

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
2. สถานการณ์ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในสังคมไทย
3. นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
4. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
5. เครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
6. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อผู้สูงอายุ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดของการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

เพื่อเป็นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในมิติต่าง ๆ ให้ชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากการจำแนกผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงอยู่ในกลุ่มสังคมผู้สูงอายุด้วย ในบางครั้งการดูแลไม่สามารถแยกขาดจากกันได้ ดังนั้น การศึกษานี้จำเป็นต้องศึกษาแนวคิด ทฤษฎีผู้สูงอายุ ประกอบกับผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง

ความหมายของภาวะพึ่งพิง (Dependency) หมายถึง ภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในรายงานนี้ แปลคำว่า Dependency ว่า ภาวะพึ่งพิง ตามศัพท์บัญญัติจากราชบัณฑิตยสถาน สาขาประชากรศาสตร์ (ราชบัณฑิตยสถาน. 2559) ผู้สูงอายุภาวะทุพพลภาพเป็นกระบวนการเกิดที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ มีความสลับซับซ้อน และเป็นกระบวนการที่เกิดพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจากภาวะพร่องหน้าที่ (Impairment) เกิดภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional Limitation) ไปสู่การเกิดข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำ ที่เรียกว่า ภาวะพึ่งพา ที่ผ่านมาจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพที่นำไปสู่การพึ่งพาระยะยาวในผู้สูงอายุ มี 4 สาเหตุหลัก คือ โรคเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วย ภาวะสมองเสื่อม การหกล้ม และกระบวนการสูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุข แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถของการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ หรือเรียกว่า กลุ่มติดสังคม กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

หรือเรียกว่า กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ พิการ หรือคุณภาพ หรือเรียกว่า กลุ่มติดเตียง

ตามคู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ (Long Term Care) ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 ได้จำแนกผู้สูงอายุ ตามระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยจำแนกผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มติดบ้านหรือกลุ่ม ที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน / การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน และกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน / การขับถ่าย 2) กลุ่มติดเตียงหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน / การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง และกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ในการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจาก แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุติดเตียง อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารช่วยเหลือตนเองได้ ในชีวิตประจำวัน

2. การประเมินภาวะการพึ่งพา

การประเมินภาวะการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ประเมินจากความสามารถในการทำ หรือได้ทำกิจกรรมที่กำหนดหรือไม่ ตามที่บุคคลสุขภาพปกติสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น กิจกรรม ที่ถูกเลือกใช้จึงเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมิน แตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์การวัด เช่น ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ดัชนีจุฬา เอดีแอล (Chula ADL Index) เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีมีดัชนีวัดที่ใกล้เคียงกัน กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแล ส่งเสริม ดังนี้ (กรมอนามัย. 2559)

ตารางที่ 2.1 ดัชนีชี้วัดภาวะการพึ่งพาของผู้สูงอายุ

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)	ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index)
<p>1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding)</p> <p>0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้</p> <p>1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า</p> <p>2. ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ</p>	<p>1. เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน (Walking Outdoor)</p> <p>0. เดินไม่ได้</p> <p>1. ใช้รถเข็นและช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง</p> <p>2. ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด</p> <p>3. เดินได้เอง (รวมทั้ง ที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker)</p>
<p>2. การล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)</p> <p>0. ต้องการความช่วยเหลือ</p> <p>1. ไม่ต้องการความช่วยเหลือ</p>	<p>2. ทำหรือเตรียมอาหาร / หุงข้าว (Cooking)</p> <p>0. ทำไม่ได้</p> <p>1. ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ล่วงหน้า จึงจะทำได้</p> <p>2. ทำได้เอง</p>
<p>3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)</p> <p>0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วล้มเสมอ) หรือใช้คน 2 คน ช่วยยกขึ้น</p> <p>1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก จึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน ใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้</p> <p>2. ต้องการความช่วยเหลือได้บ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>3. ทำได้เอง</p>	<p>3. ทำความสะอาด / ถูบ้าน / ซักรีดเสื้อผ้า (Heavy House Work)</p> <p>0. ทำไม่ได้ / ต้องมีคนช่วย</p> <p>1. ทำได้เอง</p>
<p>4. ใช้ห้องสุขา (Toilet Use)</p> <p>0. ช่วยตัวเองไม่ได้</p> <p>1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p>	<p>4. ทอนเงิน / แลกเงิน (Money Exchange)</p> <p>0. ทำไม่ได้ / ต้องมีคนช่วย</p> <p>1. ทำได้เอง</p>

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)	ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index)
<p>5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)</p> <p>0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p>1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้</p> <p>2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>	<p>5. การใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น บริการรถเมล์รถสองแถว (Public Transport)</p> <p>0. ไม่สามารถทำได้</p> <p>1. ทำได้ แต่ต้องมีคนดูแลไปด้วย</p>
<p>6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)</p> <p>0. ต้องมีคนสวมใส่ ช่วยตัวเองแทนไม่ได้หรือได้น้อย</p> <p>1. ช่วยตัวเองได้ราว ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย</p> <p>2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้ง การติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)</p>	
<p>7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)</p> <p>0. ไม่สามารถกระทำได้</p> <p>1. ต้องการคนช่วย</p> <p>2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องขึ้นลงได้ด้วย)</p>	
<p>8. การอาบน้ำ (Bathing)</p> <p>0. ต้องมีคนช่วย หรือทำให้</p> <p>1. อาบน้ำได้เอง</p>	
<p>9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)</p> <p>0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ</p> <p>1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p>2. กลั่นได้เป็นปกติ</p>	
<p>10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)</p> <p>0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลได้</p> <p>1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p>2. กลั่นได้เป็นปกติ</p>	

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วงคะแนน 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

เกณฑ์นี้ใช้ในการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาด้วย

3. สาเหตุของการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุมีกระบวนการที่ซับซ้อน จากการศึกษาของ ศิราณี ศรีมหาภาค โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง (2556) พบสาเหตุ 4 ประการ ดังนี้

3.1 ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด และนำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทย

3.2 โรคเรื้อรังร่วม พบว่า มากกว่า 2 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จากการเกิดโรคเรื้อรังร่วม ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคความดันโลหิตสูง

3.3 ภาวะสมองเสื่อม พบว่า 2 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เมื่อปรากฏอาการสมองเสื่อมที่ชัดเจนแล้ว จะนำไปสู่การพึ่งพิง

3.4 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย คือ มากกว่า 80 ปี พบว่า 1 ใน 9 ประสบปัญหาความอ่อนแอของร่างกาย และความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัส โดยเฉพาะการมองเห็น

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในสังคมไทย

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลง จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ (UN) มองว่า ช่วงระหว่าง ปี พ.ศ.2544 – 2643 เป็นช่วงศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีผู้สูงอายุ มากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่า ประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่า ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2548 โดยมีผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 10.5 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มองว่า ประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมสูงอายุสมบูรณ์แบบ ในระหว่าง ปี พ.ศ.2551 – 2571 โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจาก ร้อยละ 11.1 เป็น ร้อยละ 23.5 หรือ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มประชากรที่มีความต้องการพึ่งพิงที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจ รวมถึง การจัดสรรทรัพยากร

ของประเทศในอนาคต หากไม่มีแผนปฏิบัติการหรือนโยบายที่เหมาะสมรองรับ (ภารกิจโครงการและประสานงานวิจัย. 2555)

ขณะที่รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ.2557 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด ประมาณ 68 ล้านคน โดยเป็นประชากรสัญชาติไทยและไม่ใช่สัญชาติไทย แต่มีชื่อในทะเบียนราษฎร 65 ล้านคน และประชากรที่ไม่ใช่สัญชาติไทย และไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน ประมาณ 3 ล้านคน เป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด การสูงวัยของประชากรเป็นประเด็นท้าทายต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เนื่องจากประเทศไทยมีคนวัยแรงงาน (อายุ 15 – 59 ปี) 4.3 คน ต่อผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป หนึ่งคน และในอนาคต 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีวัยแรงงานเพียง 2 คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน และประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง ร้อยละ 20 ในปี 2564 และคาดว่าจะเป็สังคมสูงอายุนระดับสุดยอด เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2558)

ส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่า ในปี 2552 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง จำนวน 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่า หรือ 280,000 คน ในปี 2567 ในขณะที่ครัวเรือนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง เป็นผลจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมืองและการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกร้านของสตรี ทั้งนี้ พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง แต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึง ร้อยละ 13 ในกลุ่มเดียวกัน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2553)

แนวโน้มกลุ่มผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง และความต้องการบริการด้านสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากภาวะถดถอยด้านสุขภาพ อันเนื่องมาจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุ และเป็นปัญหาสำหรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรคเรื้อรัง ผู้พิการ และทุพพลภาพอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บที่เพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดในสมอง ผู้ได้รับอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น และผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงนี้ เป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขยากลำบาก

การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ได้สำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ติดตามผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 13,642 คน จาก 28 จังหวัด ซึ่งเป็นตัวแทนครอบคลุม 12 เครือข่ายบริการสุขภาพ / ศูนย์อนามัยเขต จากการสำรวจดังกล่าว พบว่า ผู้สูงอายุ ประมาณ ร้อยละ 1.5 อยู่ในสภาวะติดเตียง ผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในห้า (ร้อยละ 19) อยู่ในสภาวะติดบ้าน และผู้สูงอายุส่วนมาก (ร้อยละ 79.5) เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะติดสังคม และปี พ.ศ.2558 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องได้รับบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. 2559)

อย่างไรก็ตาม ได้มีประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่าง ๆ ระหว่างปี 2557 - 2561 เพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงเลย มี ร้อยละ 80 มีภาวะพึ่งพิงเล็กน้อย ร้อยละ 12 มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 6 และมีระดับการพึ่งพิงมาก และพึ่งพิงทั้งหมด อย่างละ ร้อยละ 1 ดังแสดงใน ตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ประมาณการจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2557 - 2561 (ล้านคน)

ระดับการพึ่งพิง	2557	2558	2559	2560	2561
พึ่งพิงทั้งหมด	0.070	0.074	0.078	0.082	0.086
พึ่งพิงมาก	0.110	0.116	0.122	0.128	0.134
พึ่งพิงปานกลาง	0.590	0.612	0.634	0.656	0.678
พึ่งพิงน้อย	1.190	1.234	1.278	1.332	1.366
ไม่มีภาวะพึ่งพิง	8.040	8.450	8.860	9.270	9.680
รวม	10.010	10.494	10.978	11.462	11.846

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559

ดังนั้น สถานการณ์ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงของประเทศไทยที่ประเมินจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง มีแนวโน้มที่เพิ่มจำนวนขึ้น และเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำเป็นต้องได้รับการดูแลในทุกมิติ จากครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น และสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ประเทศไทยได้ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และมีหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายผู้สูงอายุในประเทศไทยมายาวนาน ตั้งแต่มีการกำหนดพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ การจัดตั้งบ้านบางแค เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง จากนั้นได้มีพัฒนาการนโยบายสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ และได้ตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 โดยเฉพาะ มาตราที่ 11 ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
2. การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต
3. การประกอบอาชีพ หรือการฝึกอาชีพที่เหมาะสม
4. การพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือการสาธารณะอื่น
6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
7. การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง
9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางการแก้ไข ปัญหาครอบครัว
10. การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
11. การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
12. การสงเคราะห์ในการจัดงานศพตามประเพณี
13. การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ในปัจจุบันหากจำแนกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สามารถจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ 1) หน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน 2) หน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการวางแผนผู้สูงอายุ ได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ สภาผู้สูงอายุ และ 3) หน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับข้อมูลและการวิจัยผู้สูงอายุ ได้แก่ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถานศึกษาอื่น ๆ

หากพิจารณาถึงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในประเทศไทยมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 3 ประการที่สำคัญ คือ 1) การปฏิรูประบบสวัสดิการด้านสุขภาพ ภายใต้ พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 2) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 และ 3) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545 - 2564 นโยบายดังกล่าวได้เชื่อมโยง การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง มีรายละเอียดสำคัญ ดังนี้

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2559) ภายใต้พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557 - 2561 โดยกำหนดหลักการสำคัญไว้ 5 ประเด็นสำคัญ คือ

- 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะพึ่งพิง มีสิทธิและสามารถ เข้าถึงบริการที่พึงได้รับ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Targeted Universalism)
- 2) ทุกพื้นที่ที่มีการจัดบริการดูแลระยะยาวในการสนับสนุนครอบครัวในการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงสำหรับผู้สูงอายุทุกสิทธิ รวมถึง การเชื่อมต่อระหว่าง บ้าน ชุมชน และสถานบริการ อย่างเป็นระบบ
- 3) ท้องถิ่นมีหน้าที่ในการบริหารจัดการการจ้ดระบบการดูแลระยะยาว และมีระบบ ข้อมูลเพื่อให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการดูแลระยะยาวในครอบครัว ชุมชน และในสถานบริการ

4) ภาครัฐมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานของท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5) มีกองทุนในระดับท้องถิ่นในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว โดยมีการบูรณาการแหล่งเงินต่าง ๆ ที่ลงไปในพื้นที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีแนวคิดในการพัฒนาจากต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการบูรณาการจัดบริการต่าง ๆ ที่ลงไปสู่ชุมชน โดยกองทุนสุขภาพตำบลที่เกิดจากความร่วมมือ ระหว่าง สปสช. และ อปท. เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่าง ๆ ของชุมชน โดยกำหนดยุทธศาสตร์เป็น 6 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การคัดกรองผู้สูงอายุ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน 2) การพัฒนาระบบบริการในชุมชน เพื่อการป้องกัน การดูแลผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานพยาบาล 3) การพัฒนาระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมและยั่งยืน 4) การพัฒนากำลังคนในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีจำนวนเพียงพอ และผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด 5) การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล และ 6) การพัฒนากฎหมาย / ระเบียบ และการบริหารจัดการ

ทั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งงบประมาณดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่ จำนวน 6,652 ตำบล โดย เน้นในช่วง 5 ปีแรก เน้นพัฒนาบริการในชุมชน ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีระบบการบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและสถานบริการ ดังนั้น จำเป็นต้องพัฒนาระบบให้เกิดบริการผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่สามารถเข้าถึงได้ในพื้นที่

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายและการดำเนินงานพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวของผู้สูงอายุ (LTDO) และนำร่องตำบลต้นแบบการจัดบริการดูแลระยะยาว และจัดทำมาตรฐานการดูแลระยะยาวและแบบประเมิน ที่ผ่านมา รัฐบาลมีเป้าหมายจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยปี พ.ศ.2559 โดยการจัดทำบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) แบบบูรณาการในพื้นที่ ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบประมาณปี 600 ล้านบาท ให้กับสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการ เป้าหมาย ในปี 2559 คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 100,000 ราย ในพื้นที่ 1,000 ตำบล ในทุกจังหวัด หรือครอบคลุม ร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ และจะขยาย

งบประมาณให้ครอบคลุม ร้อยละ 50 หรือ 500,000 ราย ใน 5,000 ตำบล ในปี 2 ปี 2560 และให้ครอบคลุม ร้อยละ 100 หรือประมาณ 1,000,000 ราย ในปี 3 ปี 2561 เพิ่มพื้นที่ ภายใน 3 ปี โดยมีหลักสำคัญในการออกแบบ คือ 1) เน้นการบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการ ด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล / หมู่บ้าน / ครอบครัว) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care: LTC) โดยมีผู้จัดการดูแล (Care Manager) (พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ 1 : 10 คน โดย ได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้ว ภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

ภายใต้นโยบายดังกล่าว ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแล โดยการกำหนดชุด สิทธิประโยชน์บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหรือในชุมชน ประกอบด้วย 1) การบริการด้านสาธารณสุข เช่น การบริการการตรวจคัดกรอง ประเมิน ความต้องการดูแล การบริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการ กายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด บริการด้านการพยาบาลและเครื่องมือช่วยทางการแพทย์ ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง หรือ สปสช. กำหนด และ 2) การบริการด้านสังคม เช่น การบริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่น ๆ

กรมผู้สูงอายุ สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นกระทรวง ภาคสังคม ทำหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม ในปี 2558 ได้มีการปรับโครงสร้างการทำงาน โดยจัดตั้ง กรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อทำหน้าที่ปฏิบัติการตามกฎหมายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ มีภารกิจในเชิงนโยบาย สนับสนุนกลไกคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และอนุกรรมการ เพื่อผลักดัน และขับเคลื่อน ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และวิชาการทางด้านสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมถึง การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ เพื่อสร้าง หลักประกันการดำเนินชีวิตแก่ผู้สูงอายุ

การรองรับสังคมสูงอายุ ในรายงานสถานการณ์ทางสังคม 10 เรื่องเด่น 10 เรื่องที่รุนแรง ปี 2558 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้นำเสนอ ผลการดำเนินงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี 2554 – 2558 เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) สรุปได้ ดังนี้ (กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. 2558)

1. ส่งเสริมให้เกิด อผส. เพื่อเป็นกลไกการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (ดำเนินการร่วมกับ อปท. และสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย) ใน อปท. 878 แห่ง มี อผส. 8,100 คน ดูแลผู้สูงอายุ 864,000 คน

2. ดำเนินการจัดทำเกณฑ์และแบบประเมินสำหรับจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

3. จัดทำบ้านพักมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ (Residential Home)
4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ทั้ง 12 แห่ง จัดบริการดูแลกลางวัน และดูแลชั่วคราวแล้ว
5. ดำเนินการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้และฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เพื่อเป็นสถานที่อบรมความรู้ให้แก่บุคลากรด้านการดูแลและจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
6. ตั้งงบประมาณ เพื่อ 1) ซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน 2) ปรับปรุงสถานที่ในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุ จำนวน 677 แห่ง ที่จะเอื้ออำนวยประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ประมาณ 9,000 คน 3) สงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย 4) สร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยดำเนินการในลักษณะของโครงการ ได้แก่
 - 6.1 โครงการสร้างศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (บ้านกลางของผู้สูงอายุ)
 - 6.2 โครงการค่ายการคุ้มครองทางสังคม ได้แก่ การสร้างภูมิคุ้มกันภัยทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ การคุ้มครองชีวิตผู้สูงอายุ (และทุกคน) ล่วงหน้าในสถานการณ์ที่มีภัยพิบัติ
 - 6.3 การส่งเสริมมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติ

ตารางที่ 2.3 หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

หน่วยงาน	นโยบาย / การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ
กระทรวงสาธารณสุข	พัฒนารูปแบบบริการระยะยาวของผู้สูงอายุ และนำร่องตำบลต้นแบบการจัดบริการดูแลระยะยาว และจัดทำมาตรฐานการดูแลระยะยาว และแบบประเมิน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	จัดสรรงบประมาณ เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และอุดหนุนงบแก่งกองทุนสุขภาพตำบลในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชน
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	สนับสนุนกลไกคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ, อบรม อผส., การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุกลางวันและชั่วคราวในสถานสงเคราะห์คนชรา, ส่งเสริม อปท. เน้นดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในรูปแบบศูนย์ดูแลในชุมชน, เชิดชูเกียรติผู้สูงอายุดีเด่น, สนับสนุนงบประมาณเพื่อซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุ, จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ
กระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น)	จัดเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิตอุดหนุนการดำเนินของ อสม. อผส. อสพ. ผู้ระหว่างศึกษารายละเอียดดำเนินงานประเด็น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามข้อเสนอสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคม

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของสังคมไทย ยังเป็นบทบาทสำคัญของครอบครัว และเครือญาติ แต่จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของขนาดครัวเรือนจาก 6 คน ในปี 2503 เหลือ 3 คน ในปี 2553 และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ที่อยู่คนเดียวสูงขึ้น (สถาบันวิจัยประชากร และสังคม. 2557) ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวไทยยิ่งขึ้น ขณะที่ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาครัฐยังทำได้จำกัด ถึงแม้รัฐบาลจะได้กำหนดนโยบายในการดูแล ผู้สูงอายุให้ได้รับบริการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้มีการขยายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุลงในระดับชุมชน ทั้งสถานเอนามัย โครงการจัดส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ที่มีทีมแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดไปให้บริการ ถึงบ้าน รวมทั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้คำแนะนำ ประเมินเฉพาะหน้า และส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและจิตใจ ดีขึ้น แต่การให้บริการสุขภาพในระดับชุมชน ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุม ทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องการการฟื้นฟูให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม เนื่องจากบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้ทางด้าน สหสาขาวิชาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ครอบครัวและญาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สำหรับ บริการทางสังคมที่เป็นภารกิจของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นการให้บริการโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อผส.) ซึ่งให้บริการเยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในเบื้องต้น ส่วนการให้บริการ ในรูปแบบศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุและศูนย์บริการทางสังคม (Day Care) ที่มีในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเป็นการบริการภายในศูนย์ที่เอื้อเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เท่านั้น ทั้งออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน แต่ศูนย์บริการดังกล่าวก็ยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

ศักยภาพและการดำเนินการของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ชุมชนท้องถิ่น จำนวนมากมีการตื่นตัวในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน หรือบางพื้นที่เป็นการทำงานระหว่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับภาคประชาชน โดยใช้ประโยชน์จากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ที่มาจากเงินสมทบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และในบางพื้นที่มีเงินสมทบจากชุมชนด้วย อีกทั้งยังมีกองทุนสวัสดิการชุมชน ซึ่งจัดบริการดูแล ระยะยาว โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยที่ออกจากบ้านไม่ได้ มีบริการรถรับ – ส่ง มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ศูนย์เอนกประสงค์ ผู้สูงอายุหรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. 2553: 38 – 39)

เครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Approach) เป็นแนวคิดที่ได้แรงจูงใจและพัฒนามาจากแนวคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549: 69) เป็นแนวคิดพยายามนำศักยภาพที่เด่นได้แก่ ทูตทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างจิตสำนึกร่วมของประชาชนในการดำเนินการเพื่อชุมชนและโดยชุมชน แนวคิดนี้ถือเป็นรูปแบบหรือวิธีการอย่างหนึ่งของการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ของบุคคลในชุมชนให้มีการพึ่งพาสถาบันน้อยลง และเป็นวิธีการที่หน่วยงานของรัฐและเอกชนจะทำหน้าที่หลักในการให้คำแนะนำ กระตุ้น และร่วมสนับสนุน บางประการ จุดเด่นของแนวคิดนี้อยู่ที่การมีรากฐานหลักประชาธิปไตย โดยสร้างให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนเอง ร่วมกำหนดแนวทางและแผนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา ร่วมลงมือปฏิบัติและร่วมในการพิจารณาประเมินผลในกิจกรรมนั้น ๆ

ชุมชนท้องถิ่นได้รับความคาดหวังให้เข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเกื้อหนุนและพัฒนาผู้สูงอายุ แนวคิดสำคัญไม่ได้อยู่ที่การพยายามจัดให้มีการสงเคราะห์หรือบริการผู้สูงอายุเท่านั้น เพราะนั่นเป็นการมองผู้สูงอายุเป็นภาระของสังคมที่จะต้องไปอุ้มชูดูแล หากแต่ต้องการทำให้ผู้สูงอายุเป็นประชากรที่เป็นพลังในการพัฒนา ซึ่งจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดค่านิยมของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพของกลไกต่าง ๆ ในชุมชน ตลอดจน พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ชุมชนท้องถิ่นมีกลไก เช่น วัด บ้าน โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มต่าง ๆ มีศักยภาพ

Antonucci (1990) ได้อธิบาย บทบาทเครือข่ายทางสังคม (Social Networks) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ว่า การอยู่ร่วมกันทางสังคมเกิดขึ้นได้ในบริบทของการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในหมู่เครือญาติ หรือเพื่อนบ้านเกิดความพึงพอใจที่จะดูแลกันอย่างหลวม ๆ โดยไม่สร้างเงื่อนไขที่เป็นทางการหรือทำเป็นประจำ

ที่ผ่านมาได้มีการอธิบายถึงกลไกเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ กลไกเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุ คือ การที่สมาชิกของสังคมให้การดูแลผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการดูแลอย่างน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคม ทูตทางสังคมของผู้สูงอายุและครอบครัว เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุมีลักษณะที่หลากหลาย โดยอาจจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น จำแนกตามขนาดของเครือข่าย แบ่งเป็น เครือข่ายรวม (Total Network) และเครือข่ายย่อย (Partial Network) หรือจำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน แบ่งเป็นเครือข่ายตรง (Direct Network) และเครือข่ายอ้อม (Indirect Network) อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมแล้ว การดูแลผู้สูงอายุจะมีเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ 2 ระดับ คือ ระดับครอบครัว และระดับชุมชน

เครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัว

แนวคิดทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุปรากฏขึ้นในฐานะที่เป็นบทบาทหนึ่งของสมาชิกครอบครัวว่าทุกคนต้องทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นจารีตและธรรมเนียมปฏิบัติกันสังคมไทยถือว่าเป็นการกตัญญูทเวที่รู้คุณต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบิดามารดาหรือปู่ย่าตายาย

ทฤษฎี Socio – emotional Selectivity Theory ของ Carstensen (1995) เสนอว่า พฤติกรรมของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคลหรือระดับครอบครัว ล้วนอยู่ภายใต้การหาข้อมูลเพื่อให้ตนสามารถดำรงชีวิตหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อนำมาปรับให้สอดคล้องกับการดำรงชีวิตหรือความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเอง กรณีผู้สูงอายุอาจคิดว่าจำเป็นหรือไม่ที่จะต้องพึ่งพาลูกหลานในยามชรา หรือคิดว่าการอยู่อาศัยโดยลำพังในขณะที่ลูกแต่งงานแล้วออกไปตั้งครอบครัวใหม่ มักให้การสนับสนุนพ่อแม่ปู่ย่าตายายด้านการเงินเป็นครั้งคราว หรือเป็นเพียงการไปมาหาสู่ในโอกาสต่าง ๆ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้พ่อแม่ลูกมีความเป็นอิสระต่อกันตามแรงผลักดันจากปัจจัยเชิงเศรษฐกิจซึ่งมีผลทำให้การอยู่ร่วมกันในครอบครัวขนาดใหญ่มีน้อยลง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของปัจเจกชนในช่วงปัจฉิมวัย การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นขั้นตอนทางชีววิทยาและทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุต้องเปลี่ยนสถานภาพและบทบาททางสังคม จากผู้ที่เคยเป็นผู้ดูแลคนอื่นมาเป็นผู้พึ่งพา และในขณะเดียวกัน คนกลุ่มหนึ่งก็ถูกกำหนดบทบาทให้เป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นก็ยิ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น การพิจารณาด้านผู้ดูแลควบคู่กับผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ (นาถ พันธุมนาวิณ และคณะ. 2549: 48 – 53) เหตุผลที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเนื่องจากเหตุผล 3 ประการ คือ

1) แนวโน้มของการขยายตัวของประชากรสูงอายุ และความต้องการเกื้อกูลสนับสนุนที่เพิ่มขึ้น

2) โอกาสของความมั่นคงหรือความไม่เพียงพอของการเกื้อกูลสนับสนุนภายในครอบครัวอาจเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครัวเรือน จำนวนบุตร และจำนวนผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนลดลง แรงกดดันในสังคมที่ทำให้ลักษณะของแรงงานในครัวเรือนลดลง เพราะผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น การขยายตัวของเขตเมืองและการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีพอย่างอิสระของผู้สูงอายุ ตลอดจน วัฒนธรรม ทศนคติ รูปแบบการใช้ชีวิตของคนรุ่นใหม่ที่เปลี่ยนแปลง

3) แนวทางของนโยบายหลักของชาติที่กำหนดชัดเจนว่า จะต้องส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนและครอบครัวอย่างมีความมั่นคงและอบอุ่น

ปัจจุบัน ระบบสวัสดิการในสังคมไทยยังไม่ครอบคลุมถึงประชากรวัยสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และองค์กรในท้องถิ่นยังไม่มี ความเข้มแข็งมากพอที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง ครอบครัวจึงเป็นเครือข่ายสำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ การสนับสนุนที่เครือข่ายครอบครัวให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ หรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือไม่ เพียงใด ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การมีญาติ (Availability) ตำแหน่งที่อยู่อาศัยหรือความใกล้เคียงกับครอบครัว

(Location) และรูปแบบของการติดต่อสัมพันธ์ (Pattern of Contact) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ผู้สูงอายุมีญาติหรือไม่ อยู่ใกล้ไกลเพียงใด และมีการติดต่อกับญาติอย่างไร ได้รับการดูแลหรือไม่

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างลูกหลานกับผู้สูงอายุเริ่มมีช่องว่างมากขึ้น ชีวิตมีความอึดอัดมากขึ้น ที่อยู่อาศัยแออัด มีการย้ายถิ่นเพื่อหางานทำในเมืองใหญ่ สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว และเกิดภาวะที่เรียกว่า ต่างคนต่างไปมากขึ้น (Philips et. al. 2004)

เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน

ในปัจจุบัน เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน จะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เพราะเครือข่ายทางสังคมระดับครอบครัวและเครือญาติมีข้อจำกัดมากขึ้น แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (Community – based Approach) จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ทั้งนี้ เพราะชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุน และเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้ง จะช่วยให้เกิดการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นพี่เลี้ยง และให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง ทั้งนี้ เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน แบ่งออกได้ ดังนี้

1) เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่มีบทบาทต่อการดูแลผู้สูงอายุ คือ เพื่อน – เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มและสมาคมต่าง ๆ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหรือมีการกระทำได้จริงในสังคมชนบท เพราะความสัมพันธ์ของคนในสังคมชนบทยังเป็นลักษณะปฐมนุญ ประกอบกับ สังคมและวัฒนธรรมของคนในชุมชนยังคงมีการเอื้อเพื่อเกื้อกูล และที่สำคัญยังมีการยอมรับและให้ความเคารพต่อผู้สูงอายุอย่างจริงจังและแนบแน่น แต่สังคมในเขตเมืองซึ่งมีความสัมพันธ์กันแบบทุติยภูมิ (Secondary Group) มีลักษณะความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการต่างคนต่างอยู่ และมีการพึ่งพิงระหว่างกันค่อนข้างน้อย เป็นผลให้บทบาทของเพื่อน – เพื่อนบ้านในการดูแลผู้สูงอายุน่าจะมีน้อยกว่าในชนบท

2) ผู้นำชุมชน เครือข่ายทางสังคมประเภทผู้นำชุมชน ปัจจุบันมีบทบาทค่อนข้างน้อย ยกเว้น เครือข่ายประเภทนี้จะมีสถานภาพทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว ผู้นำชุมชนจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาหรือความต้องการที่ไม่สามารถจะหาได้หรือครอบครัวและเครือญาติไม่สามารถจัดการหรือให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ การนำส่งสถานพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหนักหรือกะทันหัน การจัดหาที่พักอาศัย การให้ข่าวสารและแนะนำบริการทางสังคมที่จำเป็น

3) วัด วัดเป็นสถาบันทางสังคมในชุมชนที่จัดเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ เพราะวัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมทางสังคมของคนในชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมทางด้านศาสนาและกิจกรรมด้านสังคมของชุมชน นอกจากนี้ วัดยังมีบทบาทในการเกื้อหนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ การไปวัดนอกจากจะได้รับความสงบและความผาสุกทางด้านจิตใจจากหลักธรรมคำสั่งสอนทางศาสนาแล้ว ผู้สูงอายุยังได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคมอีกด้วย นอกจากนี้ วัดยังเป็นสถานที่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค วัดบางแห่งมีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วนเพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่เดือดร้อนหรือผู้สูงอายุที่ต้องการมาปฏิบัติธรรม ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า วัด

เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะเป็นเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ นอกเหนือจากครอบครัว

4) กลุ่มและสมาคมในชุมชน สำหรับเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนประเภทกลุ่มหรือสมาคมต่าง ๆ ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุด้วยกันเอง การรวมกลุ่มของคนทั่วไปในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการที่ได้มีการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามธรรมชาติมานานแล้ว เช่น งานวัด งานบุญ เป็นต้น ส่วนการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการนั้น เกิดจากการส่งเสริมของทางราชการหรือองค์กรเอกชนเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีความตื่นตัวที่จะเข้าร่วมกลุ่มและทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น เช่น ชมรมผู้สูงอายุ

5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เครือข่ายทางสังคมในระดับชุมชนที่จะมีบทบาทต่อไปในอนาคต ได้แก่ อปท. ซึ่งเป็นสถาบันหนึ่งของการปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจุบันได้มีการแสดงความคิดเห็นมากขึ้นเกี่ยวกับภาระหน้าที่และบทบาทของ อปท. ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ปัจจุบันอปท. ส่วนใหญ่มีหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุจำกัดอยู่ในวงแคบ ๆ ที่เกี่ยวกับเฉพาะกิจกรรมทางศาสนาและประเพณี เช่น การจัดพิธีรดน้ำดำหัวในงานประเพณีสงกรานต์ การทำบุญเลี้ยงพระ ฟังธรรมในวันธรรมสวนะ เป็นต้น

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อผู้สูงอายุ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีบทบาทในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการเมื่อรัฐบาลได้จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการในชุมชน เบี้ยยังชีพ พ.ศ.2536 เพื่อให้เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน เดือนละ 200 บาท และเมื่อพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 30 กำหนดให้มีการถ่ายโอนงานบริการสาธารณะให้ท้องถิ่น ทำให้เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญให้ท้องถิ่นได้เข้าไปมีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างชัดเจน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแผนงานสวัสดิการผู้สูงอายุไว้ 4 แผนงาน คือ 1) แผนงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัย 2) แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและการสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรผู้สูงอายุ 3) แผนงานส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของผู้สูงอายุและคนพิการ และ 4) การจัดทำมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2558)

ในทางปฏิบัติตามแผน พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมากไม่ได้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยตรง แต่ดำเนินการเพียงการสนับสนุนงบประมาณแก่กลุ่ม หน่วยงาน และองค์กรในชุมชนให้จัดบริการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนงบประมาณแก่โรงพยาบาล (รพ.สต.) การมอบเครื่องอุปโภคบริโภค การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาครูฝึก จัดหาเครื่องเสียง การอำนวยความสะดวกให้ใช้สถานที่ และการจัดกิจกรรมทัศนศึกษาเป็นครั้งคราว

นอกจากแผนงานที่กำหนดโดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว การให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ซึ่งได้มีการกำหนดไว้ว่าภาระงานอย่างหนึ่งขององค์การบริหาร

ส่วนท้องถิ่น คือ การจัดให้มีโครงการบริการเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน โดยโครงการต่าง ๆ ประกอบด้วย

- 1) การมีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ
- 2) การมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเวลากลางวัน
- 3) การบริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน
- 4) การบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
- 5) การมีหน่วยบริการเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
- 6) การส่งเสริมการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ
- 7) การมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
- 8) การส่งผู้ดูแลหรืออาสาสมัครออกไปรับการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และ
- 9) การมีหน่วยงานหรือบุคคลภายนอกเข้ามาให้การอบรมแก่ผู้ดูแลอาสาสมัครเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

(แผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาและติดตามและประเมินผลแผนงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2549) ในรอบปีพบว่า จำนวนตำบลที่ตกเป็นตัวอย่าง มีบริการเพียง 3 ประเภท เท่านั้น ที่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ บริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน และหน่วยบริการเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ. 2551)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การดูแลเกื้อหนุนในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และความเป็นอยู่ ถือเป็นความรับผิดชอบหลักของครอบครัว สำหรับการจัดการบริการด้านสังคมที่เป็นทางการ ในปัจจุบันอยู่ภายใต้ของหลายหน่วยงาน โดยหน่วยงานหลัก คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดการบริการที่เป็นอยู่มีลักษณะเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว ให้เป็นวัตถุหรือตัวเงิน เช่น เบี้ยสงเคราะห์ต่าง ๆ มากกว่าการจัดการอย่างเป็นระบบสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ไม่มีที่อยู่ ภาครัฐมีการจัดบ้านพักคนชราให้แต่รับเฉพาะรายที่ไม่มีภาระพึ่งพิง แต่เมื่อเวลาผ่านไป คนกลุ่มนี้จะมีภาระพึ่งพิงและดูแลกันตามอัธยาศัย ในขณะที่มีผู้มีภาระพึ่งพิง หากมีความสามารถในการจ่ายก็ไปใช้บริการสถานบริบาลภาคเอกชน

ส่วนการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของพลเมืองไทย หมายความว่า รัฐจัดให้แก่ประชาชนทุกคนอย่างถ้วนหน้า โดยอาศัยระบบภาษีและประกันสังคมครอบคลุมบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครักษา พยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทั้งในและนอกสถานพยาบาล แต่ระบบบริการในปัจจุบันยังอิงกับแนวคิดการให้บริการแบบโรคเฉียบพลันเป็นหลัก ขณะเดียวกันก็มีข้อจำกัดด้านศักยภาพในการบริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้มีภาวะทุพพลภาพ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง การบริการเชิงรุกอย่างเป็นระบบในชุมชนยังมีข้อจำกัด

การที่หน่วยงานที่ดูแลด้านการแพทย์สาธารณสุขกับบริการด้านสังคม เป็นหน่วยงานคนละหน่วยงาน ทำให้การเชื่อมประสานและความต่อเนื่องของการได้รับบริการมีข้อจำกัดระดับหนึ่ง จำเป็นต้องมีกลไกการเชื่อมประสานกันในการทำงานระดับพื้นที่มากขึ้น กลไกหลักด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน คือ สถานีอนามัย ในขณะที่บริการด้านสังคม กลไกหลักที่เข้าถึงกลุ่มนี้ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล

อย่างไรก็ดี จุดแข็งของสังคมไทย คือ การยังคงมีวัฒนธรรมด้านความกตัญญูตเวที ความเข้มแข็งของเครือข่ายสังคมในชนบท ประกอบกับ มี อปท. ในระดับตำบล ในการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ ขณะเดียวกัน ก็มีกลไกและยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนเรื่องนี้ อย่างไรก็ตาม

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ผ่านมามีข้อจำกัดจากการขาดกลไกสนับสนุนด้านการคลังที่มีประสิทธิผล มีการแยกส่วนของหน่วยงานที่ดูแลด้านสังคมและด้านสุขภาพ ขาดเอกภาพในการขับเคลื่อน และผลักดันระบบ โอกาสที่เอื้อต่อการพัฒนานั้นมีทั้งการให้ความสำคัญระดับนโยบาย รวมถึง ได้รับความสำคัญจากท้องถิ่นและมีกองทุนเป็นตัวขับเคลื่อนหลัก ส่วนประเด็นคุกคามหลัก คือ การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม และประชากร ล้วนบั่นทอนความเข้มแข็งของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกัน ระบบบริการด้านสุขภาพและสังคมก็ยังไม่มีการปรับตัวรองรับได้ อย่างเหมาะสม รายละเอียดในตาราง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2559)

ตารางที่ 2.4 จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และปัจจัยคุกคามต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุ

Strengths	Weaknesses
<ul style="list-style-type: none"> - ความผูกพันในครอบครัวของสังคมไทยส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้ง ค่านิยมทางศาสนา - มีเงินงบประมาณจากหลากหลายแหล่งรองรับการจัดบริการในท้องถิ่น - มีกฎหมายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติรองรับการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ - การตื่นตัวของผู้สูงอายุที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ในการจัดการดูแลตนเอง และการรวมกลุ่มต่าง ๆ - มี อปท. เป็นกลไกหลักในการบูรณาการโครงการต่าง ๆ ที่ลงไปในระดับตำบล - มีต้นทุนทางสังคมอยู่มาก เช่น การบริการนวดแผนไทย การดำเนินงานแบบจิตอาสา กองทุนการออมในชุมชน (สัจจะออมทรัพย์) เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> - การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านมาทำได้จำกัดเนื่องจากขาดการออกแบกกลไกสนับสนุนด้านการคลังที่มีประสิทธิผล - หน่วยงานและระบบการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันมีลักษณะกระจัดกระจาย แยกส่วน ไม่เป็นองค์รวมเป็นการดำเนินการเชิงศึกษาพัฒนารูปแบบขาดการจัดการระดับนโยบาย - ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน ทั้งด้านสุขภาพและสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึง ขาดการจัดการระบบรองรับ - ขาดการจัดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ - ขอบเขตหน้าที่ของ อปท. ในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไม่ชัดเจน และไม่มีระเบียบรองรับ - ขาดกฎหมายบังคับการออมเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ - ขาดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
Opportunities	Threats
<ul style="list-style-type: none"> - รัฐบาล และนานาชาติ ต่างตระหนักและให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ - ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการให้ความสำคัญกับการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น และมีการขยายผลพื้นที่จัดการตนเอง - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุ / จัดงบประมาณสนับสนุนได้ - กองทุนตำบลเป็นกลไกสำคัญครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่และถูกใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน - กระทรวงสาธารณสุขอยู่ระหว่างพัฒนาระบบ Service Plan จะช่วยสร้างความเข้มแข็งหรือสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายบริการทุกระดับในพื้นที่ - ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - โครงสร้างประชากรและสังคมเปลี่ยนแปลงไป คนไทยอายุยืนยาวขึ้น แต่ไม่มีสุขภาพดีตามอายุที่มากขึ้นด้วย (มีความเปราะบางด้านสุขภาพตามกลุ่มอายุ ทั้งสุขภาพกายและความพิการ) จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด เมื่อเทียบกับอัตราเฉลี่ยของโลก อัตราเกิดและอัตรายาลดลง วัยแรงงานลดลง ลักษณะสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป คนทำงานนอกบ้านมากขึ้น ครอบครัวขยายลดลง - สถานะทางเศรษฐกิจการคลังของประเทศ - ระบบบริการสุขภาพไทยยังไม่รองรับการดูแลการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการจัดระดับหน่วยบริการ / สถานบริการ เพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง - การจัดระบบบริการทางสังคมของไทย ยังไม่เป็นระบบที่ยั่งยืนในการรองรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

ที่มา: แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557 – 2561

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ สุพัตรา อติโพธิ (2545) ได้ศึกษาเอกสารนโยบายสำหรับผู้สูงอายุจาก 5 ประเทศ ได้แก่ เกาหลี ฮองกง มาเลเซีย สิงคโปร์ และประเทศไทย ในกรณีของประเทศไทย มีการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว ทั้งจำนวนและอัตราการเพิ่ม ในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุตอนปลายนั้น จะมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย 2 ถึง 3 เท่า และอัตราส่วนนี้จะมากขึ้นตามอายุ ผู้หญิงสูงอายุในวัยปลายดังกล่าวนี้ มีสัดส่วนของผู้ที่เป็นหม้ายเกินกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มเดียวกัน เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะที่มีความเปราะบางสูงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการพึ่งพาต่อการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลในครอบครัวหรือสถานบริการต่อเนื่องระยะยาว ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวกำลังจะมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ ด้วย เพราะแต่ละครอบครัวมีลูกน้อยลง คนเหล่านี้จะมีความรู้สูงกว่รุ่นก่อน มีโอกาสที่จะต้องไปทำงานคนละพื้นที่กับพ่อแม่ ทำให้เป็นไปได้ว่า ต่อไปผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไทยจะลดน้อยลง

ภากร กังวานพงศ์ และคณะ (2546) ได้ทำการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ชุมชนในพื้นที่ของหมู่บ้านทุ่งแพม ตำบลแม่ยม อำเภอมะเริง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ผลของการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจในการทำกิจกรรมที่บางกลุ่มได้ดำเนินการ กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลไกในการขับเคลื่อนในการทำกิจกรรม ดังนั้น หน่วยงานต่าง ๆ ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มและได้ทำงานอย่างต่อเนื่อง และควรมีเจ้าหน้าที่หรือพี่เลี้ยงคอยกระตุ้น และให้ความช่วยเหลือในเรื่องประสานงาน และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะกิจกรรมในด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น

ศิริพันธ์ุ สาสัติย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม (2549) ได้สังเคราะห์องค์ความรู้ระบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวไทยลดลง ทำให้มีอาชีพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นกลุ่มที่ผ่านการอบรมจากสถาบันการอบรมต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้เป็นวิชาชีพ สถาบันการอบรมได้ดัดแปลงหลักสูตรจากกระทรวงศึกษาธิการ ทำให้มีหลักสูตรการฝึกอบรมที่หลากหลายและมีคุณภาพแตกต่างกัน กลุ่มผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการ ผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่าย สำหรับกลุ่มที่ผ่านการอบรมประเภทอาสาสมัคร ผู้รับบริการไม่จ่ายค่าบริการ ซึ่งกระจายตามหมู่บ้านและชุมชนไทยทั่วไป จะให้การดูแลด้านสังคมมากกว่าการดูแลด้านสุขภาพ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ศึกษากระบวนการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ครอบครัวมีผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยเป็นผู้ดูแลหลัก เครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุด คือ ญาติ ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตทุกอย่าง ปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว คือ ปัญหาด้านรายได้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแลและภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนนั้น ผู้นำชุมชนมีทัศนะว่า ครอบครัวควรมีบทบาทสำคัญในการดูแล แต่ชุมชนควรมีหน้าที่จัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การวิจัยได้พบกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาในการอยู่อาศัย

ในครอบครัว 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ยากจน กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ และกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป นโยบายเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวในครอบครัว สำหรับผู้สูงอายุควรเน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นหลัก โดยมีบริการทางสุขภาพและสังคมเข้าสู่ครอบครัว ในทางปฏิบัติ ควรจัดบริการด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน บริการดูแลที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การจัดให้มีครอบครัวอุปถัมภ์ มีระบบการพึ่งต่อไปยังสถานพยาบาล และจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแล

สมพงษ์ อรุณรัตน์ และคณะ (2549) ศึกษาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในระดับครัวเรือน และชุมชนของหมู่ที่ 5 ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม พบว่า แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม ทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชนนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลหลาย ๆ ส่วนที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน หรือเครือญาติ ต้องเป็นแกนหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีส่วนอื่น ๆ ทั้งองค์กรเอกชน หน่วยงานของภาครัฐให้การสนับสนุน

วาทีณี บุญชะลิกษี และคณะ (2551) วิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี โดยนำรูปแบบสำเร็จรูปเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เคยศึกษามาแล้ว มาประยุกต์ใช้ในตำบลชะแล อำเภอทองผาภูมิ และตำบลนาสวน อำเภอศรีสวัสดิ์ โดยร่วมมือกับสถานีอนามัยประจำตำบล ระยะเวลาศึกษา ระหว่าง เมษายน 2547 ถึง มีนาคม 2549 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมหลักที่นำสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การออกกำลังกาย 2) ความรู้เรื่องสุขภาพในผู้สูงอายุ 3) การเล่นเกมส์ ผลจากการศึกษาได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำเร็จรูปสำหรับผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ยื่น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมล้วนมีความพอใจ เกิดกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 2 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยที่มีศักยภาพเข้มแข็งเป็นแกนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับตำบล สื่อบุคคลเป็นสื่อที่ให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีที่สุดแก่ผู้สูงอายุในชนบท หากมีการกระตุ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทหันมาดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง จะทำให้มีสุขภาพดี นำไปสู่ชีวิตที่มีสุข และพึ่งตนเองได้ยาวนานขึ้น

กุศล สุนทรธาดา (2552) ได้ศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลสำรวจประชากรสูงอายุ ปี 2545 และ 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา รูปแบบครอบครัวตามที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ยกเว้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว และอยู่กับคู่สมรส มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ผู้ที่อยู่คนเดียวเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย และอยู่ในชนบทมากกว่าในเมือง ส่วนผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้น โดยเฉพาะที่อายุ 70 ปีขึ้นไป จะอยู่ในครอบครัวหลายรุ่นมากขึ้น ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ (อาหาร เสื้อผ้า) และด้านจิตใจ จากบุตร ส่วนสวัสดิการจากภาครัฐยังได้รับเล็กน้อยและไม่ทั่วถึง

โยธิน แสงวดี และคณะ (2552) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ครัวเรือนกลุ่มกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษา จังหวัดกาญจนบุรี โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจโครงการเฝ้าระวังทางประชากร จังหวัดกาญจนบุรี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 4,105 คน พบว่า เมื่อจำนวนบ้านที่ใกล้เคียงกันในพื้นที่ของครัวเรือนกลุ่มเพิ่มขึ้น โอกาสที่ผู้สูงอายุจะถูกจัดให้อยู่อาศัยร่วมกับบุคคลอื่นจะมีมากขึ้น

ตามไปด้วย ลักษณะของครัวเรือนกลุ่มนี้มีผลทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุ และได้เสนอแนะว่า การดูแลผู้สูงอายุควรเน้นที่การสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชนที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มคัมบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในชุมชนชนบทไทย เป็นการศึกษาระณีตัวอย่างที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 8 ราย เพื่อศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัว และการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของชุมชน จากการศึกษาผู้สูงอายุทุกรายเจ็บป่วยเรื้อรัง และพึ่งตนเองได้ในระดับน้อยไปจนถึงพึ่งพาตนเองไม่ได้เลย มีลูกสาวเป็นผู้ดูแลหลัก วิธีการและเทคนิคการดูแลที่ดี ประกอบด้วย ตัวชี้วัด 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ส่วนชุมชนที่มีการจัดบริการที่ดี ประกอบด้วย ตัวชี้วัด 7 ประการ ได้แก่ การมีระบบดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีทีมงานที่เข้มแข็ง การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ การแก้ไขปัญหาโดยสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ และการมีระบบการประเมินบริการ

สังคม ศุภรัตน์กุล และ ดุษฎี อายุวัฒน์ (2553. 43 – 53) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวชนบท เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากแม่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู จากจำนวนตัวอย่าง 399 ครอบครัว ระหว่าง เดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2552 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยภายในชุมชนมีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพครอบครัวชนบท ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มองค์กรในชุมชน ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับชุมชน แหล่งทรัพยากรธรรมชาติในชุมชน และระบบสุขภาพชุมชน รองลงมา คือ ปัจจัยภายนอกชุมชน ประกอบไปด้วย ระบบบริการสุขภาพของรัฐ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพขององค์กรปกครองท้องถิ่น และการส่งเสริมผ่านเครือข่ายชุมชน ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด คือ ปัจจัยภายในครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ศักยภาพของครอบครัวด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผลการศึกษา สรุปว่า การดำเนินงานด้านสุขภาพควรคำนึงถึงทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนชนบทอย่างครอบคลุม

ชวลิต สวัสดิ์ผล (2554. 79 – 85) ได้วิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า ผู้สูงอายุชุมชนที่ศึกษามีผู้สูงอายุที่อายุมาก (Oldest Old) เป็นกลุ่มที่ขาดคุณสมบัติ ไม่สามารถทำงาน และสุขภาพไม่ดี ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากลูกหลานและญาติพี่น้อง เป็นเครือข่ายการเกื้อหนุน ผู้สูงอายุไม่ได้ถูกทอดทิ้ง แต่จะมีปัญหาในการพบปะผู้คน เพราะเดินไม่สะดวก บางรายมีอายุมากถึง 107 ปี และพบว่า ชุมชนที่ศึกษามีผู้สูงอายุวัยปลาย คือ 80 ปีขึ้นไป ประมาณเกือบ 1 ใน 5 (ร้อยละ 19.1) ของผู้สูงอายุของชุมชน ส่วนใหญ่ยังแข็งแรงดี และได้รับการปรนนิบัติจากลูกหลาน แม้ว่า ชุมชนยังไม่มีกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง แต่ก็มีร่วมกัน โดยใช้กิจกรรมศาสนา ส่วนการบริการสุขภาพได้รับการคัดกรองและให้ความรู้จากโรงพยาบาลเคลื่อนที่ แต่ก็ไม่สม่ำเสมอ ปีที่ศึกษา ผู้สูงอายุต้องไปคัดกรองด้วยตนเอง เพราะโรงพยาบาลไม่มีงบประมาณในการบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ส่วนบริการทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง

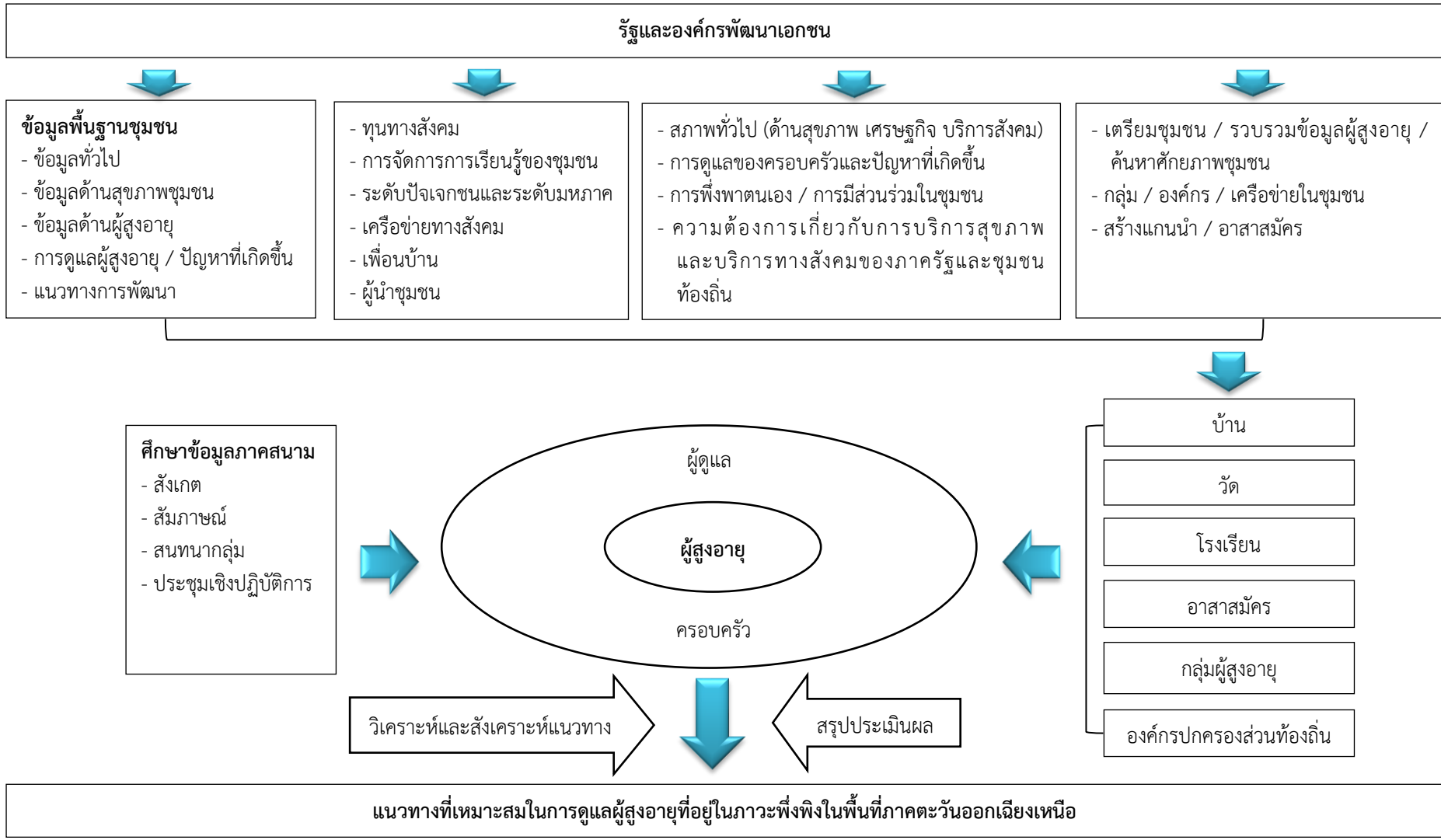
ของมนุษย์ ได้สนับสนุนงบประมาณให้กลุ่มผู้สูงอายุในการปลูกผักปลอดสารพิษ และการทำลวดหนาม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้ แต่ประสบปัญหาในเรื่องความยั่งยืนของโครงการ สถานภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ สังคมให้การยอมรับ เคารพ มีความกตัญญู ชุมชนมีการจัดการเรียนรู้ การนำทุนทางสังคมของชุมชนมาสร้างคุณค่าต่อสุขภาพของผู้สูงอายุหลายกิจกรรม

ศิราณี ศรีหามาศ, โกมาตร จิตเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง (2556) ได้ศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ จากกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ 179 คน ผู้ดูแล 187 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 88 คน ในพื้นที่ 13 ตำบล 9 จังหวัด ทุกภูมิภาคของประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า เส้นทางการเกิดภาวะพึ่งพาในระยะยาวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เกิดจาก 4 เส้นทางหลัก คือ 1) ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) พบว่าโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด 2) โรคเรื้อรังร่วม 3) ภาวะสมองเสื่อม และ 4) ผู้สูงอายุที่มีอายุ มากกว่า 80 ปีขึ้นไป สำหรับการดูแลส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวัน ขาดการฟื้นฟูสภาพและการป้องกัน ทำให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงยิ่งขึ้น ผู้ดูแลเป็นผู้หญิง ประมาณ ร้อยละ 85 โดยเกือบครึ่งหนึ่งเป็นลูกสาว ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงานภาคการเกษตรแตกต่างจากญาติพี่น้องอื่น ๆ ที่ประกอบอาชีพในเขตเมือง และยังมีปัญหาภาวะสุขภาพและต้องการพึ่งพาด้านสุขภาพ และยังมีบทบาทเชิงซ้อน ซึ่งยังต้องประกอบอาชีพอยู่ ขณะเดียวกันก็ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2559) ได้ศึกษาการดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุโดยชุมชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนยังคงเป็นบทบาทของครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลหลัก คือ บุตร ส่วนการดูแลวงนอกครอบครัวและเครือข่ายเป็นสวัสดิการของรัฐ ได้แก่ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ และบัตรทอง ส่วนที่เป็นของชุมชน นวัตกรรมสำคัญ คือ กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ การบริการสุขภาพและบริการสังคมเป็นครั้งคราวจากกลไกที่อยู่ในพื้นที่เกี่ยวกับความต้องการผู้สูงอายุจากชุมชน คือ การช่วยเหลือเกื้อกูลทางด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับความมั่นคงของชีวิต ด้านรายได้และสวัสดิการต่าง ๆ ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมด้านศาสนา การทำบุญและประเพณีของชุมชน กิจกรรมเกี่ยวกับเสริมรายได้ การตรวจสุขภาพและมีอาสาสมัครดูแลช่วยเหลือ สำหรับแนวทางที่เหมาะสมของชุมชนท้องถิ่น กลไกขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุของชุมชนควรทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการจากภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นกลไกสำคัญควรมีแผนงานด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะและมีส่วนร่วมจากชุมชน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ มีแนวคิดพื้นฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ นอกจากการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุแล้ว ยังจะต้องมีกลไกหรือเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นที่สามารถจัดการ ส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และพัฒนาเชิงบูรณาการ ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และบริการสังคม การเสริมสร้างศักยภาพให้บุคคล องค์กร หรือชุมชน สามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีส่วนร่วม จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวได้นำมาสู่แนวคิดในการแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้ประสบการณ์จาก ผู้ดูแล ทรัพยากร หรือทุนทางสังคมจากชุมชนท้องถิ่น ดังกรอบการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย

