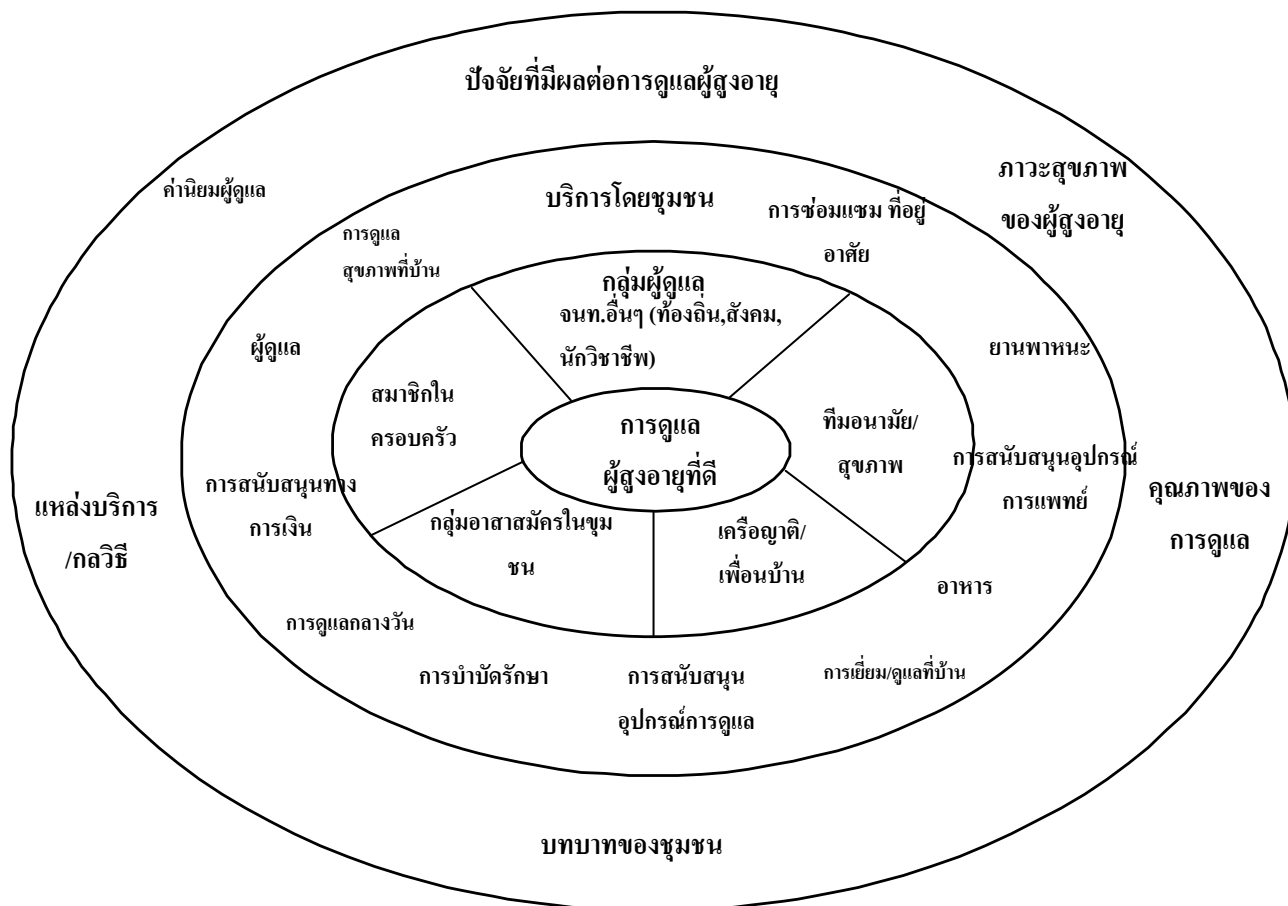
1. เพื่อศึกษาและถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัวที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการดูแลที่ดี
2. เพื่อศึกษารูปแบบและถอดบทเรียนการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการจัดการที่ดี
3. เพื่อศึกษารูปแบบและถอดบทเรียนกลวิธีการจัดการในครอบครัวและชุมชน

ประโยชน์ที่จะได้รับ

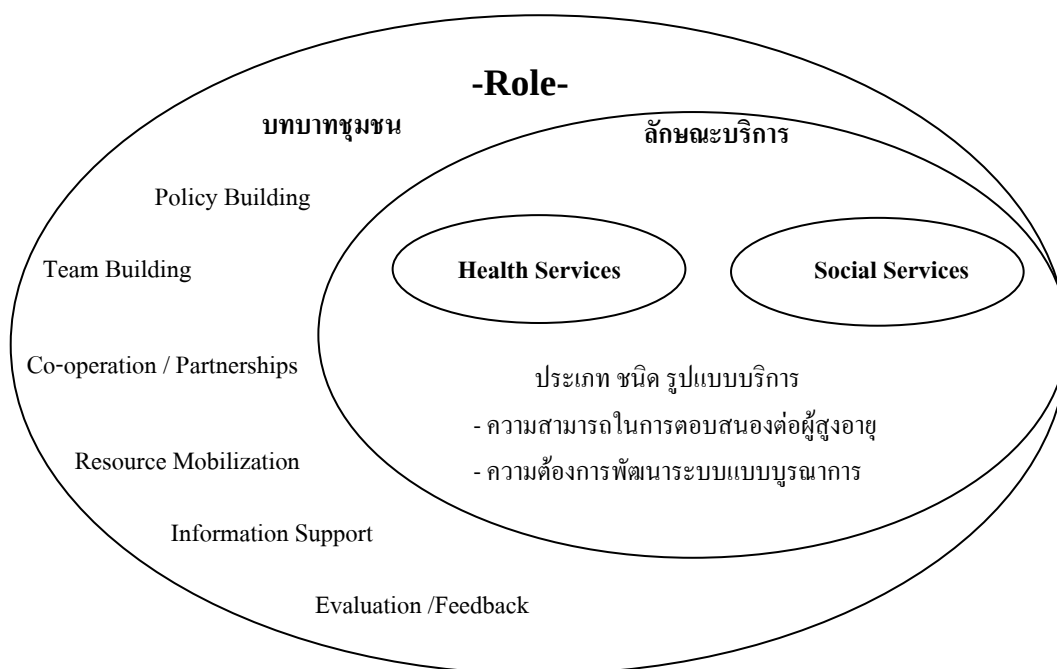
1. ข้อมูลการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนที่เป็นตัวแบบที่ดี สามารถนำไปเป็นบทเรียนรู้แก่บุคคลอื่นและสังคมได้
2. ข้อมูลการดูแลที่ดีทั้งในครอบครัวและชุมชน จะสะท้อนบริบทการดูแลของสังคมไทยที่ชัดเจนและสามารถนำไปกำหนดนโยบายและระบบการดูแลระยะยาวของทางราชการและเอกชนที่เหมาะสมต่อไป
3. นำไปสู่การจัดทำระบบการสนับสนุน การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพให้กับครอบครัวและชุมชน อันจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนโดยรวม
4. นำไปสู่การศึกษาต่อยอดฐานข้อมูลด้านการดูแลผู้สูงอายุทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึกต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษามีดังนี้

กรอบแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในครอบครัว



กรอบแนวคิดการดูแลในชุมชน



คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีภาวะพึ่งพิงระดับ 3 หรือระดับ 4 คือ มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก หรือมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

ภาวะพึ่งพิง หมายถึง การพึ่งพิงในด้านการเลี้ยงดู ด้านการเงิน การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ รวมถึงการพึ่งพิงในด้านจิตใจ คือ การให้คำแนะนำปรึกษา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่การช่วยเหลือ การร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสังคมซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2551) ดังนี้คือ

ระดับที่ 1 การพึ่งพิงเล็กน้อย หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย โดยส่วนใหญ่จะสามารถปฏิบัติได้เอง

ระดับที่ 2 การพึ่งพิงปานกลาง หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลาง

ระดับที่ 3 การพึ่งพิงมาก หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันค่อนข้างมาก

ระดับที่ 4 การพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ หมายถึง ผู้ที่มีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด

การดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และ/หรือผู้ดูแลรับจ้าง ที่ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและ จิตวิญญาณและ ประสานความช่วยเหลือจากภายในและภายนอกครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุมี สุขภาวะที่ดี

การดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุโดยเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน และร่วมมือกันประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆในชุมชนให้การดูแลด้าน สุขภาพและสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเป็นอยู่ที่ดี

รูปแบบการดำเนินงานวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชน
2. พัฒนารอบแนวคิดในการถอดตัวแบบ
3. คัดเลือกครอบครัวและชุมชนที่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีจากชุมชนเขตเมืองและ กรุงเทพมหานคร รวม 2 ชุมชนและ 4 ครอบครัว
4. ศึกษาเชิงลึกเพื่อถอดตัวแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกรณีตัวอย่าง
5. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล
6. นำเสนอรายงาน

วิธีการเก็บข้อมูล

เมื่อได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล แล้ว คณะผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2551 ถึงเดือนมกราคม 2552 ตามขั้นตอนดังนี้

1. ค้นหาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชน เขตเมืองและ กรุงเทพมหานคร
2. สัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชน
3. สอดทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ
4. รวบรวมเอกสารและข้อมูลที่สังเกตพบเกี่ยวกับบริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่ดี

การคัดเลือกชุมชน

1. กำหนดพื้นที่ศึกษาเขตเมืองในกรุงเทพมหานครและนครราชสีมา เพราะมีคุณลักษณะด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่เป็นตัวแทนของชุมชนเมืองขนาดใหญ่ แล้วคัดเลือกชุมชนโดยใช้ Purposive Sampling จังหวัดละ 1 ชุมชน รวม 2 ชุมชนโดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

- 1.1. เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองหรือเขตเทศบาล
- 1.2. มีการกล่าวถึงหรือได้รับการกล่าวถึงจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง/องค์กรผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น (สภาสภาผู้สูงอายุฯ, ชมรมผู้สูงอายุ) ว่ามีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี
- 1.3. เป็นชุมชนที่มีศักยภาพ ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะดังนี้
 - 1.3.1. มีกลไกที่จะกำหนดและบังคับใช้ข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบต่อสาธารณะ
 - 1.3.2. สร้างองค์กรในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - 1.3.3. ทำหน้าที่เป็นแกนนำของชุมชน หรือเป็นแหล่งการเรียนรู้ทักษะต่างๆ ที่จะประโยชน์ต่อคนในชุมชน
 - 1.3.4. มีส่วนในการผลักดันนโยบาย และการตัดสินใจทางด้านการเมืองที่มีผลต่อสมาชิกในชุมชน
 - 1.3.5. คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างประโยชน์สาธารณะกับประโยชน์ของปัจเจกบุคคล
 - 1.3.6. สร้างกลไกทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างความต้องการผลประโยชน์ ความขัดแย้งของกลุ่มในชุมชน

การคัดเลือกครอบครัว

1. กำหนดพื้นที่เดียวกัน/ จังหวัดเดียวกันกับชุมชนที่คัดเลือกไว้
2. ค้นหาตัวแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว เลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับ 3-4 คือ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่อนข้างมากหรือทั้งหมด โดยใช้การสัมภาษณ์บุคคลที่เป็นผู้นำทั้งอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการในชุมชน พร้อมขอทราบเหตุผลที่พิจารณาว่าเป็นครอบครัวที่มีการดูแลที่ดี
3. นำรายชื่อครอบครัวที่ถูกอ้างอิง (ประมาณ 3-5 รายชื่อ) มาตรวจสอบกับเกณฑ์การศึกษา รายชื่อที่สอดคล้องกับกรอบมากที่สุด จะเป็นรายชื่อที่ได้รับการคัดเลือก
4. ดำเนินการทางจริยธรรม เพื่อขออนุญาตเข้าศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แล้วปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำไปทดลองใช้กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและปรับแก้เพื่อความเหมาะสม

1. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนก่อนการเลือกชุมชนและครอบครัว 6 ข้อ
2. แนวคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึก และการอภิปรายกลุ่ม ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 11 ข้อ
3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว 18 ข้อ
4. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้สูงอายุ 4 ข้อ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดบทเรียนจากข้อมูลที่รวบรวมได้ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematic Analysis) ในประเด็นหลักต่างๆดังนี้

ประเด็นหลักในการศึกษา

การถอดตัวแบบการดูแลของชุมชน

1. ประเภท ชนิด และบริการที่มีอยู่ในชุมชน
2. การกระจายบริการ และการเชื่อมประสานระบบการดูแลและบริการผู้สูงอายุในชุมชน
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรคที่ทำให้ล้มเหลว และศักยภาพในการพัฒนาระบบบริการต่างๆ
4. บทบาทชุมชน (การกำหนดนโยบาย, การสร้างทีมงาน, การเป็นหุ้นส่วน, การกระจายทรัพยากร, การให้ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินผล)
5. แนวทางการพัฒนา ขยายผล และระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาวให้มีการบูรณาการและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การถอดตัวแบบการดูแลของครอบครัว

1. ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การรักษา การควบคุมอาการของโรคด้วยพฤติกรรม สุขภาพ สุขภาพจิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ
2. การจัดการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลหลัก ในครอบครัวและกลวิธี
3. บทบาทของเครือข่ายการดูแล และเครือข่ายความช่วยเหลือ
4. บริการการดูแล ที่ครอบครัวไปใช้บริการทั้งจากชุมชนและสถาบัน
5. วิธีเข้าถึงบริการ และปัญหาอุปสรรค

6. ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น และการบริหารการเงิน
7. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล (ค่านิยม, วัฒนธรรม, ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ฯลฯ)
8. คุณภาพการดูแล (ผู้ดูแล, อุปกรณ์ช่วยเหลือ, ภาวะแวดล้อม)
9. ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากสถาบัน ชุมชน และเครือข่ายอื่นๆ ประเมินการ
ความต้องการบุคคลช่วยเหลือ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร สัมภาษณ์ระดับลึกผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมทั้งสนทนากลุ่มกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชน เขตเมืองและกรุงเทพมหานคร โดยไม่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ในเขตพื้นที่ชนบท

สถานที่ทำการวิจัย หรือการเก็บข้อมูล

รวบรวมข้อมูลในชุมชนเขตเทศบาลนคร จังหวัดนครราชสีมาและกรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานครมีพื้นที่ 1,562.2 ตารางกิโลเมตร มีประชากรทั้งสิ้น 6,663,000 คน ซึ่งมีประชากรมากและหนาแน่นเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทย โดยมีความหนาแน่นของประชากร 3,643.94 คนต่อตารางกิโลเมตร ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 3,158,800 คน เพศหญิง 3,504,000 คน ประชากรสูงอายุ 261,300 คน และประชากรวัยแรงงาน 5,776,500 คน (ศูนย์ข้อมูลกลางกระทรวงมหาดไทยและจังหวัด, 2551; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549)

จังหวัดนครราชสีมาอยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร 255 กิโลเมตร มีพื้นที่ 20,493.96 ตารางกิโลเมตร มี 32 อำเภอ (กิ่ง) มีประชากรทั้งสิ้น 2,618,688 คน โดยในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 1,291,610 คน เพศหญิง 1,327,078 คน ประชากรสูงอายุ 318,018 คน และประชากรวัยแรงงาน 2,020,131 คน ในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนประชากรว่างงาน 34,815 คน มีประชากรในเขตเทศบาล 479,501 คนใน 170,918 ครัวเรือน ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 233,998 คน เพศหญิง 245,503 คน วิสัยทัศน์ของจังหวัดคือ “ประตูสู่อีสาน ศูนย์กลางการผลิตอุตสาหกรรมยานยนต์ การแปรรูปสินค้าเกษตร ผ้าไหมและการท่องเที่ยว” (ศูนย์ข้อมูลกลางกระทรวงมหาดไทยและจังหวัด, 2551; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549)

การคัดเลือกชุมชนและครอบครัวที่มีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี

ผลการคัดเลือกครอบครัวและชุมชนที่มีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี จากการสำรวจพื้นที่ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5 ชุมชน และ 15 ครอบครัว พบว่าครอบครัวและ

ชุมชนที่มีการดูแลผู้สูงอายุที่ดีตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด และได้รับการคัดเลือกเพื่อศึกษาเชิงลึก
ถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี จำนวน 4 ราย รายละเอียดดังนี้

1. ชุมชนลือค 4-5-6 เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

1.1. ครอบครัวที่ 1 ป้ามาลัย (ชื่อสมมุติ) หญิงไทยอายุ 60 ปี มีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อน
แรงมา 10 ปี เนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก ผู้ดูแลหลักคือ สามีอายุ 72 ปี

1.2. ครอบครัวที่ 2 ป้าทอง (ชื่อสมมุติ) หญิงไทยอายุ 73 ปี มีอาการแขนขา 2 ข้างอ่อนแรง
มา 3 ปี แต่พอมีกำลังช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเล็กน้อย ผู้ดูแลหลักคือ ลูกชายอายุ 25 ปี

2. ชุมชน 30 กันยาพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2.1. ครอบครัวที่ 3ลุงชูป (ชื่อสมมุติ) ชายไทยอายุ 64 ปี มีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง
มา 9 ปี เนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก ผู้ดูแลหลักคือ พี่สาวอายุ 68 ปี และผู้ดูแลรับจ้างอายุ 20 ปี

2.2. ครอบครัวที่ 4 ยายมา (ชื่อสมมุติ) หญิงไทยอายุ 82 ปี มีอาการแขนขาซีกขวาอ่อนแรง
มา 5 ปี ผู้ดูแลหลักคือ ลูกสาวอายุ 60 ปีและผู้ดูแลรับจ้างอายุ 62 ปี

เหตุผลในการคัดเลือกชุมชน

1. ชุมชนลือค 4-5-6 เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

1.1. การลงพื้นที่สำรวจชุมชนหลายชุมชนร่วมกับพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุข
ต่างๆ พบว่าชุมชนที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 41 เป็นชุมชนที่เข้มแข็ง
มีการรวมตัวกันให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ที่มีปัญหาแขนขาอ่อนแรง จนสามารถช่วยเหลือ
ตัวเองได้มากขึ้น มีการบอกกล่าวปากต่อปากจนมีประชาชนนอกพื้นที่มาขอรับบริการด้วย บางราย
มาเข้าบ้านอยู่ในชุมชนเพื่อลดปัญหาในการเดินทาง

1.2. การทบทวนผลงานวิจัย พบรายงานวิจัยของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
และกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่แสดงถึง
ความเข้มแข็งของชุมชน มีการทำงานกันเป็นทีม แบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบ ประชุมเพื่อประเมิน
ผลงานและวางแผนงานกันเป็นประจำทุกเดือน

1.3. การสัมภาษณ์ผู้นำและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน เล่าให้ฟังถึงความเจริญก้าวหน้า ในการ
พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน จากอาคารไม้เก่าๆเล็กๆ จนปัจจุบันเป็นตึก 2 ชั้น โดยเป็นผลจาก
การทำงานแบบเครือข่ายกับองค์กรต่างๆ และการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน จนบริการเกิดประโยชน์
อย่างกว้างขวาง มีประชาชนมารับบริการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งคนในชุมชนและนอกชุมชน เป็นแหล่ง
การเรียนรู้ มีการมาศึกษาดูงานของคณะบุคคลจากที่ต่างๆมากมาย อีกทั้งยังได้รับรางวัลจากองค์กร
ภายในประเทศและต่างประเทศ เช่น รางวัลชุมชนสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น รางวัลป้องกันและควบคุม
สารเสพติดในชุมชนจากประเทศสวีเดน

2. ชุมชน 30 กันยาพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

2.1. การลงพื้นที่สำรวจการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลหลายชุมชน พบว่าชุมชนแห่งนี้ มีการรวมตัวกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เหนียวแน่น ในรูปแบบทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ กล่าวคือ ชุมชนแห่งนี้กลุ่ม อสม. มีการชักชวนกันมาร่วมทำงานเพื่อประโยชน์ของชุมชนด้วยความคุ้นเคยกันในชุมชน รู้สึกร่วมกันเป็นพวกพ้องเดียวกัน และมีประธาน อสม. ที่มีภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง แต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ มีการเขียนนโยบายออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร แบ่งหน้าที่รับผิดชอบของกรรมการแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน รวมทั้งกำหนดระเบียบการทำงานที่ และการหมตสภาพการเป็น อสม. ไว้คร่าวๆ เนื่องจาก อสม. บางคนมีหน้าที่การทำงานประจำ และประกาศให้สมาชิก อสม. ทุกคนรับทราบ มีการประชุมเพื่อประเมินผลงานและวางแผนการทำงานเป็นประจำทุกเดือน อีกทั้งมีการเข้าร่วมประชุมกับหน่วยงานภาครัฐ และวางแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายของจังหวัด รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วย

2.2. ชุมชนแห่งนี้ มีการรวมกลุ่มกันอย่างไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มพูดคุยปรึกษาหารือเกี่ยวกับประเด็นต่างๆในชุมชน และกลุ่มที่เป็นทางการได้รับการสนับสนุนสถานที่งบประมาณและบริการ จากองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลและคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นแกนนำของชุมชน เป็นแหล่งเรียนรู้ทักษะต่างๆ และผลักดันให้เกิดโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อคนในชุมชน เช่น กลุ่มฝึกอาชีพ เย็บผ้า ร้อยลูกปัด ประดิษฐ์วัสดุเหลือใช้ต่างๆ กลุ่มละลายพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน “คู่วัยหวาน” กลุ่ม อสม. ประเมินประชากรกลุ่มเสี่ยง และเยี่ยมบ้าน การประกวดผลงานของกลุ่ม อสม. พบว่าชุมชนแห่งนี้ได้รับรางวัลหลายรางวัล เช่น รางวัลสาขาการจัดการสุขภาพในชุมชน สาขาการคุ้มครองผู้บริโภค และสาขาสายใยรักครอบครัว

2.3. ชุมชนมีการทำงานกันเป็นเครือข่าย และเชื่อมประสานกับระบบบริการสุขภาพ โดยกลุ่ม อสม. ทำงานเพื่อชุมชนร่วมกับ กรรมการชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ บางคนเป็นกรรมการทั้งสองกลุ่ม ทำให้งานของชุมชนดำเนินไปอย่างราบรื่น สำหรับกลุ่ม อสม. มีการแบ่งเขตพื้นที่กันรับผิดชอบ และมีระบบส่งต่อ หรือประสานให้พยาบาล แพทย์และนักกายภาพบำบัดจากคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวไปดูแล แก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน นอกจากนี้ อสม. ยังได้รับการฝึกทักษะให้สามารถวัดความดันโลหิต และเจาะเลือดจากปลายนิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) จึงให้บริการเหล่านี้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเดินทางออกจากบ้านมาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ผู้สูงอายุได้รับยารักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องมาพบแพทย์ทุกครั้ง นอกจากนี้กลุ่มคนทำงานในชุมชนยังหาแหล่งสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ และภาคเอกชนในชุมชนด้วย มีหอกระจายข่าว และรายการวิทยุชุมชนที่เผยแพร่ข่าวสารต่างๆให้คนในชุมชนได้รับทราบ ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากโดยเฉพาะต่อกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถออกมารับข้อมูลข่าวสารนอกบ้านได้

อดีตประธานชมชมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาสารคาม และเป็นผู้อาวุโสในชุมชน กล่าวถึงการมีกิจกรรมที่ดีของชุมชนแห่งนี้ว่า “ผมอยากให้ปู่ย่าตายายที่ตายไปแล้วมาเกิดใหม่ จะได้รับการดูแลแบบนี้”

เหตุผลในการคัดเลือกครอบครัว

1. การสัมภาษณ์ อสม. ในชุมชนและพยาบาลเยี่ยมบ้าน ให้ข้อมูลว่ามีครอบครัวที่ผู้สูงอายุ มีภาวะพึ่งพิงมาก และได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยดูแลมาเป็นระยะเวลานาน ให้การดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากเพื่อนบ้านก็ให้ข้อมูลสนับสนุนว่า ครอบครัวที่คัดเลือก มีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ได้แก่ การช่วยเหลือกิจกรรมประจำวัน ร่างกายผู้สูงอายุสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ ไม่มีแผลกดทับรุนแรง การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อจำเป็น การที่ผู้ดูแลไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุไว้ตามลำพัง เมื่อจำเป็นต้องไปนอกบ้าน จะจัดการหาผู้อื่นมาดูแลชั่วคราว มีการดูแลด้านจิตใจไม่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ และช่วยให้ผ่อนคลายด้วยการเปิดโทรทัศน์ หรือวิทยุทัศน์ รวมทั้งพูดคุยหยอกล้อให้มีความสุข มีการส่งเสริมสุขภาวะจิตวิญญาณด้วยการจัดให้ได้ทำบุญตักบาตรอยู่เสมอ

2. การรับบทบาทผู้ดูแลด้วยความเต็มใจ จากการพิจารณาความเหมาะสมเมื่อเทียบกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ตัดสินใจลาออกจากงานหรือเลิกทำงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา

3. มีกลไกการจัดการดูแลภายในครอบครัวให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในกรณีที่ไม่สามารถให้การดูแลทั้งหมดได้ด้วยตนเอง ก็หาผู้ดูแลรับจ้างมาช่วยผ่อนแรง และดัดแปลงสภาพแวดล้อมให้สะดวกและเอื้อต่อการดูแลที่ดี

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์จากตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีจาก 2 ชุมชนและ 4 ครอบครัว

บทที่ 2

องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนและครอบครัว

โครงสร้างประชากรและสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น 63,121,000 คน ประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมือง (City/ Municipal Areas) ประมาณ 22,799,000 คน และอาศัยอยู่ในเขตชนบท (Rural Areas) ประมาณ 40,322,000 คน ในจำนวนประชากรทั้งหมดเป็นประชากรผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 7,042,000 คน และมีประชากรวัยทำงาน (อายุ 15- 59 ปี) 42,444,000 คน (Institute for Population and Social Research, 2008) อัตราส่วนการเป็นภาระผู้สูงอายุ (Ageing Dependency Ratio) หรือ จำนวนประชากรสูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน 100 คน มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุน (Potential Support Ratio) หรือ จำนวนคนในวัยแรงงาน (อายุ 15-64 ปี) ต่อจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดว่า มีจำนวนคนในวัยแรงงานที่มีศักยภาพในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คนมากน้อยเพียงใด พบว่าอัตราส่วนนี้ลดลง ในปี พ.ศ. 2540 ผู้สูงอายุ 1 คน มีคนวัยแรงงาน 12 คนดูแล และในปี พ.ศ. 2550 มีคนวัยแรงงานเพียง 9 คนดูแล (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551)

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ.2550 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551) พบว่า ผู้หญิงไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ย 75.7 ปี ส่วนผู้ชายจะมีอายุคาดเฉลี่ย 68.4 ปี และคาดว่าจะสูงขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2551 แสดงว่าเพศหญิงมีอายุยืนกว่าเพศชายประมาณ 7 ปี นอกจากนั้น ในปี 2552 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ได้ เสนอรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อคณะรัฐมนตรี (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550, 2552) โดยมีสาระสำคัญสรุปได้ ดังนี้

1. ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในปี 2550 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ (ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป) ประมาณ 7 ล้านคน
2. ด้านสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองว่ามีสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 43.0 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป พบว่ามีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุช่วงอื่น
3. ด้านการดูแลผู้สูงอายุ สถานภาพของผู้สูงอายุในครัวเรือนส่วนใหญ่อยู่ในฐานะหัวหน้าครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 56.4 จึงมีผลทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีเพียงร้อยละ 7.7
4. ด้านการทำงาน รายได้ และการออมของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.1 โดยภาคได้มีจำนวนผู้สูงอายุที่ทำงานสูงสุดและส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นลูกจ้างส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน มีรายได้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 6,246 บาท/เดือน ชั่วโมงการทำงานเท่าเดิมคือ 41.8 ชั่วโมง/สัปดาห์ เมื่อเทียบกับปี 2549 แต่กลุ่มผู้ใช้แรงงานผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำงานนอกระบบ คิดเป็นร้อยละ 90.7 ของกำลังแรงงานผู้สูงอายุ

5. ด้านการเข้าถึงข้อมูลการศึกษา การเรียนรู้ตลอดชีวิตพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้ารับการศึกษานอกโรงเรียน ประมาณ 6 ล้านคน

6. สถานการณ์เด่นของผู้สูงอายุปี 2550 ในปีนี้มีความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้เล็งเห็นความสำคัญ และเตรียมสังคมไทยให้พร้อมรับกับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ จึงมีสถานการณ์เด่น 4 กิจกรรม ได้แก่ การสรรหาผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี 2550 มาตรการทางภาษีสำหรับผู้สูงอายุบทบาทท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุและเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ

7. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประกอบด้วยประเด็นการดูแลผู้สูงอายุที่ควรให้ความสำคัญ การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการรับรู้สิทธิของผู้สูงอายุ และบทบาทท้องถิ่นในการดูแลและจัดการผู้สูงอายุในท้องถิ่นตนเอง

ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยพ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 43 ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี รองลงมาร้อยละ 28.9 มีสุขภาพปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 ประเมินสุขภาพตนเองว่า ดีน้อยสุด และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาล (44.3) ประเมินสุขภาพตนเองว่าดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 42.5) โรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.7) รองลงมา คือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 13.3) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 7.0)

เมื่อพิจารณาสัดส่วนการเป็นโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุหญิงเป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุชายทุกโรค ยกเว้น อัมพาต/อัมพฤกษ์ ผู้สูงอายุ 70-79 ปี เป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุ 60-69 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ทุกโรค ยกเว้นโรคมะเร็งที่มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามอัมพาต/อัมพฤกษ์มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลทุกโรค ยกเว้นโรคมะเร็งที่มีสัดส่วนเท่ากัน เมื่อจำแนกตามภาคพบว่าผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครเป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบสูงสุด (ร้อยละ 23) ผู้สูงอายุภาคกลางเป็นโรคเรื้อรังสูงสุด 2 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 40.8) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 9.3) ผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นโรคเบาหวานสูงสุด (ร้อยละ 18.9) และผู้สูงอายุภาคใต้เป็นโรคเรื้อรังสูงสุด 2 โรค คือ อัมพาต/ อัมพฤกษ์ (ร้อยละ 3.5) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 1.0)

ในด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิตมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆระหว่างพ.ศ. 2547-2550 โดยใน พ.ศ. 2549 พบสูงสุด จำนวน 130,063 ราย โดยผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด

ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย

เมื่ออายุมากขึ้น มีความเสื่อมของร่างกายและมีโรคเรื้อรังต่างๆ ผู้สูงอายุอาจต้องพึ่งพิงลูกหลาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ตัวชี้วัดภาวะพึ่งพิงและบ่งบอกสุขภาพการทำงานของร่างกาย (Functional health) ของประชากรเหล่านี้ อาจใช้ Activity Daily Living (ADL) วัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้งด้านการอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ลูก-นั่ง เคลื่อนที่ ใช้ห้องน้ำ และอาจรวมการกลืนปัสสาวะและอุจจาระด้วย ว่าต้องการการดูแลมากน้อยเพียงใด การสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในปี 2546 พบว่าผู้สูงอายุหญิงมีภาวะพึ่งพิงในกิจกรรมประจำวัน มากกว่าผู้สูงอายุชาย ส่วนด้านการขับถ่ายพบว่าผู้สูงอายุชายมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุหญิง โดยภาวะพึ่งพิงทั้งสองด้านนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ

นอกจากผู้สูงอายุจะมีภาวะพึ่งพิงบุตรหลานแล้ว ยังอาจมีการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพโดยรวม คือระยะเวลาที่ตายก่อนวัยอันควร และระยะเวลาที่ดำรงชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพหรือความพิการ พบว่าในปี 2547 ผู้สูงอายุชายมีการสูญเสียปีสุขภาวะ ประมาณ 1.4 และผู้สูงอายุหญิง 1.5 ล้านปี สาเหตุอันดับ 1 คือโรคหลอดเลือดสมองตีบ-แตก ซึ่งก่อให้เกิดอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต

สังคมที่ผันแปรไปโดย การอยู่เป็นโสดมากขึ้น จำนวนบุตรเฉลี่ยที่ลดลง ครอบครัวขยาย ที่ลดลง ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้น การย้ายถิ่นเพื่อการประกอบอาชีพ มีผลให้ครอบครัวที่เคยเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ มีบทบาทลดน้อยลงเรื่อยๆ ในขณะที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นหรือได้รับการรักษาที่ดีขึ้น แต่กลับต้องใช้ชีวิตที่ยาวนานขึ้นนี้ร่วมกับความพิการมากขึ้น (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2551)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545-2564 (พวงเพ็ญ ชัยประเสริฐ, 2552) สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ มีโครงการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และมีโครงการครอบครัวอบอุ่น โดยเน้นการปลูกฝังจิตสำนึกให้ครอบครัวมีความอบอุ่นอยู่ร่วมกันทั้ง 3 วัย ในบ้านเดียวกันหรือในบริเวณเดียวกัน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ในทุกจังหวัด ทุกตำบล จัดทำคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ชุมชนยุทธศาสตร์ 5 อ. และ CD ผู้สูงวัยออกกำลังกายด้วย ภูมิปัญญา มีเว็บไซต์ให้ข้อมูลผู้สูงอายุ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และทำ Green track หรือ Fast track เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยโครงการฟื้นฟูพระราชนิพนธ์โครงการ “วัดส่งเสริมสุขภาพ” สนับสนุนให้วัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน และจัดสถานที่ให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำ สถานที่ออกกำลังกาย อีกทั้งเป็นที่ถ่ายทอดภูมิปัญญา วัฒนธรรม หรือส่งเสริมอาชีพ และมอบโล่ให้กับวัดส่งเสริมสุขภาพในทุกจังหวัด และเป็นประจำปี โครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพัฒนารูปแบบของการบริการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการบริการตามขั้นตอนเริ่มจากสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลศูนย์ ตามความจำเป็นเมื่อได้รับการรักษาแล้ว ก็จะส่งกลับไปบ้านและดูแลต่อเนื่องโดย Home Health Care ซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขโดยทีมสหวิชาชีพ และอาสาสมัคร

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากร โดยกรมการแพทย์ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุด้วยการอบรมและเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การประมวล พัฒนางค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และติดตามประเมินผล ดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ พัฒนารูปแบบบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ และสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย

ความเจริญทางด้านเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมในสังคมไทยอย่างมาก โดยเฉพาะสังคมเมือง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลสั้นลง นำไปสู่ปัญหาและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน อีกทั้งยังต้องการผู้ดูแลที่มีความสามารถเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุในสังคม ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ สังคมเมือง (Urbanization) สังคมอุตสาหกรรม (Industrialization) และการย้ายถิ่น (Migration) (Mason, 1992) สังคมเมืองและสังคมอุตสาหกรรม มักพัฒนาขึ้นควบคู่กันไป ชุมชนเมืองเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาด้านต่างๆ เช่น ธุรกิจ การค้าและอุตสาหกรรม ศูนย์บริการต่างๆจะรวมกันอยู่ในชุมชนเมือง ได้แก่ สถาบันการศึกษา โรงพยาบาล และแหล่งนันทนาการต่างๆ ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นแรงดึงดูดให้คนในชุมชนชนบท ย้ายถิ่นฐานเข้ามาหางานทำที่มีรายได้สูงขึ้น ซึ่งอาจเป็นการย้ายถิ่นอย่างชั่วคราวหรืออย่างถาวร แต่ผลก็คือในชุมชนเมืองจะมีประชากรหนาแน่นมาก ผลกระทบของความเป็นสังคมเมืองและสังคมอุตสาหกรรม คือ ผู้สูงอายุมีอำนาจในการควบคุมบุตรหลานลดลง ผู้หญิงทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดคนดูแลมากขึ้น ผู้หญิงมีการศึกษาสูงขึ้น มีผลให้ไม่ยึดแนวปฏิบัติตามประเพณีในการดูแลบิดามารดา ซึ่งอาจเนื่องจากการใช้เวลาส่วนใหญ่ในโรงเรียน ทำให้มีเวลาได้รับการดูแลจากบิดามารดาน้อยลง จนทำให้

ไม่ค่อยรู้สึกว่าเป็นหนึ่การดูแลมาก (Thornton & Fricke, 1987) นอกจากนี้ ยังอาจเป็นผลจากเนื้อหาของ การเรียนได้นำวัฒนธรรมตะวันตก ที่เน้นคุณค่าของการเป็นตัวของตัวเองหรือความเป็นอิสระ (Individualism) และความเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-actualization) เข้ามา (Caldwell, 1980) สำหรับ ผลกระทบจากการย้ายถิ่นฐานเข้าสู่ชุมชนเมืองมีทั้งผลดี คือ ทำให้ครอบครัวมีรายได้มากขึ้น ผู้สูงอายุ สามารถใช้เงินซื้อบริการดูแลได้ และผลเสียที่ผู้สูงอายุมักอยู่แยกจากบุตร (Mason, 1992)

ระบบสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

ระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นทั้งกระบวนการและกิจกรรมของมนุษย์ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติในการอาศัยอยู่ร่วมกันของคนในสังคมทุกสังคม ทำให้เกิดการสื่อสารและช่วยเหลือกัน โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย ช่วยกันหาวิธีการรักษาให้หายจากความเจ็บป่วย ระบบความสัมพันธ์ ภายในสังคม เริ่มต้นจากกลุ่มเล็กๆระดับครอบครัว ชุมชนแล้วขยายเป็นเครือข่ายใหญ่ขึ้นในสังคม มีเป้าหมายเพื่อความอยู่รอดและการอยู่ร่วมกันอย่างผาสุก ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องเข้ารับการดูแล ในสถานบริบาล (institutional care) รู้สึกสูญเสีย ไร้ค่า อับอาย เหนง และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ต้องการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ดี (Chao et al., 2008) การสนับสนุนของครอบครัวจึงสำคัญมากต่อผู้สูงอายุ

การศึกษาทวิวิธีสนับสนุนให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ (Barusch, 1995) โดยการสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจาก 33 ประเทศทั่วโลก เกี่ยวกับกฎหมายการดูแลพ่อแม่ การตอบแทนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการดูแลของครอบครัว ผลการสำรวจพบว่า ประเทศที่รายงานว่ามียุทธศาสตร์กำหนดให้ครอบครัวรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยหรือทุพพลภาพ ได้แก่ โรมานีเอ ฮังการี อาร์เจนตินา สาธารณรัฐจอร์เจีย และสหพันธรัฐเยอรมันนี อย่างไรก็ตามกฎหมายดังกล่าวยังไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง และพบว่าการใช้กฎหมายนี้มีผลทางลบต่อผู้สูงอายุด้วย โดยเฉพาะสัมพันธ์ภายในครอบครัว สำหรับการตอบแทนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ อาจเป็นการจ่ายเงินให้ครอบครัวโดยตรง หรือการลดหย่อนภาษี ในประเทศสหรัฐอเมริกา หลายรัฐใช้งบประมาณด้านบริการสังคมจ่ายให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ และลดค่ารักษาพยาบาลให้ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้ดูแลยังสามารถได้รับการลดหย่อนภาษีรายได้อีกด้วย ส่วนประเทศสิงคโปร์ก็มีมาตรการลดหย่อนภาษีที่ใกล้เคียงกับประเทศสหรัฐอเมริกา คือ พ่อแม่คนละ 500 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าการลดหย่อนภาษียังมีประโยชน์ต่อผู้มีรายได้สูงเท่านั้น เพราะผู้มีรายได้น้อยที่อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ต้องเสียภาษีอยู่แล้ว ก็จะไม่ได้รับประโยชน์ในส่วนนี้ ส่วนประเทศที่จ่ายเงินชดเชยโดยตรงให้กับครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ นอร์เวย์ สวีเดน เดนมาร์ก สหราชอาณาจักร แคนาดา เบลเยียม ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ ฟินแลนด์ และสหพันธรัฐเยอรมันนี และประมาณ 60 ประเทศที่ใช้โครงการประกันสังคมสำหรับผู้พิการ จัดบริการผู้มาช่วยดูแล ทั้งนี้ เกณฑ์ในการจัดบริการก็แตกต่างกันมากในแต่ละประเทศ ซึ่งส่วนมากผู้ตอบแบบสำรวจรายงานว่า

เงินชดเชยดังกล่าวแม้จะเป็นจำนวนไม่มาก แต่ก็ช่วยแบ่งเบาภาระการเงินได้เพราะขาดรายได้จากการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีข้อคิดเห็นที่น่าสนใจว่า การให้เงินตอบแทนแก่สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยความรัก ความรู้สึกที่ถูกต้องคาดหวังว่าเป็นหน้าที่ หรือความสงสาร อาจบดบังความรู้สึกที่ได้รับรางวัลจากการดูแลว่า “ทำสิ่งที่ถูกต้อง” หรือในประเทศสหพันธรัฐเยอรมันนี้ อาจเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวจะได้รับเงินชดเชยมากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการดูแลของครอบครัว ผลการสำรวจพบบริการต่างๆดังนี้คือการบริการอาหาร พยาบาลเยี่ยมบ้าน ผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน การช่วยงานบ้าน การให้คำปรึกษา การเดินทาง การดูแลแบบทดแทนชั่วคราวที่บ้านและในสถานที่อื่นๆ ประเทศสหรัฐอเมริกาให้บริการส่งอาหารให้ที่บ้าน (meals-on-wheels) และช่วยทำงานบ้าน ส่วนประเทศสหราชอาณาจักรมีบริการช่วยเหลือเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจน มีภาวะทุพพลภาพและอยู่คนเดียว มีการคาดเดาว่าเมื่อมีบริการช่วยเหลือ ครอบครัวจะดูแลผู้สูงอายุน้อยลง แต่การทบทวนงานวิจัยหลายเรื่อง (Gibson, 1992) พบว่าครอบครัวไม่ได้ลดการดูแลผู้สูงอายุลงเลย เมื่อมีความช่วยเหลือจากภาครัฐ และการจำกัดบริการช่วยเหลือครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุก็จะให้บริการเฉพาะผู้ที่จำเป็นเท่านั้น อย่างไรก็ตามครอบครัวที่ทำร้าย ละเลยหรือทอดทิ้งผู้สูงอายุ ก็อาจกีดกันผู้สูงอายุไม่ให้ได้รับบริการ ดังนั้นการมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่อบอุ่น จึงเป็นเกราะที่ดีที่จะช่วยป้องกันผู้สูงอายุจากการถูกทอดทิ้ง

การศึกษาของอดุลย์ วิริยเวชกุลและคณะ (2540) พบว่า การเกื้อหนุนทางสังคม หรือความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากคนในชุมชน ทั้งคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้านและบุคคลต่างๆ ประกอบด้วย ความช่วยเหลือทั้ง ด้านอาหาร เงิน เสื้อผ้า และความช่วยเหลือที่เป็นลักษณะของการยกย่อง ให้กำลังใจหรือการยอมรับ

การเกื้อหนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ที่ผู้สูงอายุต้องการคือ ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย และความต้องการการได้รับการยกย่อง เห็นความสำคัญ พบว่าสังคมปัจจุบันลูกหลานมักออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้สูงอายุจึงอยู่บ้านตามลำพัง อย่างเหงาหงอย ระบบวัฒนธรรมชุมชนมีส่วนเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย เมื่อลูกหลานจำเป็นต้องออกไปทำงาน แต่แสดงความเป็นห่วงและมีความกตัญญูกตเวที เพื่อนบ้านก็จะรักใคร่และเห็นใจบุตร ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังพยายามสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้ตนเองโดยการนั่งสมาธิและถือศีล ทำบุญตักบาตร เครื่องบูชาของผู้สูงอายุก็เป็นปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุนทางอารมณ์ซึ่งกันและกัน เพราะรู้จักกันมานาน จึงปรับทุกข์ ระบายปัญหาต่อกันได้ เมื่อเจ็บป่วยก็ชวนกันไปเยี่ยมเยียนทั้งที่บ้านและในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามบุตรเป็นผู้ที่เกื้อหนุนทางอารมณ์ให้ผู้สูงอายุได้มากที่สุด แม้จะเป็นนานๆครั้ง เช่น โอกาสวันสงกรานต์ ผู้สูงอายุจะปลาบปลื้ม และเล่าสู่เพื่อนบ้านอย่างภาคภูมิใจ เมื่อลูกหลานกลับมาเยี่ยม

การได้รับการยกย่อง และเห็นความสำคัญการศึกษาดังกล่าวพบว่าครอบครัวเป็นสถาบันเบื้องต้นที่ให้การยอมรับนับถือผู้สูงอายุ ค่านิยมในการเคารพนับถือบิดามารดายังเหนียวแน่น ลูกหลานยังขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า นอกจากนี้

ชุมชนยังมีส่วนในการเกื้อหนุนด้านการยอมรับนับถือผู้สูงอายุ กล่าวคือ ชุมชนจะมอบบทบาทผู้นำทางด้านศาสนา วัฒนธรรมและประเพณีต่างๆ ให้ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาด้านพิธีกรรมต่างๆ เช่น การทอดกฐิน การทอดผ้าป่า วันเข้าพรรษา เป็นต้น รวมทั้งการสนับสนุนการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นให้แก่เยาวชน

การเกื้อหนุนด้านสิ่งของ นอกจากการเกื้อหนุนด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุยังได้รับการเกื้อหนุนด้านสิ่งของ ซึ่งพบว่า เครื่องนุ่งห่มเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด และบุตรเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่สำคัญด้านสิ่งของ เป็นที่น่าสนใจว่าผู้สูงอายุต้องการเงินมากกว่าสิ่งของ เพราะมีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน รวมทั้งภาษีสังคม ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึกมั่นคงและอบอุ่นเมื่อมีเงินใช้จ่ายเป็นของตนเอง เพื่อนบ้านและเครือข่ายที่เป็นทางการของรัฐ มีส่วนช่วยสนับสนุนด้านการเงินของผู้สูงอายุ โดยเพื่อนบ้านให้เพราะความสนิทสนมกันมานาน และรัฐให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของเบี้ยยังชีพ

การเกื้อหนุนด้านข่าวสาร การเกื้อหนุนอีกประเภทหนึ่งซึ่งเป็นความต้องการสำหรับผู้สูงอายุ คือ การเกื้อหนุนด้านข่าวสาร การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุยังสนใจข่าวสารต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ และสื่อที่นำข่าวสารสู่ผู้สูงอายุมากที่สุดคือ โทรทัศน์ รองลงมาคือวิทยุ ซึ่งข่าวที่สนใจเป็นข่าวประจำวัน ด้านการเมือง ข่าวทางราชการ ข่าวในพระราชสำนัก ส่วนสารคดีจะสนใจด้านการเกษตรและการแพทย์ นอกจากนี้ชุมชนเทศบาลหรือชุมชนในหมู่บ้าน ผู้สูงอายุยังได้รับข่าวเกี่ยวกับชุมชนจากหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสาย นอกจากสื่อต่างๆ ดังกล่าวแล้ว ผู้สูงอายุยังมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างกันอีกด้วย โดยมักจะใช้สถานที่ของร้านค้าหรือบ้านของผู้นำคนใดคนหนึ่ง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (informal care) หรือการดูแลโดยสมาชิกภายในครอบครัว (family caregiving) เป็นการดูแลที่ไม่มีค่าตอบแทน โบเวอร์ (Bowers, 2004) ศึกษาลูกที่ดูแลพ่อแม่และพ่อแม่ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แล้วระบุว่า การดูแลแบ่งเป็น 5 ประเภทคือ (Nolan, Keady, & Grant, 1995)

1. การดูแลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (anticipatory caregiving) ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติที่ขึ้นกับความต้องการในอนาคตของพ่อแม่ ที่ผู้ดูแลคิดว่าเพื่อไว้ว่าจะเกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ผู้ที่ได้รับการดูแลมองไม่เห็น เพราะผู้ดูแลมักให้การดูแลอยู่ห่างๆ แต่การดูแลเช่นนี้มีผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก เช่น การปรับกิจกรรมของตนเองเพื่อให้พร้อมที่จะจัดการหากเหตุการณ์เฉพาะหน้าเกิดขึ้น

2. การดูแลแบบป้องกัน (preventive caregiving) เป็นการดูแลที่มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บและความเสื่อมทางด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลในขั้นตอนนี้จะมีการติดตามอย่างใกล้ชิดมากกว่าการดูแลในขั้นตอนแรก เช่น การดูแลให้ได้รับประทานยาอย่างถูกต้องครบถ้วน การตรวจสอบว่าได้รับอาหารอย่างเพียงพอ

3. การดูแลแบบบริหารจัดการ (supervisory caregiving) เป็นการดูแลที่มุ่งไปที่การตรวจสอบการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความมั่นใจ โดยผู้ดูแลจะกระทำอยู่เงียบๆไม่ให้พ่อแม่ทราบ เพื่อปกป้องความรู้สึกภาคภูมิใจและศักดิ์ศรีของผู้ที่ได้รับการดูแล เช่น การติดต่อโรงพยาบาล การพาไปพบแพทย์

4. การดูแลแบบช่วยเหลือกิจกรรมที่ซับซ้อน (instrumental caregiving) เป็นการดูแลที่ขึ้นกับภาวะสุขภาพทางกายของพ่อแม่ โดยไม่ให้ความสนใจกับการดูแลด้านจิตใจและความเป็นปัจเจกบุคคล เช่น การช่วยทำงานบ้านต่างๆ การไปซื้อของให้

5. การดูแลแบบปกป้อง (protective caregiving) เป็นการดูแลเพื่อปกป้องพ่อแม่จากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า) เช่น การดูแลสุขอนามัย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ (Jirawan Prapasuchat, 2002) ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวและจำนวนผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยเรื่องนี้เสนอแนะว่าบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุ อีกทั้งสร้างงานในท้องถิ่นเพื่อไม่ให้สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุต้องทิ้งผู้สูงอายุออกไปหางานทำต่างถิ่น การศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาล จังหวัดกาฬสินธุ์ (ปราโมทย์ วัังสะอาด, 2530) พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดและมีอำนาจทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะมีความสุขมากกว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของครอบครัว กับการดูแลผู้สูงอายุ (Wathinee Boonchalaksi, 2000) ใน กลุ่มบุตรอายุ 15-59 ปี จำนวน 20,067 คน ที่มีบิดาหรือมารดาอายุ 60-79 ปี พบว่าครอบครัวที่มีขนาดเล็ก คือบุตรมีพี่น้องจำนวน 3 คนหรือน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะอยู่กับบิดามารดา และให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านสิ่งของเครื่องใช้ และด้านอารมณ์/จิตใจ มากกว่าครอบครัวที่มีขนาดใหญ่กว่านี้

การศึกษาอิทธิพลของการศึกษาและการทำงานของผู้หญิงในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ (Trungta Poolpolamnuay, 2003) พบว่าการศึกษาของผู้ดูแลเพศหญิงที่เป็นสมาชิกครอบครัวไม่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนการทำงานพบว่า การทำงานนอกภาคเกษตรกรรมมีผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านการเงินเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มว่าผู้ดูแลจะอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ ดูแลด้านอาหาร และช่วยทำงานบ้านน้อยกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้ทำงานหรือทำงานภาคเกษตรกรรม โดยไม่พบว่ามีผลต่อการดูแลในอีก 5 ด้าน ได้แก่ การช่วยทำงานบ้าน การอยู่เป็นเพื่อนและทำอะไรร่วมกัน การดูแลด้านอาหาร การให้การดูแลและการจ่ายค่ารักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับบุตรมีโอกาสได้รับการดูแลเกือบทุกด้าน (ยกเว้นด้านการเงิน) มากกว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับบุตร นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาและการทำงานของผู้หญิงไม่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

การดูแลผู้สูงอายุในทวีปเอเชียที่มีค่านิยมการดูแลพ่อแม่หรือบุพการีอย่างเข้มแข็ง เช่นประเทศจีนที่ผลการสำรวจพบว่าปัจจุบันครอบครัวไม่ค่อยได้อาศัยอยู่ด้วยกันเหมือนแต่ก่อน การดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัวจึงลดลง และผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 80 ต้องการการดูแลจากครอบครัวที่บ้าน (at-home care) ด้วยเหตุนี้การดูแลจากชุมชน (community-based care) เพื่อเสริมการดูแลที่บ้าน จึงได้รับการสนับสนุนมากขึ้นในปัจจุบัน (Zhang, 2007) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบต่อหน้าที่ของครอบครัวในการรับผิดชอบ ดูแลผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงของค่านิยมแบบเดิมมีผลกระทบต่อธรรมชาติของการดูแลและการช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย การดูแลผู้สูงอายุในประเทศฮ่องกงก็เปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน ซึ่งผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับผลกระทบทางลบมากที่สุด (Lee & Hong-kin, 2005) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงอาศัยอยู่กับลูกที่เป็นผู้ใหญ่แล้วน้อยกว่าผู้สูงอายุชาย แต่ต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และโดยภาพรวมผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือน้อยในเรื่องการดูแลทางการแพทย์ รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ส่วนการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมประจำวัน ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายได้รับความช่วยเหลือไม่แตกต่างกัน

การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในชนบทประเทศญี่ปุ่น (Asahara, Momose & Murashima, 2002) พบว่าแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งด้านลบและด้านบวก แรงจูงใจทางลบ คือ คุณค่าตามประเพณี และค่านิยมในสังคม การทำตามกลุ่มชนในสังคมเพื่อป้องกันการถูกตำหนิต่างสังคม ซึ่งการดูแลบนพื้นฐานแรงจูงใจเช่นนี้ ครอบครัวมักไม่ค่อยใช้บริการด้านสุขภาพและด้านสังคมที่มีอยู่ แต่จะพยายามดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองให้ดีที่สุด ส่วนแรงจูงใจด้านบวก คือการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและรู้สึกว่าคุณเป็นผู้มีความสามารถ รัฐบาลญี่ปุ่นได้พัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาวมาใช้ โดยเงินประกันนำมาจาก 3 ส่วนคือ เบี้ยประกันจากผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุและภาครัฐ ระบบประกันครอบคลุมทั้งการดูแลที่บ้าน และการดูแลในสถานบริการ เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลและแพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุ จะเป็นผู้ประเมินระดับของการดูแลที่ผู้สูงอายุควรได้รับ แต่ผู้สูงอายุและครอบครัวมีสิทธิ์เลือกบริการที่ต้องการได้ ผู้สูงอายุและครอบครัวในชนบทของญี่ปุ่นมักไม่ค่อยต้องการได้รับบริการ เหตุผลประการหนึ่งคือ การไม่ชอบให้มีคนแปลกหน้าเข้ามาอยู่ในครอบครัวที่มีความเป็นส่วนตัว สำหรับบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันการดูแลระยะยาว คือ การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การควบคุมและติดตามมาตรฐานของบริการ รวมทั้งการเป็นผู้จัดการการดูแล (care manager)

การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในสังคมไทย

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคม ที่เป็นหน่วยแรกและเล็กที่สุดของสังคม แต่เป็นสถาบันที่มีบทบาทสำคัญยิ่งครอบครัวนอกจากจะรับผิดชอบอบรมเลี้ยงดูบุตรให้เจริญเติบโตสมบูรณ์ทั้งด้าน

ร่างกายและจิตใจแล้ว ยังมีหน้าที่มอบความรัก ความอบอุ่น กำลังใจ ให้แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งความรัก ความผูกพันภายในครอบครัวเป็นรากฐานของความมั่นคงในสังคม ในขณะที่เดียวกัน หากครอบครัวทำหน้าที่ที่ควรจะทำไม่ได้สมบูรณ์ สมาชิกในครอบครัวอาจเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย และจิตใจได้ ครอบครัวเป็นระบบเปิด สมาชิกในครอบครัวติดต่อสัมพันธ์กันเองภายในครอบครัว และยังมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคมด้วย (Swanson & Hurley, 1983) ดังนั้นถ้าสัมพันธภาพ ภายในครอบครัวไม่ดี ย่อมมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับคนอื่นๆในสังคมเช่นกัน ความอบอุ่น ในครอบครัว เป็นดัชนีชี้วัดความสุขในประเทศไทยอย่างหนึ่ง นอกเหนือจากภาวะสุขภาพกายและใจ ซึ่งประเทศไทยมีความสุขเป็นอันดับที่ 7 จาก 24 ประเทศในทวีปเอเชีย หรืออันดับที่ 32 จาก 178 ประเทศทั่วโลก (ชินอุทัย กาญจนะจิตราและคณะ, 2550) ปัญหาในครอบครัวเป็นสาเหตุ ของความเครียดอันดับที่ 2 ของคนไทย รองจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ/ การเงิน (กรมสุขภาพจิต, 2546) การวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าโครงสร้าง ทางบทบาทของครอบครัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์และ อรรถ ธี ระนอง, 2535)

เมื่อสังคมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น โครงสร้างและขนาดของครอบครัว ก็เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ครอบครัวมีขนาดเล็กลง จำนวนบุตรในครอบครัวเฉลี่ย 2 คนหรือน้อยกว่า (Population Reference Bureau, 1997; Institute for Population and Social Research, 2000) ครอบครัว ไทยมีระบบครอบครัวแบบ bilateral family system กล่าวคือ สมาชิกในครอบครัวเพศหญิงและเพศชาย มีความเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตามการอยู่อาศัยกับบิดามารดามักขึ้นกับบุตรที่แต่งงาน โดยมีแนวโน้ม จะอยู่อาศัยร่วมกับหรืออยู่ใกล้กับบิดามารดาของบุตรเพศหญิง โดยเฉพาะบุตรสาวคนเล็กสุด (Knodel, Chayovan & Siriboon, 1992) ความรู้สึกผูกพันระหว่างมารดากับบุตรสาว เป็นคุณลักษณะที่ทำให้มั่นใจ ได้ว่า มารดาสูงอายุจะได้รับการดูแลจากบุตรสาว (Pramualratana, 1991) อย่างไรก็ตามสภาพ การอยู่อาศัยกับบิดามารดาไม่ได้บ่งชี้ว่า ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลและช่วยเหลือ กล่าวคือ ครอบครัว ขยายที่ผู้สูงอายุอยู่กับบุตรหลานหลายช่วงอายุ ก็ไม่สามารถรับประกันได้ว่า ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแล ที่ดี ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ก็ไม่ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับการ ช่วยเหลือดูแลจากบุตรหลานเลย มีหลักฐานชัดเจนว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่ห่างไกลจาก บุตรหลาน ยังได้รับการประคับ ประคองทั้งทางด้านจิตใจและการดูแลจากบุตรหลาน (Kuroda, 1992) ผลการสำรวจประชากรสูงอายุไทยในปี 2547 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 96.4 ไม่ได้อยู่ตามลำพัง ในจำนวนนี้ร้อยละ 41.8 อยู่กับบุตรหรือญาติ หรืออยู่กับกลุ่มสมรส (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) และมีข้อมูลสนับสนุนว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีความสุขมากกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว เนื่องจากครอบครัวขยายมีผู้ที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้มากกว่า อีกทั้งยังมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่าด้วย (พิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลวาทิน และประสิทธิ์ รักไทยดี, 2533)

ค่านิยมในสังคมไทยร่วมกับหลักคำสอนของศาสนาพุทธ มีอิทธิพลอย่างมากต่อความรู้สึก รับผิดชอบเลี้ยงดูบิดามารดา ซึ่งผู้สูงอายุเองก็มีความคาดหวังสูงและต้องการได้รับการดูแลจากบุตรเมื่อ อายุมากขึ้น ผลการศึกษาสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุในพื้นที่ 4 ภาค (Archavanitkul et al., 1992) พบว่า ผู้สูงอายุมองว่าบุตรเป็นแหล่งช่วยเหลือที่สำคัญด้านการเงิน และด้านสุขภาพ ในเขตภาคกลางผู้สูงอายุคาดหวังว่าจะได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตร ในขณะที่ผู้สูงอายุทาง ภาคเหนือคาดหวังว่า บุตรจะช่วยเหลืองานบ้านและงานอื่นๆในครอบครัว และผู้สูงอายุทางภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ประารถนาจะมีบุตรมากๆเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินเมื่ออายุมากขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลายคนจะมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ตรงข้ามกับผู้สูงอายุในภาคกลางที่มีบุตรหลายคน จะมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรน้อย คนกว่า

การศึกษาภาระการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปี 2549 (เล็ก สมบัติ, 2549) พบว่า สมาชิก ในครอบครัวที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคน ส่วนมากมีสถานะเป็น บุตรของผู้สูงอายุ และสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัวอยู่ในระดับดี ให้ความเคารพ เชื่อฟังมีเหตุผล และให้ความรัก เอาใจใส่ผู้สูงอายุ การรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว โดยยึดถือ ประเพณีและความกตัญญู เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ครอบครัวยังคงสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ โดยมีการบริหารจัดการกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุเองก็ยอมรับสภาพเปลี่ยนแปลงของ สังคม และยังมีความเชื่อมั่นว่า จะได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

การศึกษาบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 46.4 มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 มีแนวโน้มต่อความเครียดน้อย มีเพียง ร้อยละ 0.4 เท่านั้นที่มีแนวโน้มต่อความเครียดมากที่สุด สำหรับปัญหาที่สำคัญในการดูแลนั้น ได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน และต้องการให้เครือข่ายการดูแล มีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุมากกว่าที่เป็นอยู่ ในทุกๆด้าน นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุและสภาพจิตใจของผู้ดูแล ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ และรายได้ของผู้ดูแล

การพิจารณาว่าบุคคลใดครอบครัว เป็นผู้ที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จะพิจารณาปัจจัยต่างๆ ประกอบกันดังนี้ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ งานประจำ ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

อายุ พบว่า ผู้ที่อายุมากกว่ามักมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและตัดสินใจได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้ที่อายุมากกว่ามักมีปัญหาสุขภาพและมีเวลาให้การดูแลน้อย

เพศ ผู้หญิงเป็นเพศที่มีบทบาทในการดูแล และปรับตัวได้ง่ายกว่าในการรับบทบาทผู้ดูแล ส่วนผู้ชายเป็นผู้ที่มีบทบาทในการหารายได้สำหรับครอบครัว การปรับตัวในการรับบทบาทผู้ดูแล จะยากกว่าผู้หญิง

ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะสามารถใช้เหตุผลและค้นหาข้อมูลเพื่อหาวิธีแก้ปัญหาได้ดีกว่า

สถานภาพสมรส ผู้ที่โสดจะมีภาระน้อยกว่าผู้ที่แต่งงาน นอกจากนี้คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะเป็นผู้ดูแลที่มีความเครียดน้อยกว่าคู่สมรสที่มี สัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน

อาชีพหรืองานประจำ ผู้ที่ทำงานด้านธุรกิจที่ต้องเดินทาง ไม่เหมาะที่จะเป็นผู้ดูแล ผู้ที่ทำงานใกล้เคียงกับผู้สูงอายุเหมาะกว่าที่จะเป็นผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพ ผู้ที่สุขภาพไม่ดี มีความวิตกกังวลและมองโลกในแง่ร้าย มักมีปัญหาในการเผชิญความเครียดมากกว่าผู้ที่สุขภาพดี

การศึกษาผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างดีจำนวน 8 คน และผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างดีจำนวน 7 คน (Chalouy Laubunjong, 2005) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวมี 3 ลักษณะ คือ 1) การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง 2) การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน 3) การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าแม้ครอบครัวจะให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างดี แต่คุณภาพและสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ภาครัฐจำเป็นต้องพัฒนากลไกการสนับสนุนจากชุมชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสร้างนโยบายสาธารณะและบริหารนโยบายอย่างจริงจังให้เกิดผลงานเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคมตลอดจนจิตวิญญาณ

ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

ผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาในประเทศแคนาดา (Brink, 2004) พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงการมีกิจกรรมทางสังคม และการมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องการให้มีผู้มาดูแลผู้สูงอายุแทนตนเองเป็นช่วงเวลาสั้นๆ (Respite Care) และเสนอแนะว่าหากมีการชดเชยรายได้ในการดูแลผู้สูงอายุของตนเองที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน จะเป็นประโยชน์ต่อเขามาก เป็นที่น่าสนใจว่าผู้หญิงมีแนวโน้มมีการศึกษาสูงขึ้นกว่าเดิมและทำงานนอกบ้านมากขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงจำนวนจะลดลง ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลระดับวิชาชีพที่ต้องการจำนวนมากขึ้น และไม่เพียงพอ ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลทั้ง 2 ประเภททำให้เกิดการเปลี่ยนทิศทางการสนับสนุนจากการสนับสนุนระบบการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ มาสนับสนุนระบบการดูแลอย่างเป็นทางการ ซึ่งไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่าการเป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการมีผลกระทบต่อการทำงาน ความเจริญก้าวหน้าทางอาชีพและความมั่นคงด้านรายได้

โดยพบว่า ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนลักษณะการทำงานจากการทำงานแบบอาชีพ เป็นงานเฉพาะอย่าง (Gottlieb, Kelloway, & Fraboni, 1994) และการทำงานของผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุยังมีผลกระทบต่อผลผลิตของงานและต่อผู้ร่วมงานด้วย โดยมักมีการเปลี่ยนแปลงตารางการทำงาน มาทำงานสาย กลับเร็วขึ้น ใช้เวลารับประทานอาหารกลางวันนานขึ้น ใช้เวลาทำงานโทรศัพท์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ขาดงานเพื่อพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด หรือลางานยาวเพื่อจัดการกับปัญหาฉุกเฉินของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลมักเป็นผู้ที่อยู่ในวัยกลางคน ซึ่งเป็นระยะของช่วงชีวิตที่มีอำนาจสูงสุดในการหาเงินเพื่อเก็บออม ดังนั้นการรับบทบาทผู้ดูแล จึงมีผลกระทบอย่างมากต่อระยะเวลาการทำงานและเก็บออมเงินสำหรับชีวิตในวัยเกษียณ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับผลกระทบต่องานของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ (นาริรัตน์ จิตรมนตรี และนวลขนิษฐา ลิขิตลีธชา, 2550) พบว่าร้อยละ 19 ของผู้ดูแลจำนวน 166 คนต้องลาออกจากงานและไม่ได้ทำงาน

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบรวม 26 เรื่อง (systematic literature review) แบ่งเป็นงานวิจัยในอเมริกาจำนวน 20 เรื่อง ยุโรป 3 เรื่อง แคนาดา 2 เรื่องและฮ่องกง 1 เรื่อง (Stoltz, Uden, & Willman, 2004) พบว่าการช่วยเหลือผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งหมายถึง การบริการความช่วยเหลือ การได้รับคำแนะนำ การได้รับข่าวสาร เจตคติ การปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพหรือของคนในชุมชนมีประโยชน์ต่อผู้ดูแล โดยภาพรวมพบว่าผู้ดูแลต้องการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นกลุ่มรวมกับเพื่อนๆ รวมทั้งต้องการสร้างเครือข่ายเป็นกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ต้องการการดูแลแบบทดแทน (Respite Care) สำหรับปัญหาหรือประสบการณ์ทางลบที่ผู้ดูแลประสบได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์ เครียด วิตกกังวล รู้สึกเป็นภาระที่หนัก กังวลว่าผู้สูงอายุจะถูกแยกจากสังคมเกรงว่าจะสูญเสียอำนาจการควบคุมสถานการณ์และความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน และมีความลำบากในการปรับตัวเกี่ยวกับบทบาทผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดการฝึกอบรมให้กับผู้ดูแลเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ผลการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวสรุปลักษณะของความช่วยเหลือผู้ดูแลเป็น 4 ประเภทดังนี้คือ

1. ความต้องการความช่วยเหลือ (The need of support) ได้แก่ การช่วยงานบ้าน การไปซื้อของ ทำอาหาร ทั้งนี้ไม่พบว่าผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ การพาเข้าห้องน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้าและการป้อนอาหารให้ผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลกังวลเรื่องความปลอดภัยของผู้สูงอายุ และหมั่นตรวจสอบผู้สูงอายุอยู่เสมอ และกังวลว่าผู้สูงอายุจะถูกแยกจากสังคม จึงมักให้การดูแลด้านจิตใจและสนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุให้มากที่สุด ผู้ดูแลต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับยาและโรคของผู้สูงอายุ การมีพยาบาลไปเยี่ยมบ้านเป็นการประคับประคองด้านจิตใจและช่วยให้จิตใจของผู้ดูแลสงบมากขึ้น ปัญหาและความต้องการที่ผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือได้แก่ การสูญเสียอำนาจการควบคุมสถานการณ์ การปรับตัวต่อบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องการโอกาสที่จะออกไปนอกบ้านและต้องการให้มีผู้มาให้การดูแลทดแทน (Respite Care) โดยเป็นแบบที่ผู้ดูแลมีทางเลือกและ

สามารถควบคุมได้ ผู้ดูแลให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพของการดูแลเกี่ยวกับความปลอดภัย และความไว้วางใจได้ มากกว่าค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแล (Feinberg-Friss, & Whitlatch, 1998) และผู้ดูแลมีความเป็นเอกสิทธิ์ (Autonomy) ของตนเองทั้งนี้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ผู้ดูแลต้องการเลือกแหล่งความช่วยเหลือที่เหมาะสม ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่ว่างเท่านั้น

2. กิจกรรมการช่วยเหลือ (Supportive interventions) ผู้ดูแลถึงเลที่จะทิ้งให้ผู้อื่นดูแลผู้สูงอายุตามลำพัง จึงจำเป็นต้องจัดการอบรมแยกให้เป็นพิเศษ ซึ่งประกอบด้วยวิธีการผ่อนคลาย วิธีการสื่อสาร การปรับตัวและข้อมูลข่าวสารที่ควรทราบ ผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมมีความพึงพอใจลดลงและมีกลวิธีในการปรับตัวต่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาผลของความช่วยเหลือ โดยเพื่อนที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต โดยมีพยาบาลและนักอาชีวบำบัดเป็นผู้สนับสนุน ทุกคนได้รับการอบรม 1 วัน พบว่าการเยี่ยมของเพื่อนเป็นการช่วยเหลือที่ดี และทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่ามีความสามารถในการดูแลและมีความมั่นใจมากขึ้น (Stewart et al., 1998) สำหรับผลการศึกษารวบรวมจากผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมไปฝากนอนไว้ที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าระหว่างที่มีผู้มาดูแลทดแทน ผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย มีภาวะพึงเครียดลดลงอย่างมาก โดยมีความรู้สึกโกรธ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsion) ลดลง นอกจากนี้ผู้ดูแลยังนอนหลับได้ดีขึ้นและรู้สึกมีอิสระมากขึ้น อย่างไรก็ตามการประเมิน 2 สัปดาห์หลังการดูแลแบบทดแทนไม่พบการเปลี่ยนแปลง (Larkin & Hopcroft, 1993)

3. ประสบการณ์การช่วยเหลือภายในครอบครัว (Experiences of family caring) ผู้ดูแลรู้สึกผิดและบางคนรู้สึกว่าให้การดูแลไม่เพียงพอ รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแล สภาวะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพของตนเองและของผู้สูงอายุ รวมทั้งความปลอดภัยของผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ผู้ดูแลยังรู้สึกว่าถูกแยกจากสังคม ไม่มีอิสระภาพและไม่มีชีวิตส่วนตัวเป็นของตนเอง การพยายามทำตัวให้ยุ่งอยู่กับการดูแลช่วยให้ผู้ดูแลไม่หมกมุ่นกับสภาพการดูแล มีกิจกรรมที่ต้องทำก็ทำไปเรื่อย (keep going) วันต่อวัน (Faria, 1998; Boykin & Winland-Brown, 1995) และความรู้สึกว่าได้พึ่งพากันและกัน (reciprocity) มีความรู้สึกร่วมกันและมีคนมาเป็นเพื่อน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจต่อการดูแล (Murray, Schneider, Banerjee & Mann, 1999)

4. ความแตกต่างด้านเชื้อชาติวัฒนธรรม (Ethnicity) ผู้ดูแลชาวอเมริกัน รับบทบาทผู้ดูแลเพราะความรู้สึกว่าเป็นความรับผิดชอบตามจริยธรรม (moral obligation) เป็นสิ่งดีงามที่ควรปฏิบัติ แม้จะมีความยากลำบากในการดูแล แต่ก็ให้การดูแลด้วยความสุข ความรักและรู้สึกได้รับเกียรติในการดูแล โดยผู้หญิงมักได้รับความคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลหลัก ครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้านเป็นแหล่งความช่วยเหลืออันดับแรก รองลงมาคือพระเจ้าหรือศาสนา (Sterrit, Pokorny, 1998) คนผิวขาว (Caucasians) อธิบายว่าการดูแลภายในครอบครัวเป็นความยุ่งยาก ความลำบากและต้องต่อสู้ฝ่าฟัน ส่วนชาวอเมริกัน กล่าวว่าเป็นการใช้เวลาอย่างมาก มีความต้องการการดูแลมาก และแสดง

ความรู้สึกว่าเป็นภาระโดยความรู้สึกคับข้องใจ โกรธ และอาการผิดปกติทางกาย (Caldero'n & Tennstedt, 1998)

การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต (นารีรัตน์ จิตรมนตรีและ นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, 2550) พบว่าผู้ดูแลซึ่งส่วนมากเป็นหญิงวัยกลางคนร้อยละ 83.7 รับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยโดยดูแลตลอด 24 ชั่วโมงและ 7 วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ 66.7 ดูแลด้านสุขอนามัย มีส่วนน้อยไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 48.2) ที่ฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลบอกว่ามีความรู้แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริงเมื่อกลับบ้าน ไม่มีความมั่นใจในการดูแลพิเศษและการดูแลในภาวะฉุกเฉิน ต้องการให้พยาบาลและคนในชุมชนมาเยี่ยมที่บ้าน ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจและต้องการเงินทุนช่วยเหลือ

ผลการศึกษาความคิดเห็นและความพึงพอใจ ในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับค่าตอบแทนในเขตกรุงเทพมหานคร (Noochanart Akanimane, 2002) พบว่าปัจจัยด้านแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ดูแลมีความพอใจสูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุคือ ความสำเร็จในงาน (แก้ไขปัญหางานได้) และความรับผิดชอบที่ได้รับ (การมีอำนาจในการตัดสินใจในการทำงาน) ในขณะที่ความก้าวหน้าในงานเป็นปัจจัยที่มีผลให้เกิดความพึงพอใจต่ำสุด ส่วนปัจจัยส่งเสริมพบว่าสถานะทางอาชีพและรายได้ทำให้มีความพึงพอใจสูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ โดยที่สวัสดิการมีผลต่อความพึงพอใจในงานต่ำสุด งานวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า การส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุและมอบความไว้วางใจในการทำงานให้ผู้ดูแล อาจส่งเสริมความพึงพอใจในงานอันจะส่งผลต่อคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ

แนวคิดและระบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน

ความหมายของชุมชน มีรากฐานมาจากหลายแนวคิด เช่น แนวคิดด้านสังคมวิทยา แนวคิดด้านมนุษยนิยม แนวคิดด้านประชาคมและแนวคิดในรูปแบบใหม่ (ปาริชาติ วลัยเสถียรและคณะ, 2543)

ชุมชน หมายถึง หมู่ชน กลุ่มชนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

ชุมชน คือ กลุ่มของครอบครัวที่รวมกันอยู่ในพื้นที่อันมีขอบเขตแน่นอน โดยครอบครัวกลุ่มนี้ได้พึ่งพาอาศัยกัน เพื่อตอบสนองความต้องการในวิถีชีวิตประจำวันซึ่งกันและกันได้ (ยุทธศักดิ์ เจริญศักดิ์, 2517) ปีเตอร์ คูก (Cook, 1996) ให้ความหมายที่ครอบคลุมมากขึ้นว่า ชุมชน เป็นทั้งสถานที่และหมู่ชนที่คุ้นเคยกันอย่างมาก มีการรับรู้ทั้งผลดีและผลเสียของชุมชน อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งของระบบรวมและระบบบุคคล

ชุมชนเมือง อาจจำแนกได้เป็น 5 ประเภท (Gruen, 2006) ดังนี้ คือ

1. ชุมชนหมู่บ้าน ประกอบด้วยครอบครัวประมาณ 250 ครอบครัวและมีประชากรประมาณครอบครัวละ 3.6 คน

2. ชุมชนขนาดเล็ก (Community) ประกอบด้วยหมู่บ้านประมาณ 4-5 หมู่บ้าน ประชากรประมาณ 4,500 คน หรือ 250 ครอบครัว และมีบริเวณที่เป็นศูนย์กลางของการค้าและการบริการ

3. เมือง (Town) มีขนาดใหญ่ขึ้น ประกอบด้วย 4 ชุมชนหรือประชากรประมาณ 20,600 คน และมีศูนย์กลางที่ให้บริการแก่เมือง

4. นคร (City) เป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ ประกอบด้วย 10 เมือง มีประชากรบริเวณศูนย์กลางเมืองประมาณ 10,000 ครอบครัว หรือ 30,000 คน และประชากรของเมืองรอบนอกประมาณ 250,000 คน

5. มหานคร (Metropolis) เป็นชุมชนเมืองขนาดใหญ่ที่สุด ประกอบด้วยประชากรในเมืองประมาณ 10,000 ครอบครัวหรือประมาณ 250,000 คน ส่วนศูนย์กลางมหานครมีครอบครัวประมาณ 100,000 ครอบครัว หรือประชากรประมาณ 250,000 คน

สำหรับกรุงเทพมหานคร ตามประกาศกรุงเทพมหานครจำแนกชุมชนไว้ ดังนี้ (Chumchon, 2008) คือ

1. ชุมชนแออัด เป็นชุมชนที่มีอาคารและประชาชนหนาแน่น โดยถือเกณฑ์บ้านเรือนอย่างน้อย 15 หลังคาเรือนต่อพื้นที่ 1 ไร่ มีสภาพเสี่ยงต่ออันตรายและเป็นภัยต่อสุขภาพ

2. ชุมชนชานเมือง มีพื้นที่เกษตรกรรมในเขตกรุงเทพมหานครรอบนอก มีบ้านเรือนไม่หนาแน่นแต่ไม่การวางผังชุมชน เช่น ทางระบายน้ำ ทางเดินเท้า

3. ชุมชนหมู่บ้านจัดสรร เป็นชุมชนที่ประกอบด้วยบ้านจัดสรรที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน ที่อาจมีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮาส์ ตึกแถวหรือบ้านแฝด ซึ่งกรุงเทพมหานครพิจารณาถึงความต้องการของประชาชน และความเหมาะสมที่จะเข้าไปพัฒนาเกี่ยวกับทางระบายน้ำ ขยะ และทางเท้า

4. เกหะชุมชน เป็นชุมชนที่จัดตั้งและดำเนินการโดยการเคหะแห่งชาติ และกรุงเทพมหานคร เข้าไปดำเนินการด้านทางระบายน้ำ ขยะ ทางเท้า เศรษฐกิจ สังคม อนามัยและอื่นๆ

5. ชุมชนเมือง เป็นชุมชนที่มีความหนาแน่นของประชากรน้อยกว่า 15 หลังคาเรือนต่อพื้นที่ 1 ไร่ และกรุงเทพมหานครได้จัดทำประกาศเป็นชุมชน

กำเนิดของเทศบาล เทศบาลในประเทศไทย ถือกำเนิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2476 ตามพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 ภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง 1 ปี ภายใต้รัฐบาลของพระยาพหลพลพยุหเสนา นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น เหตุผลในการจัดตั้งเทศบาลในประเทศไทยมี 3 ประการได้แก่ 1) เพื่อให้สอดคล้องกับการเมืองการปกครองในระดับชาติที่เป็นประชาธิปไตย 2) เพื่อเป็นการแบ่งเบาภารกิจของรัฐบาล เนื่องจากภารกิจของรัฐบาลมีมากขึ้นเรื่อย ๆ จนไม่สามารถควบคุมดูแล หรือบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชนครอบคลุมทุกพื้นที่ 3) เพื่อเป็นสถาบันฝึกประชาธิปไตยให้แก่ประชาชน นอกจากการแบ่งเบาภารกิจของรัฐบาลแล้ว การจัดตั้งเทศบาลยังมีผลประโยชน์อย่างอื่นแก่รัฐบาลด้วย คือ “แรงสนับสนุนทางการเมือง” เพราะการที่รัฐบาลได้แบ่งภาระหน้าที่บางอย่างไปให้เทศบาล

เทศบาลจะทำหน้าที่ให้บริการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนในเขตเทศบาล ทำให้ประชาชนได้รับการบริการอย่างรวดเร็วไม่ต้องรอนบประมาณหรือความช่วยเหลือจากรัฐบาล ส่งผลให้ประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อรัฐบาล เนื่องจากสามารถบรรเทาความเดือดร้อนให้แก่ประชาชนได้ เมื่อเปรียบเทียบกับกรปกครองในระบบเก่าที่ไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาปกครองตนเอง (มรุต วันทนากกรและดร.ณัฏฐ์ หน้ันสมักร, 2551)

ประเภทของเทศบาล ตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 เทศบาลมี 3 ประเภทคือ เทศบาลนคร เทศบาลเมืองและเทศบาลตำบล แต่ละประเภทมีลักษณะและองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ดังนี้ (กรมการปกครอง, 2526; สถาบันพระปกเกล้า, 2547)

เทศบาลนคร เป็นชุมชนที่มีประชากรตั้งแต่ 50,000 คนขึ้นไป มีรายได้พอควรที่จะปฏิบัติหน้าที่ของเทศบาลนคร การจัดตั้งเทศบาลนครกระทำไ้ โดยการประกาศกระทรวงมหาดไทย ให้ยกฐานะ เป็นเทศบาลนคร (มาตรา 11 พระราชบัญญัติเทศบาล ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2546) เทศบาลนครประกอบด้วยสภาเทศบาลและคณะเทศมนตรี (หรือนายกเทศมนตรี) แล้วแต่กรณี โดยสภาเทศบาลมีสมาชิกได้ 24 คน และมีรองนายกเทศมนตรีได้ไม่เกิน 4 คน

เทศบาลเมือง ได้แก่ท้องถิ่นอันเป็นที่ตั้งศาลากลางจังหวัด หรือชุมชนที่มีประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป และมีรายได้พอควรที่จะปฏิบัติหน้าที่ของเทศบาลเมือง การจัดตั้งเทศบาลเมืองกระทำไ้โดยการประกาศกระทรวงมหาดไทย ให้ยกฐานะเป็นเทศบาลเมือง (มาตรา 10) เทศบาลเมืองประกอบด้วยสภาเทศบาลและนายกเทศมนตรี โดยสภาเทศบาลมีสมาชิกได้ 18 คน และมีรองนายกเทศมนตรีได้ไม่เกิน 3 คน

เทศบาลตำบล คือท้องถิ่นที่มีประกาศกระทรวงมหาดไทยยกฐานะขึ้นเป็นเทศบาลตำบล (มาตรา 9) โดยไม่ได้กำหนดจำนวนประชากรไว้ในพื้นที่อย่างชัดเจนเหมือนเทศบาลเมืองและเทศบาลนคร เทศบาลตำบลประกอบด้วยสภาเทศบาลและนายกเทศมนตรี โดยที่สภาเทศบาลมีสมาชิกได้ 12 คนและมีรองนายกเทศมนตรีได้ไม่เกิน 2 คน

อำนาจหน้าที่ของเทศบาล พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2596 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2543 กำหนดหน้าที่ของเทศบาลไว้ตามประเภทของเทศบาลไว้ดังนี้

ภารกิจหน้าที่เทศบาลตำบล (กำหนดไว้ในมาตรา 50)

1. รักษาความสงบเรียบร้อยของประชาชน
2. ให้มีและบำรุงทางบกและทางน้ำ
3. รักษาความสะอาดของถนน หรือทางเดินและที่สาธารณะรวมทั้งการกำจัด
4. ขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
5. ป้องกันและระงับโรคติดต่อ
6. ให้มีเครื่องใช้ในการดับเพลิง
7. ให้ราษฎรได้รับการศึกษาอบรม

8. ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก ผู้สูงอายุและผู้พิการ
9. บำรุงศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมของท้องถิ่น
10. หน้าที่อื่นตามที่กฎหมายบัญญัติให้เป็นหน้าที่ของเทศบาล

ภารกิจหน้าที่เทศบาลเมือง (กำหนดไว้ในมาตรา 53) ได้แก่ ภารกิจตามที่ระบุไว้ในมาตรา 50 และเพิ่มเติมคือ ให้มีน้ำสะอาดหรือการประปา โรงฆ่าสัตว์ ให้มีและบำรุงสถานที่ทำการพิทักษ์และรักษาคนเจ็บไข้ ทางระบายน้ำ ส้วมสาธารณะ การไฟฟ้าและแสงสว่างวิธีอื่น และให้มีการดำเนินกิจการโรงรับจำนำหรือสถานสินเชื่อท้องถิ่น

ภารกิจหน้าที่เทศบาลนคร (กำหนดไว้ในมาตรา 56) ได้แก่ ภารกิจตามที่ระบุไว้ในมาตรา 53 และเพิ่มเติมดังต่อไปนี้ ให้มีและบำรุงการสงเคราะห์มารดาและเด็ก กิจการอย่างอื่นซึ่งจำเป็นเพื่อการสาธารณสุข การควบคุมสุขลักษณะและอนามัยในร้านจำหน่ายอาหาร โรงมหรสพและสถานบริการอื่นๆ จัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและการปรับปรุงแหล่งเสื่อมโทรม จัดให้มีและควบคุมตลาดท่าเทียบเรือท่าข้ามและที่จอดรถ การวางผังเมืองและการควบคุมการก่อสร้าง การส่งเสริมกิจการท่องเที่ยว และกิจการอื่นๆตามมาตรา 54

การพัฒนาชุมชน “เป็นกระบวนการแห่งการกระทำทางสังคม ซึ่งราษฎรในชุมชนนั้นๆร่วมกันวางแผนและลงมือกระทำเอง กำหนดว่ากลุ่มของตนและแต่ละบุคคลมีความต้องการอย่างไร และปัญหาาร่วมกันมีอะไรบ้าง แล้วจัดทำแผนการของกลุ่มและของเอกชนเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการและสามารถแก้ปัญหาเหล่านั้น โดยพยายามใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้นๆให้ได้มากที่สุด และถ้าจำเป็นอาจจะขอความช่วยเหลือทั้งด้านบริการและวัสดุจากองค์การของรัฐบาลหรือที่มิใช่ของรัฐบาลได้” (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2531) หลักการพัฒนาชุมชนประกอบด้วย (ไพรัตน์ เดชะรินทร์, 2524)

1. พัฒนาชุมชนให้เจริญทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง
2. นำทรัพยากรธรรมชาติและคนในชุมชนมาใช้ให้เป็นประโยชน์แก่ชุมชนมากที่สุด
3. ให้การศึกษาแก่ประชาชนโดยเน้นการเปลี่ยนแปลงด้านแนวคิดให้ถูกทิศทาง
4. แผนงานพัฒนาต้องสอดคล้องกับขีดความสามารถของประชาชน และแนวนโยบายของรัฐบาล
5. เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ส่งเสริมให้ราษฎรในชุมชนรู้จักวิธีช่วยเหลือตนเอง โดยใช้พลังของกลุ่มคน
6. เป็นแผนงานพัฒนาที่อาศัยความร่วมมือของประชาชน หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชนและอาสาสมัคร
7. เป็นโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์จากภาครัฐหรือเอกชน เมื่อเกินความสามารถของชุมชน
8. เป็นวิธีส่งเสริมความคิดริเริ่มของประชาชนในการพัฒนาตนเอง
9. เป็นกระบวนการพัฒนาที่ต้องพิจารณาถึงสังคม ประเพณี วัฒนธรรมของท้องถิ่นเป็นหลัก

10. เป็นวิธีการพัฒนาโดยใช้หลักการและแนวทางระบอบประชาธิปไตยในการดำเนินงาน

จากหลักการพัฒนาชุมชนดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาชุมชน คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ตั้งแต่ริเริ่มโครงการจนกระทั่งโครงการสำเร็จ นำไปใช้ประโยชน์ได้

ระบบการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน

ปัจจัยที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย (พันธมิตร) รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยปัจจัยทางสังคม ปัจจัยด้านองค์กร และกระบวนการทำงาน ปัจจัยด้านสังคมเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของเครือข่ายที่มีสมาชิกจากหลากหลายอาชีพ ดำเนินการเป็นขั้นตอนโดยให้กรรมการชุมชนเห็นชอบด้วย อิทธิพลทางการเมืองของกรรมการชุมชนเองและนักการเมืองจากภายนอกชุมชน การเลือกเวลาของกิจกรรมให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้มีส่วนร่วม และประสิทธิภาพในการสื่อสารภายในชุมชน สำหรับปัจจัยด้านองค์กรคือ การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเป็นระบบและชัดเจน มีการสอดแทรกความรู้เรื่อง “การทำงานเป็นทีม” เป็นระยะๆ การมีเงินทุนและทรัพยากรสนับสนุน ส่วนปัจจัยด้านกระบวนการทำงาน บุคคลจากภาครัฐและองค์กรอิสระทำงานร่วมกันเป็นระบบเป็นระยะๆ ตั้งแต่ การประเมินปัญหาในชุมชน การวางแผนร่วมกัน การตั้งเป้าหมายในการทำงาน การหาแหล่งทุนและทรัพยากรสนับสนุนโครงการ การเสริมพลัง (Empowerment) ให้เครือข่ายและติดตามประเมินผลเพื่อปรับหรือวางแผนในขั้นต่อไป การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จึงควรกระตุ้นให้หลายฝ่ายเข้าร่วมกิจกรรมกันในลักษณะเครือข่ายระหว่างชมรมต่างๆภายในชุมชนและประสานกับองค์กรภายนอกชุมชนด้วย

นอกจากนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จยังเกี่ยวกับแกนนำที่เป็นคนในชุมชน ซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการทำงาน ทุกขั้นตอนของการทำงานเปิดโอกาสให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และกลุ่มเป้าหมายไม่ควรมุ่งเน้นแต่เฉพาะผู้สูงอายุแต่ควรเปิดกว้างสำหรับบุคคลทุกวัย การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมของ สุภาดา คำสุชาติ (Supada Kumsuchat, 2003) พบว่าการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร โดยใช้กลยุทธ์ดังกล่าว ส่งผล ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งระดับปัจเจกบุคคล ระดับกลุ่มและระดับชุมชน ผู้สูงอายุจำนวนเกือบครึ่งมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับสูง พัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น เครือข่ายจำนวนมากว่าครั้งที่ร่วมทำงานกันพึงพอใจต่อการดำเนินงานระดับมาก เครือข่ายมีความเข้มแข็งในระดับสูง สนับสนุนให้เกิดชมรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน 10 ชมรม ทำให้ชุมชนมีนโยบายสาธารณะ สิ่งแวดล้อมและบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรชมรมผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ให้สามารถดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองและมีความยั่งยืน (Penprapa Siviroj, 2000) พบว่ามีแนวปฏิบัติ

ที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) การรู้เขารู้เราของเพื่อนสมาชิก 2) การพิสูจน์ความรับผิดชอบ 3) การปรับเปลี่ยนองค์กรเพื่อการพัฒนา ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุคือ ชมรมผู้สูงอายุ มีการปรับขนาดของคณะกรรมการให้เล็กลง มีการกำหนดหน้าที่ของคณะกรรมการอย่างชัดเจนและปรับแก้ระเบียบของชมรมให้เอื้อต่อการทำงานให้มีประสิทธิภาพ มีการหาที่ตั้งชมรมอย่างถาวร ในส่วนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกรรมการและสมาชิกของชมรม พบว่ามีการพัฒนาด้านความเป็นผู้นำ กล้าคิด กล้าแสดงออก มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม มีความรู้สึกเป็นเจ้าของชมรมและมีส่วนร่วม อีกทั้งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของชมรม สำหรับผู้สูงอายุพบว่ามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคได้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดได้ดีขึ้น และเป็นที่น่าสนใจว่าการลดระดับความดันโลหิตยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรแม้จะมีการออกกำลังกายมากขึ้น

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา (ศิริพร เกษธนัง, 2550) พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งยังมีส่วนร่วมในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และสิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกชมรม ซึ่งปัจจัยด้านสิทธิประโยชน์เป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมที่ดีที่สุด

ผลการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัครในเขตเมืองจังหวัดเชียงใหม่ (Duangruedee Lasuka et al., 2007) พบว่า บทบาทของอาสาสมัครมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในระดับสูง ผู้สูงอายุเห็นว่าอาสาสมัครมีความสำคัญ เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพให้การยอมรับอาสาสมัครในระดับสูง และอาสาสมัครมีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่ว้าเหว่ งานวิจัยนี้เสนอแนะให้มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานและพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การสื่อสารสุขภาพผ่านทางสถานีวิทยุชุมชน เนื่องจากประชาชนไม่ชอบอ่าน แต่ชอบฟัง ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลเมยวดี อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ได้พัฒนาโครงการ “ผู้สื่อข่าวสุขภาพชุมชนผ่านคลื่นไสววิทยุท้องถิ่นไทเมย” (ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ, 2550) โดยการใช้โอกาสที่สถานีวิทยุชุมชนจัดสรรเวลาให้เผยแพร่ข่าวสารของโรงพยาบาล กอปรกับศักยภาพของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในการเป็นนักจัดรายการวิทยุ กระบวนการประกอบด้วย 1) การค้นหาและใช้ทุนทางสังคมในพื้นที่ มาเป็นเครือข่ายการดูแล ได้แก่ กลุ่มผู้สื่อข่าวที่สมัครใจ เช่น อสม. เยาวชน ปราชญ์ชาวบ้านและประชาชนที่สนใจ กับอีกกลุ่มหนึ่งคือ กลุ่ม “หนุนเสริม” โรงพยาบาล องค์การบริหารส่วนตำบล นักวิชาการ ติวเตอร์ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และพัฒนาศักยภาพผู้สื่อข่าวด้านการตั้งประเด็นข่าว การค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลซึ่งรวมทั้งการเยี่ยมบ้านของกลุ่มเป้าหมาย การแปลงข้อมูลเป็นข่าว ตลอดจนฝึกทักษะการส่งข่าว เล่าข่าวและโต้ตอบในรายการ 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน พฤติกรรมการชอบฟังรายการวิทยุ ผลกระทบของการจัดรายการวิทยุในอดีต

3) การสื่อสารเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องปรับกิจกรรมบริการสุขภาพตามปัญหาและความต้องการการดูแลของประชาชนในชุมชน เงื่อนไขแห่งความสำเร็จของโครงการดังกล่าว ได้แก่ คนในชุมชนต้องมีความรู้ และดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าใจปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน และตระหนักถึงความต้องการการดูแลระยะยาว โดยกำหนดรูปแบบบริการ สนับสนุนทรัพยากรและบริหารจัดการให้ตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ควรบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและด้านสังคม แนวทางการปฏิบัติ เช่น สร้างหลักประกันรายได้ เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ เพิ่มระบบการส่งต่อผู้สูงอายุโดยชุมชนและระบบเฝ้าระวังทางสังคม เสริมศักยภาพของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร กระจายนักวิชาชีพ เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ชุมชน เพื่อเสริมศักยภาพของชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ระบบการดูแลในชุมชนมักมีปัญหาจากขาดการให้ความสำคัญกับการดูแลแบบชุมชน ขาดการบูรณาการของการบริการและขาดแคลนทรัพยากร (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2550) ผลการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศสอดคล้องกัน คือ การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายรวมทั้งผู้สูงอายุ ควรมุ่งพัฒนาด้านการจ้างงาน การศึกษา ภาวะสุขภาพและการดูแล ภาวะเศรษฐกิจและความมั่นคง สาธารณูปโภค การพักผ่อนและสันทนาการ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งระดับครอบครัวและระดับสังคม (National Council on Disability, 2008; อดุลย์ วิริยเวชกุล, และคณะ 2540) และปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมควรครอบคลุมด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของหรือบริการต่างๆ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอื่นๆ ที่จำเป็นต่อผู้รับบริการ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2535)

แนวคิดการส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ริเริ่มมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กรมประชาสงเคราะห์จึงต้องการลดภาระด้านงบประมาณของรัฐบาลในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ จึงจัดกิจกรรมในรูปแบบ “ชุมชนช่วยชุมชน” เพื่อสร้างความตระหนักและพัฒนาศักยภาพของบุคคลทุกวัยในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ชุมชนประเมินปัญหาของชุมชนเอง หาวิธีแก้ไขด้วยทรัพยากรต่างๆ ของชุมชน แหล่งบริการประเภทหนึ่งที่เกิดขึ้นคือ ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ (มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญและอัจฉรา เอ็นซ์, 2541) พบว่าผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัว อาจอยู่กับลูกสาวหรือลูกชาย ขึ้นกับนิสัยและความรับผิดชอบของลูก ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงควรทำงานหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว งานที่เหมาะสมคืองานเบาๆ ในร่มและทำเป็นกลุ่ม อาจจัด “ตลาดนัดผู้สูงอายุ” เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุนำผลผลิตของตนเองมาจำหน่ายมีรายได้และได้พบปะคนวัยเดียวกันด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรมีการเตรียมตัวด้านการเงินและด้านสุขภาพ สำหรับชุมชนควรมีแกนนำที่เข้มแข็ง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของผู้สูงอายุและคนในชุมชน และมีความเห็นว่าศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุควรตั้งขึ้นในวัด โดยให้มีบริการกายภาพบำบัดและกิจกรรมหารายได้ ทั้งนี้

หน่วยงานภาครัฐต้องทำหน้าที่ที่พึงเลี้ยงให้ศูนย์ฯในระยะแรก สนับสนุนให้แก่นำดำเนินการเป็นหลัก และทุกคนในชุมชนมีส่วนร่วม จะทำให้กิจกรรมของศูนย์ฯมีความยั่งยืน แม้เวลาจะผ่านไปอีกประมาณ 5 ปี ผลการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุก็ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง (หาญ จินดา, 2546) กล่าวคือ ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน มีปัญหาด้านการเงิน ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ ไม่มีกองทุนฌาปนกิจ ขาดการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ ไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่ได้ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี ลูกหลานไม่ให้ความเคารพนับถือและไม่ให้การดูแล และการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุเสนอแนะโครงการต่างๆดังนี้คือ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน (community-based eldercare) ในประเทศจีน (Zhang, 2007) รัฐบาลได้มอบหมายให้เป็นหน้าที่ของภาครัฐ ในชุมชนมีแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ มีศูนย์สุขภาพ (health station) ที่มีแพทย์ พยาบาลและผู้ให้คำปรึกษาอย่างละ 1 คน ให้บริการสำหรับคนทุกวัย ด้านการป้องกันโรค สอนสุขศึกษา ให้คำปรึกษา ตรวจสุขภาพประจำปี ให้การรักษาเบื้องต้นโรคที่ไม่ต้องผ่าตัด ในกรณีที่ผู้ป่วยออกจากบ้านไม่ได้ จะมีบริการเยี่ยมบ้านซึ่งผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการเล็กน้อย มีบริการ 24 ชั่วโมงที่สามารถให้บริการเกี่ยวกับการฉีดยา ทำแผล ฟังเข็ม นวด (อัตราค่าบริการประมาณ 1 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา) นอกจากนี้ยังมีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สำหรับด้านสังคมในชุมชนมีศูนย์นันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้มาอ่านหนังสือพิมพ์ ดูโทรทัศน์ หรือเล่นหมากรุกกับเพื่อนๆ รวมทั้งมีการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพด้วย มีบริการหาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีอาสาสมัครวัยรุ่นที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้พิการในภาวะฉุกเฉิน

การดูแลผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน สวีเดนเป็นประเทศที่ใช้งบประมาณจาก Gross Domestic Product (GDP) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าทุกประเทศในโลก คือประมาณร้อยละ 2.8 ระบบการดูแลสุขภาพเน้นการกระจายอำนาจ (Decentralization) หน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพ คือ county council และ municipality โดยแต่ละ county council จะวางแผนระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ระบบมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ สำหรับ municipality รับผิดชอบสูงสุดในการดูแลสุขภาพและการจัดสวัสดิการสังคม การดูแลผู้สูงอายุมีจุดมุ่งหมายให้ผู้สูงอายุสามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด และอยู่อาศัยในบ้านของตนเองให้นานที่สุด การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีหลายลักษณะ ผู้สูงอายุสามารถเลือกอยู่บ้านของตนเองและจ่ายค่าบริการการดูแลที่บ้าน (Home Help) หรือเลือกย้ายมาอาศัยอยู่ในบ้านพักพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ (Special Housing) ที่จัดไว้เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือแตกต่างกัน คือ พกช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือมาก หรือมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งต้องมีเจ้าหน้าที่ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ (Senior Housing) มีบริการให้เช่าทั่วไป เมื่อถึงเกณฑ์อายุ 65 ปีขึ้นไป สามารถยื่นใบสมัครมาขอเช่าเพื่ออยู่อาศัยได้ ลักษณะของบ้านพักอาศัยเป็นแบบ apartment/ flat/ condominium แต่ละตึกมีห้องพักหลายร้อยหน่วย

นอกจากนี้ยังมีบริการศูนย์ดูแลเวลากลางวัน (Day Care Center) บริการการดูแลแบบทดแทนชั่วคราว (Respite Care) ที่ให้ครอบครัวพาผู้สูงอายุมาฝากอาศัยอยู่ชั่วคราว ระหว่างที่ครอบครัวไม่อยู่บ้าน และไม่มีคนดูแลผู้สูงอายุ และ Intermediate Care Unit ที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่กลับจากโรงพยาบาล แต่ยังต้องการการดูแลรักษาบ้าง ไม่สามารถกลับไปอยู่บ้านได้เอง ลักษณะของที่พักมีลักษณะคล้ายโรงพยาบาล มีพยาบาลดูแลตลอดเวลา และมีแพทย์ให้ติดต่อได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ เมื่อเจ็บป่วยทั่วไปผู้สูงอายุไปรับการรักษาที่ศูนย์บริการสุขภาพ (Health Centers) ที่ให้บริการโดยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผดุงครรภ์ เมื่อต้องการการรักษาเฉพาะโรคหรือการดูแลในภาวะฉุกเฉินจึงจะไปโรงพยาบาล (Elderly care in Sweden, 2009; Swedes health care, 2009)

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชนในสังคมไทย

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน (Home Care and Community Care for the Elderly) ที่ปรากฏในปัจจุบันได้แก่ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551)

1. **อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care for the Elderly)** เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปี พ.ศ. 2545 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ริเริ่มโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นระบบการดูแลและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชน โดยร่วมมือกับภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนี้ ได้มีการขยายพื้นที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2550 มีอาสาสมัครทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 4,577 คน สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 37,495 คน (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ: 2550, กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ: 2550 อ้างถึงใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551) ต่อมาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ความร่วมมือขยายโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็นโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านและโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนามัย ให้ฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โครงการละ 30 คน (ผู้สูงอายุ 22 คน วัยอื่น 8 คน) เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ในปี 2550 สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ให้การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ 369 ชมรม สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ประมาณ 7,500 คน (สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย: 2550 อ้างถึงใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551)

2. **การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care)** เพื่อส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันได้ขยายการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ

3. **วัดส่งเสริมสุขภาพ** วัดเป็น “ทุนทางสังคม” ที่สำคัญของชุมชน เป็นสถานที่รวมพลังศรัทธาของชาวบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาวัด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงริเริ่มโครงการ “วัดส่งเสริมสุขภาพ” ให้เป็นสถานที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชน โดยบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และศิลปวัฒนธรรม (กรมอนามัย: 2550 อ้างถึงใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551)

4. **ชมรมผู้สูงอายุ (Elderly Club)** ชมรมผู้สูงอายุเป็นสถานที่พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุ และรับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ระยะแรกจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นภายในบริเวณสถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป ต่อมาในปี 2548-2549 มีการประกาศวาระแห่งชาติเรื่อง “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) จึงได้ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในทุกตำบล โดยได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร และสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ในปี พ.ศ.2550 มีชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ 13,652 ชมรม และมีสมาชิกประมาณ 936,050 คน

5. **ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (Multi - Purpose Senior Citizen Center)** กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ ได้ริเริ่มโครงการศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นศูนย์กลางการจัดกิจกรรมต่างๆสำหรับผู้สูงอายุกับบุคคลทุกวัยภายในชุมชน มีการบริหารงานโดยสมาชิกในชุมชน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา กิจกรรมภายในศูนย์ฯ เช่น การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายและโภชนาการ ทักษะการประกอบอาชีพ การถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ นันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรมและประเพณี ตลอดจนการบำเพ็ญประโยชน์แก่สาธารณะของผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง และศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550b)

บทที่ 3

รายงานกรณีศึกษา

การคัดเลือกชุมชน 2 ชุมชน และครอบครัว 4 ครอบครัว พบว่าตัวแบบที่ดูแลผู้สูงอายุที่ดี ได้แก่ ชุมชนลือค 4-5-6 เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ชุมชน 30 กันยาพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา และครอบครัวของ (ชื่อสมมุติ) ป้ามาลัย ป้าทอง ลุงหุบ และยายมา ประวัติความเป็นมา และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี มีรายละเอียดดังนี้

ชุมชนคลองเตยลือค 4-5-6 กรุงเทพมหานคร



บริบทชุมชน

ชุมชนคลองเตยลือค 4-5-6 เป็นชุมชนหนึ่งในเขตชุมชนแออัดคลองเตย ซึ่งเป็นชุมชนแออัดหรือสลัมที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศไทย โดยมีวิวัฒนาการมาจากการเวนคืนที่ดินกว่า 2,000 ไร่ของราชการในพื้นที่ที่เรียกว่า คลองเตย ซึ่งในขณะนั้นมีสภาพเป็นบึงใหญ่มีคูคลอง น้ำท่วมขัง และมีกอเตย จำนวนมาก เพื่อสร้างที่จอดเรือ และ โกดังสินค้า แต่การทำเรือแห่งประเทศไทย โดยใช้ที่ดินดังกล่าวไปเพียง 400 ไร่ จึงเหลือพื้นที่ว่างเปล่าอีกจำนวนมาก ทำให้มีการบุกรุกพื้นที่ซึ่งเป็นที่รกร้างว่างเปล่า ไม่ได้ใช้ประโยชน์ ปรับเป็นที่อยู่อาศัยทั้งแบบชั่วคราวและแบบถาวรของผู้ใช้แรงงานและคนไร้บ้านจากต่างจังหวัดที่เข้ามาหางานทำมากขึ้นเรื่อยๆ และจากการที่เขตคลองเตยเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของกรุงเทพมหานคร เป็นที่ตั้งของโรงงานต่างๆมากมาย รวมทั้งตลาดสดขนาดใหญ่ จึงมีการจ้างแรงงานจำนวนมากขึ้น เป็นเหตุให้มีการหลั่งไหลของผู้ใช้แรงงานจากทุกสารทิศของประเทศไทยเข้ามาในพื้นที่คลองเตย

ชุมชนคลองเตยลือค 4-5-6 มีพื้นที่ประมาณ 21 ไร่ มีสมาชิกประมาณ 3,500 คน เป็นชุมชนขนาดเล็กแออัดกลางเมืองหลวงที่เต็มไปด้วยฝุ่นละอองจากขบวนพาหนะ ล้อมรอบด้วยตึกสูงและถนนสายหลัก อากาศร้อนอบอ้าว บ้านเรือนส่วนใหญ่เป็นหลังคาสังกะสีไม่สามารถป้องกันความร้อนได้ สภาพอากาศไม่ถ่ายเท บ้านแต่ละหลังปลูกชิดติดกัน ไม่มีต้นไม้ใหญ่ในชุมชนที่ให้ร่มเงา การเดินทาง

ภายในชุมชนค่อนข้างสะดวก โดยส่วนใหญ่ใช้การเดินเท้า การขี่จักรยาน และมอเตอร์ไซด์ สามารถนำรถใหญ่เข้าไปได้เฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น ดังนั้น หากมีสมาชิกชุมชนเจ็บป่วย หรือตาย จึงต้องใช้วิธีหามเปลออกมานอกชุมชน ต่อมาเขตคลองเตยจึงมาจัดทำทางเท้าให้เป็นพื้นปูนขนาดกว้างประมาณ 1.5 เมตร เพื่อให้รถเข็นสามารถผ่านเข้าออกได้ การสื่อสารภายในชุมชนนิยมใช้เอกสาร โดยทำการตีพิมพ์ประกาศตามสถานที่หลักของชุมชน และมีหอกระจายข่าวของชุมชน ซึ่งใช้เป็นที่เตือนภัยยามเกิดอัคคีภัย ภายในชุมชนไม่มีสถานที่สำคัญ สมาชิกของชุมชนมีศูนย์รวมกิจกรรมเพียงแห่งเดียว คือ อาคารอเนกประสงค์ของประชาชน เป็นอาคารพื้นปูนโล่ง 2 ชั้น โดยใช้พื้นที่ชั้น 2 เป็นที่ประชุมของสมาชิกชุมชน รวมถึงทำกิจกรรมอื่นๆ และมีลานกีฬาให้กับเยาวชนได้มาวิ่งเล่น ส่วนพื้นที่ชั้นล่างจะใช้เป็นที่ทำการของศูนย์สุขภาพชุมชนคลองเตยถือ 4-5-6



สมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว และเมื่อมีการแยกเรือนมักแยกไปอยู่ที่อื่น เพราะครอบครัวมีพื้นที่จำกัดจึงไม่สามารถขยายครอบครัวได้ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ รองลงมาคือศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ ซึ่งสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างกลมกลืน ส่วนมากเป็นคนชั้นล่าง มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ต้องหาเช้ากินค่ำ โดยประกอบอาชีพรับจ้าง คนรุ่นเก่ามีการศึกษาไม่สูงมากนัก แต่คนรุ่นใหม่เริ่มมีการศึกษาถึงระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่สนใจการศึกษาวิชาชีพมากกว่าการศึกษาสายสามัญ สมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่รู้จักกันดี และนับถือกันเหมือนญาติ โดยจะมีการแวะเวียนมาหาเพื่อพูดคุย ปรับทุกข์ หรือขอรับความช่วยเหลือ ทำให้สมาชิกของชุมชนสามารถเข้าใจกันและกันได้เป็นอย่างดี ดังนั้น คนรุ่นใหม่ที่เกิดในชุมชนจึงผ่านการดูแลโดยสมาชิกของชุมชน สมาชิกของชุมชนให้ความเคารพนับถือบุคคลที่มีความดีงาม และทำประโยชน์ให้แก่ชุมชน พิธีกรรมส่วนใหญ่ของชุมชนเป็นไปในลักษณะของกิจกรรมตามประเพณี เช่น วันปีใหม่ วันเด็ก วันสงกรานต์ วันแม่แห่งชาติ วันพ่อแห่งชาติ มีการจัดกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในชุมชน ซึ่งเป็นเช่นเดียวกันกับชุมชนอื่นๆ ในสังคมไทย ภายในชุมชนไม่มีกิจกรรมนันทนาการที่ชัดเจน สมาชิกของชุมชนส่วนใหญ่มักอยู่ในบ้านของตัวเอง ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุไปตามชีวิตปกติ มีบางส่วนที่จับกลุ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเล่นกีฬาในร่มประเภทหมากรุก หมากรอส ซึ่งในบางครั้งอาจมีการพนันขันต่อกันบ้างเล็กน้อย เพื่อความสนุกในการเล่น ส่วนเด็กและเยาวชน ส่วนใหญ่จะไปหาสถานที่นันทนาการนอกชุมชน เช่น ร้านเกมส์

และห้างสรรพสินค้า ซึ่งไม่ไกลจากชุมชน (สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2551; สังคม
คุณธรรมการศกและพัชชา ธนฤกษ์, 2550)



ส่วนใหญ่สมาชิกของชุมชนนิยมซื้อยารับประทานเอง โดยมากมักเป็นยาแก้ปวด
“พาราเซตามอล” และในกรณีที่เจ็บป่วยเกินความสามารถของยาดังกล่าว มักเข้าไปรักษาที่ ศูนย์บริการ
สาธารณสุข 41 ซึ่งไม่เก็บค่าใช้จ่าย และสำหรับผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต หรือผู้ที่ต้องการฟื้นฟูสภาพ
ร่างกาย ภายในชุมชนจะมีศูนย์สุขภาพชุมชนคลองเตยล๊อค 4-5-6 ให้บริการทางด้านการนวดแผนไทย
กายภาพบำบัดการกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้ากำลังต่ำ และการใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายโดยไม่เสีย
ค่าใช้จ่าย แต่ให้มีการบริจาคตามศรัทธา



กำเนิดศูนย์สุขภาพชุมชน

ในอดีตภายในชุมชนมีศาลาประชาคมที่มีลักษณะเป็นศาลาไม้ มีน้ำท่วมขัง ทำให้ใช้ประโยชน์
ภายในชุมชนได้น้อยในการเป็นแหล่งประโยชน์กับชุมชน ประกอบกับในเวลานั้นวิทยาลัยสภากาชาด
ไทยต้องการหาชุมชน เพื่อเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานในด้านการพยาบาลผู้สูงอายุให้นักศึกษา จึงได้
เข้ามาสำรวจพื้นที่และจำนวนผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เกิดโครงการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนคลองเตย
เพื่อใช้เป็นแหล่งเรียนรู้ให้นักศึกษา และช่วยในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ
โดยใช้ศาลาประชาคมเป็นสถานที่ตั้งของโครงการ ซึ่งในเวลาต่อมาบาทหลวง โจเซฟ เอช ไมเออร์ และ

อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยได้ร่วมกันระดมเงินทุนจากเงินบริจาค มาพัฒนาศาลาประชาคมที่มีอยู่ให้เป็นศาลาอเนกประสงค์ มีลักษณะเป็นอาคารตึก 2 ชั้น เพื่อใช้เป็นแหล่งสำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน

การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน เกิดจากความเดือดร้อนทางสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน ที่มีสภาพเป็นชุมชนแออัด อาคารถ่ายเทไม่สะดวก มลภาวะทางเสียงและสิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพรับจ้าง ต้องทำงานหนัก ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ และการมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ นอกจากนั้น ยังเป็นผลมาจากคนในชุมชนที่มีจิตสาธารณะ มีความต้องการในการทำงานแบบอาสาสมัคร ทำให้เกิดการรวมตัวกันจัดตั้งสถานที่ในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านการบรรเทาอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและการบรรเทาอาการปวด และการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้สามารถช่วยตนเอง ไม่เป็นภาระกับผู้อื่น ประกอบกับวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยต้องการให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงร่วมกันจัดตั้งศูนย์กายภาพบำบัดชุมชนคลองเตยล็อก 4-5-6 และพัฒนาต่อมาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้พื้นที่ชั้นล่างของศาลาอเนกประสงค์ เปิดให้บริการทุกวัน ในเวลาราชการ เน้นการทำกายภาพบำบัดให้แก่สมาชิกและบุคคลทั่วไปทั้งในและนอกชุมชนที่มาขอรับบริการ กิจกรรมที่ทำได้

1. การนวดแผนไทย โดยสมาชิกในชุมชนที่มีความชำนาญ ซึ่งได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ และได้รับการอบรมจากบุคลากรด้านการนวดแผนไทย ให้บริการเฉลี่ยวันละประมาณ 40 ราย
2. การทำกายภาพบำบัด การกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้ากำลังต่ำ และการใช้อุปกรณ์ออกกำลังกาย ซึ่งได้รับการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ วิธีการปฏิบัติจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ป้องกันการอ่อนแรงของแขนขา โดยได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์กระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้ากำลังต่ำ จากสำนักงานกองทุนเพื่อการลงทุนทางสังคม (กองทุนชุมชน) ส่วนอุปกรณ์ออกกำลังกายเป็นการจัดทำขึ้นโดยชุมชน ซึ่งพัฒนามาจากต้นแบบที่มีอยู่
3. ให้บริการในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่สมาชิกในชุมชน ภายใต้การกำกับดูแลและการสนับสนุนจากอาสาสมัครประจำบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุข 41 ด้วย ทั้งนี้ หากผู้ป่วยมีอาการมากก็สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 ได้
4. ประดิษฐ์อุปกรณ์ราคาถูกขึ้นใช้เอง เช่น ที่ยกน้ำหนักออกกำลังกายที่ใช้ขวดน้ำพลาสติก เปล่าบรรจุทราย ของเด็กเล่นที่เป็นตุ๊กตาผ้าเก่าๆ นำใส่ในออก และบรรจุลูกแก้วแทนใช้ออกกำลังกาย นิ้วมือ และให้บริการยืมอุปกรณ์ เช่น รถเข็น ไม่เก็บค่าเช่า และให้คืนเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตหรือหายแล้ว

การดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน มีลักษณะพิเศษ เพราะดำเนินงานโดยสมาชิกชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบจำนวน 3 คน ได้รับค่าตอบแทนจากกระทรวงสาธารณสุข วันละ 140 บาท (หากมีผู้รับผิดชอบในวันนั้น 2 คนจะได้รับกันคนละ 70 บาท) นอกจากนั้นยังได้รับเงินสนับสนุนจากสภากาชาดไทย ผู้มีจิตศรัทธาที่เห็นประโยชน์จากโครงการฯบริจาคผ่านอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย และเงินบริจาคจากผู้มาใช้บริการ เพื่อใช้เป็นค่าตอบแทนให้แก่พนักงานกายภาพบำบัด

ที่มาจากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยสัปดาห์ละ 3 วัน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น อุปกรณ์ต่างๆ ภายในศูนย์สุขภาพชุมชน การทำงานของสมาชิกชุมชนผู้รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการทำงานด้วยจิตสาธารณะในรูปแบบอาสาสมัคร ผู้ทำงานไม่หวังผลตอบแทน แต่ได้รับผลทางด้านจิตใจที่เกิดจากความสำเร็จในการทำงาน บรรยากาศในการให้บริการเป็นไปอย่างกัลยาณมิตร ไม่จำกัดเวลาทำให้รู้สึกผ่อนคลายไม่เร่งรีบ มีเวลาพูดคุยสนทนาปรึกษาหรือระบายปัญหากับผู้ป่วยอื่นและอสส. อีกทั้งการที่ได้เห็นตัวอย่างการฟื้นคืนสภาพของผู้ป่วยอื่น ก่อให้เกิดกำลังใจมาทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น และบางรายสามารถกลับมาเดินได้เป็นปกติ



ระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนคลองเตย

ระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนคลองเตยที่เข้มแข็ง เริ่มต้นมาจากการมีโครงการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ซึ่งจัดให้นักศึกษาพยาบาลได้ไปเยี่ยมผู้สูงอายุตามบ้าน และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ หากพบผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่รุนแรงและไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ก็จะส่งต่อผู้สูงอายุไปรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 หรือในพื้นที่ใกล้เคียง หรือส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นอกจากนั้นยังมีการประสานกับแพทย์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้บริการการออกหน่วยเคลื่อนที่ในชุมชนด้วย ต่อมาศูนย์บริการสาธารณสุข 41 ได้ดำเนินการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุ และข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ โดยประสานความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในชุมชน ซึ่งทำงานตามความสมัครใจ มีอยู่จำนวน 25 คน เพื่อจัดทำทะเบียน ระบบข้อมูล และให้บริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ จากการสำรวจพบว่า ในชุมชนมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 150 คน โดยส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 ได้จัดให้พยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในชุมชนไปเยี่ยมเยียนและติดตามปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ เป็นระยะๆ หากพบความผิดปกติหรือผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ก็จะมีการรายงานและส่งต่อข้อมูลไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป นอกจากนั้น ยังมีกลุ่มพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย มาเยี่ยมบ้านและจัดกิจกรรมให้บริการ

ด้านผู้สูงอายุ เช่น การตรวจสุขภาพ การบรรยายให้ความรู้ การจัดกิจกรรมนันทนาการ ฯลฯ ปีละครั้ง ประมาณช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม รวมทั้ง ยังมีนักศึกษาและผู้สนใจกลุ่มอื่นจากภายนอกเข้ามาช่วยดูแลและช่วยสอนผู้สูงอายุ เป็นระยะๆ โดยคณะกรรมการชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ในชุมชน จะทำหน้าที่ ช่วยแนะนำทาง และดูแลความปลอดภัยด้วย

กรณีศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวในชุมชนลือค 4-5-6

1. ครอบครัวป้ามาลัย (ชื่อสมมุติ) เป็นหญิงไทยอายุ 60 ปี มีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง มา 10 ปี เนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก ผู้ดูแลหลักคือ สามี อายุ 72 ปี

2. ครอบครัวป้าทอง (ชื่อสมมุติ) หญิงไทยอายุ 73 ปี มีอาการแขนขา 2 ข้างอ่อนแรง แต่พอมีกำลังช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเล็กน้อย ผู้ดูแลหลักคือ ลูกชายอายุ 25 ปี

1. ครอบครัวป้ามาลัย หญิงไทยอายุ 60 ปี มีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงมา 10 ปี เนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก ผู้ดูแลหลักคือ สามีอายุ 72 ปี



ป้ามาลัยมีอาชีพเดิมขายของ เป็นคนมีลักษณะนิสัยพูดเพราะ ใจเย็น ขณะสัมภาษณ์ป้ามาลัย เรียกสามีว่า “ปู้จ๋า” ด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน ป้ามาลัยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน เมื่อ 10 ปีที่แล้ว เป็นลมล้มพับ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้รับการผ่าตัดสมอง ลูกชายคนเล็กจ่ายค่ารักษาให้ (ส่วนที่ต้องจ่ายเอง) ประมาณ 10,000 บาท ให้ ขณะออกจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ป้ามาลัยมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ใส่ท่อเจาะคอ และมีสายยางให้อาหาร ก่อนออกจากโรงพยาบาล สามีได้รับการสอนจากพยาบาลในเรื่องการดูแลป้ามาลัย ทั้งในด้านการดูแลแผล การให้อาหารทางสายให้อาหาร การให้ยา การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การทำกายภาพบำบัด และการพาผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด เมื่อกลับมาถึงบ้าน เนื่องจากลูกๆ แยกครอบครัวไปหมดแล้ว สามีเพียงผู้เดียวเท่านั้นที่ทำหน้าที่ดูแลป้ามาลัยด้วยความรักและความหวังว่า ป้ามาลัยจะมีอาการดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยคอยดูแลทำความสะอาดร่างกาย ชวนพูดคุย พลิกตะแคงตัว ทำกายภาพบำบัด ดูแลแผลให้ (ในระยะแรกใช้เครื่องดูแลแผลที่โรงพยาบาลให้ยืมมาใช้ และระยะหลังเปลี่ยนเป็น

ลูกยางแดง) และให้อาหารทางสายให้อาหาร ซึ่งต้องไปรับอาหารเหลวสำเร็จรูปที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์เป็นประจำ แล้วนำมาฝากใส่ตู้เย็นเพื่อนบ้านไว้ ด้วยการดูแลอย่างเอาใจใส่ของสามี ทำให้อาการของป้ามาลัยดีขึ้นตามลำดับ จนสามารถถอดท่อเจาะคอ และสายยางให้อาหารออกได้ ในระยะเวลา 3-4 ปีแรก ระหว่างการดูแล สามีผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยมาก แต่ก็ได้กำลังใจจากลูกที่แวะเวียน มาเยี่ยมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยมาชวนพูดคุย หาอาหารมาให้ ออกค่าใช้จ่าย ทั้งค่าน้ำ ค่าไฟ ค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ต้องจ่ายเอง และค่ารถ รวมทั้งเป็นเพื่อนพามาโรคไปโรงพยาบาล ด้วยรถรับจ้าง และผู้ที่ให้กำลังใจป้ามาลัยและสามีได้ดี คือ หลานชาย ลูกของลูกชายซึ่งมาเยี่ยมพูดคุยกับ ปู่และย่าทุกสัปดาห์

ปัจจุบันป้ามาลัยมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ขยับในแนวราบได้เล็กน้อย ยกด้าน แรงโน้มถ่วงของโลกไม่ได้ มีภาวะฟุ้งฟิงมาก ระดับ 3 กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ประจำวันเรื่อง การเคลื่อนย้ายตนเองไปในที่ต่างๆ การอาบน้ำ แต่งตัว การซักเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การรับประทานยา ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้ ต้องใช้ผ้ารอง ชับหรือผ้าอ้อมผู้ใหญ่ใส่ไว้ ต้องได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2-4 ชั่วโมง ไม่มีผลกดทับ เท้าซ้ายที่อ่อนแรง มีอาการบวมและมีปลายเท้าตก ผู้ดูแลซึ่งเป็นสามีได้ทำที่ฟิงหลังและโต๊ะเล็กๆวางข้างตัว ด้านขวาที่แข็งแรง ทำให้ป้ามาลัยสามารถนั่งได้ด้วยตนเอง สามีเคยลองให้รับประทานอาหารเอง แต่หกละอะเยอะมาก จึงตัดสินใจป้อน ระยะนั้นสามีทำกายภาพบำบัดให้บ้าง แต่อาการ แขนขาอ่อนแรง ไม่ดีขึ้น จึงหมดกำลังใจที่จะทำ ปัจจุบันป้ามาลัยสามารถหายใจได้เองสะดวกดี และสามารถ รับประทานอาหารได้เองโดยไม่ต้องใส่สายยางให้อาหาร

ป้ามาลัยไปรับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท โดยใช้สิทธิบัตรทอง ยาที่รับประทาน เป็นประจำได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาลดน้ำตาลในเลือดและยาด้านเกร็ดเลือด สามีไปรับยาให้ผู้ป่วยทุกเดือน และจะพาป้ามาลัยไปพบแพทย์ตามนัด 3 เดือนต่อ 1 ครั้ง โดยการนัด กับลูกชายคนเล็กให้มาช่วยอุ้มนั่งรถเข็น หรือบางครั้งขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านบ้าง ไปปากซอย เพื่อต่อรถแท็กซี่ไปโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท ค่ารถไปกลับประมาณ 100 บาท การดูแลด้านจิตใจ สามีพยายามไม่พูดให้เสียใจ มีลูกหลานมาเยี่ยมเกือบทุกสัปดาห์ มี อสม. มาเยี่ยมพูดคุยบ้างเป็นระยะๆ

ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ป้ามาลัยได้จดทะเบียนคนพิการ ได้รับเงินช่วยเหลือเดือนละ 500 บาท ลูกชายคนเล็กมีอาชีพ shipping มีรายได้เงินเดือนละประมาณ 10,000 บาท ให้เงินใช้จ่าย ในครอบครัวไม่แน่นอน รายจ่ายส่วนมากเป็นค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่วันละ 2 ผืนๆละประมาณ 20 บาท

ประวัติครอบครัว ป้ามาลัยอยู่กับสามีซึ่งเป็นผู้ดูแลมานานประมาณ 20 ปี มีลูกชาย 1 คน อายุประมาณ 28 ปีก่อนอยู่กินกับสามีคนปัจจุบัน ป้ามาลัยมีลูกชายกับสามีเก่า 1 คน อายุประมาณ 30 ปี แต่งงานมีครอบครัวแล้ว มีหลานชาย 1 คน อายุ 12 ปี เป็นหลานชายที่มาเยี่ยมเป็นประจำพร้อมพ่อ และบางครั้งก็มาคนเดียว ส่วนสามีเคยแต่งงานมาแล้ว และมีลูกชายกับภรรยาคนเก่า 2 คน เสียชีวิตแล้ว

1 คน ลูกชายอีก 1 คน แต่งงานแล้วมีลูก 3 คน คือ คนโต ผู้หญิงอายุ 15 ปี คนที่ 2 ผู้ชายอายุ 6 ปี และคนสุดท้อง ผู้ชายอายุ 4 ปี

ผู้ดูแลหลัก เป็นสามีอายุ 72 ปี อยู่กินกันมา 20 กว่าปี อาชีพเดิมเป็นช่างไม้ ไม่สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าบ้าง นานๆครั้ง ประมาณขวดกระทิงแดง ใสบาตรบ้าง แต่ไม่ได้สวดมนต์ ดูแลป้าม่าลย์ที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงมาประมาณ 10 ปี โดยช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันทุกอย่าง ทำกับข้าวเองบ้าง ซื้อบ้าง ซักผ้า ผู้ดูแลมีภรรยาใหม่ อายุประมาณ 50 ปี อยู่บ้านเดียวกัน และมีส่วนช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลป้าม่าลย์

สุขภาพกาย ไม่มีโรคประจำตัวแต่มีอาการปวดหลัง ปวดเข่า และปวดศีรษะค่อนข้างบ่อย ไม่ได้ออกกำลังกาย

สุขภาพจิตของผู้ดูแล เป็นคนใจเย็น ขอมรับสภาพที่ต้องเป็นผู้ดูแล ถือเป็นหน้าที่ มีความรู้สึกสงสารเห็นใจ ทั่วๆไปบางครั้งมีความรู้สึกเครียดที่ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้ เพราะต้องคอยดูแลป้าม่าลย์ตลอดเวลา บางครั้งนอนไม่ค่อยหลับ หลับประมาณเวลา 1 นาฬิกา ผ่อนคลายด้วยการออกไปพูดคุยกับเพื่อนๆบ้าง

2. ครอบครัวป่าทอง หญิงไทยอายุ 73 ปี มีอาการแขนขา 2 ข้างอ่อนแรงมา 3 ปี



ประวัติความเจ็บป่วย 3 ปีก่อน ป่าทองเป็นเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและหลอดเลือดสมองตีบ มีอาการหมดสติ ปากเบี้ยว แขนขาขวาอ่อนแรง นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 15 วัน หลังออกจากโรงพยาบาล ป่าทองต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลอีก 2-3 ครั้ง เนื่องจากปัญหาปัสสาวะไม่ออก และเกิดความไม่สมดุลของเกลือแร่ จากการดูแลอย่างใกล้ชิดของลูกชาย ทำให้ปัจจุบันป่าทองสามารถฟื้นฟูสภาพจนแขนขาขวามีกำลังมากขึ้น แต่ยังไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง จึงพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเล็กน้อย มีภาวะฟุ้งฟิงมาก ระดับ 3 กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันเรื่อง การเคลื่อนย้ายตนเองไปในที่ต่างๆ การอาบน้ำ แต่งตัว พอรับประทานอาหารได้เอง ป่าทองสามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้ บอกได้เมื่อรู้สึกปวดถ่าย ถ่ายรดบ้างเป็นบางครั้ง ถ่ายปัสสาวะใส่กระโถนที่วางไว้ข้างๆที่นอน ถ่ายอุจจาระทุก 2 วันโดยผู้ดูแลพุงไปห้องน้ำ ท้องไม่ผูกเพราะรับประทานผลไม้ เช่น ส้มจีนไม่มีเม็ดทุกวัน ป่าทองมีรูปร่างค่อนข้างผอม นิ่งและ

นอนบนเตียงเป็นเวลานานในแต่ละวัน จึงมีแผลกดทับเป็นรอยถลอกที่บริเวณกระดูกก้นกบขนาดประมาณเท่าเหรียญ 5 บาท ผู้ดูแลซื้อวาสลีนกับครีมฆ่าเชื้อมาทาให้ แผลแห้งดีขึ้น

ประวัติครอบครัว ป้าทองแยกทางกับสามีมานานแล้ว สามีมีครอบครัวใหม่ มาเยี่ยมป้าทองนานๆครั้ง มาพูดคุย บิบนวดให้แต่ไม่ได้ให้เงิน มีลูกด้วยกัน 6 คน

ลูกคนที่ 1 ลูกชายอายุ 50 กว่าปี มีครอบครัวแล้ว มีลูก 3 คน แยกครอบครัวไปแล้ว

ลูกคนที่ 2 ลูกชายอายุ 45 กว่าปี มีครอบครัวแล้ว มีลูก 3 คน แยกครอบครัวไปแล้ว

ลูกคนที่ 3 ลูกสาวอายุ 40 กว่าปี มีครอบครัวแล้ว มีลูก 3 คน อยู่บ้านไม่ไกลจากบ้าน ป้าทอง มาเยี่ยมเยียนเสมอ แต่ไม่ได้ช่วยเหลือเรื่องการเงิน

ลูกคนที่ 4 ลูกสาวอายุ 33 กว่าปี มีครอบครัวแล้ว มีลูก 1 คน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับป้าทอง รับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว

ลูกคนที่ 5 ลูกชายอายุ 30 กว่าปี มีครอบครัวแล้ว มีลูก 2 คน แยกครอบครัวไปแล้ว

ลูกคนที่ 6 ลูกชายอายุ 25 ปี ไม่มีครอบครัว มีบุคลิกลักษณะเป็นผู้หญิง เป็นผู้ดูแลหลักอยู่กับผู้ป่วย

ป้าทองมีอาชีพเดิม รับจ้างแบกดิน เป็นคนมีอัธยาศัยดี มีอารมณ์ขัน แต่ไม่ชอบสังสรรค์กับผู้คนมากนัก มีเพื่อนบ้านมาพูดคุยบ้างเมื่อไปนั่งหน้าบ้าน ไม่ชอบไปทำกายภาพที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะกลัวหกล้มขณะเดินไป ระยะทางประมาณ 200 เมตร และไม่ชอบไปพูดคุยกับคนหลายคน ป้าทองเคยได้ยินเพื่อนบ้านเล่าให้ฟังว่า มีคนเคยหกล้มแล้วเดินไม่ได้อีกเลย จึงกลัวหกล้มมาก ป้าทองใส่บาตรเป็นประจำ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีพระมาบิณฑบาตถึงหน้าบ้าน

ผู้ดูแลหลัก เป็นลูกชายคนเล็กอายุ 25 ปี ดูแลป้าทองมาประมาณ 3 ปี เรียนจบประกาศนียบัตรวิชาชีพ ทำงานเล็กน้อยๆ ก่อนลาออกจากงานมาดูแลป้าทองตลอดเวลา เพราะเป็นลูกคนสุดท้องที่ไม่มีครอบครัว และทำงานไม่เป็นหลักเป็นฐาน กอปรกับป้าทองสนิทสนมกับลูกคนนี้นัก เมื่อลูกคนนี้ไม่อยู่ป้าทองจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ดังนั้น ผู้ดูแลจึงไม่เคยทิ้งป้าทองไปไหน ไม่เคยไปค้างคืนที่อื่นเลย ผู้ดูแลไม่มีความเครียดในการดูแล เพราะรักมารดาและต้องการมีความสุขที่ได้ดูแลมารดาให้มีความสุข นับถือศาสนาพุทธ และค่อนข้างเคร่งศาสนา โดยสวดมนต์และนั่งสมาธิเป็นประจำทุกคืน ชวนป้าทองสวดมนต์ด้วย แต่ป้าทองไม่ค่อยชอบสวดมนต์

กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลช่วยเหลือป้าทอง คือ พุงพาเดินไปอาบน้ำในห้องน้ำและถ่ายอุจจาระ ช่วยสวมเสื้อผ้าให้ ประคองนั่งกระโถนถ่ายปัสสาวะที่เตียง ซื้ออาหารสำเร็จรูปมาให้ป้าทองรับประทานเอง เพราะป้าทองเลือกชนิดอาหารรับประทาน ลูกชายจึงทำอาหารให้รับประทานไม่ถูกใจ ผู้ดูแลนวดให้ป้าทองเป็นประจำ แต่เป็นการบิบนวดธรรมดา ไม่ได้เป็นการทำกายภาพบำบัด

ค่าใช้จ่ายของป้าทอง ลูกสาวคนที่ 4 รับผิดชอบค่าน้ำค่าไฟฟ้า และให้เงินป้าทองซื้ออาหารทีละ 700 บาท เป็นค่าอาหารป้าทองและทำบุญใส่บาตรประมาณวันละ 100 บาท ค่ารถแท็กซี่ไปพบแพทย์

ตามนัดเพื่อรับยาทุกเดือนๆละ 100 กว่าบาท ใช้สิทธิบัตรทองจ่ายค่ายาเพิ่มเดือนละ 20 - 40 บาท ยาที่ป่าทองรับประทานเป็นประจำได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาลดน้ำตาลในเลือด ยาลดไขมันในเลือด ยาต้านเกร็ดเลือดและยาบำรุงเลือด

ชุมชน 30 กันยาพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา



บริบทชุมชน

ชุมชน 30 กันยาพัฒนา ตั้งชื่อตามชื่อถนนที่ตั้งอยู่คือ ถนน 30 กันยา ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา แต่วันที่ก่อตั้งคือ 10 ธันวาคม 2547 จึงเป็นชุมชนใหม่ที่เกิดจากการรวมตัวกันของแกนนำในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ต้องการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง แต่เดิมพื้นที่ของชุมชนแห่งนี้ส่วนใหญ่เป็นฟาร์มเลี้ยงหมูและสวนสัตว์ของทหารผ่านศึก มีพื้นที่บางส่วนเป็นที่นา ชาวบ้านจึงมีอาชีพทำนาเป็นส่วนใหญ่ ต่อมาเริ่มมีการแบ่งขายที่ดิน จึงเกิดบ้านจัดสรร และโรงงานมากขึ้นเรื่อยๆ

ชุมชน 30 กันยาพัฒนา มีพื้นที่ประมาณ 17 ตารางกิโลเมตร มีสมาชิกประมาณ 800 หลังคาเรือน และมีผู้สูงอายุประมาณ 195 คน บ้านเรือนส่วนใหญ่เป็นบ้านส่วนตัวที่มีรั้วรอบ ลักษณะเป็นทั้งบ้านตึกและบ้านไม้ สภาพอากาศถ่ายเทดี มีต้นไม้ใหญ่ในชุมชนที่ให้ร่มเงาจำนวนมาก การเดินทางภายในชุมชนสะดวก มีถนนสายหลัก 2 สาย และมีถนนแยกเป็นถนนซอยที่ต่อถึงกัน สามารถนำรถยนต์ผ่านเข้า-ออกได้ การสื่อสารภายในชุมชน นิยมพิมพ์เป็นเอกสารแจกตามบ้าน หรือติดประกาศตามสถานที่หลักของชุมชน และมีหอกระจายข่าวของชุมชน ภายในชุมชนมีสถานที่สำคัญ ได้แก่ โรงเรียนช่างกลพาณิชยการ สนามกีฬาากลางของเทศบาล ไปรษณีย์ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน บ้านสงเคราะห์เด็กชายบ้านราชสีมา สมาชิกของชุมชนมีศูนย์รวมกิจกรรมหลายแห่ง อาทิ

1. ศาลาอเนกประสงค์ เป็นอาคารตึกชั้นเดียว ขนาดเล็ก ซึ่งสร้างขึ้นในปี 2549 โดยคณะกรรมการชุมชนได้จัดทำแผนชุมชน ส่งไปของบประมาณสนับสนุนจากเทศบาล กิจกรรมที่ทำ

คือ เป็นสถานที่พบปะพูดคุยกันของสมาชิกในชุมชนและทำบุญตักบาตรในวันสำคัญ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ วันพ่อ วันแม่ ฯลฯ เป็นสถานที่ประชุมคณะกรรมการชุมชน และอสม. เป็นสถานที่ให้บริการและฝึกอาชีพด้านการตัดเย็บเสื้อผ้า การทำดอกไม้ประดิษฐ์ การทำดอกไม้จันทน์ ของชำร่วย ฯลฯ



2. ร้านขายของชำของป้าอ้อม (ผู้สูงอายุในชุมชน) ซึ่งเป็นมารดาของประธานชุมชน เป็นสถานที่รวมของผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกายในตอนเช้า โดยป้าอ้อมจะทำอาหาร (ข้าวต้ม) เลี้ยงเป็นประจำทุกวัน



3. สนามออกกำลังกาย ได้แก่ สนามกีฬากลางของเทศบาล ลานออกกำลังกายของทหารผ่านศึก และ สนามของโรงเรียน ซึ่งเป็นที่พบปะพูดคุยและออกกำลังกายของผู้สูงอายุ



4. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา สมาชิกชมรมจะมาประชุมพบปะพูดคุยกัน เดือนละ 1 ครั้ง รวมทั้งมารับฟังการบรรยายความรู้จากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งจัดกิจกรรมสังสรรค์ ระหว่างปี หรือในโอกาสวันสำคัญของชมรม



5. ชมรมผู้สูงอายุชุมชน มีการประชุมพบปะกันเป็นประจำ ปัจจุบันทางชุมชนได้จัดทำแผนชุมชน เพื่อของบประมาณจากเทศบาลในการสร้างร้านค้าชุมชน ซึ่งอยู่ระหว่างการก่อสร้างเป็นอาคารชั้นเดียว ในพื้นที่ด้านข้างของศาลาอเนกประสงค์ และชุมชนจะดำเนินการขายของ โดยใช้เงินลงทุนจากกองทุน SML ซึ่งรัฐบาลจัดสรรให้ 3 แสนบาท การบริหารเงินทุน ดำเนินการโดยคณะกรรมการชุมชน

ลักษณะของประชากรในชุมชน ครอบครัวมีทั้งครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว โดยลูกหลานบางส่วนเมื่อแต่งงานแล้วจะแยกครอบครัวไปอยู่นอกเมือง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ปัจจุบันคนในชุมชนทำอาชีพต่างจากเดิม คือ เป็นข้าราชการ ค้าขาย รับจ้าง และทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมต่างๆ ฐานะเศรษฐกิจของคนในชุมชนส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง คนรุ่นเก่ามีการศึกษาไม่สูงมากนัก แต่คนรุ่นใหม่เริ่มมีการศึกษาถึงระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่สนใจการศึกษาวิชาชีพมากกว่าการศึกษาสายสามัญ สมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่รู้จักกันดี พิธีกรรมส่วนใหญ่ของชุมชนเป็นไปในลักษณะของกิจกรรมตามประเพณี เช่น วันปีใหม่ วันเด็ก วันสงกรานต์ วันแม่แห่งชาติ วันพ่อแห่งชาติ มีการจัดกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในชุมชน ซึ่งเป็นเช่นเดียวกันกับชุมชนอื่นๆ ในสังคมไทย คือ ทำบุญตักบาตร และเลี้ยงอาหารผู้สูงอายุรวมทั้งมอของที่ระลึก เช่น หมวกไหมพรม ผ้าเช็ดหน้า ภายในชุมชนไม่มีกิจกรรมนันทนาการที่ชัดเจน สมาชิกของชุมชนส่วนใหญ่มักอยู่ในบ้านของตัวเอง คูโทรศัพท์ ฟังวิทยุ

เมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่สมาชิกของชุมชนนิยมไปพบแพทย์ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ไม่นิยมซื้อยารับประทานเอง หากมีอาการไม่มากจะมาพบ อสม.ใกล้บ้าน เพื่อขอยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งเก็บไว้ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ตั้งอยู่ที่บ้านประธานอสม. ภายในศูนย์ฯ จะมีเครื่องวัดความดันโลหิตจำนวน 2 เครื่อง เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว 1 เครื่อง อุปกรณ์ดังกล่าวจัดซื้อโดยใช้งบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล ซึ่งมอบให้แก่ชุมชนผ่านเทศบาล ปีละ 1 หมื่นบาท นอกจากนั้นยังมีเครื่องชั่งน้ำหนัก 1 เครื่อง ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล

จุดประกายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน



เริ่มจาก....งานนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข และจำนวนผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น ลูกหลานก็ไม่ค่อยมีเวลา บางคนก็อยู่บ้านคนเดียว ดังนั้นทางศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว จึงได้ประชุมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ และได้จัดโครงการอบรมแกนนำผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เป็นแกนนำสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งแกนนำส่วนใหญ่จะเป็น อสม. เพราะสะดวกมากกว่าคนอื่นและเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบอยู่แล้ว โดยในระยะแรกเป็นการอบรมเรื่องของความรู้ การดูแลผู้สูงอายุ เรื่องอาหาร ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาเรื่องการไถ่ยีน เรื่องการทรงตัว เรื่องการออกกำลังกาย ปัญหาไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัญหาที่ได้มาจากการคัดกรองภาวะเสี่ยงของกลุ่มอายุ 30-35-40 ขึ้นไป โดยเอางานคัดกรองมาผนวกในเรื่องของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มโรค และได้ดำเนินการดังนี้

1. กลุ่มโรค ให้มีการลงทะเบียน และรับการรักษา
2. กลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูง สุขภาพช่องปาก/ฟัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคต่อกระจก แขนขาไม่ค่อยมีแรง ดำเนินการจัดการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง โดยแบ่งการอบรมตามปัญหาที่พบ หลังการอบรมมีการติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้าน

ปัจจุบันทางศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว มีแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุ 13 คน ดูแลผู้สูงอายุใน 7 ชุมชน โดยชุมชน 30 กันยาพัฒนา เป็นหนึ่งในชุมชนเหล่านั้น สำหรับการอบรมกลุ่มแกนนำ จะจัดอย่างต่อเนื่องเป็นประจำปีละ 1 ครั้ง การแก้ปัญหาในชุมชน จะมีการประเมินสภาพปัญหาตามที่ชุมชนเสนอ และให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช) คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุกับกลุ่ม อสม. เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุร่วมกับ อสม. จัดโครงการอบรมให้ความรู้แก่แกนนำผู้สูงอายุ และกลุ่ม อสม. เป็นหลักสูตรสองวันหนึ่งคืนหรือสามวันสองคืน นอกจากนั้น ยังมีเครือข่ายกับทำให้มี

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน มีการดูแลต่อเนื่อง และมีระบบการให้บริการคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. งานเทศบาลนคร นครราชสีมา มีการดูแลด้านผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้มีคณะกรรมการชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจะมีการประชุมทุกเดือนกับเทศบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ เพื่อรับข้อมูลทั้งหมดกระจายให้ชุมชนได้รับทราบ กิจกรรมที่เทศบาลดำเนินการด้านผู้สูงอายุ ได้แก่

- 2.1 การดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาล รับผิดชอบดูแลโดยสำนักงานสาธารณสุข โดยจัดอบรมความรู้ให้แก่กลุ่ม อสม. และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ฯลฯ
- 2.2 การดูแลเรื่องเบี้ยยังชีพ
- 2.3 การจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำในแต่ละเขตเป็นผู้รับผิดชอบ เช่น วันผู้สูงอายุ วันปีใหม่ ซึ่งบางครั้งจะจัดกิจกรรมรวมกัน ณ เทศบาลนคร
- 2.4 การส่งเสริมอาชีพ จัดอบรมให้ความรู้ในการประกอบอาชีพ
- 2.5 การพัฒนาชุมชนที่อยู่อาศัย
- 2.6 ให้งบประมาณสนับสนุนการทำงานของชุมชน ชุมชนละ 10,000 บาท ทั้งนี้ในส่วนของชุมชน 30 กันยาพัฒนาได้นำไปใช้ในการซื้ออุปกรณ์วัดความดันโลหิตแบบ digital ซึ่ง อสม. ให้บริการตรวจวัดความดันโลหิตให้แก่สมาชิกในชุมชน
3. องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ช่วยดูแลส่วนที่เกินความสามารถเทศบาล ปัจจุบัน อบจ. ให้การสนับสนุนในเรื่องทรัพยากร และการจัดโครงการอบรมให้แก่ชมรมผู้สูงอายุตามอำเภอต่างๆ

ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลโดย อสม. ปัจจุบันมี อสม. 21 คน กรณีผู้สูงอายุป่วยที่บ้าน อสม. จะให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจโดยการเยี่ยมบ้าน ประเมินความผิดปกติเบื้องต้น ตรวจวัดความดันโลหิตและให้คำแนะนำ หากผู้สูงอายุมีภาวะผิดปกติของน้ำตาลในเลือด ก็สามารถตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะเลือดปลายนิ้วได้ หลังจากนั้นจะส่งต่อข้อมูลที่ได้ให้แก่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช) คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว (มีพยาบาลประจำ 12 คน รับผิดชอบดูแลประชากรประมาณ 13,000 คน) ให้รับทราบ และหากผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยมาก อสม. จะทำหน้าที่ติดต่อให้พยาบาลของคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวเข้ามาดูแลที่บ้าน หรือประสานงานให้มีการรับผู้สูงอายุไปรักษา นอกจากนั้น อสม. ยังทำหน้าที่ติดตามให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ดูแลให้ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และมีอาการหลงลืมได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หรือรับยาแทน หากผู้สูงอายุไม่สามารถไปรับยาได้ ทั้งนี้ในการดูแลผู้สูงอายุ จะมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแล

โดยในปีงบประมาณ 2552 นี้ มีเป้าหมายให้ อสม. คัดกรองผู้สูงอายุได้ 100% เพราะโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาอายุ 100 ปี

นอกจากการดูแลปัญหาด้านสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ ยังได้รับการช่วยเหลือในด้านอาหารและอื่นๆตามความต้องการที่จำเป็นด้วย โดย อสม.เป็นผู้เสียสละเงินส่วนตัว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข

กรณีศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวในชุมชน 30 กันยาพัฒนา

1. ครอบครัวลุงซุบ (ชื่อสมมุติ) ชายไทยอายุ 64 ปี มีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงมา 9 ปี เนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก ผู้ดูแลหลักคือ พี่สาวอายุ 68 ปี และผู้ดูแลรับจ้างอายุ 20 ปี
2. ครอบครัวยายมา (ชื่อสมมุติ) หญิงไทยอายุ 82 ปี มีอาการแขนขาซีกขวาอ่อนแรงมา 5 ปี ผู้ดูแลหลักคือ ลูกสาวอายุ 60 ปีและผู้ดูแลรับจ้างอายุ 62 ปี

1. ครอบครัวลุงซุบ ชายไทยอายุ 64 ปี มีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงมา 9 ปี



ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต ลุงซุบดื่มเหล้าและสูบบุหรี่เป็นประจำ เป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หลอดเลือดในสมองแตกที่จังหวัดอุดรธานี ได้รับการผ่าตัดสมอง 2 ครั้ง ติดๆกัน รู้สึกตัว พุดไม่ได้แต่พยักหน้าได้ตอบได้รู้เรื่อง แขนขาซ้ายขยับไม่ได้เลย แขนขาขวาเคลื่อนไหวด้านแรงผู้ตรวจได้ ลุงซุบไม่พยายามช่วยเหลือตัวเอง ยอมให้นักกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพให้ แต่ไม่ยอมให้พี่สาวที่ดูแลหรือผู้ดูแลรับจ้างทำกายภาพบำบัดให้เลย บอกว่าเจ็บ มีแผลกดทับที่บริเวณก้นกบลึกและมีเนื้อตายมาก พี่สาวจ้างพยาบาลจากโรงพยาบาลค่ายสุรนารีวันละ 150 บาท (เดือนละ 4,500 บาท) มาทำแผลให้จนดีขึ้น ต่อมา อสม. ได้เข้ามาสำรวจตามบ้านพบลุงซุบ จึงได้ประสานไปที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อให้ส่งพยาบาลและแพทย์มาดูแล หลังจากนั้นพี่สาวจึงได้รับคำแนะนำเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และสอนวิธีทำแผล ทำให้พี่สาวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักสามารถทำแผลได้เอง โดยให้เบิกอุปกรณ์ทำแผลมาจากคลินิกเวชปฏิบัติ

ครอบครัวยังคงมีความสะอาดเครื่องมือทำแผลเองด้วยน้ำโพลาริส ปัจจุบันแผลกดทับที่ก้นกบหายดีแล้ว ยังมีแผลที่บริเวณสะโพกด้านข้างเล็กน้อย

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน ลูกชุนนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา แขนขาซ้ายเคลื่อนไหวไม่ได้เลย ไม่มีข้อติดหรืออาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ส่วนแขนขาขวาพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่ไม่ค่อยยอมช่วยตัวเอง พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ มีแผลกดทับเล็กน้อยบริเวณกระดูกสะโพกทั้ง 2 ข้าง จัดเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ระดับที่ 4 ไม่ยอมให้พี่สาวหรือผู้ดูแลทำกายภาพบำบัดให้ ระยะแรกยอมให้นักกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลทำให้บ้าง แต่เมื่อกลับมาอยู่บ้านแล้ว พี่สาวพานั่งรถไปทำที่โรงพยาบาลไม่ยอมไป เอะอะโวยวาย มีเครื่องกระตุ้นกล้ามเนื้อแต่ไม่ยอมทำ ควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ การปัสสาวะผู้ดูแลใช้ถุงพลาสติกกรองรับน้ำปัสสาวะไว้ และต้องให้ผู้ดูแลรับจ้างคอยขับอุจจาระเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทาง ส่วนการขับถ่ายอุจจาระไม่สามารถแบ่งอุจจาระได้ ต้องให้ผู้ดูแลรับจ้างสวมถุงมือควักออกมาช่วย แต่ก่อนอุจจาระไม่แข็งเพราะผู้ดูแลให้รับประทานผักต้มเปื่อย บด เช่น ผักโขม แครอท ตำลึง อาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว เพราะลูกชุนเคยล้มกลืน ผู้ดูแลต้องล้างออกมาให้ จึงไม่กล้าให้รับประทานอาหารแข็งๆอีก ผู้ดูแลรับจ้างเป็นผู้ป้อนอาหารให้ นอกจากอาหารหลักแล้ว ผู้ดูแลจะให้รับประทานผลไม้วันละ 2 ครั้ง และมีผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เช่น นม ยาสูบ กล้วยตาก ระหว่างมือ ลูกชุนพูดไม่ได้ แต่พยักหน้าได้ตอบรู้เรื่อง เมื่อภรรยาเข้ามาเยี่ยมจะร้องไห้ ระยะแรกๆหลังป่วยมีเพื่อนร่วมงานและญาติมาเยี่ยมบ้าง แต่เนื่องจากป่วยมานานถึง 9 ปี ปัจจุบันจึงไม่ค่อยมีใครมาเยี่ยม

สำหรับการดูแลที่ได้รับจากโรงพยาบาลและชุมชน เนื่องจากลูกชุนเป็นข้าราชการทหารจึงสะดวกที่จะไปรับบริการการรักษาที่โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ซึ่งอยู่ไกลจากบ้านมากกว่าโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่อยู่ใกล้บ้านมากเพียง 1 กิโลเมตร แต่ด้วยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาผู้ป่วยไปรับบริการจำนวนมาก ทำให้การไปพบแพทย์แต่ละครั้งต้องใช้เวลาอย่างมาก จึงไม่สะดวก อย่างไรก็ตาม บริการที่ลูกชุนได้รับจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คือ การดูแลผ่านทางระบบ อสม. ที่ไปวัดความดันโลหิตและจดบันทึก เพื่อให้ญาตินำผลไปให้แพทย์พิจารณาจ่ายยาให้ โดยที่ลูกชุนไม่ต้องไปพบแพทย์ นอกจากนี้ อสม. ยังได้ประสานให้พยาบาล นักกายภาพบำบัด (CUP จ้าง มาดูแลเดือนละครั้ง) และแพทย์จากคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ให้มาดูแลด้วยการสอนวิธีการทำแผล การฟื้นฟูสภาพ และยังอนุญาตให้บิกอุปกรณ์ทำแผลด้วย

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว ลูกชุนรับราชการทหารบก ยศล่าสุดคือ พันตรี ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ รับเงินบำนาญเดือนละ 20,000 บาท โดยมอบอำนาจให้พี่สาวที่เป็นผู้ดูแลหลักรับแทน ลูกชุนมีภรรยา อาชีพครู อยู่กินกันสามภรรยา 10 ปีแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสกัน และไม่มีบุตรด้วยกัน เมื่อลูกชุนป่วยภรรยาได้บอกยกเลิกลูกชุนให้พี่สาว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักรับผิดชอบรักษา และดูแลทุกอย่าง โดยพี่สาวได้รับลูกชุนหลังผ่าตัดสมองประมาณ 1 เดือน และอาการดีขึ้นบ้างแล้ว จากจังหวัดอุดรธานีมาอยู่ที่จังหวัดนครราชสีมา

ประวัติครอบครัว ลูกชามีพี่น้องรวม 9 คนดังนี้

พี่ชายคนที่ 1 มีครอบครัวแล้วอยู่ที่นครราชสีมา มาเยี่ยมผู้ป่วยประมาณเดือนละ 1 ครั้ง

พี่สาวคนที่ 2 คือผู้ดูแลหลัก อายุ 68 ปี มีครอบครัวแล้วอยู่กับสามี มีลูก 2 คนโตแล้ว
ไปทำงานที่ต่างประเทศ

ลูกชุกคนที่ 3 อยู่บ้านที่พี่สาวปลูกแยกไว้หลังบ้าน ในเขตที่ดินของพี่สาว ภรรยาที่ไม่ได้
จดทะเบียนกัน มาเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซื้ออาหารและผลไม้มาฝากเป็นประจำ ช่วยดูแลลูกชุกโดย
การตัดเล็บให้ และพูดคุยทั้งที่ลูกชุกพูดไม่ได้ แต่ได้ตอบกันรู้เรื่องด้วยการพยักหน้า ผู้ดูแลหลักบอกว่า
ลูกชุกมีท่าทีมีความสุขมากเมื่อภรรยามาเยี่ยม จึงให้เงินค่ารถภรรยาลูกชุกเสมอครั้งละ 1,500 บาท
เพราะเห็นว่าลูกชุกผูกพันกับภรรยา จึงอยากให้ภรรยามาเยี่ยมเป็นประจำ

น้องชายคนที่ 4 เสียชีวิตแล้ว เพราะดื่มเหล้ามาก

น้องชายคนที่ 5 เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเช่นเดียวกัน มีอาการแขนขา 1 ข้าง
อ่อนแรง เดินได้ อยู่ที่จังหวัดลพบุรี

พี่ชายคนที่ 6 มีครอบครัวแล้ว มาเยี่ยมนานๆ ครั้ง

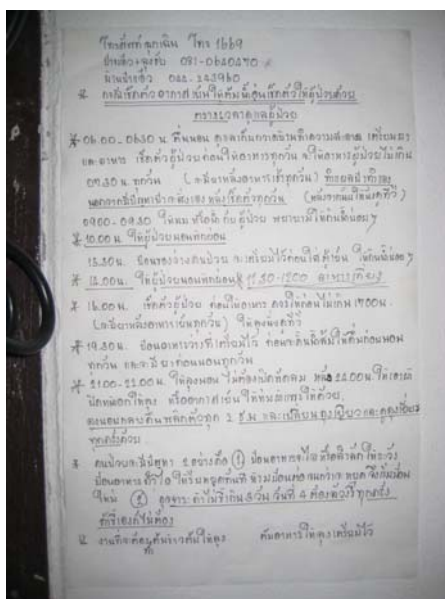
พี่ชายคนที่ 7 ยังไม่มีครอบครัว มาเยี่ยมนานๆ ครั้ง

น้องสาวคนที่ 8 มีครอบครัวแล้ว บ้านอยู่ติดกัน เมื่อผู้ดูแลหลักไม่อยู่บ้านจะฝากให้
น้องสาวคนนี้ดูแลลูกชุก

น้องสาวคนที่ 9 แต่งงานกับชาวอเมริกัน และอยู่ที่เวียงจันทน์ นานๆ ครั้งจึงจะกลับมา
เมืองไทย และเยี่ยมลูกชุก

ผู้ดูแลหลัก คือพี่สาวที่เกิดก่อนในลำดับที่ติดกัน ปัจจุบันอายุ 68 ปี (ลูกชุกอายุ 64 ปี) เคยรับราชการ
ทหารบก ขสจ่าสิบเอก ทำหน้าที่สารบัญชี มีนิสัยรอบคอบ กล้าคิดกล้าทำและขยัน หลังเลิกงานจะขาย
ของเสริมรายได้ ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ กิจกรรมการดูแลที่ทำให้ลูกชุกคือ สอนวิธีการดูแลให้
ผู้ดูแลรับจ้างและมอบอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบให้ โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ทำกิจกรรมการดูแล
ตามเวลา เตรียมอาหารให้ผู้ดูแลรับจ้างป้อน ทำแผลกดทับให้ ช่วยพลิกตะแคงตัว สำหรับการดูแลด้าน
จิตใจ จะระมัดระวังไม่ให้ลูกชุกสะเทือนใจ โดยสร้างบ้านแยกออกมาจากบ้านของตนเอง เพื่อให้ลูกชุก
ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระผู้อื่นมากเกินไปและลดปัญหากับพี่เขยที่อาจรู้สึกว่าเป็นการรบกวน อีกทั้งสะดวก
ต่อการดูแลด้วย สำหรับการดูแลด้านสังคม พยายามพูดคุยและเปิดโทรทัศน์ให้ดู เคยพาลูกชุกนั่งรถเข็น
ออกไปนอกบ้าน แต่ลูกชุกไม่ชอบ จึงไม่ได้พาออกไปอีกเลย ส่วนการทำบุญเมื่อผู้ดูแลหลักบาตรจะเรียก
บอกให้ลูกชุกอนุโมทนาบุญไปด้วย ดูแลผู้ป่วยตลอด ไม่เคยไปค้างคืนที่ไหนเลย เพราะเป็นห่วงลูกชุก
ทั้งนี้ได้จ้างผู้ดูแลรับจ้างมาช่วยดูแลในกิจกรรมประจำวัน โดยที่ผู้ดูแลหลักได้เขียนกิจกรรมต่างๆ
ที่ผู้ดูแลรับจ้างต้องปฏิบัติไว้ที่ฟ้านบ้านบริเวณเตียงผู้ป่วย และคอยสอนกำกับดูแลอยู่ห่างๆ โดยพยายาม

ให้อิสระในการดูแล 'ไม่จุกจิกจู้จี้' เพื่อให้ผู้ดูแลรับจ้างมีความสุขในการทำงาน และดูแลลูกชบอย่างดี และอยู่นานๆ ไม่ต้องสอนวิธีการดูแลให้ผู้ดูแลคนใหม่บ่อยๆ



ผู้ดูแลรับจ้าง จากศูนย์สุนทรารายณ์บริบาล เป็นหญิงสาวอายุ 18 ปี รูปร่างค่อนข้างเล็ก ได้รับค่าตอบแทนเดือนละ 8,000 บาท โดยทำงาน 6 วันต่อสัปดาห์ หากไม่หยุดในวันหยุดจะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มอีกวันละ 400 บาท หรือเดือน 1,600 บาท นอกจากนี้ยังได้รับการดูแลเรื่องอาหารประมาณวันละ 40 บาท ในโอกาสพิเศษเช่น ปีใหม่ สงกรานต์จะได้รับเงินพิเศษต่างหาก

กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลรับจ้างช่วยเหลือผู้ป่วย คือ รับผิดชอบการเช็ดตัว เปลี่ยนถุงปัสสาวะ คัดอุจจาระ ป้อนอาหาร พลิกตะแคงตัวลูกชบทุก 2 ชั่วโมง รวมทั้งตอนกลางคืนด้วย

ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและค่าใช้จ่ายของลูกชบ ค่าผู้ดูแลรับจ้างรวมค่าอาหารประมาณเดือนละ 10,000 บาท ค่าอาหารประจำวันลูกชบประมาณเดือนละ 1,200 บาท และค่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่แน่นอน นอกจากนี้ ผู้ดูแลได้จ่ายค่ารถให้ภรรยาลูกชบเดือนละประมาณ 6,000 บาท และยังมีค่ายาลดความดันโลหิตที่เบิกโดยใช้สิทธิข้าราชการบำนาญด้วย

2. ครอบครัวยายมา หญิงไทยอายุ 82 ปี มีอาการแขนขาซีกขวาอ่อนแรงมา 5 ปี



ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต เมื่อ 5 ปีก่อน ขยายมาตลอดเลือดในสมองตีบ ปากเบี้ยว แขนขา ซีกขวาอ่อนแรง รักษาที่โรงพยาบาลค่ายสุรนารี ใช้สิทธิ์ข้าราชการบำนาญเบิกค่ารักษา

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน ควบคุมโรคเบาหวานกับความดันโลหิตสูงได้ดี ระดับน้ำตาลใน เลือด 120-130 มิลลิกรัม ความดันโลหิต 125/85 มิลลิเมตรปรอท และได้รับยาบำรุง ค่ายาที่เบิกจาก สิทธิ์ข้าราชการบำนาญ ประมาณเดือนละ 7000 - 8000 บาท ขยายมาได้รับยาดังต่อไปนี้

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว ขยายมาเคยมีอาชีพเป็นครู ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ ได้รับ บำนาญเดือนละ 10,000 กว่าบาท มีลูก 6 คน เสียชีวิตแล้ว 3 คน เหลือ 3 คน ดังนี้

1. ลูกสาวคนที่ 2 อายุ 60 ปี โสด เคยรับราชการที่ศาล ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ รับบำนาญเดือนละ 20,000 บาท เป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีผู้ดูแลรับจ้างช่วย

2. ลูกชายคนที่ 4 มีครอบครัวแล้ว อยู่ต่างจังหวัด มาเยี่ยมเกือบทุกสัปดาห์

3. ลูกสาวคนที่ 6 อายุ 60 ปี มีครอบครัวแล้ว มีลูกสาว 2 คน คนโตเรียนปริญญาตรีปี สดท้าย คนที่ 2 เรียนปี 1 บ้านอยู่ข้างหลังบ้านขยายมา อยู่ในรั้วเดียวกัน ทุกคนในครอบครัวได้พูดคุย กับขยายมาเล็กๆน้อยๆทุกวัน

ค่าใช้จ่ายของขยายมา ค่าจ้างผู้ดูแลเดือนละ 7,000 บาท ค่าฝารองขับวันละ 2 ฟืน ค่าอาหาร วันละประมาณ 100 บาท

กิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลช่วยเหลือขยายมา คือ การดูแลกิจกรรมประจำวัน พาเดินด้วย walker ไปอาบน้ำในห้องน้ำ ช่วยเหลือแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้าให้ ช่วยดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระ โดยการใส่ฝารองขับไว้ให้ เพราะขยายมาบอกว่าปวดถ่ายได้ แต่กลืนไม่ค่อยได้ ถ้าขยายมาท้องผูกผู้ดูแล จะให้รับประทานลูกยอจมน้ำตาล ผู้ดูแลป้อนอาหารให้ เพราะขยายมาใช้มือซ้ายที่ไม่ถนัดตัดอาหาร รับประทานเองช้า อมไว้ในปาก และหกเลอะเทอะ สำหรับการดูแลด้านจิตใจ ได้เปิดวิดีโอเก เพลงโคราช เพลงลูกทุ่งให้ฟัง รวมทั้งการพูดคุยออกสื่อให้หัวเราะด้วย สำหรับด้านสังคม ลูกสาวพาไป เที่ยวต่างจังหวัดเพื่อเยี่ยมญาติปีละ 2-3 ครั้ง ขยายมาชอบการไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ และมีญาติ จากต่างจังหวัดมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว ไม่ได้คุยกับเพื่อนบ้านอื่นๆ นอกจากญาติทางลูกเขยที่อยู่บ้าน ติดกัน เพราะเพื่อนบ้านอื่นเป็นคนย้ายมาจากต่างถิ่นและมาเข้าบ้านบริเวณนั้นอยู่ สำหรับการดูแล ด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลได้จัดหาอาหารมาให้ขยายมาใส่บาตรทุกเช้า ผู้ดูแลไม่ได้ทำกายภาพบำบัดให้ ขยายมา พานั่งรถเข็น หรือให้เดินด้วย walker มานั่งเล่นหน้าบ้าน ลูกสาวซื้อถุงเท้าสุขภาพมาสวมใส่ ที่ขาให้ขยายมาทั้ง 2 ข้าง เพราะเชื่อว่าจะทำให้ขามีกำลังมากขึ้น

ผู้ดูแล เป็นหญิงอายุ 62 ปี อาชีพเดิมคือ รับจ้างก่อสร้าง มีครอบครัวแล้ว สามียู่ที่ต่างอำเภอ มีลูก 6 คน โตแล้วและมีครอบครัว มีหลานหลายคน เคยมีประสบการณ์ดูแลบิดาของตนเองที่ป่วย เป็นอัมพาตมา 20 ปี มีจิตใจชอบช่วยเหลือ ขยายมาเคยกล่าวชมผู้ดูแลว่า “รักกว่าลูก” ผู้ดูแลบอกว่า ขยายมาไม่บ่น ถ้าบ่นก็คงไม่อยู่ดูแลได้นานเช่นนี้

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมืองในจังหวัดนครราชสีมาและกรุงเทพมหานคร รวม 2 ชุมชน และตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวในชุมชนที่ศึกษารวม 4 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ระดับลึก สทนากลุ่ม และสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยถอดบทเรียน วิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์สรุปประเด็นสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและของชุมชน รวมทั้งอภิปรายผลตามกรอบการ ศึกษาที่กำหนดไว้ และเพิ่มเติมตามข้อมูลจากภาคสนาม โดยเรียงตามลำดับดังนี้ คือ ลักษณะบริการทางสุขภาพและทางสังคม บทบาทของชุมชน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา/ อุปสรรคในการบริการ และศักยภาพในการพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการ สำหรับครอบครัวต้นแบบได้ถอดบทเรียนด้านเครือข่ายผู้ดูแล บริการการดูแลในครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุแล้วอภิปรายผลประเด็นที่สำคัญๆ ซึ่งนำไปสู่การสรุปเป็นตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ของชุมชนและของครอบครัวในบทต่อไป

สรุปประเด็นสำคัญการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน

1. ประเภท ชนิด และบริการที่มีอยู่ในชุมชน

1.1. บริการด้านสุขภาพ

ชุมชนทั้ง 2 แห่งมีบริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้

- การตรวจคัดกรองโรค (Health Screening) พยาบาลร่วมมือกับ อสม. จัดตรวจคัดกรองสุขภาพจำแนกสมาชิกในชุมชนเป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเจ็บป่วยและกลุ่มฟื้นฟูสภาพ เพื่อจัดบริการให้สอดคล้องกับปัญหา

- การควบคุมอาการของโรคเรื้อรัง ชุมชน 30 กันยาพัฒนา ได้จัดกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งประสบผลสำเร็จอย่างสูง

- อสม. วัดความดันโลหิต และเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเดินทางลำบากไม่ต้องเดินทางไปพบแพทย์บ่อยๆ และบางราย อสม. ยังประสานกับโรงพยาบาลรับยามาให้ผู้สูงอายุที่บ้านด้วย ทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

- กายภาพบำบัด ชุมชนลือค 4-5-6 ได้พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นศูนย์กายภาพบำบัดที่ประสบความสำเร็จอย่างสูง ผู้ป่วยที่มีอาการอัมพฤกษ์/ อัมพาต ซึ่งส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนมารับบริการกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากเดินทางใกล้ สะดวก ประหยัดค่าเดินทาง และ

การศึกษาชุมชนทั้ง 2 แห่ง พบว่าจำนวนบุคลากรสุขภาพ คือ พยาบาล แพทย์ นักกายภาพบำบัด มีจำนวนไม่เพียงพอกับผู้มารับบริการ พยาบาลยังออกไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุไม่ได้ตามที่ควรจะเป็น ต้องอาศัยความช่วยเหลือจาก อสม. แพทย์ยังขาดแคลนมาก ไม่สามารถร่วมทีมออกไปตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ให้เพียงคำปรึกษาแก่พยาบาลหรือต้องพาผู้สูงอายุมาพบที่โรงพยาบาล สำหรับนักกายภาพบำบัด พบว่าชุมชนพยายามแก้ปัญหาคาดแคลนด้วยการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและ อสม. ให้ช่วยเหลือทำกิจกรรมบางอย่างได้ ในชุมชนพบว่าไม่มีนักกิจกรรมบำบัด นักอาชีวบำบัด และนักจิตวิทยา หากสามารถมี บุคลากรเหล่านี้เพิ่มเติมหรือให้คำปรึกษา การดูแลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ อสม. ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงานการดูแลผู้สูงอายุของ ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวนยังไม่เพียงพอ อาสาสมัครเหล่านี้จึงรับภาระหนักเกินไป

1.2. บริการด้านสังคม

ชุมชนให้ความช่วยเหลือต่างๆ ดังนี้

- พยาบาล อสส./อสม. ไปเยี่ยมบ้านพูดคุย ให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- จัดหาเครื่องอุปโภค บริโภคจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน แจกให้ผู้สูงอายุในวันสำคัญๆ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ บางครั้งผู้สูงอายุที่ขาดแคลนอาหาร เสื้อผ้า ค่ารถ อสส./อสม. ก็รวบรวมเงินกันเองบริจาคให้

“หาวิธีช่วย หาอาหารไปให้ ผ้าห่มหรือของอื่นๆที่ขาดแคลน

แล้วก็มีมูลนิธิมาบริจาคบ่อย ก็โชคดีได้รับของเรื่อยๆ

มีเจ้าหน้าที่รับรองว่าคนที่ต้องการได้รับจริง”

(อสส. ชุมชนลือค 4-5-6)

- ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย อสม. ประสานกับท้องถิ่นให้ได้รับความช่วยเหลือ เช่น ให้ที่พักพิงชั่วคราว ช่อมแซมบ้าน หรือปลูกบ้านหลังเล็กๆให้

- การดูแลผู้สูงอายุเมื่อเสียชีวิต การที่มีสัมพันธภาพต่อกันมานาน อสม. จะไปร่วมงานศพในรายที่ไม่มีญาติดูแล จะช่วยดำเนินการจัดงานศพให้ตามอัธยาศัย โดยอาจรวบรวมเงินกันในชุมชน หรือประสานกับวัดให้ความช่วยเหลือ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

“ในกรณีที่มีคนในชุมชนเสียชีวิตไข้อยู่
 อสม. คนไหนที่อยู่ใกล้ตรงนั้นก็มาแจ้ง เราก็จะทำกับชุมชนไปว่า
 เราจะมีหริศ มีเงินกลุ่มเล็กน้อย หรือจะใส่ซองไป เราก็จะจัดการให้
 ทั้งที่ไม่มีอะไรให้ เราก็จะไป ไปฝังศพ
 บางทีก็จะใส่ซองในนามอสม. ไปให้เล็กน้อย บางทีก็ไม่มีแล้วแต่”
 (อสม. ชุมชน 30 กันยาพัฒนา)

2) การกระจายบริการ การเชื่อมประสานระบบการดูแลและการบริการผู้สูงอายุในชุมชน

บริการต่างๆทั้งด้านสุขภาพและสังคม ยังกระจายไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน เนื่องจากอัตรากำลังของบุคลากรทางสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขไม่เพียงพอ ชุมชนลือค 4-5-6 ผู้สูงอายุที่ต้องการการกายภาพบำบัดจากนอกชุมชนมาขอรับบริการด้วย เพราะได้รับคำบอกเล่าปากต่อปากว่าเมื่อมารับบริการกายภาพบำบัดที่ศูนย์แห่งนี้แล้ว อาการแขนขาอ่อนแรงดีขึ้น ชุมชน 30 กันยาพัฒนา อสม. ได้สำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ทำให้มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุดูแลได้ครอบคลุม และสามารถติดตามการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โครงการในชุมชนได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน การดำเนินงานในชุมชนมีการประสานงานที่ดีระหว่างพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม./ อสม.) ในชุมชน ผู้นำชุมชน คณะกรรมการชุมชน และสมาชิกในชุมชน ทำให้มีการติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ และการให้การรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต

“ศูนย์ฯได้รับการแจ้งแล้วก็เปิด folder ดูว่าคนไข้ป่วยระดับไหน แล้วก็คอยดูแลตามความเหมาะสม มีการปรึกษาหารือว่า อย่างถ้าคนไข้ไม่มีใครดูแลต้องทำยังไง ก็มีกระบวนการทำงานเป็นทีม มีคณะกรรมการชุมชนเข้มแข็ง อสม.สาธารณสุข แล้วก็แม่มา”

(พยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข 41)

บางชุมชนมีการประชุมสัจจร โดยเปลี่ยนสถานที่ประชุมไปแต่ละชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างเครือข่ายที่ดี และกลไกในการประชุมทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างชุมชน ตลอดจนก่อให้เกิดนวัตกรรมด้วย จึงต้องการการสนับสนุนการประชุมสัจจร ด้านข้อมูลว่าชุมชนใดมีจุดเด่นด้านใด การประสานงาน พาหนะและงบประมาณในการประชุม

3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรคที่ทำให้ล้มเหลว และศักยภาพในการพัฒนาระบบบริการต่างๆ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. สมาชิกในชุมชนทำงานด้วยจิตสาธารณะ เสียสละ โดยไม่หวังผลตอบแทน ในรูปแบบอาสาสมัครคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และมีจิตสำนึกที่ดีในการรับผิดชอบต่อชุมชน โดยไม่ต้องรอคอยความช่วยเหลือจากรัฐบาล มีความจริงใจในการแก้ปัญหา รากฐานของความคิดคือ อาสาสมัครเหล่านี้เห็นผู้สูงอายุมาตั้งแต่ยังเป็นเด็ก จึงมีจิตสำนึกว่า “ผู้เฒ่าผู้แก่ในชุมชนรู้จักและเห็นกันมานานต้องดูแล ทอดทิ้งไม่ได้” อีกแง่คิดหนึ่งคือ “หากช่วยกันพัฒนาให้ชุมชนดี อยู่กันเป็นสุข ลูกหลานของตนเองที่อยู่ในชุมชนด้วยก็มีความสุขด้วย”

“ที่น่าน่าแปลกก็คือ ที่ว่าเงินเดือนไม่มี ก็น่าน่าแปลกกว่าเอาเงินอะไรมาทำกัน
คือ รู้สึกภาคภูมิใจมากที่ได้อยู่ในชุมชนแบบนี้ เขาเป็นหนึ่งเดียวกัน
ร่วมมือกันดีมาก อบอุ้มมาก เรื่องผู้สูงอายุนั้น
ผมอยากให้ปู่ย่าตายายที่ตายไปแล้วมาเกิดใหม่
จะได้รับการดูแลแบบนี้ จะดีมากเลยครับ
จะได้การโอบอุ้มกันดีมาก ผมเองมีความภาคภูมิใจมากเลยครับ”
(ผู้อาวุโสในชุมชนและอดีตประธานชมรมผู้สูงอายุ รพ. มหาราชนครราชสีมา)

“อยากทำให้เหมือนสมัยก่อน จำได้ตอนเราเป็นเด็กบ้านนอก
คือเวลาพ่อแม่ไปนา กลับมาลูกๆจะต้องไปรับหาบ
แล้วคนในหมู่บ้านจะรู้จักกันหมด
แล้วก็เวลามีอะไรก็จะเผื่อแบ่งปัน
เราอยากเห็นตรงเผื่อแบ่งปัน”
(ประธาน อสม.)

2. ผู้นำชุมชนมีภาวะผู้นำ กล้าคิด กล้าทำ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความสามารถในการจูงใจสมาชิกในชุมชนเข้ามาร่วมมือกันทำงาน

“พี่ณี เป็นประธาน อสม. ก็ลุกขึ้นมา เฮ้ย! ไปลงตรงนี้เถอะ
ไปทำชมรมสายใยรักกันเถอะ เยี่ยมแม่เด็ก เยี่ยมผู้สูงอายุ
แล้วก็จัดงานบุญงานปีใหม่ ก็ลุกขึ้นมาทำให้ทุกคนเห็นค่ะ”
(ประธานกลุ่ม อสม.)

3. คณะกรรมการชุมชนเข้มแข็ง มีศักยภาพสูง ดังนี้

3.1 สมาชิกในชุมชนมีความรักความผูกพันอย่างแนบแน่นกับชุมชน ทำให้เกิดความรัก ความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความปรารถนาดีต้องการให้ชุมชนเข้มแข็ง มีความผืนร่วมกัน อยากให้เป็นชุมชนที่น่าอยู่ จึงทำงานด้วยใจ และพร้อมที่จะทำงานเพื่อชุมชน โดยมีความเคารพและความสนิทสนมเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการทำงาน

“มันอาจจะเป็นความสัมพันธ์ส่วนตัวก็ได้ค่ะ
 เพราะว่าเราก็นิทินกันเวลามีเรื่องอะไร
 ส่วนมาก อสม.ก็จะมาคุย
 ความสัมพันธ์ส่วนตัวนี่เป็นเรื่องที่คั่นะคะ
 เพราะว่าเราก็จะให้การยอมรับว่า เออคุณก็บุญญาภีเป็นประธาน อสม.
 คุณสงบนี้เป็นประธานชุมชน อะไรต่ออะไรคือเราก็รับรู้
 ในการที่ทำแต่ละเรื่องเราก็จะรู้บทบาท แล้วถ้าเรามีเรื่องที่เราขอปรึกษาขออยู่
 เราก็จะได้ไปปรึกษาเขา”

(อสม. ชุมชน 30 กันยาพัฒนา)

3.2 มีการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบที่เข้มแข็ง กลุ่ม อสม. จัดตั้งเป็นกรรมการกลุ่มย่อยต่างๆ และแบ่งหน้าที่รับผิดชอบตามเขตพื้นที่ที่อยู่อาศัย นอกจากนี้สมาชิกในชุมชนยังอาสาทำงานหลายกลุ่ม เช่น กลุ่ม อสม. กรรมการชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โดยทำงานที่มีลักษณะเป็นห่วงโซ่ โดยแต่ละคนจะรับผิดชอบงานหลายกลุ่มหลายหน้าที่ (สวมหมวกหลายใบ) ทำให้การทำงานร่วมกันราบรื่น มีการสนับสนุนช่วยเหลือกัน ไม่ค่อยมีข้อขัดแย้ง และการส่งเสริมให้ทุกคนมีบทบาทร่วมกันในการทำงาน ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นพวกพ้อง ร่วมกับการได้รับการยกย่องจากสมาชิกในชุมชน และได้รับรางวัลจากหน่วยงาน หรือจากการประกวดโครงการต่างๆ ทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจในการเป็นสมาชิกของชุมชน เกิดเป็นพลังใจในการดูแลชุมชนให้ดี เป็นขวัญและกำลังใจที่ดีในการทำงาน ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นแหล่งความรู้ที่มีคุณค่า มีผู้สนใจเข้ามาใช้พื้นที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและทำวิจัยเป็นจำนวนมาก ทำให้ชุมชนได้รับผลประโยชน์และมีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จากกลุ่มต่างๆ เหล่านี้

“เขาเป็นอสม.ด้วย และได้เป็นประธานชุมชนด้วย
 แต่เขาก็ก็น่าออก ทำหลายหน้าที่ก็รู้สึกว่
 อสม.กับชุมชนสามารถทำงานด้วยกันได้
 คิดว่าการเชิญชวนคนมาทำงานต้องอาศัยชุมชนด้วย อสม.ด้วย”

(ประธานกลุ่ม อสม.)

“ชุมชนที่เข้มแข็งสังเกตได้ว่า กรรมการชุมชนก็จะเป็นหนึ่งองค์กร
ที่จะดูแลด้านพัฒนาศักยภาพในชุมชน อสม. ก็เป็นอีกองค์กรหนึ่ง
ถ้าสองทีมนี้มีศักยภาพสูง มีความตั้งใจ ความเสียสละมุ่งมั่น
แล้วก็ทำงานด้วยกันได้เนี่ย คาดว่าจะเป็นชุมชนที่แข็งแกร่งได้”

(พยาบาล รพ. มหาราชนครราชสีมา)

3.3 มีความคิดสร้างสรรค์ กิจกรรมต่างๆเริ่มจากชุมชน มีความสามารถ
ในด้านการประชาสัมพันธ์ ทำให้เกิดโครงการและกิจกรรมต่างๆ ตามมามากมาย เป็นกิจกรรมที่เริ่มจาก
ชุมชน เช่น ชุมชน 30 กันยาพัฒนาริเริ่มโครงการ “รู้ใจวัยหวาน” เพื่อละลายพฤติกรรมสุขภาพ
โดยเฉพาะการรับประทานอาหารของผู้ที่เป็นเบาหวาน จึงเป็นประโยชน์ต่อชุมชน และตอบสนองความ
ต้องการของชุมชน

“อสม. ชุมชนนี้เก่งมาก ศักยภาพ อสม.ชุมชนนี้จะเป็นคนที่แบบว่า
หมอนี่เหอะ 1,2,3,4,5 ไม่ใช่รอให้หมอมาบอก
อสม.บอกเองเลย หมอก็ทำ ซึ่งถ้าเป็นแบบที่อื่นจะถามว่า
พี่ทำอย่างไร หมอต้องบอก อสม. ให้ทำ 1,2,3,4,5 นะ”

(พยาบาลคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว)

4. มีเครือข่ายระบบการสนับสนุนที่ดีและให้ความสำคัญกับงานด้านผู้สูงอายุ

เนื่องจากชุมชนคลองเตยถือ 4-5-6 เป็นชุมชนใหญ่ที่มีปัญหาหลากหลาย มีการประสาน
ความร่วมมือและได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานเป็นจำนวนมาก อาทิ สำนักงานเขตคลองเตย
สำนักงานเคหะชุมชนคลองเตย ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
สถานีตำรวจท่าเรือ สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการกรุงเทพฯ 3 (คลองเตย) มูลนิธิดวงปทีป
มูลนิธิสันติสุข มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัมฯ มูลนิธิศึกษาเอเชีย ฯลฯ นอกจากนั้นความสำเร็จในการ
ให้บริการกายภาพบำบัดที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นผลของความร่วมมือกันหลายฝ่าย อสส.ผู้รับผิดชอบ
ภายในศูนย์มีความสามารถ ทั้งในด้านการให้บริการกายภาพบำบัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
เพราะได้รับการอบรมมาอย่างดี อีกทั้งทำด้วยความเต็มใจ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับทุกคน เหมือนดูแล
ญาติ และไม่จำกัดเวลา และได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่อบรมเจ้าหน้าที่
ของโรงพยาบาลให้มีความรู้และความชำนาญในการทำกายภาพบำบัด มาให้บริการ 3 วันต่อสัปดาห์
รวมทั้งส่งแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับชุมชน มาตรวจรักษา ยาวนานประมาณ 15 ปี โดยมาสัปดาห์ละ
ครั้งวัน (ทุกวันพฤหัสบดีตอนบ่าย) นอกจากนี้อาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ยังมาช่วยกำกับดูแล รวมทั้งจัดหางบประมาณมาใช้ในการดำเนินงานของศูนย์ฯ และพยาบาล

“ศูนย์กายภาพก็ช่วยให้หายแล้วก็ไปทำงานได้
 สิ่งที่เราทำก็คือช่วยกันอย่างจริงจัง เราหาวิธีที่ได้ผลจริงๆ
 ผสมผสานไปด้วยกัน คือเราทำงานระบบประชาชนทำกับประชาชน
 เป็นกันเองมากกว่าที่พยาบาลจะทำให้ ไม่จำกัดเวลา ใครขยันมากได้มาก
 อยากหายก็ต้องขยัน เราให้กำลังใจเขาด้วย
 เราช่วยเขาเหมือนเป็นญาติเราจริงๆ
 การให้กำลังใจให้เขายืนได้ คนไข้มาที่นี่เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าไปร.พ.เยอะ
 แถมเราเพิ่มยานวดและคนนวดด้วย โรงพยาบาลคิวเยอะไม่มีทำให้หรรอก”
 (อสส. ประจำศูนย์สุขภาพชุมชน)

สำหรับชุมชน 30 กันยาพัฒนา มีความสามารถในการประสานงานกับหน่วยงานหรือแหล่ง
 ประโยชน์ต่างๆในชุมชน เพื่อสนับสนุนโครงการต่างๆ เช่น การจัดอบรม ขอใช้สถานที่ขององค์การ
 ทหารผ่านศึก เชิญวิทยากรจากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ค่าใช้จ่ายอื่นๆขอรับการสนับสนุน
 จากเทศบาล อบจ.

5. มีผู้สูงอายุต้นแบบภายในชุมชน

ชุมชนลือค 4-5-6

ป้าอามินะ ปิดิลและ (ป้านะ) เป็นผู้สูงอายุที่เป็นผู้นำชุมชน ทุกคนในชุมชนให้ความเคารพ
 นับถือ มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาความรู้ให้แก่ลูกหลานหรือผู้ที่มีความสนใจ ป้านะแสดงตนเป็น
 ตัวอย่างที่ดีให้ผู้อื่นได้ปฏิบัติตาม ดังคำกล่าว

“อยากจะพัฒนาคน เราเป็นประชาชนก็ต้องมีความกระตือรือร้น
 ไม่ใช่รอให้รัฐช่วยอย่างเดียว เริ่มที่ผู้สูงอายุ ต้องมีความคิด
 มีการกระทำเป็นตัวอย่าง แล้วก็ต้องไม่หวงวิชา
 หักให้เด็กๆคิดเองอย่าเอาความคิดเราไปใส่หัวเค้า
 แล้วเค้าก็จะมีความคิดที่อยากมีส่วนร่วมเอง ไม่ต้องบังคับ
 ก็คือคนเห็นเราตั้งใจทำเขาก็อยากตั้งใจทำเหมือนกัน”
 (ป้านะผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน)

ชุมชน 30 กันยาพัฒนา

ป้าอ้อม มงคลพันธุ์ อายุ 77 ปี เป็นมารดาของประธานชุมชน มีจิตใจที่ดีงาม ชอบทำบุญ โดยทุกวันโดยเฉพาะเสาร์อาทิตย์ ป้าอ้อมจะมีความสุขมากที่ได้ทำอาหารเช้าเลี้ยงทุกคนที่บริเวณหน้าบ้าน ซึ่งเป็นร้านขายของชำภายในชุมชน จึงกลายเป็นแหล่งพบปะพูดคุยระหว่างสมาชิกในชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุ ภายหลังจากที่สมาชิกได้ไปเดินออกกำลังกายในศูนย์กีฬาที่อยู่ในพื้นที่ข้างเคียง ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็วภายในชุมชนและก่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน นอกจากนั้นยังใช้เป็นแหล่งให้บริการตรวจสุขภาพตอนเช้า อสม.จะตั้งโต๊ะให้บริการวัดความดันโลหิต เจาะเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล นอกจากความสุขใจที่ได้รับจากการได้เห็นผู้คนในชุมชนมีความสุข รักใคร่ปรองดองและดูแลกันและกันภายในชุมชนแล้ว การได้รับการอุดหนุนจากผู้ที่มาชุมนุมกันช่วยซื้อสินค้าที่ป้าอ้อมขาย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ป้าอ้อมสามารถเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แก่ชุมชนได้อย่างต่อเนื่องมาจนทุกวันนี้

“ทุกเช้าเราจะเดินออกกำลังกายเดินในสนาม
เดินออกกำลังกายในชุมชนทุกวันครับ
แล้วก็ไปทานอาหารร่วมกัน ซึ่งตามใจสมัคร
บ้านป้าอ้อมเนี่ย ทุกคนจะมา เหมือนนกกครับ
นกรู้ว่าบ้านนี้มีอาหาร เจ้าของก็รู้ว่านกรจะมาวันเสาร์อาทิตย์
ก็จัดทำอาหาร บ้านอื่นก็จะพอทำอาหารมาสมทบ
ใครเดินผ่านก็จะชวนกันมาทานอาหาร
เพราะทานอาหารได้เยอะ ได้หมด
เจ้าของบ้านจะมีความสุข ที่ได้ทำอาหาร”
(ผู้อาวุโสในชุมชนและอดีตประธานชมรมผู้สูงอายุ รพ. มหาราชนครราชสีมา)

นายมา อินทสอน อายุ 83 ปี อดีตศึกษานิเทศก์จังหวัด ที่ปรึกษาชมรมผู้สูงอายุ และเป็นอดีตประธานชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการทำงาน ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน และมีประสบการณ์สูงในงานด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งได้รางวัลเรียกว่าตำแหน่ง “อินทรีผงาด” เป็นเครื่องแสดงถึงความสำเร็จของชีวิตอีกด้วย ดังนั้น จึงเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้สูงอายุ ที่ทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคม ทำให้ทุกคนในชุมชนเกิดความเลื่อมใส ศรัทธา เคารพ อยากปฏิบัติตาม

ปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน

พบปัญหาไม่มากเนื่องจาก ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน คณะกรรมการชุมชน พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชน และสมาชิกในชุมชน ขอมรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นและพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

“ก็มีปัญหา แต่พวกเราช่วยกันเอง ก็พูดคุยกัน
ผู้นำชุมชนก็ช่วยได้เป็นบางทีล่ะ เขาดีที่อ่อนน้อมหมั่นเพียร”

(อสม.)

ปัญหาที่พบ

1. งบประมาณในการสนับสนุนการทำงานด้านผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ทำให้การดำเนินงานไม่คล่องตัวเท่าที่ควร สมาชิกในชุมชนขาดความรู้เรื่องแหล่งทุน ทำให้ขาดโอกาสในการของบประมาณจากทางราชการ อสม. ต้องหาวิธีแสวงหารายได้ โดยการส่งโครงการเข้าประกวด (ถ່ารางวัล) และงบประมาณด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจำกัด ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพเท่านั้น นอกจากงบประมาณแล้วชุมชนยังขาดการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง

“งบประมาณมีอยู่แล้ว แต่ชุมชนไม่รู้หรือไม่ก็เขียนขอไม่เป็น
ทำไม่ทัน สุดท้ายก็ไม่ได้ ไม่รู้ว่าจะขอมาจากไหนที่ถูกต้อง
ก็โดนตีกลับอีก ต้องมีความรู้เรื่องแหล่งทุนและระยะเวลา”

(อสม.)

“ในส่วนของศูนย์เองเนี่ย

ในงบของ UC เนี่ยมีน้อยมากเรื่องของการสร้างสุขภาพ

และการพัฒนาบุคลากรที่เป็นองค์กรในชุมชนนี้นะ มีน้อยมากเลย

เราก็จัดสรรให้ก่อนนี้มาให้อบรมให้ความรู้

การให้ความรู้ของเราจะไม่มีอะไรเลย มีแต่ข้าวให้กินขนมให้กิน

.....เป็นอีกภารกิจหนึ่งที่ต้องทำ

คือ เราก็จะดูว่ามีประกวดตรงไหนที่ให้รางวัลเป็นเงินสนับสนุน”

(พยาบาลคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว)

2. การจัดสรรเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ไม่สามารถจัดสรรให้ผู้สูงอายุยากจนได้ทั่วถึง ทำให้ต้องเปลี่ยนเป็นเงินสงเคราะห์ ซึ่งให้เฉพาะรายที่ยากจนมากๆ ปีละ 1,000 บาท

3. การมีลักษณะของชุมชนเมือง ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของคนนอกชุมชนเข้ามาอยู่ใหม่ในชุมชน อาจเพื่อการศึกษา หรือการมาหางานทำ มีผลให้เกิดช่องว่างระหว่างสมาชิกของชุมชนกลุ่มเก่ากับกลุ่มใหม่ ขาดความไว้วางใจกันและการร่วมมือกันเพื่อชุมชน โดยเฉพาะการเป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัย กลุ่มนักศึกษา มักมีปัญหาเรื่องชู้สาว การทะเลาะกัน ทำให้ยากต่อการส่งเสริมค่านิยมและวัฒนธรรมที่ดีงามของไทยเพื่อให้ชุมชนน่าอยู่

4. ผู้ดูแลรับจ้าง ในชุมชนเมืองครอบครัวที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจในการว่าจ้างผู้ดูแลรับจ้าง พบว่าผู้ดูแลรับจ้างอาจได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการจากสถานบริบาล แต่ยังคงขาดการประกันคุณภาพ ผู้ว่าจ้างต้องประเมินความสามารถของผู้ดูแลที่ถูกส่งตัวมาเอง และรับผิดชอบสอนวิธีการการดูแลต่างๆ ให้ หากผู้ดูแลรับจ้างที่ได้มาทำไม่ได้ ผู้ดูแลรับจ้างอีกแบบหนึ่งคือ ผู้ที่รับจ้างดูแลด้วยประสบการณ์ส่วนตัว ไม่ได้ผ่านการอบรมอย่างเป็นทางการ ซึ่งคุณภาพการดูแลยังรับประกันไม่ได้

5. ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีอายุเกิน 60 ปี ซึ่งหากดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลายาวนาน และไม่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจในการจ้างผู้ดูแลรับจ้างมาช่วย ผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุเหล่านี้ อาจประสบปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

ศักยภาพในการพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการ

1. ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นระบบที่มีทุนทางสังคมของสมาชิกในชุมชน อยู่แล้ว ควรส่งเสริมการบูรณาการให้เกิดประโยชน์สูงสุด กล่าวคือ การมีจิตสาธารณะ ภาวะผู้นำ ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน ควรส่งเสริมด้วยการแสดงการยอมรับ การให้เกียรติ ยกย่องเชิดชูคุณความดีและความสำเร็จที่เกิดขึ้น หลีกเลียงโครงการที่ริเริ่มมาจากภาครัฐโดยชุมชนไม่ได้มีส่วนร่วม อีกทั้งอบรมให้ความรู้เรื่องภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และการเสริมพลัง (Empowerment) จะส่งเสริมศักยภาพของชุมชนให้ร่วมมือกันทำงานเพื่อความเป็นสุขของชุมชนของตนเองต่อไป

2. การจัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกเก่าและสมาชิกใหม่ในชุมชนได้มีส่วนร่วม ประสานความร่วมมือกันในการทำกิจกรรมเพื่อชุมชน ตลอดจนส่งเสริมให้กรรมการชุดต่างๆ ในชุมชนได้ทำงานแบบบูรณาการคือ อาจเป็นกรรมการหลายชุด มีการร่วมมือกันแลกเปลี่ยน ความรู้ และประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทำงานโครงการต่างๆ ไม่ต่างคนต่างทำ

3. ส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุม ทั้งด้านการดูแลสุขภาพและดูแลด้านสังคม เช่น เมื่อดูแลพลกตทัพบให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจติดต่อประสานให้ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพหรือเบี้ยคนพิการ นอกจากนี้ลักษณะของการบูรณาการอาจเป็นการบูรณาการระบบบริการกับการศึกษา และการวิจัย ตัวอย่างเช่น ศูนย์สุขภาพชุมชนในชุมชนลือค 4-5-6 ที่ขยายบริการเป็นศูนย์กายภาพบำบัด ให้บริการแก่สมาชิกทั้งในและนอกชุมชน และยังเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของสถานศึกษาหลายแห่ง เป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับชุมชนอื่นๆ มีการศึกษาวิจัยเรื่องระบบกองทุนสวัสดิการในชุมชน ซึ่งนำความเจริญก้าวหน้ามาสู่ชุมชนมากขึ้น

4. การบูรณาการแหล่งประโยชน์ในชุมชน หน่วยงานภาครัฐอาจทำหน้าที่เชื่อมประสาน ขอกการสนับสนุนจากหน่วยงาน องค์กรต่างๆ โดยไม่ปล่อยให้ อสม./ อสส. หรือกรรมการชุมชนไปขน ขวดยหาแหล่งสนับสนุนเอง แล้วประกาศเกียรติคุณหน่วยงาน องค์กรต่างๆ เหล่านี้ เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะทำให้การบูรณาการแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด

5. ค้นหาผู้สูงอายุต้นแบบในชุมชน ที่เป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ เช่น ผู้เกษียณอายุการทำงานจากภาครัฐและเอกชน เพื่อเป็นศูนย์รวมใจ เป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นທີ່ปรึกษาให้สมาชิกในชุมชน

4) บทบาทของชุมชน

ในการรวมตัวกันของ อสส./ อสม. ได้จัดทำกฎเกณฑ์ ระเบียบข้อบังคับขึ้นสำหรับกลุ่ม (Policy Building) เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพสูงสุด เช่น การแบ่งหน้าที่ที่เป็นฝ่ายต่างๆ การกำหนดเกณฑ์จำนวนครั้งการขาดประชุม และการชักชวนกันมาร่วมทำงานเพื่อชุมชน (Team Building) อาศัยการรู้จักคุ้นเคยกันและมีเป้าหมายเดียวกันที่จะพัฒนาชุมชนที่ตนอาศัย ซึ่งความเกี่ยวพันกันทางสังคมในลักษณะเช่นนี้ พบได้ในชุมชนเขตเมืองที่ศึกษา เพราะคนในชุมชนได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมานาน ซึ่งหากเป็นชุมชนเมืองที่มีลักษณะเป็นชุมชนหมู่บ้านจัดสรร หรือชุมชนขนาดใหญ่ที่มีประชากรมากๆ การรวมตัวกันเช่นนี้อาจเกิดขึ้นได้ยาก ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนในชุมชนดังกล่าว คงต้องมีรูปแบบที่แตกต่างออกไป

ทุนทางสังคมอย่างหนึ่งของชุมชนเขตเมืองคือ มีแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่หลากหลาย ผู้นำหรือชุมชนเข้มแข็งสามารถประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุได้ดี (Co-operation/ Partnerships) มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน (Resource Mobilization) เช่น ประสานขอใช้สถานที่เพื่อจัดกิจกรรมจากองค์การทหารผ่านศึก เชิญวิทยากรจากศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน หรือผู้เชี่ยวชาญในชุมชนที่ทำอาหาร ตัดเย็บเสื้อผ้าได้ดี อีกทั้งชุมชนตัวแบบที่ศึกษายังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ทั้งด้านนโยบายของภาครัฐ และความรู้ด้านต่างๆจาก อบจ. สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากสำนักงานเขตเทศบาล นอกจากนี้การทำโครงการต่างๆ ยังมีการติดตามประเมินผล (Evaluation/ Feedback) ทั้งโดยชุมชนเองและจากภาครัฐ การบันทึกข้อมูลของโครงการต่างๆยังนำไปใช้ในการประกวด และขอทุนสนับสนุนจากภาคเอกชนได้ด้วย

5) แนวทางการพัฒนา ขยายผลระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาวให้มีการบูรณาการและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5.1 แนวทางการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5.1.1 ชุมชนลือค 4-5-6 ศูนย์กายภาพบำบัด อาจปรับสถานที่ให้บริการให้มีขีดความสามารถเป็นส่วนตัวมากขึ้น เพราะปัจจุบันเป็นอาคารโล่งแจ้งผู้คนสัญจรไปมามองเห็นกิจกรรมการบริการได้หมด และยังมีฝุ่นละอองมากด้วยติดถนนมีรถแล่นผ่านไปมา ควรฝึกอบรม อสส. คนอื่นให้มีศักยภาพในการทำกายภาพบำบัดด้วย เพื่อช่วยสลับเปลี่ยน อสส. ที่ทำหน้าที่ประจำอยู่จำนวนจำกัดเพียง 2 คน

5.1.2 ชุมชน 30 กันยาพัฒนา เป็นชุมชนที่เข้มแข็งและมีความคิดสร้างสรรค์หลากหลาย หากได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณและแหล่งประโยชน์ต่างๆมากขึ้น รวมทั้งสนับสนุนการประชุมกลุ่ม อสม. สัญจร ย่อมก่อให้เกิดโครงการต่างๆที่เป็นประโยชน์กับชุมชนมากขึ้น และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5.2 แนวทางการขยายผลระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้มีการบูรณาการ

5.2.1 ควรริเริ่มศูนย์กายภาพบำบัด และศูนย์เอนกประสงค์ในชุมชนอื่นๆ โดยจัดให้ชุมชนอื่นๆ มาศึกษาดูงานที่ชุมชนลือค 4-5-6 และชุมชน 30 กันยาพัฒนา เพื่อให้เห็นตัวแบบและความเป็นไปได้ของการจัดบริการ ประสานความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา สถานบริการสุขภาพและหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดระบบบริการแบบบูรณาการ ให้การสนับสนุนงบประมาณในระยะเริ่มต้นและประสานแหล่ง ประโยชน์ในชุมชนให้การสนับสนุนต่อไป

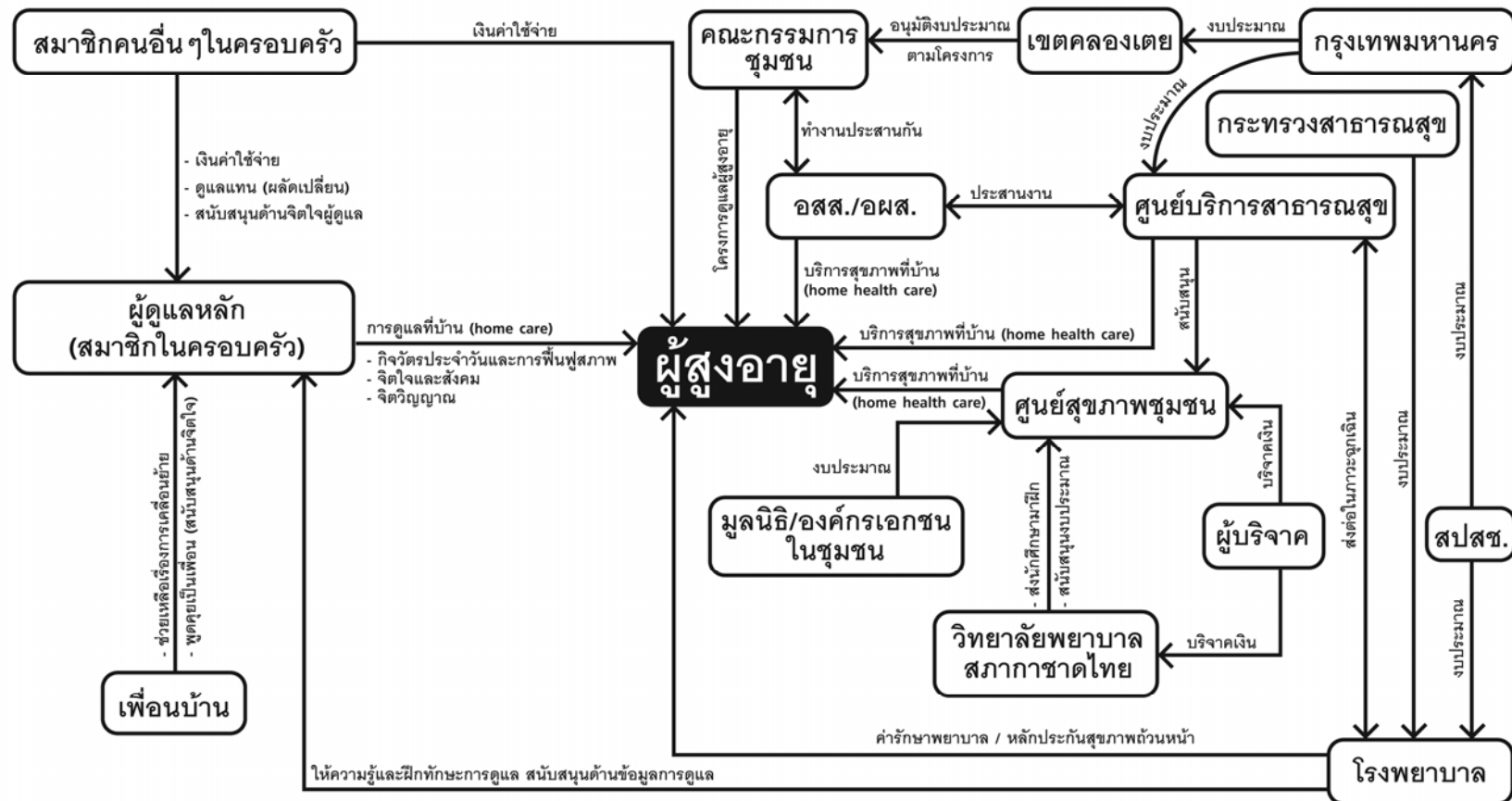
5.2.2 เสริมความรู้ให้ชุมชนเรื่อง ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีมและการเสริมพลัง (Empowerment)

5.2.3 หน่วยงานภาครัฐ ชุมชนลือค 4-5-6 และชุมชน 30 กันยาพัฒนา ควรทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา คำแนะนำแก่ชุมชนอื่นๆ

เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชนลือค 4-5-6 สรุปได้ดังนี้

1. ระบบสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลประจำ) สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว เพื่อนบ้าน (มีบทบาทน้อย)
2. ระบบสนับสนุนอย่างเป็นทางการ คือ หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานเอกชน จำแนกเป็นหน่วยงานที่ให้บริการ กับหน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณได้ดังนี้
 - 2.1. หน่วยงานที่ให้บริการ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน (อสม.)โรงพยาบาล
 - 2.2. หน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สำนักงานเขตคลองเตย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มูลนิธิ/ องค์กรเอกชน วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (เงินบริจาค)

รายละเอียดกิจกรรมของเครือข่ายชุมชนลือค 4-5-6 ดังแสดงในแผนภาพต่อไปนี้



ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชน : ชุมชนลือค 4-5-6 คลองเตย จ.กรุงเทพมหานคร

เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของชุมชน 30 กันยาพัฒนา สรุปได้ดังนี้

1. ระบบสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก (สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลประจำ) ผู้ดูแลรับจ้าง สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว เพื่อนบ้าน (มีบทบาทน้อย)
2. ระบบสนับสนุนอย่างเป็นทางการ คือ หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานเอกชน จำแนกเป็นหน่วยงานที่ให้บริการ กับหน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณได้ดังนี้
 - 2.1. หน่วยงานที่ให้บริการ ได้แก่ ศูนย์อเนกประสงค์ (อสม./ อพส.) คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาล ชมรมผู้สูงอายุ คณะกรรมการชุมชน
 - 2.2. หน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ระบบบำนาญ (กระทรวงการคลัง)

รายละเอียดกิจกรรมของเครือข่ายชุมชน 30 กันยาพัฒนา ดังแสดงในแผนภาพต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน

ผลการถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุที่ดีจากชุมชนเขตเมือง 2 ชุมชน มีดังนี้

1. การมีชุมชนที่เข้มแข็ง
 - 1.1. ผู้นำเข้มแข็งและมีผู้สูงอายุต้นแบบ ทำให้ได้รับคำปรึกษาและเห็นแบบอย่างที่ดีในการทำประโยชน์เพื่อชุมชน
 - 1.2. ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน เพราะรู้จักคุ้นเคยกันมานานและมีจิตอาสา
 - 1.3. การทำงานเป็นทีม แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบกันเป็นกรรมการฝ่ายต่างๆ ให้เกียรติซึ่งกันและกันในการทำงาน
2. การมีระบบสนับสนุนที่ดี
 - 2.1. ระบบสนับสนุนอย่างเป็นทางการจากหน่วยงานภาครัฐและอื่นๆ เช่น เทศบาล อบจ. สำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาล สปสช. มูลนิธิและองค์กรเอกชน
 - 2.2. ระบบสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการจาก วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย อสส. อสม. คณะกรรมการชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ
3. การมีทุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์
 - 3.1. การใช้แหล่งประโยชน์หลากหลายของชุมชนเมือง อาทิเช่น สถาบันการศึกษา องค์กร มูลนิธิและบริษัทเอกชนต่างๆ
 - 3.2. ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยในการดูแลผู้เฒ่าผู้แก่ในชุมชน ค่านิยมเรื่อง “ความกตัญญู” และวัฒนธรรมการช่วยเหลือเอื้ออาทรกันในสังคมไทยยังเข้มแข็ง
 - 3.3. ความกลมกลืนทางศาสนา ชุมชนถือ 4-5-6 สมาชิกในชุมชนที่นับถือศาสนาแตกต่างกัน 3 ศาสนา สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างราบรื่น
4. การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ
 - 4.1. ชุมชนถือ 4-5-6 มีผู้สูงอายุที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต จำนวนค่อนข้างมาก จึงขยายบริการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มบริการกายภาพบำบัด ซึ่งผู้สูงอายุได้รับความสะดวกในการมารับบริการเพราะใกล้บ้าน และยังประหยัดค่าเดินทางด้วย
 - 4.2. ชุมชน 30 กันยาพัฒนา อสม. วัดความดันโลหิต เจาะเลือดที่ปลายนิ้ววัดระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ญาตินำผลการตรวจไปพบแพทย์เพื่อรับยามาให้ผู้สูงอายุได้ โดยผู้สูงอายุไม่ต้องไปพบแพทย์

5. การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

- 5.1. ชุมชนล๊อค 4-5-6 ประดิษฐ์อุปกรณ์สำหรับบริหารกล้ามเนื้อด้วยวัสดุเหลือใช้ และอุปกรณ์ราคาแพงใช้วิธีการให้ยืมแทนการให้เปล่า นอกจากนี้ขอให้เขตคลองเตยจัดทำทางเดินภายในชุมชนให้มีขนาดกว้างพอสำหรับรถเข็นผ่านได้
- 5.2. ชุมชน 30 กันยาพัฒนา ใช้ศูนย์เอนกประสงค์เพื่อกิจกรรมหลายอย่าง เช่น ประชุมปรึกษาหารือ ฝึกอาชีพและหารายได้

6. การบูรณาการบทบาทในชุมชน

- 6.1. สมาชิกในชุมชนเป็นกรรมการหลายชุด ทำให้ความร่วมมือในโครงการต่างๆของชุมชนเป็นไปอย่างราบรื่น
 - 6.2. การทำให้ชุมชนเป็นทั้งแหล่งให้บริการและแหล่งเรียนรู้ ชุมชนล๊อค 4-5-6 ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ และมีนักศึกษาพยาบาลจากหลายสถาบัน มาฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุด้วย และมีนักวิจัยมาศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนอีกหลายคณะ
7. การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสามารถติดตามประเมินผลการดูแลได้

สรุปประเด็นสำคัญการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว

- 1) ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การรักษา การควบคุมอาการของโรคด้วยพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพจิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ

ผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้ง 4 รายต้องมีภาวะพึ่งพิงระดับมากหรือพึ่งพิงแบบสมบูรณ์ เพราะเกิดอาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ทำให้ทั้ง 4 ท่านตกอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการการดูแลช่วยเหลือในเรื่องต่างๆเกือบทุกเรื่องและเกือบตลอดเวลา เกิดเป็นภาระในการดูแลแก่สมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก การป้องกันการเกิดโรคนี้นในกลุ่มผู้สูงอายุจึงน่าจะช่วยลดอุบัติการณ์ของความต้องการดูแลระยะยาวลงได้ไม่น้อย

เรื่องของการรักษามักเป็นไปตามอาการที่เกิดขึ้น ควบคู่ไปกับการควบคุมโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งดำเนินการรักษาโดยการรับประทานยาตามที่แพทย์โรงพยาบาลสั่ง โดยผู้ดูแลจะเป็นผู้ไปรับยาตามกำหนดและเป็นผู้จัดเตรียมยาให้แก่ผู้สูงอายุ หรือเป็นผู้กำกับให้ผู้ดูแลที่จ้างมาจัดให้ผู้สูงอายุรับประทานตามกำหนดเวลา การดูแลรักษาอื่นๆ

ที่นอกเหนือจากการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันแล้ว ก็ยังมีการรักษาพยาบาลที่ได้รับการบอกกล่าวมาจากคนรู้จักว่าจะช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ เช่น การใช้สมุนไพรช่วยระบาย หรือดูแลสุขภาพที่ช่วยให้กำลังขาดีขึ้น เป็นต้น

การดูแลสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัวจะให้ความสำคัญในเรื่องนี้อย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องกิน อยู่ หลับ นอน การขับถ่าย และการทำความสะอาด โดยเฉพาะเรื่องอาหาร การกินพบว่าไม่ค่อยมีปัญหา เพราะผู้ดูแลมักรู้ดีกว่าหากผู้สูงอายุสามารถกินได้และนอนหลับดี ก็จะดีต่อตัวผู้สูงอายุ ดังนั้น ก็จะพยายามหาวิธีการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้ เช่น จัดอาหารให้กินง่ายไม่ลำบากและป้อนซ้ำๆ เตรียมอาหารที่ผู้สูงอายุชอบและหลากหลาย รวมทั้งให้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารด้วย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีสุขภาพร่างกายอ่อนแอวันวันสมบูรณ์

การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่าการดูแลด้านจิตใจ มุ่งเน้นไปที่การเป็นเพื่อนพูดคุย ถึงแม้ผู้สูงอายุจะพูดไม่ได้ แต่หากสามารถแสดงท่าทีรับรู้สิ่งรอบตัวที่เกิดขึ้นได้ ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวก็จะพยายามพูดคุยด้วย เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา และจะพยายามไม่พูดหรือทำอะไร ที่จะเป็นการทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง และรู้สึกว่าตนเป็นภาระแก่ครอบครัว ส่วนเรื่องสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถออกมานั่งพบปะพูดคุยกับคนอื่น ๆ ได้ ความสัมพันธ์กับสังคมนอกครอบครัวมักไม่ค่อยดี บางรายมีเพื่อนบ้านมาพูดคุยด้วยบ้าง แต่ก็เป็นนานๆครั้ง ซึ่งหากความสัมพันธ์ในครอบครัวดี แม้ว่า การติดต่อกับสังคมภายนอกจะห่างหายไปแต่ก็ไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้แต่อย่างใด สำหรับการดูแลด้านจิตวิญญาณ จะเป็นในลักษณะของการบอกกล่าวกับตัวผู้สูงอายุว่า จะมีการทำบุญตักบาตร เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ร่วมอนุโมทนา ซึ่งช่วยสร้างขวัญและกำลังใจได้ดีระดับหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุที่กำลังป่วย

2) การจัดการดูแลในครอบครัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัวและกลวิธี

สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแลหลัก ดูแลผู้สูงอายุทุกเรื่องเพียงคนเดียว สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ จะช่วยสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลบ้าง หรือบางครอบครัวที่มีฐานะดีก็จ้างผู้ดูแลมาช่วย โดยต้องมีผู้ดูแลหลัก เป็นผู้กำกับการดูแลของผู้ดูแลรับจ้าง ให้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างดี ถูกต้อง และตรงตามเวลา

การคัดเลือกสมาชิกในครอบครัวที่จะเป็นผู้ดูแลนั้น แต่ละครอบครัวจะมีเกณฑ์กำหนดแตกต่างกันไป คนที่เรียนน้อย (มีการศึกษาดำกว่าหรือเรียนได้ไม่ดีเท่าสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ)

คนที่ทำงานแต่มีรายได้น้อยหรือยังไม่มีงานทำที่มั่นคง คนที่ยังไม่ได้แต่งงานยังไม่มีครอบครัว มักจะต้องเป็นผู้ที่เสียสละมารับบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ

จากกรณีศึกษาทั้ง 4 รายพบว่ามีจำนวน 3 รายที่ “ผู้ดูแลหลักเป็นผู้สูงอายุ” ซึ่งมีทั้งที่เป็นลูกสาวดูแลแม่ พี่สาวดูแลน้องชาย และสามีดูแลภรรยา ภาพของผู้สูงอายุที่ต้องดูแลผู้สูงอายุตนเองนี้อาจเป็นภาพที่หาได้ไม่ยากในอนาคตที่จำนวนผู้สูงอายุของไทยเพิ่มมากขึ้น และมีอายุยืนยาวขึ้น การถอดบทเรียนจากทั้ง 3 กรณี พบว่าการจ้างผู้ดูแลมาช่วยเหลือในกิจกรรมดูแลบางอย่าง สามารถช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุลงได้มาก ทั้งนี้เพราะการดูแลอย่างต่อเนื่องอาจทำให้สุขภาพของตัวผู้ดูแล (ที่เป็นผู้สูงอายุ) แย่ลง อีกทั้งยังช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลสูงอายุลงได้ เพราะผู้ดูแลจะได้มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจบ้าง และมีเพื่อนคุยหรือปรึกษากันได้บ้าง ไม่ใช่ปล่อยให้ผู้ดูแลสูงวัยคิดคนเดียวทำคนเดียวตลอดเวลายาวนาน ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลขึ้นมาได้

ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายอาศัยอยู่ที่บ้านเดียวกันหรือบ้านใกล้เคียงกันกับผู้ดูแล ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องการการดูแลในทุกเรื่อง ทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง การทำกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุต่างๆ ส่วนใหญ่คนที่เป็นผู้ดูแลหลักต้องเป็นผู้ทำเองทั้งหมด ยกเว้นครอบครัวที่ได้จ้างผู้ดูแลมาช่วย ซึ่งในช่วงแรกของการดูแลเป็นช่วงที่สร้างปัญหาและความเครียดให้กับผู้ดูแลมากที่สุด ด้วยเพราะขาดความรู้ด้านการดูแลหรือพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งยังไม่เคยได้เตรียมตัวที่จะต้องรับบทบาทการเป็นผู้ดูแล การจัดการเรื่องการดูแลในระยะแรกจึงมักเป็นแบบพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ บ้างก็เรียนรู้จากการสังเกตหรือรับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลหรือในคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว นักกายภาพบำบัด หรืออาสาสมัครสาธารณสุข

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเป็นระยะเวลานาน ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เบื่อหน่าย และทอดทิ้งที่จะให้การดูแลต่อไป แต่จากการพูดคุยกับผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่เครียดที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุ สาเหตุเพราะเรื่องของสายสัมพันธ์ระหว่างกัน บางคนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นมารดา เป็นน้องชาย เป็นภรรยา ดังนั้น ก็ต้องดูแลกันไป นอกจากนั้นยังพบอีกว่าความสัมพันธ์อันดีที่เคยมีมา ความรักความผูกพันที่ให้แก่กัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลลงได้

ข้อค้นพบที่น่าเป็นห่วงสำหรับผู้ดูแลหลักคือ ผู้ดูแลบางคนต้องสูญเสียรายได้ สูญเสียโอกาสความก้าวหน้าในการทำงาน สูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งนี้เพราะคนเหล่านี้ต้องใช้เวลา

ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยตลอดเวลา ไม่สามารถออกไปทำงานได้ ไม่มีเวลาที่จะไปพูดคุยสังสรรค์กับคนอื่นนอกบ้าน บางคนอยู่กับผู้สูงอายุคนเดียวมาตลอด ในตอนนี้ก็ยังไม่มีปัญหาเพราะเรื่องค่าใช้จ่ายกินอยู่มากเป็นในลักษณะกินใช้ร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งมีญาติคนอื่นสนับสนุน แต่ในอนาคตข้างหน้า หากผู้ป่วยเสียชีวิตลง ความช่วยเหลือด้านการเงินอาจลดหรือหายไป ผู้ดูแลเหล่านี้จะอย่างไรกับอนาคตของตน

3) บทบาทของเครือข่ายการดูแลและเครือข่ายความช่วยเหลือ

เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุและความช่วยเหลือในครอบครัว แต่ละครอบครัวจะมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักอยู่ประจำอยู่ 1 คน หากผู้ดูแลหลักมีฐานะเศรษฐกิจดีหรือเป็นผู้สูงอายุด้วยจะจ้างผู้ดูแลรับจ้างมาช่วย ชุมชนเมืองพบเครือข่ายความช่วยเหลือจากเครือญาติและเพื่อนบ้านน้อย สมาชิกคนอื่นในครอบครัวให้การสนับสนุนด้านการเงิน ด้านจิตใจ มาดูแลผู้สูงอายุแทนนานๆครั้ง ส่วนเพื่อนบ้านพบว่าในชุมชนเมือง ความรู้จักคุ้นเคยและไว้วางใจกันมีน้อย ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในการพูดคุยคลายเหงา ให้กำลังใจ ช่วยอุ้มยกผู้สูงอายุขึ้นรถเมื่อไปโรงพยาบาลบ้าง นอกจากนั้นเครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยตรงได้แก่ คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์ในการดูแลเป็นหลักคือ พยาบาล และได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์และนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลบ้าง บทบาทของเครือข่ายการดูแลที่เห็นได้ชัด คือ อสส. หรือ อสม. ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสำรวจพบผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งบางส่วนที่ไม่เคยไปรับบริการกับสถานพยาบาลใดเลย ก็จะไม่ปรากฏชื่ออยู่ในระบบฐานข้อมูลการให้ความช่วยเหลือของรัฐ ซึ่งการที่ อสส. หรือ อสม. ได้ลงพื้นที่ก็จะสามารถแจ้งและประสานกับหน่วยงานภาครัฐ ให้ความช่วยเหลือที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ คณะกรรมการชุมชนทำงานประสานกับ อสส. หรือ อสม. ร่วมกิจกรรมในโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุด้วย

4) บริการการดูแลที่ครอบครัวไปใช้บริการจากสถาบันและชุมชน

สถาบันที่ครอบครัวพาผู้สูงอายุไปใช้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน โดยใช้สิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลจากบัตรสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิ์ข้าราชการบำนาญ มักเป็นการไปรับยาหรือไปรับการรักษาอาการเจ็บป่วย หรือรักษาโรคประจำตัวจากโรงพยาบาล มากกว่าที่จะเป็นการรับความช่วยเหลือด้านการดูแลซึ่งครอบครัวก็ยังคงต้องเป็นผู้มีบทบาทหลัก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าชุมชนที่ศึกษาจะเป็นชุมชนเมืองซึ่งถูกคาดหวังว่าจะมีลักษณะชุมชนที่ไม่เข้มแข็ง ความช่วยเหลือจากชุมชนลงสู่ครอบครัวเป็นไปได้ยาก แต่สิ่งที่พบจากกรณีศึกษาในครั้งนี้กลับไม่พบเช่นที่คาดการณ์ไว้ ทั้ง 2 พื้นที่ที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา มีความเข้มแข็งของชุมชนค่อนข้างสูง ทั้ง อสส. และอสม.

มีบทบาทอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยประสานกับศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยตรวจสอบสุขภาพ การจัดหาอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ การช่วยเป็นผู้ประสานระหว่างสถานพยาบาลกับครอบครัว รวมถึงการติดตามซักถามสารทุกข์สุกดิบของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

บริการการดูแลในครอบครัว

1. การปรับปรุงบ้านและสิ่งแวดล้อม (Home Improvement & Environment Modification) เพื่อความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลหลักได้เตรียมบ้านใหม่ หรือดัดแปลงบ้าน อุปกรณ์เพื่อการฟื้นฟูสภาพ ขึ้นกับเศรษฐฐานะของครอบครัว

2. การเดินทางและพาหนะ (Transportation) ครอบครัวไม่มีปัญหาเรื่องค่าเดินทาง หรือคนพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ แต่มีความยากลำบากในการอุ้มยกผู้สูงอายุขึ้นรถ จึงได้รับการผ่อนปรนไม่ต้องพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อไปรับยา

3. อุปกรณ์การแพทย์ (Medical Supplies) นโยบายของรัฐในการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านยังไม่ชัดเจน เช่น อุปกรณ์ทำแผลกดทับ

4. อุปกรณ์การดูแล (Material Support) ครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายจำเป็น เช่น ผ้ารองซับ ถุงพลาสติกรองรับน้ำปัสสาวะ

5. อาหาร (Meal) ผู้สูงอายุได้รับอาหารเพียงพอ หรือค่อนข้างมากเกินไปเพราะผู้ดูแลมีความคิดว่า ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยที่น่าสงสารอยู่แล้ว ควรได้รับอาหารที่ดีมีประโยชน์ และส่วนมากจะเป็นอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของโรค

6. การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ผู้สูงอายุที่ศึกษา ปัจจุบันมีภาวะพึ่งพิง โดยในอดีตเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายกลับบ้านผู้ดูแลหลักได้รับการฝึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเช่น การให้อาหารเหลวทางสายยาง การดูดเสมหะ การป้องกันแผลกดทับ แต่เมื่อเกิดแผลกดทับขึ้น ผู้ดูแลหลักต้องพาไปทำแผลที่โรงพยาบาล การบริการโดยพยาบาลจากโรงพยาบาลผู้ดูแลต้องเสียค่าบริการ แต่การบริการจากพยาบาลจากคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาล ผู้ดูแลไม่ต้องจ่ายค่าบริการ นอกจากนั้นการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการวัดความดันโลหิต ตรวจร่างกายทั่วไป และให้คำแนะนำต่างๆ

7. การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการดูแลที่บ้าน (Home Care) อสส./ อสม. ไปเยี่ยมเยียนพูดคุยกับผู้สูงอายุเป็นประจำ การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาฯยังเกิดขึ้นได้น้อย ส่วนมากจะเป็นพยาบาลที่ออกไปประเมินผู้สูงอายุ เมื่อพบปัญหาจึงนำมาปรึกษานักวิชาการอื่นในทีม บริการการดูแลที่บ้านในลักษณะอื่นๆ เช่น การซ่อมแซมหรือดัดแปลงที่อยู่อาศัย ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน ผู้ดูแลหลักจัดการเอง

8. การบำบัดรักษา (Therapies) ผู้สูงอายุได้รับยารักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดย อสส. หรือ อสม. ช่วยวัดความดันโลหิต หรือเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจน้ำตาลให้ ผู้ดูแลนำผลการตรวจ

ไปพบแพทย์เพื่อรับยาได้ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องไปพบแพทย์ทุกครั้งที่นัดไปรับยา สำหรับการทํากายภาพบำบัด ผู้สูงอายุที่ศึกษาปวยมานานปัจจุบันไม่ค่อยได้ทํากายภาพบำบัดแล้ว แต่ก่อนหน้านี้ผู้ดูแลพยายามทำให้อย่างมาก แต่ได้ผลน้อย

9. การดูแลในเวลากลางวัน (Day Care) ชุมชนที่ศึกษาไม่มีบริการการดูแลในเวลากลางวัน ผู้ดูแลหลักในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา

10. การสนับสนุนทางการเงิน ผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้ง 4 คนได้รับยารักษาโรคเรื้อรังโดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิข้าราชการบำนาญ สำหรับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ผู้สูงอายุ 2 คนที่ไม่มีรายได้ ลูกคนอื่นๆในครอบครัวที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ให้เงินกับผู้สูงอายุแต่ไม่ได้ให้ผู้ดูแลหลัก สำหรับผู้สูงอายุอีก 2 รายที่มีรายได้จากเงินบำนาญ ผู้ดูแลหลักเป็นผู้บริหารการเงินให้ ถ้าขาดเหลือผู้ดูแลหลักเป็นผู้รับผิดชอบเอง ลูกหรือสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวมักไม่ค่อยได้ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน

11. ค่านิยมของผู้ดูแล ผู้ดูแลหลักที่ศึกษา 4 รายเป็นสามี 1 ราย พี่สาว 1 ราย และ 2 รายเป็นลูกสาว ความรู้สึกรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุอย่างเต็มที่แทนสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว เกิดจากความรักความผูกพันและสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาในอดีต และความกตัญญูของลูกต่อบุพการี

12. ผู้ดูแลในชุมชนเมือง ผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจจะหาผู้ดูแลรับจ้างมาช่วย สำหรับผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้สูงอายุแต่ไม่มีอำนาจในการว่าจ้างผู้ดูแลรับจ้างต้องรับหน้าที่อย่างหนักดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ โดยไม่มีผู้มาช่วยดูแลแทนเลย นอกจากนั้นบางครั้งจำเป็นต้องไปธุระ จึงพบปัญหาปวดหลัง ปวดเข่า จากการอุ้มยกพยุงผู้ป่วย และมักไม่ค่อยได้ตรวจและดูแลสุขภาพของตนเองเพราะไม่สามารถที่จะผู้ป่วยไปได้ นอกจากนี้มีความเครียดบ้างเพราะดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานหลายปี

5) วิธีเข้าถึงบริการและปัญหาอุปสรรค

ปัญหาที่พบเห็นชัดเจนในการไปรับบริการต่างๆที่โรงพยาบาลหรือในชุมชน คือ ปัญหาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยติดเตียงเหล่านี้มักจะขยับช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การเคลื่อนย้ายขึ้นรถเข็นหรือรถยนต์จึงค่อนข้างทำได้ยาก โดยเฉพาะกรณีที่ผู้สูงอายุมีรูปร่างใหญ่กว่าตัวผู้ดูแล บางครอบครัวต้องอาศัยความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านซึ่งบางครั้งก็มีปัญหาหากไม่มีใครอยู่ นอกจากนั้น ก็เป็นปัญหาเรื่องการขาดแคลนรถยนต์ที่จะใช้เดินทาง และเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งค่าใช้จ่ายเหล่านี้ทางครอบครัวก็ต้องออกเองโดยไม่สามารถเบิกจากใครได้

6) ค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นและการบริหารการเงิน

ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยสูงอายุส่วนมากเป็นค่าอาหารการกิน และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นต้องใช้ในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ เช่น ค่าผ้ารองซับวันละประมาณ 2 ผืน ค่าถุงพลาสติก รองรับน้ำปัสสาวะ ค่าพลาสติกเตอร์ ค่าอาหารและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ส่วนค่ายานั้นทุกครอบครัว สามารถเบิกได้โดยใช้สิทธิข้าราชการหรือบัตรทอง ซึ่งค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากค่ายาจะเป็นส่วน ที่ครอบครัวต้องดูแลรับผิดชอบเอง จากการศึกษาพบว่าแหล่งสนับสนุนการเงินในครอบครัวมี 2 ทางด้วยกัน หนึ่ง คือเงินข้าราชการบำนาญซึ่งอาจเป็นของผู้สูงอายุที่ป่วยหรือเป็นผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ทางที่สองได้มาจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่นที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก แต่จะเป็นคนที่รับบทบาทหาเงิน มาช่วยเหลือทั้งสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

7) ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล

ค่านิยม วัฒนธรรมของสังคมไทย เมื่อญาติสนิทโดยเฉพาะญาติผู้ใหญ่ ไม่ว่าจะเป็น พ่อ แม่ พี่ น้อง สามิ หรือภรรยา เกิดเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นมา ครอบครัวก็ต้องเป็นผู้ที่รับหน้าที่หลักในการดูแล ซึ่งค่านิยม “ความกตัญญู” และวัฒนธรรมความเอื้ออาทรในสังคม โดยเฉพาะในหมู่เครือญาตินี้ นับว่ายังคงเข้มแข็งในสังคมไทยแม้ในชุมชนเมืองก็ตาม

ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ มีผลอย่างเห็นได้ชัด 2 ประการคือ ประการที่ 1 หากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยมากจะทำให้การดูแลดำเนินไปอย่างยากลำบากมากขึ้น ต้องเหนื่อยมากขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ดูแลขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลกระทบทำให้ตัวผู้ดูแลเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นได้ ประการที่ 2 ความเจ็บป่วยมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก กล่าวคือ หากผู้สูงอายุที่นอนป่วย ไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรงเกิดขึ้น มีภาวะสุขภาพร่างกายดีขึ้น สมบูรณ์แข็งแรงมากขึ้น สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ดูแลได้มากขึ้น ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและเกิดความพยายามในการที่จะฟื้นฟูผู้สูงอายุให้มากขึ้น แต่ในทางตรงข้ามหากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยแทรกซ้อน หรือไม่มีพัฒนาการ ในทางที่ดีขึ้นเลย ผู้ดูแลก็จะเกิดความเครียด รู้สึกท้อถอย หหมดกำลังใจ และจะดูแลผู้สูงอายุไปอย่างเดิม เรื่อยๆ ซึ่งทำให้ขาดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

8) คุณภาพการดูแล

ผู้ดูแล นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุอย่างมาก ทั้งในแง่ของความตั้งใจที่จะเป็นผู้ดูแลและสภาพร่างกายของผู้ดูแลเอง ในเรื่องของความตั้งใจพบว่า ผู้ดูแลที่ตั้งใจหรือเต็มใจที่จะรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล จะสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

จะมีความช่างสังเกตในเปลี่ยนแปลง หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น จะมีความพยายามที่จะพัฒนา หรือหาเทคนิควิธีการดูแลที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุอาการดีขึ้น ส่วนสภาพร่างกายหรือภาวะสุขภาพของผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ หากผู้ดูแลสุขภาพไม่ดีเสียแล้ว การดูแลที่ดีสำหรับผู้สูงอายุคงเกิดขึ้นได้ยาก ปัญหาที่พบคือผู้ดูแลมักจะให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากกว่าตนเอง การส่งเสริมสุขภาพจึงมุ่งไปที่ตัวผู้สูงอายุและขาดการดูแลตนเอง ซึ่งหากดำเนินต่อไปเช่นนี้เรื่อยๆ ผู้ดูแลอาจเกิดอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุด้วย ผู้ดูแลหลักที่ไม่มีผู้ดูแลรับจ้างมาช่วย มักรับผิชอบการดูแลผู้สูงอายุโดยลำพัง ไม่มีระบบการดูแลทดแทนชั่วคราวจากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว หรือบริการจากภาครัฐ เมื่อดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานานหลายปี ย่อมเกิดความเหนื่อยล้าและเครียด ปัญหาในการดูแลที่พบมากคือ การอุ้มยกพยุงผู้สูงอายุ และการทำกายภาพบำบัด นอกจากนี้การมารับบทบาทผู้ดูแลหลักเต็มเวลา ทำให้ขาดรายได้และความมั่นคงในชีวิต

อุปกรณ์ช่วยเหลือ การศึกษานี้พบว่าครอบครัวที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น รถเข็นไม้เท้าหรือ walker เพียงปรับระดับ สิ่งเหล่านี้สามารถแบ่งเบาภาระให้กับผู้ดูแลได้มาก อย่างเช่น ครอบครัวที่มีรถเข็น ก็สามารถเข็นพาผู้สูงอายุไปอาบน้ำได้ ไปเข้าห้องน้ำได้ ออกไปนั่งเล่นหรือไปเที่ยวข้างนอกบ้านได้ ซึ่งช่วยให้การดำเนินชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแลสะดวกง่ายดายยิ่งขึ้น แต่สำหรับครอบครัวที่ขาดอุปกรณ์ช่วยเหลือ ได้พบเห็นความสร้างสรรค์ของผู้ดูแลที่พยายามประดิษฐ์อุปกรณ์ที่พึงหลังและโต๊ะเล็กๆ วางข้างตัวผู้สูงอายุ เพื่อใช้ช่วยพยุงผู้สูงอายุให้นั่งอยู่ได้แทนการใช้เตียงปรับระดับ

ภาวะแวดล้อม ด้วยเหตุที่เป็นพื้นที่ในเขตเมืองจึงทำให้พบความได้เปรียบในเรื่องของถนนหนทางและทางเดินในชุมชนที่มีความสะอาดและสะดวกสบาย เพราะทางเดินมีขนาดกว้างพอที่รถเข็นสามารถผ่านเข้าออกได้ ส่วนบ้านพักอาศัยก็ตั้งอยู่ในชุมชนที่มีผู้คนอยู่จำนวนมาก ทำให้ผู้ดูแลสามารถหาความช่วยเหลือได้ง่ายดายในยามฉุกเฉิน ส่วนตัวบ้านพักอาศัยก็พบว่ามีการดัดแปลงพื้นที่บางส่วนเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่อาศัยได้สบายและเป็นสัดส่วน รวมทั้งเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

9) ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากสถาบัน ชุมชน และเครือข่ายอื่นๆ ประมาณการความต้องการบุคคลช่วยเหลือ

ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากสถาบัน ชุมชนและเครือข่ายอื่นๆ จากการสนทนากับพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทของตนเอง ความช่วยเหลือ

ที่ต้องการการสนับสนุนจากสถาบัน ชุมชนและเครือข่ายอื่นๆ คือ เรื่องความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การเขียนบันทึกให้กำลังใจ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการดูแลที่ทำไปนั้นถูกต้องเหมาะสมแล้ว รวมไปถึงคำแนะนำในการปฏิบัติหากเกิดกรณีฉุกเฉิน เช่น ต้องไปที่ไหน ไปหาใคร ขอความช่วยเหลือ ใครได้บ้าง นอกจากนั้น จะเป็นเรื่องของการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านอุปกรณ์การดูแลต่างๆ โดยเฉพาะค่าอุปกรณ์ที่ใช้แล้วหมดไป เช่น ฝารองขับ

นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องอยู่บ้านตลอดเวลา เพราะไม่สามารถทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ซึ่งในบางช่วงเวลาก็มีเวลาว่าง ต้องการงานทำที่บ้านเพื่อให้มีรายได้เป็นของตนเอง และทำให้ไม่รู้สึกเบื่อหน่ายในการอยู่บ้านจำเจทุกวัน

ประมาณการความต้องการบุคคลช่วยเหลือ ผู้ดูแลหลักรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา ในรายที่ไม่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจจ้างผู้ดูแลรับจ้างมาช่วย นับว่าเป็นภาระที่หนักพอควร โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว

ผลการถอดบทเรียนจากการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว 4 ครอบครัวในชุมชนเขตเมือง มีดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ดูแลหลัก เป็นการบริหารจัดการภายในครอบครัว ผู้ที่ไม่มีภาระทางครอบครัวของตนเอง ทำงานที่ไม่มั่นคงหรือมีรายได้น้อยกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ภายในครอบครัว
2. ผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ จะดูแลอย่างเต็มที่แบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
 - 2.1. ร่างกาย : ดูแลความสะอาดของร่างกายโดยเฉพาะหลังขับถ่าย รวมทั้งดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน คือ แผลกดทับ (พลิกตะแคงตัวทุก 2-4 ชั่วโมง) ปอดอักเสบ (ดูแลให้อยู่ในท่านั่งบ้าง) การล้มถลอก (จัดอาหารให้กลืนสะดวกและป้อนช้าๆ)
 - 2.2. จิตใจ : ระมัดระวังเรื่องสะเทือนใจ ให้ความเพลิดเพลินด้วยสื่อบันเทิงหรือการพูดคุย ไม่ทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง
 - 2.3. สังคม : พาออกไปเที่ยวนอกบ้าน ส่งเสริมให้มีคนมาเยี่ยมเยียน
 - 2.4. จิตวิญญาณ : ให้ได้มีส่วนร่วมในการทำบุญ เปิดเทพธรรมะให้ฟัง
3. ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานของความรัก ความห่วงใย หรือความกตัญญู มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาในอดีต และความรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนเองเป็นผู้สามารถทำได้
4. การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลหลักให้ความสำคัญกับการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารเฉพาะโรคด้วย

5. การจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น ดัดแปลงที่อยู่อาศัย จัดหาหรือประดิษฐ์อุปกรณ์ให้เอื้อต่อการดูแล และป้องกันภาวะแทรกซ้อน
6. การมอบความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลรับจ้าง ผู้ดูแลหลักคอยกำกับดูแลอยู่ห่างๆ โดยการเขียนตารางกิจกรรมการดูแลไว้ หรือกระตุ้นเตือนเป็นระยะ
7. การได้รับการสนับสนุนการดูแลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ คือ สิทธิในการเบิกค่ารักษา การเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัคร

อภิปรายผล

1. ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน จากการถอดบทเรียนทั้ง 2 ชุมชน พบว่ากลุ่มอาสาสมัครที่รวมตัวกัน มีความรู้สึกคุ้นเคยและร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมานาน จึงรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน เกิดจิตสำนึกที่ดี รับผิดชอบทำประโยชน์เพื่อชุมชน ซึ่งอาจเป็นผลจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการต่างๆ ด้วย ตามหลักของ Ottawa Charter ว่าด้วยปัจจัย การมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลยุทธ์ Strengthen Community Actions (WHO, 2009)
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ผลการศึกษาพบว่า ค่านิยม “ความกตัญญู” ในสังคมไทย ยังเข้มแข็ง ผู้ดูแลหลักที่เป็นลูกดูแลแม่ด้วยความรู้สึกกตัญญูต่อบุพการี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ภาระการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว (เล็ก สมบัติ, 2549) พบว่าการรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ภายในครอบครัว โดยยึดถือประเพณีและความกตัญญู เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ครอบครัวยังคง สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้
3. ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยยาวขึ้น (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551) ปรากฏการณ์ผู้ดูแลที่สูงอายุ น้อยต้องดูแลผู้สูงอายุที่อายุนานจึงพบมากขึ้น ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแล 3 ใน 4 รายเป็นผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแล 2 รายมีศักยภาพในการว่าจ้างผู้ดูแลมาช่วย แต่ผู้ดูแลอีก 1 รายต้องรับหน้าที่ดูแลตลอดเวลา ซึ่งเป็นภาระที่หนักสำหรับผู้สูงอายุ และพบปัญหาสุขภาพทั้งกายและจิตตามมา จึงควรเร่งให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลกลุ่มนี้โดยด่วน
4. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการเกื้อหนุนทางสังคม (อดุลย์ วิริยเวชกุล, 2540) ซึ่งส่วนมากเป็นการเกื้อหนุนด้านอารมณ์ ให้ความเคารพนับถือ ให้ความมั่นคงและความปลอดภัย พาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและควรสนับสนุนต่อไป นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับประเภทของการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Bowers, 2004) ที่เป็นการดูแลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (anticipatory caregiving) คือ ผู้ดูแลหลักมักกังวลว่า เมื่อตนเองไม่อยู่ดูแลผู้สูงอายุ อาจเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นและผู้ดูแลแทนจะจัดการปัญหาไม่ได้ จึงมักไม่ค่อยทิ้งผู้สูงอายุไปไหน และเป็นการดูแลแบบปกป้อง (protective caregiving) คือดูแลในการ

ทำกิจกรรมประจำวัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง อีกทั้งเป็นการดูแลแบบป้องกัน (preventive caregiving) ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ การควบคุมโรคเรื้อรัง

5. ปัญหาของผู้ดูแลหลักจากการศึกษาค้างนี้ พบว่าผู้ดูแลหลักต้องลาออกจากงาน ขาดรายได้และความมั่นคงในชีวิต พบผลกระทบของการดูแลต่อการทำงานคล้ายกันในการศึกษาเรื่องการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Gottlieb, Kelloway, & Fraboni, 1994) และการศึกษาผู้ดูแลที่เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต (นาริรัตน์ จิตรมนตรี และนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, 2550) ที่ผู้ดูแลต้องเปลี่ยนงานหรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย

6. ผู้ดูแลหลัก 1 รายในการศึกษาค้างนี้ ใช้กลยุทธ์ในการทำให้ผู้ดูแลรับจ้างมีความสุขในการทำงาน โดยมอบความไว้วางใจให้ผู้ดูแลรับจ้าง ใช้วิธีเขียนตารางกิจกรรมการดูแลไว้ มอบความรับผิดชอบให้แล้วคอยสอบถามเป็นระยะ ไม่จู้จี้จุกจิก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในงานของผู้ดูแลรับจ้างในเขตกรุงเทพมหานคร (Noochanart Akanimane, 2002) พบว่าวิธีการมอบอำนาจในการตัดสินใจในการทำงาน ทำให้ผู้ดูแลมีความพอใจสูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมือง คณะผู้วิจัยได้สำรวจและค้นหาชุมชนต้นแบบและครอบครัวต้นแบบที่ดูแลผู้สูงอายุที่ดี ผลการคัดเลือกต้นแบบตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบกับความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้ชุมชนต้นแบบ 2 ชุมชนคือ ชุมชนลือค 4-5-6 เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร และชุมชน 30 กันยาพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และครอบครัวต้นแบบ 4 ครอบครัวจากชุมชนละ 2 ครอบครัว ผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นหญิง 3 ราย ชาย 1 ราย อายุ 60-82 ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ 2 ราย โรคหลอดเลือดสมองแตก 2 ราย ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันค่อนข้างมากหรือทั้งหมด สำหรับผู้ดูแลเป็นหญิง 2 ราย ชาย 2 ราย อายุ 25-72 ปี ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ เป็นลูก 2 ราย สามี 1 รายและพี่สาว 1 ราย มีผู้ดูแลรับจ้างมาช่วย 2 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การถอดบทเรียน การวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์สรุปประเด็นสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและของชุมชน ตามกรอบการศึกษาที่กำหนดไว้ ผนวกกับข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมขณะเก็บข้อมูลภาคสนาม คณะผู้วิจัยถอดบทเรียนจากต้นแบบชุมชนด้านบทบาทของชุมชน ลักษณะบริการทางสุขภาพและทางสังคม และถอดบทเรียนจากต้นแบบครอบครัวด้านเครือข่ายผู้ดูแล บริการการดูแลในครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้สามารถสรุปเป็นตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนและของครอบครัว ที่อาจใช้เป็นแนวทางการวางแผนการดูแลระยะยาวสำหรับชุมชนและครอบครัวอื่นๆ ได้ดังนี้

ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน

1. การมีชุมชนที่เข้มแข็ง
 - 1.1. ผู้นำเข้มแข็งและมีผู้สูงอายุต้นแบบ
 - 1.2. ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน
 - 1.3. การทำงานเป็นทีม
2. การมีระบบสนับสนุนที่ดีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - 2.1. ระบบสนับสนุนจากภาครัฐ
 - 2.2. ระบบสนับสนุนจากภาคเอกชนและอาสาสมัคร
3. การมีทุนทางสังคม
 - 3.1. การใช้แหล่งประโยชน์หลากหลาย
 - 3.2. ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยเข้มแข็ง

- 3.3. ความกลมกลืนทางศาสนา
4. การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ
 - 4.1. การประหยัดค่าใช้จ่าย
 - 4.2. การแก้ปัญหาการเดินทางของผู้สูงอายุ
5. การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
 - 5.1. การให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูง ด้วยต้นทุนที่ต่ำ
 - 5.2. การใช้สถานที่ให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า
6. การบูรณาการบทบาทในชุมชน
 - 6.1. การเป็นกรรมการหลายชุด (สวมหมวกหลายใบ)
 - 6.2. เป็นทั้งแหล่งให้บริการและแหล่งเรียนรู้
7. การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน

ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว

1. การคัดเลือกผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีความพร้อม
2. การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
 - 2.1. การรักษาความสะอาดของร่างกาย
 - 2.2. การดูแลการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ
 - 2.3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ ปอดอักเสบ การสำลักอาหาร
 - 2.4. การป้องกันความรู้สึกเสียใจ และสร้างความสุข
 - 2.5. การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบทางอารมณ์
 - 2.6. การส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
 - 2.7. การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ
3. การดูแลบนพื้นฐานของความรัก ความห่วงใย ความกตัญญู และความรู้สึกราบรื่นใจ
ในความสามารถดูแลของตนเอง
4. การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง
 - 4.1. การดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
 - 4.2. การดูแลจัดอาหารเฉพาะโรค
5. การจัดการสิ่งแวดล้อม
 - 5.1. ที่อยู่อาศัย
 - 5.2. อุปกรณ์ที่เอื้อต่อการดูแล
6. การมอบความไว้วางใจให้ผู้ดูแลรับจ้าง

7. การได้รับการสนับสนุนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

7.1. ระบบสนับสนุนจากภาครัฐ

7.2. ระบบสนับสนุนจากภาคเอกชนและอาสาสมัคร

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา คณะผู้วิจัยขอเสนอข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่ระดับครอบครัวและระดับชุมชน ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระดับชุมชน

1. รัฐควรส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรและเพิ่มอัตรากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งเน้นให้มีการดำเนินการด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยพัฒนาตั้งแต่ระดับหลักสูตรการฝึกอบรมเฉพาะทางในสถาบันการศึกษาพยาบาล จนถึง อสม. อสส. ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรกำหนดนโยบายในการสนับสนุนคำรักษาพยาบาลและอุปกรณ์การแพทย์ เพื่อลดภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแลของครอบครัว
3. รัฐควรกำหนดนโยบายให้มีระบบการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งศูนย์ฉุกเฉินขึ้นในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนยานพาหนะ และมีระบบสายด่วนสำหรับติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลหรือหน่วยเวชปฏิบัติ โดยให้ชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ
4. รัฐหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรพัฒนาระบบการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระดับตติยภูมิจนถึงระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
5. รัฐควรพัฒนาระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลกลับบ้าน (Transitional Care or Intermediate Care) เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นการเตรียมผู้ดูแลให้มีความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาล
6. งบประมาณ ควรบริหารจัดการจากภาครัฐสู่ชุมชน โดยการปรับหรือลดขั้นตอนในการพิจารณาโครงการและจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรทบทวนนโยบายในการจัดสรรทุนเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพแข็งแรง
8. รัฐควรสนับสนุนให้เกิดนโยบายการประกันคุณภาพการฝึกอบรมผู้ดูแลรับจ้าง โดยผู้ดูแลรับจ้างต้องผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรจากสถานประกอบการ ที่มีคุณภาพอย่างน้อย 4 เดือน

9. กระทรวงการศึกษา กระทรวงวัฒนธรรมและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรมีนโยบายเชิงรุกอย่างเข้มแข็ง ในการอนุรักษ์และส่งเสริมค่านิยมของความกตัญญูในสังคมไทย
10. ในอนาคตที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รัฐควรจัดหรือสนับสนุนภาคเอกชนให้จัดบริการที่พักอาศัยในชุมชน พร้อมบริการการดูแล ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาเช่าอยู่ในอาคารเดียวกัน เพื่อป้องกันการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวจากตลาดแรงงานมาดูแลผู้สูงอายุ

ระดับครอบครัว

1. การทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรจัดทำทะเบียนหรือฐานข้อมูลผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และกำหนดนโยบายให้ความช่วยเหลือ
2. กระทรวงแรงงานควรสนับสนุนระบบการทำงานที่บ้านให้กับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลที่มีศักยภาพในการทำงาน สามารถดูแลผู้สูงอายุและทำงานในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้ดูแล และป้องกันความเครียดจากการรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงอย่างเดียว
3. การให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลพามาพบแพทย์ ควรจัดบริการแบบควบคู่กันไป เป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จ (one-stop service) คือ ดูแลปัญหาสุขภาพของทั้งผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่ออำนวยความสะดวกและตัดทอนปัญหาในการเดินทางมาพบแพทย์ของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

ระดับชุมชน

1. หน่วยเวชปฏิบัติควรเพิ่มศักยภาพ อสส./ อสม. ในการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยฝึกอบรมเรื่องการอุ้มยกพยุงผู้สูงอายุ การป้องกันและดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดขั้นพื้นฐาน การวัดความดันโลหิต การเจาะเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
2. เทศบาล/ สำนักเขตในกรุงเทพมหานคร ควรจัดโครงการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีมและการเสริมพลัง (Empowerment) รวมทั้งการเขียนโครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทุนสนับสนุนโครงการในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถดูแลตนเองได้ภายในชุมชน
3. ชุมชนสนับสนุนให้มีการจัดรายการวิทยุหรือรายการโทรทัศน์ หรือหอกระจายข่าวเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์เข้าไปซักถามพูดคุย ขอเพลงได้ เพื่อเชื่อมโยงผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ต้องจำกัดตัวเองอยู่ในบ้านกับโลกภายนอก
4. หน่วยเวชปฏิบัติจัดระบบโทรศัพท์สายด่วน เพื่อให้ผู้ดูแลโทรเข้ามาปรึกษาปัญหาต่างๆ

5. ชุมชนควรจัดทำโครงการอาสาสมัคร ช่วยเหลือด้านการซ่อมแซมที่อยู่อาศัยหรือดัดแปลงสิ่งแวดล้อม เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยประสานความร่วมมือจาก ผู้มีศักยภาพด้านการก่อสร้าง เช่น ช่างก่อสร้าง นักศึกษาโรงเรียนอาชีวะ
6. เทศบาลควรจัดกิจกรรมสร้างความภาคภูมิใจ จิตสำนึกให้แก่สมาชิกในชุมชน ให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดูแลชุมชน เป็นแบบอย่างที่ดีแก่คนรุ่นหลัง อาทิ กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชน เพื่อนช่วยเพื่อน ใจถึงใจ
7. พัฒนาระบบบริหารจัดการอาหารที่มีมากพอในวัด ไปสู่ผู้สูงอายุและครอบครัวที่ขาดแคลน โดยดำเนินการในลักษณะการเยี่ยมเยียนจากชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้สึกรับอย่างมีศักดิ์ศรี
8. ชุมชนสร้างหรือพัฒนาให้มีศูนย์สุขภาพชุมชน หรือศูนย์เอนกประสงค์ในชุมชน เพื่อให้บริการด้านสุขภาพ ด้านสังคม รวมทั้งฟื้นฟูสภาพและเป็นแหล่งเรียนรู้ทางด้านต่างๆ โดยการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
9. ชุมชนควรพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมให้มี ระบบการดูแลเวลากลางวัน (Day Care) การดูแลทดแทนชั่วคราว (Respite Care) และบริการการดูแลที่บ้าน (Home Care) เพื่อแบ่งเบาภาระการดูแลของครอบครัว และให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายจากความเครียด ช่วยประคับประคองให้ครอบครัวรับบทบาทดูแลผู้สูงอายุต่อไปได้นาน
10. เทศบาล/ สำนักงานเขตในกรุงเทพมหานคร สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน พัฒนาเครือข่ายระหว่างชุมชน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างนวัตกรรมขึ้นในชุมชน

ระดับครอบครัว

1. หน่วยเวชปฏิบัติพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว
 - 1.1. รูปแบบการอบรมควรเป็นบริการถึงบ้าน หรือจัดให้มีบริการดูแลทดแทนช่วงสั้นๆ โดยผู้ที่ผู้ดูแลรู้สึกไว้วางใจ เพราะผู้ดูแลไม่สามารถละทิ้งผู้สูงอายุมาเข้ารับการอบรมหรือร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์มานานแล้ว กับผู้ดูแลที่เพิ่งเข้ามารับบทบาท ควรได้รับการอบรมที่แตกต่างกัน
 - 1.2. จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาคล้ายๆกัน (Group Support) รวมทั้งชี้ให้เห็นประโยชน์ในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง
 - 1.3. จัดโครงการยกย่องและประกาศเกียรติคุณของผู้ดูแล เพื่อเสริมพลัง (Empowerment) ให้มีกำลังใจรับบทบาทผู้ดูแลต่อไป

2. หน่วยเวชปฏิบัติจัดโครงการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต
3. สถาบันการศึกษาทุกระดับ ควรสอดแทรกการส่งเสริมความอบอุ่นในครอบครัว และคำนึงในการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยการมอบหมายงานให้นักเรียน/นักศึกษา ได้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะปู่ย่าตายาย

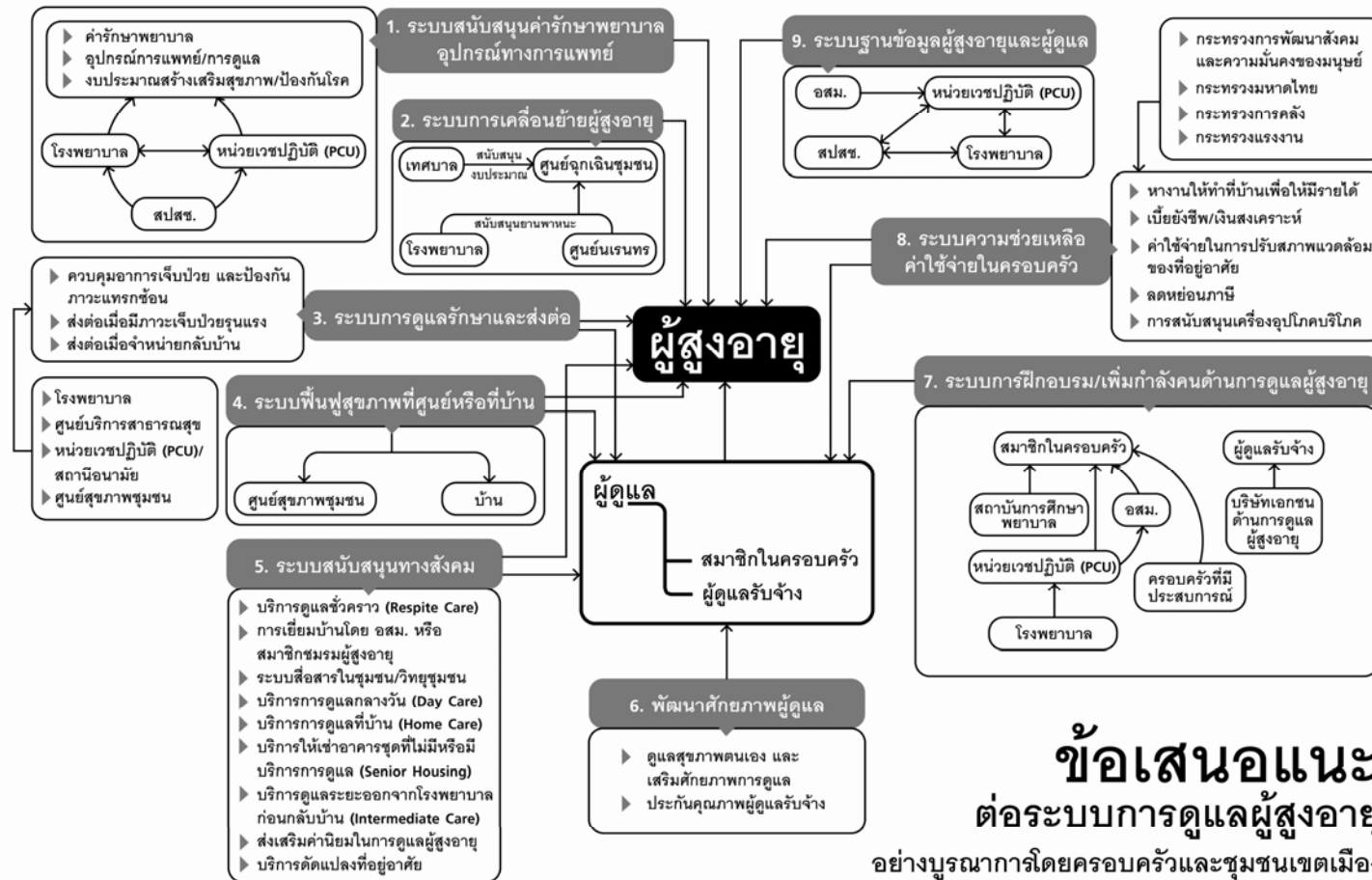
ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเมืองแบบหมู่บ้านจัดสรร เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครเข้าไม่ถึงชุมชนกลุ่มนี้
2. ศึกษาความเป็นไปได้ และแนวทางในการพัฒนาระบบบริการดูแลทดแทนชั่วคราว (Respite Care) และระบบบริการดูแลระยะออกจากโรงพยาบาลก่อนกลับบ้าน (Intermediate Care)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปเป็นข้อเสนอแนะ ระบบที่ควรเสริมศักยภาพหรือพัฒนาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการโดยครอบครัวและชุมชนเขตเมือง ได้ดังนี้

1. ระบบสนับสนุนคำรักษาพยาบาล อุปกรณ์ทางการแพทย์
2. ระบบการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ
3. ระบบการดูแลรักษาและส่งต่อ
4. ระบบฟื้นฟูสุขภาพสุขภาพที่ศูนย์หรือที่บ้าน
5. ระบบสนับสนุนทางสังคม
6. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล
7. ระบบการฝึกอบรม/เพิ่มกำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุ
8. ระบบความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในครอบครัว
9. ระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ดูแล

รายละเอียดดังแสดงในแผนภาพต่อไปนี้



เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2551). *ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 19 กันยายน 2551 จาก <http://www.ryt9.com/s/prg/435817>
- กรมการปกครอง (บรรณาธิการ). (2526). *รวมบทความทางวิชาการเกี่ยวกับ “เทศบาล”*. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง.
- ชนิษฐา นันทบุตรและคณะ. (2550). *รายงานการวิจัย กรณีศึกษานวัตกรรม การดูแลสุขภาพชุมชน: การดูแลผู้ด้อยโอกาสในชุมชน การควบคุมป้องกันโรคโดยชุมชน ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพครอบครัว*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์และอรชร ณ ระนอง. (2535). *รายงานการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตราและคณะ. (2550). *สุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งเอนด์พับลิชชิ่ง.
- นาริรัตน์ จิตรมนตรี และนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา. (2550). *ความจำเป็นของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์/อัมพาต*. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 8(2), 27-39.
- ปราโมทย์ วังสะอาด. (2530). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์*. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลวาทินและประสิทธิ์ รักไทยดี. (2533). *รายงานการวิจัยเรื่อง ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ. (2552). สืบค้นข้อมูลเมื่อ 10 มกราคม 2552 จาก <http://gotoknow.org/blog/km-dental-nonta/87411>
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์. (2524). *การบริหารงานพัฒนาชนบท*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนา.
- มรุต วันทนกรและดรุณี หมั่นสมักร. (2551). *ประวัติและการพัฒนาการของเทศบาล*. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2551 จาก <http://www.thaipoliticsgovernment.org/wiki>
- มาลินี วงษ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญและอัจฉรา เอ็นซ์. (2541). *รายงานการวิจัย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ*. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุทธศักดิ์ เดชยนต์. (2517). *สังคมสงเคราะห์: ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับสังคมมนุษย์* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาการวิจัย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 2(1), 84-93.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. (2552). สืบค้นข้อมูลเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2552 จาก <http://www.ryt9.com/s/cabt/516231/>
- เล็ก สมบัติ. (2549). *รายงานการวิจัยโครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- วิรัช วิรัชนิการวรรณ. (2531). *การพัฒนาชุมชนเปรียบเทียบ: การพัฒนาชุมชนตามอุดมการณ์ประชาธิปไตยและคอมมิวนิสต์* (หน้า 66). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2535). *รายงานการวิจัยเรื่อง ศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ*. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). *โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *รายงานการวิจัยโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550a). *การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2550 เรื่อง “การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย” จัดโดยสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยวันที่ 21-23 พฤศจิกายน 2550 ณ โรงแรมปรีณิพาเลซ กรุงเทพมหานคร.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2550b). *ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน*. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- ศิริพร เกษธนัง. (2550). *การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์ข้อมูลกลางกระทรวงมหาดไทยและจังหวัด. (2551). *จังหวัดนครราชสีมา*. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2551 จาก <http://www.moi.go.th>
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2551). *โครงการพัฒนาชุดความรู้เชิงปฏิบัติการ ด้านการพัฒนาสังคมและสวัสดิการของชุมชน*. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สถาบันพระปกเกล้า. (2547). *สารานุกรมการปกครองท้องถิ่น หมวดที่ 3 พัฒนาการและรูปแบบการปกครองท้องถิ่นไทย ลำดับที่ 3 เรื่องเทศบาล*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2549). การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568 มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับเดือนมีนาคม 2549. กรุงเทพฯ: บริษัทเอดิสัน เพรส โปรดักส์ จำกัด.

สังคม คุณคนากรสกุลและพัชรา ชนฤกษ์. (2550). การศึกษาศูนย์การเรียนรู้ด้านการพัฒนาสังคมและสวัสดิการระดับชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนคลองเตยลึก 4-5-6 เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, มัทนา พนานิรามัย, มลีนี วงศ์สิทธิ์, กรองจิต วาทีสาทกกิจ, และคณะ. (2543). ภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุและระบบสวัสดิการในทศวรรษหน้า. รายงานการวิจัย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: บริษัทไอเดีย จำกัด.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2550). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2550 เรื่อง “การดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย” จัดโดยสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย วันที่ 21-23 พฤศจิกายน 2550 ณ โรงแรมปรีณิพาเลซ กรุงเทพมหานคร.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). (2551). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: ทิทวี จำกัด.

หาญ จินดา. (2546). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลลำพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

อดุลย์ วิริยเวชกุล, ปรีชา อุปโยคิน, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2540). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็น การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง. กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพรส.

Archavanitkul, K. et al. (1992). Parental expectation experience of support from children in old age and its relationship with fertility. *Journal of the National Research Council of Thailand*, 24(1), 1-30.

Asahara, K., Momose, Y. & Murashima, S. (2002). Family caregiving in the elderly and long-term care insurance in rural Japan. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 167-172.

- Barusch, A. S. (1995). Programming for family care of elderly dependents: Mandates, incentives, and services rationing. *Social Work, 40* (3), 315-322.
- Bowers, B. J. (2004). Intergenerational caregiving: Adult caregiving and their aging parents. *ANS Advanced Nursing Science, 9*, 20-31.
- Boykin, A. & Winland-Brown, J. (1995). The dark side of caring: Challenges of caregiving. *Journal of Gerontological Nursing, 21*. 13-18.
- Brink, S. (2004). *Elder care: The Nexus for family, work and health policy*. Ontario, Canada: The Caledon Institute of Social Policy.
- Caldero'n, V. & Tennstedt, S. L. (1998). Ethnic differences in the expression of carer burden: Results of a qualitative study. *Journal of Gerontological Social Work, 30*, 159-178.
- Caldwell, J.C. (1980). Mass education as a determinant of the timing of fertility decline. *Population and Development Review, 6* (June), 225-255.
- Chalouy Laubunjong. (2005). *Pattern of caregiving for elderly by their families in rural communities of Suratthani Province*. Dissertation of Doctor of Education, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Chao, S., Lan, Y., Tso, H., Chung, C., Neim, Y. & Clark, M. J. (2008). Predictors of psychosocial adaptation among elderly residents in long-term care settings. *Journal of Nursing Research, 16*(2), 149-158.
- Cook, P. (1996). An Ideal City. In R. Middleton (ed.) *The Idea of the City*. (pp. 212-221). Massachusetts: MIT Press.
- Chumchon. (2008). Retrieved on October 10, 2008 from
<http://203.155.220.217/docd/Chumchon.html>
- Elderly care in Sweden. (2009). Retrieved on April 14, 2009 From www.sweden.se
- Faria, H. S. (1998). Through the eyes of a family caregiver: Perceived problems. *Home care Providers, 3*, 221- 225.
- Feinberg-Friss, L. & Whitlatch, C. J. (1998). Family caregivers and in-home respite options: The customer-directed versus agency-based experience. *Journal of Gerontological Social Work, 30*, 9-28.
- Gibson, M. J. (1992). Public health and social policy. In H. L. Kendig, A. Hashimoto, & L. C. Coppard (Eds.), *Family support for the elderly: The international experience* (pp. 88-114). Oxford, England: Oxford University Press.

- Gruen, P. (2006). Retrieved on October 10, 2008 from
http://00coursewares.mju.ac.th02006/la471/course_chapt_04-4.html
- Institute for Population and Social Research. (2000). *Mahidol Population Gazette*, 9 (2). Nakorn-Pathom, Thailand: Institute for Population and Social Research, Mahidol University at Salaya.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2008). *Mahidol Population Gazette*. Population of Thailand, 2008 (Vol. 17). Retrieved on November 28, 2008 from
<http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/PublicationGazette.aspx>
- Jirawan Prapasuchat. (2002). *The behavior of family caregivers for the elderly dependency care in Nakornrajasima province*. Thesis of Master of Arts, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Knodel, J., Chayovan, N., & Siriboon S. (1992). The impact of fertility decline on familial support for the elderly: An illustration from Thailand. *Population and Development Review*, 18 (1): 79-10.
- Kodner, D. L. (2000). Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1, Oct-Dec, Published online.
- Kuroda, T. (1992). Population aging in Asia and its economic and social implication. *Asian Population Studies, Series No. 124*, 155-159.
- Larkin, J. P. & Hopcroft, B. M. (1993). In-hospital respite as a moderator of caregiver stress. *Health Social Work*, 18, 132-13.
- Lee, W. & Hong-kin, K. (2005). Older women and family care in Hong Kong: Differences in filial expectation and practices. *Journal of Women & Aging*, 17(1/2), 129-142.
- Mason, K.O. (1992). Family change and support of the elderly in Asia: What do we know? *Asian-Pacific Population Journal*, 7 (3), 13-32.
- Murray, J. , Schneider, J., Banerjee, S. & Mann, A. (1999). EURO CARE: A cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: II A qualitative analysis of the experience of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 662-667.
- National Council on Disability. (2008). *Keeping Track: National Disability Status and Program Performance Indicators*. Retrieved on April 21, 2008 from
http://www.ncd.gov/newsroom/publications/2008/pdf/Indicators_Report.pdf
- Nolan, M., Keady, J., & Grant, G. (1995). Developing a typology of family care: Implications for nurses and other service providers. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 256-265.

- Noochanart Akanimanee. (2002). *Eldercare workers' opinion on job satisfaction factors in Bangkok metropolis*. Thesis of Master of Nursing Science, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Penprapa Siviroj. (2000). *Development of organizational management model of elderly club for self-health care*. Dissertation of Doctor of Public Health, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Population Reference Bureau. (1997). *1997 World population data sheet*. Washington D.C.: Population Reference Bureau Inc.
- Pramualratana, A. (1991). *Consensual neglect: An interpretive analysis of adult children's support of the old in rural Thailand*. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America (PAA) Washington D.C.
- Stoltz, P., Uden, G., & Willman, A.. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home-a systematic literature review. *Scandinavian Journal Caring Science*, 18, 111-119.
- Sterrit, P. F. & Pokorny, M. E. (1998). African-American caregiving for a relative with Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing*, 19, 127-134.
- Stewart, M. J., Dobel, S., Hart, G. & Langville, L. & MacPherson, K. (1998). Peer visitor asupport for family caregivers if seniors with stroke. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30, 87-117.
- Supada Kumsuchat. (2003). The development of alliance for health promotion among the older persons in an urban community in Bangkok. Dissertation of Doctor of Public Health, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Swanson, A. R. & Hurley, P. M. (1983). Family system: Values and values conflict. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 7 (July), 48-56.
- Swedes health care. (2009). Retrieved on April 14, 2009 From www.sweden.se
- WHO. (2009). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved on 23 January, 2009 from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
- Thornton, A. & Fricke, T. E. (1987). Social change and the family: Comparative from the west, China, and south Asia. *Sociological Forum*, 2 (Fall), 746-779.
- Wathinee Boonchalaksi. (2000). Family size and elderly care. Dissertation of Doctor of Philosophy, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Zhang, H. (2007). Who will care for our parents? Changing boundaries of family and public roles in providing care for the aged in urban China. *Care Management Journals*, 8(1), 39-46.

ภาคผนวก

แนวคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึก
สำหรับผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนก่อนการเลือกชุมชนและครอบครัว

1. คำถามเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่ดีหรือประสบผลสำเร็จ
 - 1.1 ครอบครัวมีการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ อย่างไร
 - 1.2 ครอบครัวมีการประสานการดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัว ที่มีผลให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ อย่างไร
 - 1.3 ครอบครัวมีการใช้บริการสุขภาพที่จำเป็นและแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีหรือไม่ อย่างไร
2. คำถามเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ดีหรือประสบผลสำเร็จ
 - 2.1 ชุมชนมีนโยบาย และมีการช่วยเหลือตามที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการหรือไม่ อย่างไร
 - 2.2 ชุมชนมีการร่วมมือกัน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพสูงสุดหรือไม่
 - 2.3 ชุมชนมีการติดตามประเมินผลการดูแลหรือไม่ อย่างไร

**แนวคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึก และการอภิปรายกลุ่ม
สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน**

1. ในชุมชนของท่านมีการดูแล/ช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ที่บ้าน ชุมชนมีบทบาทในการช่วยเหลืออย่างไรบ้าง
2. การดูแลผู้สูงอายุที่ท่านเล่าให้ฟัง เริ่มต้นขึ้นได้อย่างไร ใครเป็นผู้กำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุนั้น และมีการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมกันรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร
3. ชุมชนมีเงินสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือไม่ ถ้ามีได้มาจากที่ใด เป็นจำนวนเงินเท่าไร นอกจากเงินมีสิ่งสนับสนุนอื่นๆ ที่ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือไม่ อะไรบ้าง เช่น อาหาร เสื้อผ้า รถบริการรับส่งผู้ป่วย อาสาสมัครหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ชุดทำแผล รถเข็น ออกซิเจน) และในกรณีที่ไม่มีเงินสนับสนุนจากแหล่งใด ชุมชนมีแนวคิดที่จะแก้ปัญหอย่างไร
4. ในชุมชนของท่านมีการพูดคุยเกี่ยวกับดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยควรได้รับหรือไม่ อย่างไรบ้าง เช่น การเขียนเขียนถามทุกข์สุขจากคนในชุมชน การให้ความรู้ของบุคลากรทางสาธารณสุข
5. ในชุมชนของท่านมีบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ที่บ้านหรือไม่ อย่างไร
6. ปัญหาและอุปสรรคของแต่ละบริการที่มีในชุมชน มีอะไรบ้าง
7. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีการสร้างเครือข่ายในการดูแลหรือไม่ อย่างไร กับใครบ้าง
8. องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และองค์กรทางศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ที่บ้านหรือไม่ บทบาทของแต่ละภาคส่วนคืออย่างไร
9. ท่านคิดว่าชุมชนของท่านประสบความสำเร็จ ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือไม่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลคืออะไรบ้าง
10. ถ้าจะพัฒนาการดูแลให้ดีขึ้น ท่านคิดว่าควรจะทำอย่างไร
11. ท่านต้องการการสนับสนุนจากชุมชน องค์กรภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือไม่ อย่างไร

แนวคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึก

สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

1. ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านของท่านมีสุขภาพเป็นอย่างไร มีปัญหาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวใดๆหรือไม่ ถ้ามี มีอะไรบ้าง
2. ท่านได้มีการดูแลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุหรือไม่ เช่น การพาไปตรวจสุขภาพประจำปี หรือการไปพบแพทย์ตามนัด
3. ผู้สูงอายุในการดูแลของท่านมีความเครียด ซึมเศร้า หรือไม่ อย่างไร (ปัญหาด้านจิตใจ)
4. ผู้สูงอายุในการดูแลของท่านมีความรู้สึกเหงา อยากมีคนมาเยี่ยมเยียนพูดคุยด้วยหรือไม่ อย่างไร (ปัญหาด้านสังคม)
5. ผู้สูงอายุในการดูแลของท่านมีจุดหมายในการดำเนินชีวิตหรือไม่ อย่างไร ได้ทำบุญทางศาสนาที่นับถือหรืออยากทำบุญหรือไม่ อย่างไร (ปัญหาด้านจิตวิญญาณ)
6. บุคคลใดในครัวเรือนที่เป็นผู้มีส่วนบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ รองมาคือใคร
7. ผู้สูงอายุมีนุคคลคอยดูแลหรืออยู่เป็นเพื่อนด้วยตลอดเวลาหรือไม่ ถ้ามีหลายคนที่ช่วยกันดูแลเป็นใครบ้าง และมีวิธีบริหารจัดการอย่างไร
8. ปัญหาและอุปสรรคที่ท่านประสบในการดูแลผู้สูงอายุคืออะไรบ้าง และท่านจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไร
9. ท่านสามารถเข้าถึงบริการต่างๆที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุอะไรบ้าง ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการเหล่านั้นบ้างหรือไม่ อย่างไร
10. ค่าใช้จ่ายต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละเดือนประมาณเท่าไร ท่านมีวิธีการบริหารจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายนี้อย่างไร และท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องนี้จากใครบ้างหรือไม่
11. นอกจากคนในครอบครัวแล้ว ท่านได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุจากคนนอกครอบครัว (เช่น เพื่อนบ้าน หรือชุมชน) หรือไม่ ถ้ามี เป็นใคร และเข้ามาช่วยเหลือในเรื่องใด
12. ในชุมชนที่ท่านอยู่ มีบริการอะไรบ้างหรือไม่ที่ท่านคิดว่าเป็นประโยชน์และสามารถช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้สูงอายุ ถ้ามี ท่านเข้าถึงบริการนั้นๆหรือไม่
13. ท่านคิดว่าท่านและสมาชิกในครอบครัวของท่านประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่หากเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่นๆ มีปัจจัยอะไรที่ทำให้เป็นเช่นนั้น
14. ท่านคิดว่าเป็นเพราะอะไรที่ทำให้บางครอบครัวไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุ
15. ท่านคิดว่าสาเหตุสำคัญที่สุดที่จะทำให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุในบ้านได้อย่างมีคุณภาพ คืออะไร ใครควรเข้ามา มีบทบาทช่วยเหลือสนับสนุน และควรช่วยเหลือเรื่องอะไร
16. ในอนาคตท่าน(ผู้ดูแล)จะดูแลผู้สูงอายุต่อไปอย่างไร
17. ท่านต้องการความช่วยเหลือด้านใดเพิ่มเติมบ้าง จากแหล่งใด
18. บริการที่รัฐควรให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติม สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีอะไรบ้าง

แนวคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึก
สำหรับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลในครอบครัว

1. ท่านได้รับการดูแลอะไรบ้างจากครอบครัว เกี่ยวกับด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
2. ท่านได้รับการดูแลอะไรบ้างจากชุมชนเกี่ยวกับด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
3. ท่านอยากได้รับการดูแลจากครอบครัวเพิ่มเติมอะไรบ้าง เพื่อช่วยให้ท่านมีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น
4. ท่านอยากได้รับการดูแลจากชุมชนเพิ่มเติมอะไรบ้าง เพื่อช่วยให้ท่านมีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น



COA. No. MU-IRB 2008/212.0212

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. Good Model of Elderly Care in Family and Community in City and Bangkok

Principle Investigator. Assistant Professor Narirat Jitramontree

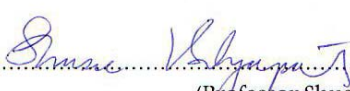
Name of Institution. Faculty of Nursing

Approval includes. 1) MU-IRB Submission form version received date 18 November 2008
 2) Participant Information sheet version date 18 November 2008
 3) Informed consent form version date 18 November 2008
 4) Indepth Interview Guideline version received date date 16 October 2008

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval. 2 December 2008

Date of Expiration. 1 December 2009

Signature of Chairman. 
 (Professor Shusee Visalyaputra)

Signature of Head of the Institute. 
 (Associate Professor Sansanee Chaiyaroj)
 Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223