

การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง

นางสาววรรณรัตน์ เขียวพิจกุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A COMPARATIVE STUDY OF LONGTERM SERVICES PROVIDED FOR THE ELDERLY IN URBAN
AREA

Miss Wannarat Thianpajeeikul



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Public Administration Program in Public Administration

Department of Public Administration

Faculty of Political Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน เขตเมือง
โดย	นางสาววรรณรัตน์ เชียรพิจกุล
สาขาวิชา	รัฐประศาสนศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์วันชัย มีชาติ

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีคณะรัฐศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์วันชัย มีชาติ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นางระรินทิพย์ ศิโรรัตน์)

วรรณรัตน์ เถียรพจีกุล : การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง
(A COMPARATIVE STUDY OF LONGTERM SERVICES PROVIDED FOR THE
ELDERLY IN URBAN AREA) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.วันชัย มีชาติ, 150 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง ลักษณะกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ และการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมืองของหน่วยงานภาครัฐ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้แก่ ผู้บริหารสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8 ท่าน และผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ 4 ท่าน

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวในเขตเมือง 6 รูปแบบ ได้แก่ บ้านพักคนชรา โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานบริบาล ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยที่ทำให้สถานบริการมีความแตกต่างกันคือ 1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ทั้งด้านช่วงอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ และความสามารถในการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน 2) กิจกรรมในการดูแล 3) ค่าบริการ 4) มาตรฐานในการให้บริการดูแล และ 5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ ในปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐยังไม่มีส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ และปัญหาการขาดมาตรฐานสถานบริบาล ข้อเสนอแนะจากการศึกษา รัฐบาลควรกำหนดมาตรฐานสถานบริบาลเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยปลายและมีภาวะพึ่งพา และพัฒนาทักษะความรู้ให้กับบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

ภาควิชา รัฐประศาสนศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ปีการศึกษา 2558

5580623024 : MAJOR PUBLIC ADMINISTRATION

KEYWORDS: ELDERLY / LONG-TERM CARE FOR THE ELDERLY / THE PROMOTE AND SUPPORT OF GOVERNMENT AGENCIES

WANNARAT THIANPAJEEKUL: A COMPARATIVE STUDY OF LONGTERM SERVICES PROVIDED FOR THE ELDERLY IN URBAN AREA. ADVISOR: ASSOC. PROF.WANCHAI MEECHART, 150 pp.

The propose of this paper is to review different models of long-term care for the elderly in urban areas, caring activities for the elderly, and the promotion and support from government agencies in long-term care for the elderly in urban areas. The qualitative research technique was applied in this study. Data was collected by using document study and in-depth interview. Key informants are 8 managers from various long-term care institutions and 4 managers from government agencies.

The study found that there are 6 models of long-term care for the elderly in urban areas which are 1) residential home 2) long-term care hospital 3) nursing home 4) housing for elderly 5) assisted living 6) hospice care. The factors that create the differences in these institutions are 1) ages, economic status, and activities of daily living of the elderly who receive the service 2) caring activities for the elderly 3) service charge 4) standard of service 5) elder care personnel. In the present, government agencies have not promoted and supported long-term care institutions for the elderly. In addition, this research found that there is a problem of lacking personnel for elderly care, standard of nursing home, and government regulation. Therefore, it's recommended that the government agencies set standards for nursing home, promote and support of old age and dependent elderly, as well as seek to develop skills and knowledge of elderly care personnel.

Department: Public Administration Student's Signature

Field of Study: Public Administration Advisor's Signature

Academic Year: 2015

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ วันชัย มีชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำและแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ ประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ และท่านระรินทิพย์ ศิโรรัตน์ ที่ให้เกียรติในการเป็นคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย

ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 13 ท่าน ที่สละเวลาเพื่อให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ประจำภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ รุ่นพินิติรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต รุ่น 33 และ รุ่น 37 ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัว กำลังใจอันสำคัญของผู้วิจัยเสมอมา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	1
สารบัญแผนภาพ.....	1
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 ปัญหาการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.5 คำจำกัดความในการวิจัย.....	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	7
2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ.....	8
2.1.2 การเปลี่ยนแปลงและสภาพปัญหาในวัยสูงอายุ.....	11
2.1.3 ความต้องการของผู้สูงอายุ.....	15
2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	19
2.2.1 ความหมายของการดูแลระยะยาว.....	19
2.2.2 ประเภทการดูแลระยะยาว.....	22
2.2.3 การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน.....	36

2.2.4 รูปแบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในต่างประเทศ.....	44
2.3 การดำเนินงานในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุของภาครัฐ.....	50
2.3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	51
2.3.2 นโยบายและแผนที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ.....	53
2.3.3 หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ.....	59
2.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	62
2.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	66
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	67
3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย.....	67
3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
3.4 การได้มาของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants).....	69
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
บทที่ 4 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	73
4.1 รูปแบบและลักษณะการจัดบริการการดูแลระยะยาวในสถาบัน.....	73
4.1.1 รูปแบบบ้านพักคนชรา.....	73
4.1.2 รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว.....	79
4.1.3 สถานบริการหรือเนอสซิ่งโฮม.....	83
4.1.4 ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ.....	85
4.1.5 สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต.....	87
4.1.6 สถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	88
บทที่ 5 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
5.1 ข้อค้นพบรูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย.....	91

5.2 ข้อค้นพบนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนของภาครัฐ	109
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	117
6.1 สรุปผลการวิจัย	117
6.2 อภิปรายผลการศึกษา	122
6.3 ข้อเสนอแนะ	124
6.4 ข้อจำกัดในการวิจัย	125
รายการอ้างอิง	126
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	150



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	28
ตารางที่ 2 แสดงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันหรือสถานบริการ	35
ตารางที่ 3 แสดงข้อกำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป	42
ตารางที่ 4 แสดงรายชื่อสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	70
ตารางที่ 5 แสดงรายชื่อหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	71
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้สูงอายุและอาคารที่พักของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค.....	77
ตารางที่ 7 แสดงประเภทห้องพักและค่าใช้จ่ายในการรับบริการของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง	82
ตารางที่ 8 แสดงประเภทห้องพักและค่าใช้จ่ายในการรับบริการของนครี เนอสซิ่งโฮม.....	84
ตารางที่ 9 แสดงประเภทห้องพักและค่าใช้จ่ายในการรับบริการของโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังสุข เวช (รวม 21)	89
ตารางที่ 10 แสดงข้อมูลการรับผู้สูงอายุในสถานบริการ	94
ตารางที่ 11 แสดงข้อมูลกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ.....	99
ตารางที่ 12 แสดงค่าบริการในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ.....	100
ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลมาตรฐานของสถานบริการ.....	102
ตารางที่ 14 แสดงข้อมูลบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ	104
ตารางที่ 15 สรุปการส่งเสริมและสนับสนุนจากภาครัฐ	110
ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐ	115
ตารางที่ 17 แสดงสถิติผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2558 และ ปีพ.ศ. 2559.....	134

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 แสดงสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยในปีพ.ศ. 2545 - 2547	2
แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษา	66



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

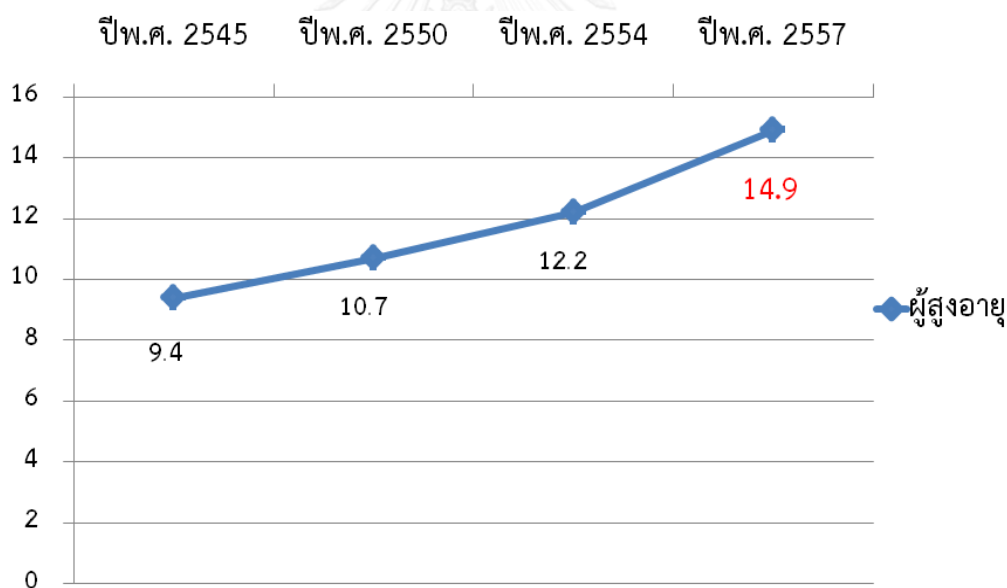
ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร จากที่มีอัตราการเกิดและการตายสูงมาสู่การมีอัตราการเกิดและการตายต่ำ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรส่วนหนึ่งเป็นผลจากการดำเนินนโยบายในรัฐบาลจอมพลแปลก พิบูลสงคราม (พ.ศ.2481-2487 และ พ.ศ. 2491-2500) ได้มีการประกาศใช้นโยบายการเพิ่มจำนวนประชากร มุ่งเน้นการพัฒนาประเทศให้ทัดเทียมกับประเทศอื่นๆ ซึ่งรัฐบาลในขณะนั้นมีความเชื่อว่าหากจะพัฒนาประเทศไทยให้เป็นประเทศมหาอำนาจนั้นจะต้องมีจำนวนประชากรที่เป็นกำลังแรงงานสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศ รัฐบาลจึงดำเนินนโยบายเพิ่มจำนวนประชากร เช่น ส่งเสริมการมีบุตร สนับสนุนให้ชายหญิงได้มีโอกาสพบปะกัน จัดให้มีการสมรสหมู่ หากมีลูกคนแรกจะได้รับการศึกษาฟรี เก็บภาษีชายโสด เป็นต้น นอกจากนี้รัฐบาลยังมีนโยบายด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับการคลอดบุตร และให้มีนโยบายด้านการสังคมสงเคราะห์ให้กับ เด็ก คนชรา ผู้ทุพพลภาพ (ปิยากร หวังมหพร, 2554)

จากการส่งเสริมนโยบายการเพิ่มจำนวนประชากรส่งผลให้ประเทศไทยมีประชากรเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2503 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 4.6 ในปีพ.ศ. 2523 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 5.46 (ปิยากร หวังมหพร, 2554) ถือว่านโยบายนี้มีส่วนทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างเป็นปิรามิดฐานกว้าง กล่าวคือมีประชากรวัยเด็กจำนวนมาก ในขณะที่ด้านบนของปิรามิดเป็นฐานแคบมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนน้อย แต่เมื่อมีประชากรเพิ่มขึ้นทรัพยากรที่เป็นสิ่งจำเป็นต่อการอุปโภคบริโภคย่อมต้องเพิ่มขึ้นเช่นกัน เกิดปัญหาด้านที่อยู่อาศัย สาธารณสุข สาธารณูปการ และการจัดสวัสดิการที่ยังไม่พร้อมและไม่ทั่วถึงในการให้บริการ รัฐบาลต้องให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุข รวมถึงพัฒนาการศึกษาเพิ่มขึ้น

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515-2519) เป็นต้นมา จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) ได้มีนโยบายลดอัตราการเพิ่มของประชากร (โครงการสุขภาพคนไทย, 2555) โดยการวางแผนครอบครัวและส่งเสริมการให้ความรู้ด้านการคุมกำเนิดภายใต้แนวคิด “มีลูกมากจะยากจน” โดยให้มีอัตราการเพิ่มประชากรอยู่ในระดับร้อยละ 2.5 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวทำให้ฐานของปิรามิดแคบลงประชากรวัยเด็กลดลงเนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลง ในขณะที่ด้านบนของปิรามิดนั้นกว้างขึ้นเนื่องจากมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในปัจจุบันประชากรที่เคยเป็นวัยแรงงานส่วนใหญ่ก็นั้นกำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ

องค์การสหประชาชาติได้จัดให้มีการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุครั้งที่ 1 ในปีพ.ศ. 2525 ได้เกิดแผนปฏิบัติการนานาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (International Plan of Action on Ageing) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติในเรื่องผู้สูงอายุ ในการประชุมครั้งนี้ องค์การสหประชาชาติ จึงได้ให้คำจำกัดความประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุว่า ประเทศใดที่มีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 7 ของจำนวน ประชากรทั้งประเทศ หมายความว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556) จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า มีสัดส่วนและจำนวนของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีพ.ศ. 2545 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 9.4 ในปีพ.ศ. 2550 คิดเป็น ร้อยละ 10.7 ในปีพ.ศ. 2554 คิดเป็นร้อยละ 12.2 และในปีพ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 14.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักสถิติพยากรณ์, 2557) (ดังแสดงในแผนภาพที่ 1) จากข้อมูลดังกล่าวได้ ว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว

แผนภาพที่ 1 แสดงสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยในปีพ.ศ. 2545 - 2547



ที่มา: รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนัก สถิติพยากรณ์

ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว วิทยาการทาง การแพทย์สมัยใหม่ยังช่วยให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ในปีพ.ศ. 2556 นี้ อายุขัยเฉลี่ยของคน ไทยเพศหญิงอยู่ที่ 78.1 ปี เพศชายอยู่ที่ 71.7 ปี (โครงการสุขภาพคนไทย, 2556) สำหรับสภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และความเป็นอยู่ของประชาชนก็เปลี่ยนแปลงเช่นกัน ความเป็นสังคม เมืองขยายตัวและเข้ามาแทนที่สังคมชนบท ประชาชนปรับวิถีชีวิตของตนให้สัมพันธ์กับความเป็น

สังคมเมือง โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนไปจากครอบครัวขยาย (extended family) เป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) บุตรหลานที่แต่งงานแล้วจะแยกครอบครัวออกมาจากพ่อแม่ของตน ทั้งที่สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนสมาชิกครอบครัวที่สูงอายุ แต่เมื่อเทียบกับ 40-50 ปีก่อน ครัวเรือนไทยมีขนาดเล็กกลงกว่าเดิมมาก ในปี พ.ศ. 2553 มีสมาชิกครอบครัวโดยเฉลี่ยเพียงประมาณ 3 คน (โครงการสุขภาพคนไทย, 2555) เป็นที่น่าวิตกว่าบุตรหลานวัยแรงงานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจะมีจำนวนลดลง จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 8.6 อยู่กับลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 17.6 และอยู่กับหลานร้อยละ 2.7 ในขณะที่อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.7 ในปีพ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 18.1 ในปีพ.ศ. 2554 แต่อัตราส่วนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุของวัยแรงงานกลับลดต่ำลงจากร้อยละ 9.3 ในปีพ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 5.5 ในปีพ.ศ. 2554 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักสถิติพยากรณ์, 2555)

เมื่อมีอายุมากขึ้นสภาพร่างกายย่อมมีความเสื่อมถอย ผู้สูงอายุย่อมมีความต้องการดูแลด้านสุขภาพมากกว่าในวัยอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะถูกจัดอยู่ในภาวะทุพพลภาพ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ร้อยละ 15.4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในส่วนของโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน อัมพฤกษ์หรืออัมพาต โรคไตวายเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และโรคดังกล่าวจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ [บรรณาธิการ], 2555) ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จึงมีความต้องการดูแลเป็นพิเศษ และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมากขึ้น และเป็นที่ยกมาพูดถึงสำหรับนักวิชาการด้านผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ อันมีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของร่างกายหรือเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการ (วรเวศน์ สุวรรณระดา ศิริพันธุ์ สาสัติย์ และ สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์, 2552) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและสังคมโดยมีผู้ให้การดูแลแบบเป็นทางการคือบุคลากรทางวิชาชีพ และการดูแลแบบไม่เป็นทางการคือ ครอบครัว ชุมชน (World Health Organization (WHO), 2000) สำหรับในประเทศไทยการดูแลระยะยาวแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การดูแลในสถาบัน (Institutional care) และการดูแลในชุมชน (Community care) ในปัจจุบันภาคเอกชนได้มีการจัดบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการเพิ่มขึ้น จากการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยของ ศิริพันธุ์ สาสัติย์ และคณะ 2552 พบว่า ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนสถานบริการดูแลระยะยาวมากกว่าภาคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 49.28 การเพิ่มขึ้นของสถานบริการ สะท้อนให้เห็นถึงความต้องใช้

บริการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีภาวะ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2552)

จากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ความต้องการของผู้สูงอายุในการใช้บริการสถานบริการในกรุงเทพมหานคร ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน และมีลักษณะในการดำเนินงานอย่างไร การเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญที่ภาครัฐ ภาคเอกชน ตลอดจนประชาชนในสังคมต้องให้ความสนใจ โดยเฉพาะภาครัฐในฐานะที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ หน่วยงานภาครัฐมีแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันอย่างไร เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

1.2 ปัญหาการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมืองเป็นอย่างไร และหน่วยงานภาครัฐมีแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.3.1 เพื่อศึกษารูปแบบต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง
- 1.3.2 เพื่อศึกษาลักษณะกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง
- 1.3.3 เพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมืองของหน่วยงานภาครัฐ

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง นโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง ผู้วิจัยแบ่งขอบเขตการวิจัย ดังนี้

- 1.4.1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในส่วนแรก ผู้วิจัยศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน โดยอาศัยรูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันจากการศึกษาเรื่อง ภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยของ วาทีณี บุญชะลิกชี และยุพิน วรสิริอมร 2544 และการศึกษาเรื่อง รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ทัศนาศูววรรณะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ 2553 เป็นกรอบในการศึกษา ประกอบด้วย 6 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบบ้านพักคนชรา (residential home) ในสังกัดของภาครัฐ และบ้านพักคนชรา

ในสังกัดของมูลนิธิสมาคมจีน 2) โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว (long-term care hospital) 3) สถานพยาบาลหรือเนอร์สซิงโฮม (nursing home) 4) ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (housing) 5) สถานที่ให้ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) 6) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care) เพื่อศึกษาลักษณะการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละรูปแบบว่าเป็นอย่างไร โดยการเก็บและรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการของสถานบริการแต่ละแห่ง รวมทั้งสิ้น 8 ท่าน

ในส่วนที่สอง ผู้วิจัยได้ทบทวนกฎหมาย แผน และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยอาศัยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) เป็นหลัก เนื่องจากเป็นแผนสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยการเก็บและรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารงานหรือข้าราชการในหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 4 ท่าน

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่ในการศึกษา

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่ในเขตเมือง จากการศึกษาเพื่อกำหนดค่านิยมเมืองในประเทศไทยของ ไสภาคย์ ผาสุกนิรันต์ พบว่า ประเทศไทยไม่มีค่านิยมหรือกำหนดเขตชุมชนเมืองไว้เป็นมาตรฐาน กล่าวคือ ไม่มีค่านิยมอย่างเป็นทางการ (ไสภาคย์ ผาสุกนิรันต์, 2536) ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงให้คำจำกัดความของเขตเมือง (Urban Area) โดยอาศัยนิยามของชุมชนเมือง ตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยเรื่องชุมชนและกรรมการชุมชน เขตเมืองในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง บริเวณที่มีลักษณะของบ้านเรือนอยู่รวมกันค่อนข้างหนาแน่น ไม่แออัด มีสาธารณูปโภค สาธารณูปการ และการคมนาคมสะดวก ("ระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยเรื่องชุมชนและกรรมการชุมชน พ.ศ. 2555", 2556) ดังนั้น จากนิยามเขตเมืองพื้นที่ที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาคือ กรุงเทพมหานครและจังหวัดสมุทรปราการ

1.5 คำจำกัดความในการวิจัย

1.5.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยยึดตามปีปฏิทิน

1.5.2 การดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ สังคม และการเงิน โดยผู้ให้การดูแลในระดับเล็กที่สุดคือ ครอบครัว ชุมชน และในสถาบัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

1.5.3 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นบริการที่ให้การดูแลรักษา ป้องกัน พิ้นฟูแก่ผู้สูงอายุ แยกจากการรักษาทางการแพทย์ โดยตรง ประสานการให้บริการทางสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกันทั้งบริการในสถาบันและบริการใน

ชุมชน ผู้ที่ให้การดูแลอย่างเป็นทางการคือ บุคลากรทางวิชาชีพ และผู้ที่ให้การดูแลอย่างไม่เป็นทางการคือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

1.5.4 การดูแลระยะยาวในสถาบัน หมายถึง การจัดบริการดูแลในรูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ อำนวยความสะดวก มีกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ โดยผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน

1.5.6 การส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุของภาครัฐ หมายถึง กฎหมาย นโยบายและแผนที่กำหนดให้หน่วยงานภาครัฐต้องดำเนินงานตามและนำไปปฏิบัติ

1.5.7 หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง หน่วยงานราชการส่วนกลางที่ได้รับมอบอำนาจหน้าที่ให้ดำเนินงานในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ได้แก่ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1.5.8 สถานบริการ หมายถึง หน่วยงาน/สถาบัน/องค์การ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในเขตเมือง (พื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล) ที่ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในรูปแบบต่างๆ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้ทราบถึงรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง

1.6.2 ทำให้ทราบถึงลักษณะการให้บริการของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง

1.6.3 ทำให้ทราบถึงแนวทางของภาครัฐในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในบทที่ 1 ได้อธิบายให้เห็นถึงภาพรวมสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ความสูงอายุมารวมกับร่างกายที่เสื่อมถอยลง การดูแลด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุประสบปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในปัจจุบันภาคเอกชนได้มีการจัดบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการเพิ่มขึ้น จากงานวิจัยเรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุของ ศิริพันธ์ สาสดี และเตือนใจ ภักดีพรหม 2550 พบว่า การให้บริการผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้แฝงอยู่ในบ้านพักคนชรา (ศิริพันธ์ สาสดี และ เตือนใจ ภักดีพรหม, 2550) ดังนั้น ในบทที่ 2 นี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน ตลอดจนนโยบายของรัฐบาล เพื่อใช้เป็นกรอบการศึกษาต่อไป ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุคือใคร” การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ นั้นส่งผลอย่างไรกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมีความต้องการอย่างไร

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อทำความเข้าใจความหมาย รูปแบบของการดูแลระยะยาว ลักษณะการให้บริการดูแลระยะยาว องค์ประกอบในการดำเนินงานดูแลระยะยาว รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย รูปแบบการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ

2.3 การดำเนินงานในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุของภาครัฐ ประกอบด้วย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ นโยบายและแผนที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ และหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

2.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การศึกษาเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทยไม่ใช่เรื่องใหม่ของแวดวงวิชาการแต่อย่างใด มีนักวิชาการและผู้สนใจศึกษาได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผู้สูงอายุมาประมาณ 30 กว่าปีแล้ว ในแต่ละศาสตร์สาขาวิชาต่างๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการทำความเข้าใจเรื่องผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความหมายของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในเขตเมืองไว้ ดังนี้

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คนแก่หรือคนชราเป็นคำเรียกสำหรับบุคคลที่มีอายุมาก ที่มีรูปลักษณ์ผมหงอก ผิวเหี่ยวย่น ในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของคำว่า *แก่* หมายถึง มีอายุมาก ส่วนคำว่า *ชรา* หมายถึง แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม เพราะคำว่า *ชรา* มีความหมายในทางลบที่ก่อให้เกิดความหดหู่และถดถอยสิ้นหวัง ในการประชุมคณะแพทยอาวุโสและผู้สูงอายุที่มี พล.ต.ท. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เป็นประธาน จึงได้กำหนดคำเรียกอย่างเป็นทางการว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นแทนตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2512 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นคำที่มีความหมายในเชิงยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ชราภาพ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

ในภาษาอังกฤษมีการใช้คำเรียกผู้สูงอายุหลายคำ เช่น *aging*, *old age*, *elderly*, *senior* พจนานุกรมภาษาอังกฤษ Webster's third new international dictionary of the English language (1981) ได้ให้ความหมายคำว่า *aging* หรือ *ageing* หมายถึง การกลายเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนผ่านทางกาลเวลา คำว่า *old age* หมายถึง วาระสุดท้ายของชีวิต (ความชราภาพ) คำว่า *elderly* หมายถึง ความสูงอายุ หลังจากวัยกลางคน และคำว่า *senior* หมายถึง อาวุโส โดยมีความหมายเดียวกับ *elderly* หรือ *old person* (Gove Philip Babcock [editor], 1981)

การกำหนดเกณฑ์อายุของผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ให้การยอมรับบุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปว่าเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงอายุที่สามารถรับเงินบำนาญได้ ทั้งนี้ องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ไม่ได้กำหนดเกณฑ์อายุที่เป็นมาตรฐาน แต่องค์การสหประชาชาติให้การยอมรับว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ให้ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ การกำหนดความสูงอายุขึ้นอยู่กับแต่ละภูมิภาคและแต่ละประเทศ (World Health Organization (WHO), n.d.) สำหรับประเทศไทยพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ("พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546," 2546) สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และแบ่งช่วงอายุออกเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติพยากรณ์, 2557) โดยประเทศไทยใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีบริบูรณ์นี้สำหรับการเกษียณอายุของข้าราชการ การรับเงินบำนาญบำนาญ และการได้รับเบี้ยยังชีพตามนโยบายของรัฐ ในการกำหนดเกณฑ์อายุของผู้สูงอายุอาจมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ ทั้งนี้มีนักวิชาการและผู้สนใจศึกษาในเรื่องผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุและเกณฑ์ในการพิจารณาความสูงอายุของบุคคล ดังนี้

บอร์ และ สมิธ (Borrow and Smith, 1979 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534) ได้ให้ความคิดเห็นว่า ในการกำหนดว่าผู้ใดคือผู้สูงอายุ อาจพิจารณาได้จากองค์ประกอบนี้ คือ 1) ประเพณี

นิยม (Tradition) โดยยึดถือตามเกณฑ์การเกษียณอายุ ในประเทศไทยกำหนดอายุ 60 ปี 2) การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) โดยยึดตามสรีรวิทยาทางกายภาพ การเสื่อมถอยทางร่างกาย 3) การปฏิบัติหน้าที่ทางจิตใจ (Mental Functioning) โดยยึดเกณฑ์จากความสามารถในการจดจำ ความคิดสร้างสรรค์ การเรียนรู้ และความเสื่อมถอยด้านจิตใจ 4) ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) โดยยึดจากการที่ผู้สูงอายุมองตนเองตามแนวคิดของผู้สูงอายุ 5) ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) โดยยึดแนวคิดมาจากการเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ควรพักผ่อน ดังนั้น ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน 6) ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with stress and illness) โดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ และการเผชิญปัญหาสังคมอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์

นิศา ชูโต (2525) (อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534) ได้ให้ความคิดเห็นว่า เกณฑ์ในการพิจารณาผู้สูงอายุนั้นแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความเสื่อมถอยของร่างกาย 2) การแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุ โดยในวัยแรก คือ ปฐมวัยหรือวัยเด็ก มีอายุระหว่าง 1-25 ปี ต่อมาคือ มัชฌิมวัยหรือวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 25-50 ปี และในช่วงวัยสุดท้าย คือ ปัจฉิมวัย มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ผู้สูงอายุจึงจัดอยู่ในช่วงวัยสุดท้าย 3) หน้าที่และกิจกรรมทางสังคม กล่าวคือ สังคมได้กำหนดเกณฑ์ของผู้สูงอายุ ว่าอายุเท่านี้จึงเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ ทำให้เมื่อบุคคลได้ผ่านวัยที่สังคมกำหนดไว้ ก็จะทำให้เกิดความคิดและความรู้สึกเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

สุรกุล เจนอบรม (2541) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต (วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา) การกำหนดเกณฑ์ผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ในบางประเทศอาจกำหนดไว้ที่ 65 ปี ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุเพื่อเกษียณตนเอง ทั้งนี้ สุรกุล เจนอบรม ได้ศึกษาหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากนักวิชาการผู้สูงอายุ (gerontologists) ดังนี้ (สุรกุล เจนอบรม, 2541)

1) พิจารณาจากอายุจริงที่ปรากฏ (chronological aging) ตามอายุขัยของมนุษย์ โดยดูจากปีเกิดที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน

2) พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (physiological aging) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น

3) พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (psychological aging) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในวัยสูงอายุ เช่น มีอาการซึมเศร้า ขี้บ่น ขี้น้อยใจ รวมถึงกระบวนการทางสติปัญญา เช่น ระบบความจำ การรับรู้ การเรียนรู้เริ่มถดถอยลง ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นทางบุคลิกภาพและพฤติกรรม

4) พิจารณาจากบทบาททางสังคม (sociological aging) โดยดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มหรือบุคคลอื่นๆ และการรับผิดชอบด้านการทำงานและบทบาทสังคมด้านอื่นๆ

กชกร สังขชาติ (2536) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ตามปฏิทินหรือตามวันเกิด และยังให้ความเห็นว่า ความหมายของผู้สูงอายุใช้เกณฑ์ที่แตกต่างกันตามแต่ละสภาพสังคม การให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุตามเกณฑ์เป็นสิ่งที่สมมติขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกัน โดยยกตัวอย่างของ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บางท่านยังสามารถทำงานได้เพราะมีร่างกายที่แข็งแรง (กชกร สังขชาติ, 2536)

บรรลุ ศิริพานิช (2542) ได้ให้ความคิดเห็นว่า บุคคลเมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ สุดท้ายเป็นผู้สูงอายุหรืออาจเรียกว่า คนชรา คนเฒ่า คนแก่ โดยพิจารณาจากลักษณะทางกายภาพ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น พิจารณาจากอายุตามปีปฏิทิน ในภาคพื้นยุโรปและอเมริกามักเรียกคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ แต่คนภาคพื้นเอเชียมักถือเอาอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ แต่เป็นที่ตกลงในวงการระหว่างประเทศให้ถือเอาเกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ และพิจารณาจากสถานภาพทางสังคม (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544) ได้ให้ความคิดเห็นว่า ในการกำหนดความสูงอายุของบุคคลเป็นการกำหนดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยมีความเชื่อมโยงกับบรรทัดฐานทางสังคม ประเพณีและวัฒนธรรมเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนั้น การเข้าสู่วัยสูงอายุจึงพิจารณาได้จากหลายเกณฑ์

จากการทบทวนการพิจารณาเกณฑ์ความสูงอายุของนักวิชาการข้างต้น จะเห็นได้ว่าการจะเป็นผู้สูงวัยนั้นจะพิจารณาจากอายุจริงตามปีปฏิทิน (chronological aging) ประกอบกับความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ (physiological aging and psychological aging) บทบาทหน้าที่ทางสังคมที่ถูกลดระดับลง เช่น การเกษียณอายุ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง หรือความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้สูงอายุเพราะเกณฑ์ทางสังคมกำหนด และปัจจัยด้านอื่นๆ มาพิจารณาประกอบกัน ในส่วนของอายุเท่าใดจึงจะถึงว่าเป็นผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศที่จะกำหนด ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาคำหนดอายุ 65 ปี ให้ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ ส่วนประเทศไทยกำหนดอายุ 60 ปี ให้ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยยึดตามปีปฏิทิน และในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี ดังกล่าว

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงและสภาพปัญหาในวัยสูงอายุ

การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นวงจรชีวิตอย่างหนึ่งของชีวิตมนุษย์ที่ทุกคนต้องเผชิญ วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับวัยเด็ก วัยเด็กเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะของการเจริญเติบโต ตรงกันข้ามกับวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่ค่อยๆ เสื่อมถอยลง การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้านได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ดังนี้

2.1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสภาพปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในวัยสูงอายุเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ เพศ การประกอบอาชีพ การดูแลสุขภาพ อาหาร และสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีส่วนในการเร่งหรือชะลอความเสื่อมของร่างกาย (ขวัญดาว กล่ำรัตน์, 2554) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเร็วหรือช้าขึ้นขึ้นอยู่กับสภาพของแต่ละบุคคล จากการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นรูปร่างจะเปลี่ยนแปลง หลังโก่ง ทำให้ส่วนสูงลดลง การสูญเสียปริมาตรของกระดูกทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนและแตกหักง่าย ฟันหลุดร่วง ใบหน้ามีรอยย่น ผิวหนังแห้ง เส้นผมลดน้อยลง สิวผมจะเปลี่ยนเป็นสีเทาและขาว ซึ่งเป็นลักษณะทางกายภาพที่เห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้ในระบบสมองและประสาท การรับรู้ที่ลดลง ความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและการสนองตอบต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมก็ลดลงด้วย การเรียนรู้และความจำลดลง เกิดการหลงลืม การมองเห็นเสื่อมลง การได้ยินจะมีอาการหูตึง การทรงตัวไม่มั่นคง การเคลื่อนไหวช้าลง ในระบบกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อมีขนาดเล็กลงทำให้ไม่มีแรง ระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นระบบที่ชี้ขาดชีวิต หากล้มเหลวจะถึงแก่ความตายได้ อัตราการเต้นของหัวใจจะช้าลง ความดันเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ เพิ่มขึ้น เมื่อผู้สูงอายุออกกำลังกายหรือทำงานหนักจะรู้สึกเหนื่อยง่าย (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย โรคเรื้อรังภาวะทุพพลภาพ และการเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนไหวร่างกายต่างๆ เมื่อมีอายุมากขึ้นโอกาสในการเกิดโรคจะเพิ่มขึ้นด้วย ผลงานวิจัยในอดีตพบว่า ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ, 2542) จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 พบว่า โรคความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง/คลอเลสเตอรอลสูง เป็นโรคที่ผู้สูงอายุไทยเป็นกันมากที่สุดถึงร้อยละ 33.69 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 15.03 โรคเก๊าท์/ รูมาตอยด์ ปวดเข่า/ หลัง/คอเรื้อรัง ร้อยละ 10.05 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.83 และผู้สูงอายุเพศหญิงมีส่วนในการเป็นโรคสูงกว่าเพศชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักสถิติพยากรณ์, 2555) สอดคล้องกับรายงาน

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่พบว่า โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อัมพฤกษ์หรืออัมพาต ไตวายเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

การเจ็บป่วย โรคเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำตัวต่างๆ ที่เคยทำได้ โดยวัดจากการไม่สามารถประกอบกิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว รวมถึงการเข้าห้องน้ำ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ [บรรณาธิการ], 2555) และต้องได้รับการช่วยเหลือหรือพึ่งพาศักดิ์อื่น นำไปสู่ความจำเป็นของความ ต้องการการดูแล

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ง่ายเพราะระบบของร่างกายเสื่อมถอยลง การดูแลสุขภาพร่างกายเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม โรคบางอย่างมาจากการบริโภคและขาดการดูแลสุขภาพที่ดี เช่น โรคไขมันในเลือดสูง/คอเลสเตอรอลสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น การดูแลสุขภาพในวัยสูงอายุทำได้โดยการเลือกทานสิ่งที่เป็นประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อช่วยป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือชะลอการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายยังเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ดังจะกล่าวในหัวข้อถัดไป

2.1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสภาพปัญหา

ในวัยสูงอายุสภาวะทางร่างกายและจิตใจมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ได้ กล่าวคือ เมื่อมีสุขภาพร่างกายที่ดีสภาพจิตใจก็ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามเมื่อสุขภาพไม่ดีขึ้นสภาพจิตใจก็แย่ ทั้งนี้ปัญหาด้านจิตใจมาจาก 2 สาเหตุหลัก คือ 1) จาก*การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย* เนื่องจากระบบประสาทและสมองเสื่อมลง การทำงานบางอย่างของอวัยวะหรือต่อมไร้ท่อส่งผลโดยตรงต่อจิตใจและอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า รู้สึกสับสน วิตกกังวล ไม่สบายใจ การเรียนรู้และการจดจำมีประสิทธิภาพลดลงเกิดการหลงลืม ทำให้รู้สึกหงุดหงิดง่าย เป็นต้น 2) จาก*การเปลี่ยนแปลงทางสังคม* เมื่อเกษียณอายุจากการทำงาน การหยุดทำหน้าที่ต่างๆ ที่เคยทำมาทำให้มีเวลาว่าง รู้สึกเหงาเพราะขาดการติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน เจ้านายหรือลูกน้อง (ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, 2556) นอกจากนี้ในวัยสูงอายุเป็นวัยที่เผชิญกับความสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อน การอยู่อย่างโดดเดี่ยวทำให้รู้สึกว่าเหงาได้ ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังเนื่องจากการเสื่อมของสภาพร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกไม่มั่นใจหรือการต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิดง่าย โกรธง่าย น้อยใจ จนอาจเกิดการขัดแย้งกับบุตรหลาน (ขวัญดาว กล้ารัตน์, 2554) จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีคะแนนสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 31.98 คะแนน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับสุขภาพจิตของคนไทยทั่วไป (ค่ามาตรฐานคือ 27.01-34 คะแนน) โดยผู้สูงอายุวัยต้น จะมีคะแนน

สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติพยากรณ์, 2555) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวแบบค่อยเป็นค่อยไป หากปรับตัวไม่ได้อาจจะเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ปัญหาทางจิต (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534)

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ในวัยสูงอายุสภาวะทางจิตใจและอารมณ์มีความอ่อนไหวง่ายกว่าวัยอื่นๆ การมีเวลาว่างทำให้ผู้สูงอายุเก็บเรื่องราวมาคิดมากจนเกิดความเครียด หรือการที่บุคคลรอบข้างไม่เข้าใจก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกวุ่นวายเป็นปัญหา สิ่งสำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุคือ การปรับตัวและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป นอกจากนี้การรับฟังและความเข้าใจของบุคคลรอบข้างจะเป็นกำลังใจสำคัญให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

2.1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสภาพปัญหา

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในระยะหลายปีที่ผ่านมาสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ครอบครัวไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยาย (Extended Family) ไปเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ในอดีตครอบครัวไทยประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 รุ่น เป็นลักษณะครอบครัวใหญ่ แต่ในปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) นอกจากนี้บทบาทของผู้หญิงที่เคยทำหน้าที่แม่บ้านเลี้ยงดูบุตร ให้การช่วยเหลือดูแลสมาชิกในครอบครัวได้ออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้บิดามารดาที่สูงอายุต้องขาดผู้ดูแลและอยู่กันตามลำพังมากขึ้น (พันธ์ทิพย์ วรราช, 2551) จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่คนเดียวตามลำพังมากขึ้นถึงร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2557 จากร้อยละ 7.7 ในปี พ.ศ. 2550 และผู้ที่ดูแลการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 42 เป็นบุตรหญิง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติพยากรณ์, 2557)

การเปลี่ยนแปลงของสภาพครอบครัวทำให้เกิดผลกระทบกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากบุตรหลานแยกครอบครัวออกไป การไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานจึงทำให้รู้สึกว้าเหว่ หมตกำลังใจ ในอดีตผู้สูงอายุได้รับการยกย่องจากบุคคลในครอบครัว ถือเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน แต่ในปัจจุบันทัศนคติของคนวัยหนุ่มสาวที่มีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป (ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, 2556) ระบบการเคารพผู้อาวุโสก็ลดลง สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุทั้งการใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมก็เปลี่ยนแปลงด้วย ในครอบครัวผู้สูงอายุถูกลดบทบาทจากหัวหน้าครอบครัวเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นที่ปรึกษา ผู้ดูแลบ้าน เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนหมดความสำคัญและจะเห็นได้ชัดเมื่อผู้สูงอายุเกษียณจากงาน ผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคมที่สูง มีความภาคภูมิใจในหน้าที่การงานจะรู้สึกสูญเสียอำนาจ ตำแหน่ง ความเคารพยกย่องและรายได้ แต่ใน

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุจะสามารถปรับตัวได้มากกว่า (ขวัญดาว กล่ำรัตน์, 2554)

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมทำให้เกิดผลกระทบกับผู้สูงอายุทางด้านสถานภาพและบทบาท ขนาดของครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุถูกละเลยและขาดการดูแลเอาใจใส่ เกิดช่องว่างระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถูกลดสถานภาพและบทบาทลงเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุยังคงต้องการการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวและสังคม การดูแลเอาใจใส่ของบุคคลในครอบครัวหรือเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.1.2.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสภาพปัญหา

เมื่อผู้สูงอายุเกษียณอายุออกจากงานย่อมไม่มีรายได้ แต่ยังคงมีความต้องการด้านเงินเพื่อการดำรงชีพ ดูแลสุขภาพ ค่ารักษาพยาบาล และค่าปรับปรุงที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มสูงขึ้นต่อไปในอนาคต ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุคือ การมีชีวิตที่ยืนยาวเกินกว่าทรัพย์สินที่เก็บสะสมไว้ใช้ในบั้นปลายชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากกองทุนบำเหน็จบำนาญหรือได้รับความคุ้มครองเพียงบางส่วน (ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, 2556) การเก็บออมเงินหรือทรัพย์สินในวัยทำงานเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายหลังวัยเกษียณจึงต้องเป็นไปด้วยความระมัดระวัง เพราะผู้สูงอายุไม่สามารถทราบได้ว่าเงินหรือทรัพย์สินที่เก็บออมนั้นเพียงพอสำหรับช่วงชีวิตของตนหรือไม่ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553) การขาดรายได้ทำให้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อความยากจน (วรเวศม์ สุวรรณระดา และรักชนก คชานุกูล, 2557) ประกอบกับภาวะทางเศรษฐกิจที่ค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้นทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ต้องการการพึ่งพิงจากครอบครัว ชุมชน และภาครัฐ

ในปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงมีบทบาทในกำลังแรงงาน จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 38.4 ยังคงทำงานอยู่และผู้สูงอายุวัยต้นมีสัดส่วนในการทำงานมากกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย จากการสำรวจนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 25.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อปี¹ 20,000-39,999 บาท ในขณะที่ร้อยละ 21.6 คือผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีต่ำกว่า 20,000 บาท แหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตส่วนใหญ่มาจากบุตรร้อยละ 36.7 รองลงมาคือรายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุเองร้อยละ 33.9 จากเบี้ยยังชีพของราชการร้อยละ 14.8 และจากเงินบำเหน็จ บำนาญร้อยละ 4.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

¹ รายได้เฉลี่ยต่อปี หมายถึง รายได้จากทุกแหล่งในการเลี้ยงชีพตนเอง/ครอบครัวที่ผู้สูงอายุได้รับ ทั้งที่เป็นเงินและสิ่งของหรือทรัพย์สินที่สามารถประเมินมูลค่าได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติพยากรณ์, 2557)

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจจะเห็นได้ชัดหลังจากผู้สูงอายุเกษียณจากงาน ทำให้ขาดรายได้ แต่ผู้สูงอายุยังคงมีความจำเป็นต้องใช้จ่ายในด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอื่นๆ การสะสมเงินออมและเตรียมความพร้อมก่อนวัยเกษียณจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถวางแผนและประมาณค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ เพื่อไม่ทำให้ตนเองลำบากในยามบั้นปลายและลดการพึ่งพิงบุตรหลาน การให้โอกาสผู้สูงอายุที่ร่างกายแข็งแรงและมีความสามารถได้ประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ผู้สูงอายุจะภูมิใจและรู้สึกว่าตนมีคุณค่า

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ *ด้านร่างกาย* ในวัยสูงอายุ กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเป็นไปในลักษณะที่เสื่อมถอยลง ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายกว่าปกติ การทำงานของสมองและระบบประสาทเสื่อมส่งผลถึงสภาพจิตใจ นอกจากนี้ การเจ็บป่วยยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ นำมาสู่ปัญหาสุขภาพจิต *ด้านจิตใจ* เป็นผลสืบเนื่องมาจากร่างกายดังเช่นคำกล่าวที่ว่า “ใจเป็นนายกายเป็นบ่าว” เมื่อสุขภาพจิตดี สุขภาพร่างกายย่อมดีไปด้วย และสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว *ด้านสังคม* การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียสถานะทางสังคม ถูกลดบทบาทลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิตใจ มีความรู้สึกว่าเหว่ น้อยใจ และเป็นโรคซึมเศร้าได้ *ด้านเศรษฐกิจ* หลังจากเกษียณออกจากงาน การขาดรายได้ก็ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาครอบครัวมากขึ้น จนรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ก็ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านนี้เป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญและกระทบกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ อาจมีความแตกต่างกันไปในผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ดังนั้น การเตรียมพร้อมและการปรับตัวให้เข้ากับสถานะการเปลี่ยนแปลงจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

2.1.3 ความต้องการของผู้สูงอายุ

บุคคลไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดย่อมมีความต้องการขั้นพื้นฐานคือ ปัจจัย 4 (อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่ อาศัย และการรักษาพยาบาล) สำหรับวัยสูงอายุมีความต้องการเฉพาะ ในการดูแลสุขภาพอนามัย สังคมและเศรษฐกิจที่มากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ปัญหาด้านสุขภาพ การเกษียณอายุ การถูกลดบทบาทจากครอบครัวและสังคม และการขาดรายได้ ผู้วิจัยได้รวบรวมความต้องการของผู้สูงอายุประกอบด้วย ความต้องการขั้นพื้นฐาน ความต้องการสวัสดิการสังคม และความต้องการการดูแลในสถานบริการ ดังนี้

2.1.3.1 ความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2534) ได้แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการทางกายและจิตใจ ความต้องการทางสังคม และความต้องการทางเศรษฐกิจ ดังนี้

1) *ความต้องการทางกายและจิตใจ (Physical and Psychological Needs)* เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์คือ ปัจจัย 4 ส่วนความต้องการทางจิตใจเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นภายหลัง เป็นสิ่งที่สัมผัสไม่ได้แต่รู้สึกได้ ได้แก่ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (security needs) ความต้องการการยอมรับนับถือ (recognition needs) ความต้องการมีโอกาสก้าวหน้า (opportunity needs) ในด้านที่อยู่อาศัยนั้น ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัว รู้สึกไม่มั่นคงและต้องการที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย ในด้านการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยการรักษาพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ

2) *ความต้องการทางสังคม (Social Needs)* ลักษณะของความต้องการ ได้แก่ ความยกย่องนับถือ (sense of recognition) ความสำคัญ (sense of importance) ความเป็นเจ้าของ (sense of belonging) การมีโอกาสทำในสิ่งที่ตนเองปรารถนา (sense of opportunity) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมก็ทำให้ทัศนคติและค่านิยมที่มีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ลดลง ผู้สูงอายุต้องการให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญและได้รับความยกย่อง

3) *ความต้องการทางเศรษฐกิจ (Economical Needs)* สภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุต้องการได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากครอบครัวและการจัดหาอาชีพจากภาครัฐ เนื่องจากผู้สูงอายุยังมีความต้องการจะเป็นผู้ที่มีบทบาททางเศรษฐกิจและอยากช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้นักวิชาการต่างประเทศได้ศึกษาความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ โดยแบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

- 1) ความต้องการมีชีวิตที่ยืนยาวเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่ประสบปัญหาในการดำรงชีวิต
- 2) ความต้องการการพักผ่อนจากการทำงานที่ซ้ำซาก
- 3) ความต้องการรักษาความภาคภูมิใจที่เคยได้รับจากครอบครัวและสังคม
- 4) ความต้องการการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆ มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็น

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ยังได้สรุปความต้องการของผู้สูงอายุจากนักวิชาการท่านอื่นๆ ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง ชีวิตการทำงาน ความรู้สึกทางอารมณ์ ชีวิตครอบครัว ชีวิตสังคม และการใช้เวลาว่าง ซึ่งความต้องการดังกล่าวเป็นความต้องการเน้นทางด้านจิตใจและสังคมมากกว่าด้านร่างกาย สอดคล้องกับ ศรีทับทิม รัตนโกศล 2527 (อ้างถึงในศิริบุญ จงวุฒิเวทย์, 2553) ซึ่งแบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากบุคคลนอกครอบครัว เช่น องค์กรภาครัฐและภาคเอกชน 2) ความต้องการการ

ประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันชราภาพเพื่อไม่ให้ตนเองเป็นภาระกับบุตรหลาน 3) ความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชน 4) ความต้องการลดการพึ่งพา การส่งเสริมของครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรม และรู้จักพึ่งพาตนเอง 5) ความต้องการด้านสังคม 6) ความต้องการทางร่างกายและจิตใจ 7) ความต้องการทางเศรษฐกิจ การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากครอบครัว และการช่วยจัดหาอาชีพจากภาครัฐ

กล่าวโดยสรุป ความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุโดยหลักๆ คือ ต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การดูแลทางสังคมและเศรษฐกิจ ความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุคือ การรักษาพยาบาล ในวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความต้องการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลจึงพิเศษกว่าวัยอื่นๆ นอกจากนี้การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงปลอดภัยจะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตในยามบั้นปลายอย่างสุขสงบ ความต้องการทางสังคม ผู้สูงอายุยังคงต้องการมีบทบาทในสังคม ได้รับความยกย่องและทำในที่ตนสิ่งปรารถนา ไม่ว่าจะเป็นการทำกิจกรรมนันทนาการ งานอดิเรกอื่นๆ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่วนความต้องการด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุไม่มีรายได้เนื่องจากไม่ได้ทำงาน จึงมีความต้องการช่วยเหลือทางการเงินทั้งจากครอบครัวและภาครัฐ

2.1.3.2 ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 ได้ให้ความหมายคำว่าสวัสดิการสังคมว่าหมายถึง ระบบการจัดบริการสังคมที่ช่วยป้องกัน แก้ไขปัญหา พัฒนา และส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ ทั้งทางด้านการศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงานและการมีรายได้ นันทนาการ กระบวนการยุติธรรม และบริการทางสังคมทั่วไป งานสวัสดิการสังคมจึงครอบคลุมในหลายด้าน ("พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 ", 2546) จากการศึกษาของสิริกัญญา ปานพ่วงศรี 2543 เรื่อง การจัดสวัสดิการของภาครัฐแก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ในด้านสวัสดิการนั้น ผู้สูงอายุมีความต้องการให้ภาครัฐลดหย่อนภาษีรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุและบุคคลที่อุปการะผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 60.5 รองลงมาคือมีความต้องการให้ภาครัฐจัดศูนย์บริการผู้สูงอายุและหน่วยสงเคราะห์เคลื่อนที่ให้เพียงพอและทั่วถึงร้อยละ 47.5 มีความต้องการให้รัฐจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางร่างกายและจิตใจร้อยละ 44.5 และมีความต้องการให้ภาครัฐจัดสวัสดิการสังคม ด้านสุขภาพอนามัย การจัดหาอาชีพ ที่อยู่อาศัย สถานที่พักผ่อนและนันทนาการร้อยละ 41.5 (สิริกัญญา ปานพ่วงศรี, 2543)

นอกจากนี้ยังมีความต้องการให้ภาครัฐจัดบริการเพิ่มเติม การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2545 ความต้องการที่ผู้สูงอายุเห็นว่าควรจัดหาเพิ่มเติม คือ การจัดบริการตามบ้าน (Home care) เพื่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุ บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในตอนกลางวัน สวนสาธารณะหรือสนามกีฬาในการออกกำลังกาย การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในที่สาธารณะ เช่น ทางลาด บันไดเลื่อน เป็นต้น (ณัฐพงษ์ พบสมย์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริบุญ จงวุฒิเวศย์ 2556 เรื่อง การบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุต้องการบริการช่วยเหลือเพิ่มเติมด้านสุขภาพอนามัย ทั้งตรวจสุขภาพ การตรวจเยี่ยมตามบ้าน กิจกรรมออกกำลังกาย เป็นต้น ร้อยละ 37.5 รองลงมามีความต้องการให้ปรับเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุร้อยละ 15 และมีความต้องการให้ภาครัฐส่งเสริมด้านรายได้และอาชีพ ร้อยละ 8.75 (ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, 2556)

กล่าวโดยสรุป งานสวัสดิการสังคมเป็นงานที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล โดยภาครัฐเป็นผู้จัดสวัสดิการให้กับประชาชน ทั้งในรูปแบบประกันสังคม สังคมสงเคราะห์ บริการทางสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้สูงอายุมีความต้องการให้ภาครัฐส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพและสังคมเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังมีบริการเพิ่มเติมคือ การจัดบริการตามบ้าน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น ในการจัดสวัสดิการภาครัฐนั้นจะต้องทราบถึงปัญหาหรือความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อที่กำหนดนโยบายได้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ และเพื่อทรัพยากรที่จัดสรรนั้นจะได้เกิดประโยชน์สูงสุด

2.1.3.3 ความต้องการการดูแลในสถานบริการ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นโรคเรื้อรัง หรือภาวะทุพพลภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ในขณะที่การพึ่งพิงของผู้สูงอายุก็เพิ่มขึ้นตามวัย ผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น และขาดผู้ดูแลเนื่องจากบุตรหลานต้องออกไปทำงาน ผู้สูงอายุมีอัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้น และเข้าพักในสถานบริการเพิ่มขึ้นด้วย (ศิริพันธ์ุ สาสัจย์ และคณะ, 2558) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวิทย์ วิบูลผล ประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และ ทิพวรรณ อิศรพัฒนสกุล 2540 พบว่า มีผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้เพิ่มขึ้นละมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งการดูแลในครอบครัวและในสถานบริการ (อ้างถึงใน ศิริพันธ์ุ สาสัจย์ และคณะ, 2552)

ความต้องการในสถานบริการเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ต้องพักอาศัยในสถานบริการ ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความเจ็บป่วยหรืออยู่ในสภาวะทุพพลภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงมีความต้องการการช่วยเหลือดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาของ Brown 2001 (อ้างถึงใน พันธุ์ทิพย์ วรวาท, 2551) ได้ศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริการ พบว่า ผู้สูงอายุมี

ความต้องการการช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเปลี่ยนเครื่องแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น การทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ การดูแลและการจัดการในเรื่องของยาที่ได้รับ การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ พันธุ์ทิพย์ วรวาท 2551 เรื่อง การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริการเอกชนเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักอาศัยในสถานบริการเนื่องจากครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้และผู้สูงอายุบางรายขาดผู้ดูแล มีความต้องการการดูแลจากแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลที่มีความทักษะ ความชำนาญ มีความเจ็บป่วยอย่างน้อย 1-2 โรค ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องการการช่วยเหลือในเรื่อง การเดิน การอาบน้ำ การดูแลเรื่องยา ภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องการได้รับการอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น การพาไปโรงพยาบาล บริการซักกรีด เป็นต้น (พันธุ์ทิพย์ วรวาท, 2551)

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะมีความต้องการการดูแลเพื่อช่วยเหลือสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงต้องอาศัยสถานบริการเพื่อช่วยดูแลปัญหาสุขภาพดังกล่าว ในปัจจุบันมีสถานบริการหลากหลายที่ให้การดูแลผู้สูงอายุซึ่งจัดบริการโดยหน่วยงานภาคเอกชนและภาครัฐ

จะเห็นได้ว่า ความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุจะถูกนำมาใช้เพื่อการจัดสวัสดิการจากรัฐหรือการจัดบริการในสถานบริการ การทราบความต้องการของผู้สูงอายุจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงจุด ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์สำหรับบุคคลในครอบครัวไปจนถึงหน่วยงานภาคเอกชนในการจัดบริการหรือหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ

2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2.2.1 ความหมายของการดูแลระยะยาว

จากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแล ในงานวิจัยนี้ “การดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ สังคม และการเงิน โดยผู้ให้การดูแลคือ ครอบครัว ชุมชน และในสถาบัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข” ในปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพคือ การเป็นโรคเรื้อรัง ประสบปัญหาภาวะทุพพลภาพทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงจึงต้องพึ่งพาผู้อื่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลระยะยาว

เพื่อให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ทั้งนี้ มีนักวิชาการและผู้สนใจศึกษาได้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวไว้ ดังนี้

คอฟ (Koff 1982) ได้ให้ความหมายการดูแลระยะยาวว่าหมายถึง บริการที่ออกแบบเพื่อวินิจฉัยโรค ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู สนับสนุนและการดูแลรักษา บรอดี้ Brody (1984) ได้ให้ความหมายการดูแลระยะยาวว่า การดูแลระยะยาวเป็นการจัดหาบริการอย่างหนึ่งหรือมากกว่านั้นในการรักษาบุคคลผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพื่อให้บุคคลเหล่านั้นมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดี (อ้างถึงใน Kart Cary Steven, 1990)

เนลดา แมคคอลลี (Nelda McCall, 2001) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลระยะยาวว่าหมายถึง ความต่อเนื่องของการบริการทางการแพทย์และสังคม ถูกออกแบบมาเพื่อรองรับความต้องการของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน บริการการดูแลระยะยาวนั้นประกอบด้วย การให้บริการทางการแพทย์แบบดั้งเดิมโดยแพทย์และโรงพยาบาล ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการในชุมชน เช่น หน่วยงานบริการดูแลที่บ้าน ผู้ให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สถานบริการและสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน บริการทางสังคมและที่อยู่อาศัย นอกจากนี้การดูแลระยะยายังรวมถึงการบริการที่มากกว่าการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการบริการทางสังคมตลอดจนบริการทางการแพทย์

จอร์จีนี มิวเซอร์ และ กาย คาร์ริน (Jorine Muiser and Guy Carrin, 2007) ได้กล่าวว่า การดูแลระยะยาวไม่ได้มีเพียงแค่อุปการะดูแลในเชิงสถาบันเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลที่บ้านหรือชุมชน วัตถุประสงค์ของการดูแลคือ การรวมบริการทางการแพทย์ พยาบาล และบริการทางสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้มีชีวิตอย่างปกติเท่าที่จะเป็นไปได้ ในประเทศส่วนใหญ่รูปแบบการดูแลระยะยาวนั้นจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและสังคม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO), 2000) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลระยะยาว (Long-term care) ว่า เป็นส่วนหนึ่งของระบบทางสุขภาพและระบบทางสังคม ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแล โดยผู้ให้การดูแลแบบไม่เป็นทางการ คือ ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน และผู้ให้การดูแลแบบเป็นทางการคือ บุคลากรทางวิชาชีพและผู้ช่วย เช่น นักสุขภาพ นักสังคม บุคลากรด้านอื่นๆ และการดูแลโดยอาสาสมัคร

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวว่า เป็นการจัดบริการอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อทดแทนความต้องการพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถให้กระทำหน้าที่ทางสังคม มีสุขภาพและความเป็นอยู่ทางสังคมที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เป็นลักษณะของการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบัน และชุมชน โดยให้มีการกระจายบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมไปถึงกลุ่มเป้าหมายให้ได้มาก

ที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นการจัดบริการทางสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการวินิจฉัย บำรุงรักษา ส่งเสริมสุขภาพ บริการทางสังคมที่เน้นการป้องกัน สร้างเสริมและพัฒนาความเป็นอยู่ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ตามอัตภาพ ครอบคลุมการให้คำปรึกษาทางสังคม การช่วยเหลือที่พักอาศัย การช่วยเหลือส่วนบุคคลหรือบริการอื่นๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ (2551) (อ้างถึงใน ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ ทศนา ชูวรรณระพรรณ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2553) ได้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวว่า เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรม รวมถึงบริการในสถาบันหรือในชุมชนหลายระดับ เช่น สถานดูแลกลางวัน บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่พักชั่วคราว การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน บริการฟื้นฟูสภาพ การดูแลที่ต้องอาศัยทักษะทางการแพทย์ การดูแลระยะสุดท้าย และการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมักเป็นการดูแลที่แยกต่างหากจากสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วรเวศม์ สุวรรณระดา (2552) ได้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวว่า เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ อันมีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของร่างกายหรือเกิดจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการ โดยดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลทางการเงิน ที่อยู่อาศัย และการดูแลอื่นๆ ที่เป็นสิ่งจำเป็น โดยอาจเป็นการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และในสถาบัน

จากการทบทวนความหมายของการดูแลระยะยาวดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องมีระยะเวลายาวนาน ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาสุขภาพมากและมีโรคเรื้อรัง การดูแลระยะยาวจึงถือเป็นบริการของผู้สูงอายุ ด้วยการดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่ครอบคลุมด้านสุขภาพและสังคม วรเวศม์ สุวรรณระดา ยังให้ความหมายการดูแลระยะยาวว่ารวมถึงการดูแลทางด้านการเงิน ดูแลด้านอื่นๆ ที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุ ผู้ให้การดูแลอย่างเป็นทางการคือ บุคลากรทางวิชาชีพผู้มีความเชี่ยวชาญ เช่น นักสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้การดูแลอย่างไม่เป็นทางการคือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร และชุมชน ซึ่งกนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ ยังรวมถึงบริการในสถาบันและบริการในชุมชน และเป็นการดูแลที่แยกจากสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย “การดูแลระยะยาว” หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นบริการที่ให้การดูแลรักษา ป้องกัน ฟื้นฟูแก่ผู้สูงอายุ ที่แยกจากการรักษาทางการแพทย์โดยตรง ประสานการให้บริการทางสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกันทั้งบริการในสถาบันและบริการในชุมชน ผู้ที่ให้การดูแลอย่างเป็นทางการคือ บุคลากรทางวิชาชีพ และผู้ที่ให้การดูแลอย่างไม่เป็นทางการคือ ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

2.2.2 ประเภทการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาวมีหลายประเภทขึ้นอยู่กับลักษณะการให้บริการ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2000) ได้แบ่งประเภทของการดูแลระยะยาว การดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การดูแลในสถาบัน (*Institutional or residential long term care*) การให้การดูแลที่มีบุคคลตั้งแต่ 3 คนหรือมากกว่าในสถานที่เดียวกัน 2) การดูแลที่บ้าน (*Home care*) การดูแลเฉพาะในบ้านหรือการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วม เช่น ศูนย์ดูแลกลางวัน หรือการบริการดูแลชั่วคราว รวมถึงการให้การดูแลกับบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงาน หรือในชุมชนแออัด 3) การดูแลแบบเป็นทางการ (*Formal care*) การจัดบริการของภาครัฐ องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร (ระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ) หรือองค์กรภาคเอกชน โดยมีผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์) และผู้ช่วยที่ช่วยดูแลในการอาบน้ำแต่งตัว 4) การดูแลแบบไม่เป็นทางการ (*Informal care*) การดูแลโดยสมาชิกของครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

นอกจากนี้ เธอร์คอร์ เอช. คอฟฟ์ (Theodore H. Koff, 1982 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ได้แบ่งประเภทของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการที่บ้าน (*Integrated Home-Service Center Model*) เป็นศูนย์ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการทางสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุนอกจากครอบครัว จัดบริการในศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความพร้อมและความสะดวก โดยเสียค่าบริการบางส่วน มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น บริการการดูแลสุขภาพ บริการให้คำปรึกษา จัดรถรับส่ง การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน และบริการด้านกฎหมาย

2) รูปแบบรวมบริการ (*Congregate Service Model*) เป็นการรวบรวมบริการการจัดบริการพื้นฐานหลายประเภทด้วยกัน ให้การดูแลโดยสถาบันครอบครัวจึงมีบทบาทน้อย โดยการจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ จัดบริการในบ้านพักคนชราหรือครอบครัวอุปถัมภ์ มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น ให้บริการด้านอาหาร นันทนาการ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน บริการรถรับส่ง และให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การบริการแตกต่างจากรูปแบบแรกโดยเป็นการให้บริการของสถาบันและบริการส่วนใหญ่เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน

3) รูปแบบดูแลที่บ้าน (*Home Care Service*) บริการเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว เป็นการเลี้ยงไม่ให้ผู้สูงอายุเข้าไปอยู่ในสถาบัน จึงจัดบริการที่บ้าน มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น บริการอาหาร บริการแม่บ้าน บริการทางโทรศัพท์ บริการดูแลสุขภาพกลางวัน บริการเยี่ยมบ้าน และบริการรับส่งในการไปโรงพยาบาล

4) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (*Institution Care model*) เป็นบริการที่ให้การบำบัดฟื้นฟู และการพักผ่อนหลังจากการเจ็บป่วย การดูแลในสถาบันจะทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือหรือพึ่งพาตนเองได้น้อยลง บริการในสถาบันต้องอาศัยงบประมาณจากรัฐ จัดบริการในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษา ระยะเวลา มีบริการห้องพักทำความสะอาด ให้การดูแลทางการแพทย์และพยาบาล นันทนาการ อาชีวบำบัด และบริการสังคมอื่นๆ

ส่วน ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ (2554) ได้แบ่งประเภทของการดูแลระยะยาวออกเป็น 2 ประเภท คือ การดูแลในสถาบัน (*institutional care*) และการบริการดูแลในชุมชน (*community care services*) ตามประเทศออสเตรเลียและประเทศญี่ปุ่น (*Australia of Health and Welfare, 2005; Lassey and Lassey, 2001 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2554*) ดังนี้

1) การดูแลสถาบัน (*institutional care*) คือ การให้การดูแลในสถานบริการ ได้แก่

1.1) สถานพยาบาลฉุกเฉิน (*acute care*) เช่น โรงพยาบาลที่ให้บริการกรณีผู้ป่วยสูงอายุมีอาการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน และต้องการพักรักษาตัวระยะยาวในโรงพยาบาล

1.2) สถานพยาบาลกึ่งฉุกเฉิน (*sub-acute care*) ให้บริการรายที่พ้นภาวะวิกฤตแต่ยังต้องการการฟื้นฟูก่อนกลับไปอยู่ที่บ้าน

1.3) สถานดูแลระยะยาว (*institutional long-term care*) เป็นสถานบริการที่ต้องการการพยาบาลบางส่วน เช่น สถานบริการผู้สูงอายุ (*nursing home*) สถานดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต (*hospice care*) สถานดูแลชั่วคราว (*respite care*) หรือต้องการที่พักอาศัยเท่านั้น เช่น บ้านพักคนชรา (*residential home*)

2) การบริการดูแลในชุมชน (*community care services*) โดยการช่วยเหลือด้านกิจกรรมและความต้องการพื้นฐาน เช่น การดูแลกิจกรรมส่วนตัวในชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร ปรับปรุงที่อยู่อาศัย โดยมีบริการสนับสนุนการดูแลที่บ้าน เช่น บริการเยี่ยมบ้าน ช่วยเหลืองานบ้าน จัดส่งอาหารถึงบ้าน ศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลกลางวัน ศูนย์บริการกลางวัน เป็นต้น

ส่วน วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) ได้แบ่งประเภทของการดูแลระยะยาวออกเป็น 3 ประเภท โดยให้ความสำคัญกับ “สถานที่” ที่ให้การดูแล ดังนี้

1) การดูแลในครอบครัว (*Home Care*) ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลในครอบครัวจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุข อบอุ่น เป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของนักวิชาชีพ นักวิชาชีพและสมาชิกในครอบครัวสามารถทำงานร่วมกัน เพื่อช่วยฟื้นฟูผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ การดูแลในครอบครัวอาจแบ่งได้เป็น การดูแลของสมาชิกในครอบครัว และการซื้อบริการจากภายนอกหรือทั้งสองประเภทร่วมกัน

2.การดูแลโดยชุมชน (Community Care) เป็นการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างจิตสำนึกของประชาชนในการดำเนินงานเพื่อชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในบ้านจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตให้มีการดูแลที่เหมาะสม

3.การดูแลในสถาบัน (Institution Care) เป็นการจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกในรูปแบบที่พักอาศัย แบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลในสถานสงเคราะห์ (Elderly Home Care) ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุที่ยากไร้ โดยหน่วยงานของภาครัฐหรือเอกชน ในลักษณะการให้บริการฟรี ให้บริการพื้นฐาน ปัจจุบัน 4 การพยาบาลและการส่งคนสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานี่รับดูแล (Nursing Home Care) ให้บริการฟื้นฟูร่างกาย ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีการบริการนันทนาการอื่นๆ

4. การดูแลในสถานการณพิเศษ เป็นการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย โดยให้ความสำคัญกับการควบคุมและบรรเทาอาการเจ็บป่วยมากกว่าการรักษาโรค

จะเห็นได้ว่า การพิจารณาประเภทการดูแลระยะยาวของนักวิชาการดังกล่าว มีความคาบเกี่ยวของการบริการโดยการแบ่งประเภทการดูแลระยะยาวของ เฮอร์ดอร์ เอช. คอฟฟ์ รูปแบบการรวมบริการและรูปแบบการดูแลในสถาบันมีความคล้ายกันในด้านสถานที่และการบริการ ผู้วิจัยได้สรุปประเภทการดูแลระยะยาวจากนักวิชาการดังกล่าว โดยยึดจากมิติของผู้ให้บริการและสถานที่เป็นหลัก ดังนั้น การดูแลระยะยาวจะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ การดูแลที่บ้านโดยสมาชิกครอบครัว การดูแลในชุมชนโดยบุคคลในชุมชน และการดูแลในสถาบันโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญ สำหรับงานวิจัยนี้จะทบทวนการดูแลระยะยาว 2 รูปแบบ คือ การดูแลระยะยาวในชุมชน และการดูแลระยะยาวในสถาบัน ดังหัวข้อถัดไป

2.2.2.1 การดูแลระยะยาวในชุมชน

การดูแลในชุมชน (Community care) คือ บริการหรือการสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข ภาวะที่ดี อยู่ได้ด้วยตนเอง เป็นการดูแลโดยครอบครัว เพื่อน และชุมชน เป้าหมายในการดูแลระยะยาวของชุมชน คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (Department of Human Service, 1989 อ้างถึงใน สัมฤทธิ์ ศรีธีรารักษ์ สวัสดิ์ และคณะ, 2550)

1) แนวคิดการดูแลระยะยาวในชุมชน

แนวคิดการให้ชุมชนเป็นผู้ดูแลถูกพัฒนามาจากแนวคิดการลดการพึ่งพิงจากบริการภายนอก (Deinstitutionalization) ร่วมกับแนวคิดการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม และเครือข่ายทางสังคม โดยเน้นที่ศักยภาพภาพของปัจเจกบุคคล คือ ความต้องการมีอิสระเสรีภาพในการดูแลตนเอง คุณค่าของ

การเป็นมนุษย์ และศักยภาพในการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล แนวคิดการดูแลในชุมชนเป็นรูปแบบหนึ่งในการลดการเข้าสู่สถานบริการ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ให้บุคคลในชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะผู้นำชุมชนจะเป็นแกนนำสำคัญในการวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงทำหน้าที่ในการประสานงานดูแลภายในชุมชน และระหว่างชุมชนกับองค์การ ส่วนกลุ่มคนวัยหนุ่มสาวจะช่วยเป็นกำลังดำเนินการใช้ความคิด กลุ่มที่กำลังจะเข้าสู่วันสูงอายุจะช่วยในการกำหนดทิศทาง ความต้องการของผู้สูงอายุในอนาคต ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุเองจะสามารถถ่ายทอดความรู้ความสามารถของตนเองให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

2) รูปแบบของการดูแลระยะยาวในชุมชน

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2550 ได้รวบรวมรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานภาครัฐยังเป็นกลไกหลักในการจัดให้มีรูปแบบกิจกรรมหรือบริการต่างๆ และได้ให้ความสำคัญกับการให้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ (Home Care and Community Care for the Elderly) รูปแบบในการดูแลระยะยาวในชุมชนมีดังนี้ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ [บรรณารักษ์], 2551)

1. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care for the Elderly)

ในปี พ.ศ. 2545 กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเป็นระบบที่ดูแล และคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชน โดยความร่วมมือของประชาชนกับท้องถิ่น และได้ขยายพื้นที่ในการดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ในส่วนของสภาผู้สูงอายุไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระราชชนนี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้เปิดโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีอนามัย ให้ฝึกอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

2. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันได้ขยายการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ

3. วัดส่งเสริมสุขภาพ

วัดเป็นสถานที่รวมพลังศรัทธาของชาวบ้าน เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงมีโครงการ “วัดส่งเสริมสุขภาพ” เพื่อให้เป็นสถานที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน

4. ชมรมผู้สูงอายุ (Elderly Club)

ชมรมผู้สูงอายุเป็นที่พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน ในระยะแรกได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นบริเวณสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทั่วไป ในปี พ.ศ. 2548-2549 มีวาระแห่งชาติ เรื่อง “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) จึงได้มีการส่งเสริมให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในทุกตำบล โดยการสนับสนุนของกระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร และสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

5. ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (Multi-Purpose Senior Citizen Center)

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุได้เริ่มโครงการศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป็นศูนย์กลางการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลในชุมชน บริหารงานโดยสมาชิกในชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา มีกิจกรรมได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายและโภชนาการ การประกอบอาชีพ การถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ รวมถึงการบำเพ็ญประโยชน์ของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ศศิปพัฒน์ ยอดเพชร (2544) ได้แบ่งรูปแบบในการดูแลโดยชุมชนออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Daycare for Older Persons)

เป็นรูปแบบที่จัดบริการโดยชุมชน รวมบริการพื้นฐานด้านสังคม และสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวได้นานที่สุดโดยอาจจะให้บริการที่บ้านหรือที่ศูนย์ของชุมชนก็ได้ โดยทั่วไป บริการดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวันเป็นบริการเพื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการดูแล เศรษฐกิจ และสังคม ให้ผู้สูงอายุที่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยวได้ออกมาพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยกันหรือบุคคลอื่นๆ ช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลชั่วคราวของทางครอบครัว เป็นสถานที่ฟื้นฟูสุขภาพ และเป็นที่ให้บริการที่พักอาศัยชั่วคราว ลักษณะกิจกรรมในการดูแลดังกล่าวนี้ ประกอบด้วย การดูแลรักษาพยาบาลทั่วไป การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการและใจ ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว และกิจกรรมนันทนาการอื่นๆ

2. ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multi-purpose Senior Center)

ศูนย์อเนกประสงค์เป็นสถานที่ที่ช่วยอำนวยความสะดวกของชุมชน ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์นี้เพื่อช่วยคลายความเหงาให้กับผู้สูงอายุ ให้การช่วยเหลือดูแลส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว จัดอาหารที่ถูกต้องโภชนาการ ส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการทางการแพทย์ ทันตแพทย์ จักษุแพทย์ กายภาพบำบัด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ และจัดกิจกรรมในการหารายได้หรือแลกเปลี่ยนทักษะ ทั้งนี้มีลักษณะกิจกรรมภายในศูนย์ประกอบด้วย *กิจกรรมเกี่ยวกับการสมาคมและนันทนาการ (Social and Recreational Programs)* เพื่อให้เกิดความสนุกสนานและสัมพันธภาพที่ดีซึ่งกันและกัน สร้างโอกาสในการปรับตัวกับผู้อื่นและพัฒนาบุคลิกภาพ ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น กิจกรรมดังกล่าวได้แก่ งานฉลองในโอกาสสำคัญต่างๆ *กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและวัฒนธรรม (educational and Cultural programs)* เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงความสามารถในการเรียนรู้ของตน กิจกรรมในลักษณะนี้ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมศึกษาเพื่อพัฒนาตนเอง เช่น การเรียนภาษาอังกฤษ คอมพิวเตอร์ รวมถึงกิจกรรมทัศนศึกษา ในสถานที่ประวัติศาสตร์หรือแหล่งท่องเที่ยวทั่วไป เป็นต้น *กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ (Health Service and Nutrition Programs)* เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ดูแลและป้องกันสุขภาพของตนเอง ถือเป็นกิจกรรมหลักของศูนย์อเนกประสงค์ มีการจัดบริการตรวจสุขภาพ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ให้ความรู้ด้านโภชนาการและอาจมีกิจกรรมที่นอกเหนือจากนี้

3. ชมรมผู้สูงอายุ (Senior Citizen Club)

ชมรมผู้สูงอายุถูกจัดตั้งโดยชุมชน เป็นกิจกรรมที่ก่อตั้งโดยผู้สูงอายุเอง ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2534 ได้ให้ความหมายของ ชมรมผู้สูงอายุว่า หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่จำนวน 20 คนขึ้นไป มารวมตัวกันเพื่อการพัฒนาตนเองในด้านสุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษา วัฒนธรรม การศึกษาหลักธรรม และร่วมกันพัฒนาสังคม เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมเป็นสำคัญ ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานที่ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาล โรงเรียน ศาลากลางจังหวัด และที่อื่นๆ การดำเนินกิจกรรมที่ทำประจำคือ กิจกรรมทางศาสนา ออกกำลังกาย และตรวจสุขภาพ แต่บริการจัดขึ้นเป็นครั้งคราว อาจจะเป็นเดือนละครั้ง หรือตามแต่โอกาส เพื่อประโยชน์ของสมาชิกในชมรม

4. บริการดูแลจากเพื่อนบ้านและอาสาสมัคร (Neighborhood care and Voluntary Service)

บริการดูแลจากเพื่อนบ้าน (Neighborhood care) ความเป็นเพื่อนบ้านเป็นระบบเกื้อกูลของคนในชุมชน และเป็นเครือข่ายของกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การดูแลจากเพื่อนบ้าน นั้นหมายถึง การที่บุคคลรับบริการจากเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการของชุมชน ในกลุ่มคนที่มีลักษณะ ค่านิยม รูปแบบการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ หรือมีความคุ้นเคยกัน และสมัครใจในการช่วยเหลือซึ่งกัน

และกัน การดูแลจากเพื่อนบ้านนั้นมิวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนในชุมชนเดียวกัน ให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ความใกล้ชิดจะช่วยให้เข้าถึงปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ก่อนการช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ ลักษณะกิจกรรมดังกล่าว ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เป็นเพื่อนคุย การอ่านหนังสือให้ผู้สูงอายุฟัง การบริการนี้มีข้อจำกัดในเรื่องการจัดการ หากการจัดการไม่เข้มแข็งแล้วระบบการเกื้อกูลก็จะไม่แข็งแรง หากดำเนินการไปได้ด้วยดี บริการนี้จะช่วยให้เสริมสร้างระบบชุมชนให้ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

บริการจากอาสาสมัคร (Voluntary Service) เป็นกลุ่มที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของศูนย์เอนกประสงค์ อาสาสมัครที่เข้ามาทำงานต้องเป็นผู้ที่เสียสละเป็นพิเศษ มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน โดยภารกิจส่วนใหญ่คือ งานช่วยเหลือทั่วไป งานฟื้นฟูสุขภาพ งานทัศนศึกษา สังคมวัฒนธรรม และกิจกรรมชุมชนสัมพันธ์ ในส่วนการดำเนินงานตามที่อยู่อาศัย จะเป็นลักษณะของการเยี่ยมบ้าน

กล่าวโดยสรุป แนวความคิดการดูแลและขยายเป็นแนวความคิดที่ลดการพึ่งพิงจากบริการในสถาบัน โดยประสานแนวความคิดพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วม และระบบเครือข่ายทางสังคมเข้าไว้ด้วยกัน โดยคนในชุมชนเพื่อคนในชุมชน และให้ความสำคัญกับการให้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับรูปแบบการดูแลและขยายในชุมชน จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ มีรูปแบบที่เหมือนกันคือ รูปแบบอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ และศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน การดูแลขยายในชุมชนเป็นการดำเนินงาน (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	นักวิชาการ	
	ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2544	สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ 2551
1. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	✓	✓
2. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้าน	-	✓
3. วัดส่งเสริมสุขภาพ	-	✓
4. ชมรมผู้สูงอายุ	✓	✓
5. ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน	✓	✓
6. บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ	✓	-

ที่มา: จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า รูปแบบในการดูแลระยะยาวในชุมชน ประกอบด้วย 6 รูปแบบ ได้แก่ 1) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยใช้คนในชุมชนดูแลคนในชุมชน เข้าไปเยี่ยมบ้าน ดูแลช่วยเหลือทั่วไป พัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และต้องการการดูแลสุขภาพ 3) วัดส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้วัดเป็นศูนย์รวมของชุมชนให้มาทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชน 4) ชมรมผู้สูงอายุ เป็นการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และตนเองสนใจ 5) ศูนย์เเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุและบุคคลในชุมชน มีกิจกรรมด้านสุขภาพ อนามัย กิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น 6) บริการดูแลในเวลากลางวันสำหรับผู้สูงอายุ เป็นบริการที่ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวผู้สูงอายุชั่วคราว โดยดูแลเรื่องการฟื้นฟูทางร่างกาย การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมนันทนาการอื่นๆ

2.2.2.2 รูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

การบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทดังที่ได้อธิบายไว้ข้างต้น ได้แก่ การดูแลระยะยาวในครอบครัว (Home care) การดูแลระยะยาวในชุมชน (Community care) และดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institutional care) ซึ่งแต่ละรูปแบบก็มีการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างกัน สำหรับงานวิจัยนี้ผู้ศึกษาได้เลือกศึกษา การดูแลระยะยาวในสถาบัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน

การดูแลในสถานบริการ (Institutional care) เป็นการให้บริการในสถานบริการ หรือให้บริการ ณ สถานที่ตั้ง แนวความคิดการดูแลในสถาบันมีพื้นฐานมาจาก แนวความคิดในการให้บริการที่เน้นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง (Direct Treatment) และแนวคิดปฏิบัติเชิงสหวิชา (Interdisciplinary Approach) เป็นการร่วมมือระหว่างวิชาชีพ เพราะปัญหาของผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขได้โดยวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง มีลักษณะแนวทางในการทำงานกันเป็นทีม เน้นการประสานงาน และการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจะเป็นการประสานงานกันระหว่างองค์การ หน่วยงาน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

2) คำจำกัดความการดูแลในสถาบัน

การให้บริการดูแลในสถาบันเป็นอีกทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ให้บริการการดูแลรักษา ฟื้นฟู ในรูปแบบของสถานบริการ ทั้งนี้มีผู้ให้คำจำกัดความของการดูแลในสถาบัน ดังนี้

Eving Goffman (1961) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลในสถาบันว่า เป็นการจัดบริการทางสังคมขั้นพื้นฐาน เพื่อให้มีที่อาศัย มีการดูแล มีกิจกรรมที่หลากหลาย และมีความปลอดภัย แต่

การเข้ามารับบริการในสถาบันทำให้สูญเสียบทบาทและสถานภาพของตนมาสู่บทบาทของผู้รับบริการ นอกจากนี้ Naomi Gottlieb (1980) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นการจัดบริการที่พักอาศัยหรือศูนย์ดูแลสุขภาพอนามัย โดยให้คำแนะนำปรึกษา การฝึกอาชีพและเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพให้ผู้รับบริการสามารถใช้เครือข่ายทางสังคมอยู่ได้อย่างเหมาะสม (อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลในสถาบันว่า เป็นการจัดบริการและกิจกรรมขั้นพื้นฐานในรูปแบบที่พักอาศัย เพื่อให้การช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ให้การดูแลปกป้อง รวมถึงพัฒนาศักยภาพโดยการเสริมสร้างทักษะให้กับผู้รับบริการเพื่อให้สามารถกลับไปอยู่ร่วมกันกับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างปกติ

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ 2552 ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลในสถาบันว่า รูปแบบที่พักอาศัยตามวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ และสถานบริการจะต้องมีศักยภาพในการให้บริการการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ให้บริการจากภาครัฐหรือภาคเอกชน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การดูแลในสถาบันเป็นการจัดบริการในรูปแบบที่พักอาศัยรูปแบบหนึ่ง โดยเน้นด้านให้การช่วยเหลือดูแล จัดกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสม ดังนั้น “การดูแลระยะยาวในสถาบัน” หมายถึง การจัดบริการดูแลในรูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ อำนวยความสะดวก มีกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ โดยผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน

3) องค์ประกอบของการให้บริการในสถาบัน

ปีเตอร์สัน และ ควาดาโน (Peterson and Quadagno, 1985) ได้อธิบายองค์ประกอบของการให้บริการในสถาบัน ออกเป็น 4 ปัจจัย (อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) ดังนี้

1. ปัจจัยก่อนเข้ามารับบริการในสถาบัน (Pre-Institutional Factor) ขึ้นอยู่กับปัจจัยย่อย ดังนี้ 1) การปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับผู้อื่น คือ ครอบครัว ญาติ เพื่อน ในลักษณะของการเยี่ยมเยียน 2) คุณลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะทางกายภาพ สุขภาพ สถานภาพทางสังคมและการเงิน 3) พื้นฐานทางด้านจิตใจ คือ สภาพจิตใจ การจัดการในชีวิตและครอบครัวของตนเอง ปัจจัยย่อยเหล่านี้จะมีผลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับบริการดูแลในสถาบัน

2. สภาพแวดล้อมของสถาบัน (Institutional Environment) ประกอบด้วย ปัจจัยย่อย 2 ประการ 1) ลักษณะของสถาบัน คือ นโยบายของแต่ละสถาบัน รูปแบบในการให้บริการ 2) ทรัพยากรที่ใช้ในการบริหารจัดการภายในสถาบัน และสภาพแวดล้อมภายนอกสถาบัน

3. พฤติกรรมทางสังคมของสถาบัน (Institutional Social Behavior) ประกอบด้วย 2 ลักษณะ 1) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการด้วยตนเอง และระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่และบุคคลภายนอก 2) การมีส่วนร่วมในสังคม กิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมให้ผู้บุคลากรในสถาบันได้มีส่วนร่วมบริหารจัดการ และบุคคลอื่นๆ ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสถาบัน

4. ผลจากการเข้ามาอยู่ในสถาบัน (Institutional Outcome) การที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่างๆ ได้รับความช่วยเหลือ ทำให้บุคคลเหล่านั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้

4) รูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

มีนักวิชาการได้ทำการสำรวจและศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน โดยการศึกษาของ วาทีณี บุญชะลิกษ์ และ ยุพิน วรสิริอมร 2544 ได้ศึกษาเรื่อง ภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้จัดรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันที่ให้บริการสุขภาพ ออกเป็น 6 รูปแบบ ดังนี้

1. **โรงพยาบาล** เป็นโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) **โรงพยาบาลที่ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง** คือ สถานพยาบาลเอกชนที่ให้บริการการดูแลแบบสถานบริบาล มีบริการเตียงพักค้างคืน คิดค่าบริการแบบหวังผลกำไร มีการจัดบริการที่พัก อาหาร พร้อมบุคลากรในการดูแล โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งแพทย์และพยาบาล แต่ไม่ได้ให้บริการการรักษาพยาบาล หากพบว่ามีอาการเจ็บป่วยจะส่งไปรักษาที่แผนกอื่น ให้บริการทั้งแบบไปเข้าเย็นกลับ (day care) หรืออยู่ประจำจนกว่าจะเสียชีวิต (long stay) จากการสำรวจวิจัยนี้ พบว่า มีโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร 102 แห่ง และมีเพียง 17 แห่งที่รับดูแลผู้สูงอายุ

2) **โรงพยาบาลที่ไม่ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง** เป็นโรงพยาบาลเอกชนในลักษณะที่ไม่ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง ภายใต้การสนับสนุนของมูลนิธิหรือองค์กรการกุศล ไม่แสวงหากำไร ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้และคิดค่าบริการในอัตราที่ต่ำ มีบริการด้านที่พัก อาหาร บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ไม่ได้ให้การรักษาพยาบาล หากผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยจะส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นที่มีการบริการที่ครบวงจร สถานพยาบาลรูปแบบนี้จะต้องจดทะเบียนกับองค์กรประกอบโรคศิลปะ

2. **สถานสงเคราะห์เอกชนของผู้สูงอายุ** แบ่งประเภทการสงเคราะห์ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) **ให้การสงเคราะห์แบบไม่คิดค่าบริการ** มีจำนวน 3 แห่ง โดย 2 แห่งนั้นรับเฉพาะผู้สูงอายุชาย คือ สถานสงเคราะห์คนชราวัฒนาวินาส และสถานพักฟื้นคนชราบางเขน ส่วนอีก 1 แห่ง รับเฉพาะผู้สูงอายุหญิงคือ มูลนิธิมิตรภาพสงเคราะห์ ให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ยากไร้ ไม่มีญาติ ผู้สูงอายุต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องสามารถจัดการทำความสะอาดที่พัก

ดูแลเรื่องตัวเองของตนเอง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะอยู่ไปจนกว่าจะเสียชีวิต 2) *ให้การสงเคราะห์แบบเสียค่าบริการบางส่วน* เป็นรูปแบบบริการแบบผสมระหว่างการสงเคราะห์และสถานบริบาล สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยรับดูแลผู้สูงอายุที่ยากจน ให้การสงเคราะห์ที่พัก และอาหาร เก็บค่าบริการผู้สูงอายุที่สามารถเสียค่าบริการได้เพื่อให้มีรายได้ในการดำเนินงานต่อไป

3. ศูนย์บริการสุขภาพ เป็นการดำเนินงานเอกเทศหรือภายใต้การดำเนินงานของโรงพยาบาล ในลักษณะกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและความรู้ในการดูแลสุขภาพ จัดสถานที่พักให้ออกกำลังกาย และคิดค่าบริการทั้งแบบที่เป็นรายวัน รายสัปดาห์หรือรายเดือน ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นเพียงกลุ่มเป้าหมายหนึ่ง สถานบริการประเภทนี้อยู่ในต่างจังหวัดเป็นส่วนใหญ่

4. ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบบ้านพักอาศัยที่จัดเป็นลักษณะของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไป สามารถเข้าซื้อสิทธิ์ในการพักอาศัยได้ในระยะเวลา 30 ปี หรือจนกว่าจะเสียชีวิต

5. สถานบริบาล เป็นสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุ ให้บริการที่พักอาศัย และบริการพื้นฐานที่จำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า มีบุคลากรในการช่วยดูแล แต่ไม่ได้ให้การรักษายาบาล คิดค่าบริการหวังผลกำไร

6. โรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดบริการโดยเอกชนเป็นบริการจัดส่งผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ส่วนการศึกษาของ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ 2552 ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ได้แบ่งรูปแบบสถานบริการตามความต้องการดูแลและสังกัดประกอบด้วย บ้านพักคนชรา สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของภาครัฐ เช่น ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนทั่วไปที่ให้บริการแบบหวังผลกำไรและองค์กรการกุศลที่ให้บริการโดยไม่หวังผลกำไร มีการให้บริการตามระดับการดูแลของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. บ้านพักคนชรา (residential home) หรือชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (independent living communities) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (retirement communities) หมายถึง สถานที่ให้บริการห้องพักสำหรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้พักอาศัยสามารถเดินเองได้โดยใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน แต่ผู้พักอาศัยไม่ได้ต้องการการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยดูแล ให้บริการช่วยเหลือในด้านารดูแลส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว ในประเทศไทยพบว่าบ้านพักคนชราส่วนใหญ่ให้บริการโดยภาครัฐเป็นประเภทการสงเคราะห์ อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งหมด 25 แห่งทั่วประเทศ สังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในปีพ.ศ.

2546 ได้มีการโอนภารกิจของสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคมให้ไปอยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมจำนวน 12 แห่ง และกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 แห่ง ส่วนที่เหลือจำนวน 12 แห่ง ได้พัฒนารูปแบบของการบริการ และกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งขยายบทบาทของสถานสงเคราะห์ให้ทำงานเชิงรุกกับชุมชนภายนอกมากยิ่งขึ้น และได้เปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ” เพื่อเป็นศูนย์สาธิตด้านผู้สูงอายุ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2550 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ 2552)

2. สถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living setting) ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ 2552 ได้ทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ พบว่า สถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตเป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยมในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากเป็นบริการดูแลที่อยู่ระหว่างบ้านและการอำนวยความสะดวก เช่น การช่วยในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การทำความสะอาดเสื้อผ้า ดูแลเรื่องยา ความปลอดภัย และกิจกรรมบันเทิง National Center for Assisted Living ได้ให้ความหมายว่า เป็นสถานที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว มีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุให้กับผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีปัญหาสุขภาพ เป็นบริการที่ดูแลทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เน้นการดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ ไม่ต้องการการรักษาพยาบาล มีหลักการพื้นฐานคือ การส่งเสริมให้บุคคลมีศักดิ์ศรี พึ่งพาตนเอง มีความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย ในประเทศไทยจะพบในส่วนของภาคเอกชนและในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐบางแห่งที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการต้องการการดูแลในระดับสูงขึ้นไป

3. สถานะพยาบาล (nursing home) หมายถึง เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ และเป็นสถานที่ให้บริการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ 24 ชั่วโมงต่อวัน หรือให้บริการกำกับดูแลในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร และช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บางอย่างแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและ/หรือมีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านความรู้ด้านเชาวน์ปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง ผู้ให้บริการเกือบทั้งหมดเป็นภาคเอกชน ยกเว้นในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐบางแห่งที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ต้องการการดูแลในระดับสูงจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

4. สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-term care hospital) หมายถึง สถานที่ให้การรักษาพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเป็นระยะเวลาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป เป็นลักษณะการดูแลในหอผู้ป่วย หรือแยกต่างหากจากหอผู้ป่วย นอกจากนี้มีโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง เน้นการดูแลที่เป็นสหวิชาชีพ

ซึ่งอาจพบทั้งในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน แต่พบมากในโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

5.สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care) ศิริพันธ์ุ์ สาส์ตย์ และคณะ 2552 ได้ ทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ พบว่า แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถูกพัฒนาจาก ประเทศอังกฤษและแพร่ขยายในประเทศอื่นในเวลาต่อมา นักวิชาการ Fayed (2008) ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า เป็นการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต เน้นการดูแลที่ไม่ใช่การรักษา สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและคาดว่าจะมีชีวิตไม่เกิน 6 เดือน โดยไม่มีการ เร่งให้เสียชีวิตหรือยืดการเสียชีวิตออกไป เป็นการดูแลที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ มุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ เป้าหมายในการดูแล คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบสุขในวันสุดท้ายของชีวิต ซึ่งแนวคิดสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยมีการดำเนินงานและการทบทวนทาง วรรณกรรมไม่มาก

จะเห็นได้ว่า การดูแลระยะยาวในสถานบริการมีพื้นฐานทางแนวคิดจากการให้ความ ช่วยเหลือโดยตรง และแนวคิดเชิงสหวิชา ประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพโดยทำงานเป็นทีม รูปแบบในการดูแลระยะยาวในสถาบัน จากการศึกษาของ วาทีนิ บุญชะลัษี และ ยุพิน วรสิริอมร ศึกษารูปแบบในสถานบริการเฉพาะเอกชนเพียงอย่างเดียว และแบ่งรูปแบบสถานบริการออกเป็น 6 รูปแบบ ส่วนการศึกษาของ ศิริพันธ์ุ์ สาส์ตย์ และคณะ ศึกษารูปแบบที่จัดบริการโดยภาครัฐและ ภาคเอกชน โดยแบ่งรูปแบบสถานบริการตามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ จากการแบ่งรูปแบบ สถานบริการในแต่ละประเภทของนักวิชาการ 2 ท่าน จะพบว่า มี รูปแบบที่คล้ายกัน 3 รูปแบบคือ 1) บ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์ มีการให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน ในการให้บริการของเอกชน มีประเภทที่ไม่เสียค่าบริการและเสียค่าบริการ 2) โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว ให้บริการโดย ภาคเอกชน 3) สถานบริบาลให้บริการโดยภาคเอกชน จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย การศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในแต่ละรูปแบบนั้น การศึกษาของ วาทีนิ บุญชะลัษี และ ยุพิน วรสิริอมร 2544 และ ศิริพันธ์ุ์ สาส์ตย์ และคณะ 2552 เป็นการสำรวจสถาน บริการที่มีอยู่ในประเทศไทย และจัดแบ่งรูปแบบสถานบริการตามสังกัดและการดูแล (ดังแสดงใน ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันหรือสถานบริการ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน สถาบันหรือสถานบริการ	นักวิชาการ	
	วาทีนิ บุญชะลิกษี และ ยุพิน วรสิริอมร 2544	ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ 2552
1. บ้านพักคนชรา	(เอกชน) 1. ไม่คิดค่าบริการ (มูลนิธิ) 2. คิดค่าบริการบางส่วน	(รัฐ)
2. โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว	(เอกชน) 1. ดำเนินธุรกิจโดยตรง 2. ไม่ได้ดำเนินธุรกิจโดยตรง	(เอกชน)
3. สถานบริการ	(เอกชน)	(เอกชน)
4. ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ	(เอกชน)	-
5. ศูนย์บริการส่งเสริมสุขภาพ (มีเฉพาะใน ต่างจังหวัด)	(เอกชน)	-
6. โรงเรียนสอนผู้ดูแล	(เอกชน)	-
7. สถานที่ให้การช่วยเหลือในการ ดำรงชีวิต	-	(เอกชน)
8. สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	-	(รัฐ) (เอกชน)

ที่มา: จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน

กล่าวโดยสรุป ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะอาศัยรูปแบบสถานบริการจากการศึกษาวิจัยดังกล่าวเพื่อเป็นกรอบในการศึกษา โดยพิจารณาจากขอบเขตพื้นที่การศึกษาในเขตเมือง การให้บริการที่รับผู้สูงอายุเข้ามาดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย 6 รูปแบบ ได้แก่ 1) บ้านพักคนชรา สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้บริการดูแลขั้นพื้นฐานปัจจัยสี่ ผู้สูงอายุยังไม่ต้องมีการดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นลักษณะของการสงเคราะห์ 2) โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีโรคเรื้อรัง โดยทีมสหวิชาชีพ เป็นบริการที่รวมการให้ที่พัก อาหาร และบุคลากรในการดูแล 3) สถานบริการ เป็นสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบาง มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นโรคสมองเสื่อม โดยการดูแล 24 ชั่วโมง 4) ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นลักษณะบ้านพักอาศัยที่ให้ข้อสิทธิในการเข้าอยู่อาศัยจนกว่าจะเสียชีวิต 5) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต เป็นสถานที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่เน้นการดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น การช่วยเหลือในการแต่งตัว การเคลื่อนไหว ไม่ถึงขั้นของการดูแลโดยสหวิชาชีพ 6) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อน

เสียชีวิต เป็นการดูแลที่ไม่ใช่การรักษา สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและคาดว่าจะมีชีวิตไม่เกิน 6 เดือน

2.2.3 การจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน

การจัดการบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุดังที่ได้กล่าวมานั้น ต้องเป็นการดูแลระยะยาวต่อเนื่อง ประสานบริการระหว่างสุขภาพและสังคมในบางรูปแบบมีการดูแลด้านการเงิน ทั้งนี้ ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้นวิจัย ได้แบ่งออกเป็น 5 ประเด็น คือ 1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ 2) กิจกรรมในการดูแล 3) ค่าบริการ 4) มาตรฐานในการให้บริการดูแล 5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้นวิจัยพิจารณาผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ประการ คือ 1) การแบ่งผู้สูงอายุตามช่วงวัย 2) การแบ่งผู้สูงอายุตามสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ 3) การแบ่งผู้สูงอายุความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนี้

1) สำนักงานสถิติแห่งชาติได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัย ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยต้น (มีอายุระหว่าง 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (มีอายุระหว่าง 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (มีอายุ 80 ปีขึ้นไป) จากงานวิจัยของ ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ 2552 พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานบริการส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ส่วนงานวิจัยของ วาทีณี บุญชะลิกษี และ ยุพิน วรสิริอมร 2544 พบว่า ผู้สูงอายุในสถานบริการมีอายุเฉลี่ย 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุในช่วยวัยต้นถึงวัยกลาง

2) ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2534 ได้แบ่งผู้สูงอายุตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ ออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้สูงอายุที่มีฐานะและความเป็นอยู่ที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอีกประเภทคือ ผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ยาก มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ขาดผู้ดูแล โดยผู้สูงอายุประเภทที่สอง มีความต้องการพึ่งพาจากบุคคลอื่นๆ และรัฐมากกว่ากลุ่มแรก จากงานวิจัยของ ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ 2552 พบว่า รูปแบบบ้านพักคนชราเน้นให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่หรือไร้ที่พึ่ง

3) การแบ่งผู้สูงอายุความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยแบ่งตามเกณฑ์เครื่องมือมาตรฐานของ The Barthel ADL (Activity of Daily Living: ADL) ใช้วัดความพึ่งพาในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว ทานรับประทานอาหาร การเดินขึ้นลงบันได และการประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยอุปกรณ์ (Instrumental Activity of Daily living: IADL) วัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ เช่น การทำงานบ้าน การเตรียมอาหาร การทานยา การซื้อของ การบริหารจัดการทางการเงิน การเดินทาง

สำหรับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) คือ

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่นได้ (กลุ่มติดสังคม) มีคะแนน ADL รวม ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนน ADL รวม ตั้งแต่ 5-11 คะแนน

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีคะแนน ADL รวม ตั้งแต่ 0-4 คะแนน

จากงานวิจัยของ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในสถานบริการมีภาวะพึ่งพิงบางส่วนจนถึงพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 60.3 ในรูปแบบสถานบริการทุกรูปแบบ ส่วนงานวิจัยของ วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ 2553 พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองต้องมีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 4.6 และมีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้อุปกรณ์ (IADL) ร้อยละ 10.7 และผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้นเมื่อมีอายุที่สูงขึ้น

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานบริการผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ แบ่งตามช่วงวัย ตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ และตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำ ใน การศึกษานี้ผู้วิจัยได้อาศัยการแบ่งผู้สูงอายุความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ 5

2) กิจกรรมในการดูแล

นอกจากบริการขั้นพื้นฐานแล้ว สถานบริการควรจัดบริการที่เพิ่มเติมเพื่อการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ *การจัดบริการบำบัดฟื้นฟูทางร่างกาย ให้บริการความรู้และข่าวสาร* โดยการให้ศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้สึกว่าตนถูกแยกออกจากสังคม เช่น การรับฟังข่าวสาร การร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนข่าวสารซึ่งกันและกัน บริการด้านทัศนศึกษา บริการด้านนันทนาการ เช่น การจัดงานตามประเพณี เพื่อเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน บริการด้านจิตใจ เน้นในเรื่องของศาสนา การทำบุญและการสวดมนต์ เป็นต้น บริการมาปนกิจ บริการสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยในการป้องกันและฟื้นฟูให้ความช่วยเหลือกับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาต่างๆ รวมถึงการให้คำปรึกษา ติดต่อกฎาติ และบริการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากนี้และเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ในลักษณะของการประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น การให้คำปรึกษาทางกฎหมาย

จากการศึกษาของ วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ 2553 กิจกรรมในการบริการดูแลระยะยาวประกอบด้วยบริการให้บริการใน 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการดูแลชีวิตประจำวัน เป็นการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยให้บริการช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้า ที่พังกอาศัย รวมถึงการดูแลในเรื่องส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การช่วยเหลือในการเดินขึ้นลงบันได

2. ด้านสุขภาพ เป็นระบบการดูแลที่เน้นการการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเล็กน้อยไปจนถึงมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ยังรวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพและให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับวัย

3. ด้านสังคมและการจัดการทางการเงิน เป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ โดยการจัดการทางการเงินเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ เช่น ทำธุรกรรมการเงิน และการการทำนิติกรรมสัญญา ส่วนด้านสังคมนั้นคือ การส่งเสริมกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการพัฒนาตนเองทั้งร่างกายและจิตใจ ได้ใช้ภูมิปัญญาของตน เช่น กิจกรรมบันเทิงและนันทนาการ กิจกรรมส่งเสริมการประกอบอาชีพ

นอกจากนี้ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ 2553 ได้รวบรวมลักษณะกิจกรรมในการดูแลระยะยาวของ Stone 2000 และ WHO & Milbank memorial ประกอบด้วย 1) การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activities of daily living: ADL) หรือการดูแลส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร 2) การช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (instrumental activities of daily living: IADL) การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น การเตรียมอาหาร และทำความสะอาดที่อยู่อาศัย การจัดการในชีวิต เช่น การช่วยซื้อของ การจัดเรื่องยา และการช่วยเหลือในการเดินทาง 3) การดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้พังกอาศัย เช่น การฟื้นฟูสุขภาพ การรักษาสุขภาพที่ใช้พยาบาลวิชาชีพ 4) บริการอื่นๆ เช่น การดูแลหลังภาวะฉุกเฉิน ให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ส่วนใหญ่เป็นบริการแบบฟื้นฟู

จากการศึกษาของ นันทวัน ใจกล้า 2537 กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ในการจัดกิจกรรมควรจัดตามความสนใจของผู้สูงอายุ กิจกรรมมีหลากหลายประเภท เช่น กิจกรรมอาสาสมัคร เป็นลักษณะของงานฝีมือหรืองานช่าง กิจกรรมนันทนาการ (การอ่านหนังสือ การพบปะสังสรรค์) กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมอาสาสมัคร

กล่าวโดยสรุป ลักษณะการให้บริการดูแลระยะยาวจะประกอบด้วย 3 ด้านหลักๆ คือ 1) ด้านสุขภาพ ได้แก่ การดูแลรักษา บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ 2) ด้านสังคมคือการส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการต่างๆ เช่น บันเทิง หรือการประกอบอาชีพ 3) ด้านการดูแลชีวิตประจำวันขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุว่ามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้หรือไม่ ต้องการการ

ช่วยเหลือทั้งหมดหรือบางส่วน ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปแบบสถาบัน ในโรงพยาบาลและสถานบริการ
 ในส่วนการดูแลด้านการเงินจะมีอยู่ในรูปแบบสถานบริการบางแห่งเช่นกัน

3) ค่าบริการ

ค่าบริการในสถานบริการนั้น สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ ได้แบ่งประเภทค่าใช้จ่ายใน
 การดูแลในสถานบริการออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ค่าใช้จ่ายประจำพื้นฐาน ได้แก่ ค่าห้อง ค่าอาหาร
 และค่าดูแลทั่วไป 2) ค่าบริการเพิ่มเติม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมที่สถานบริการจัดให้ กิจกรรมบำบัด
 การฟื้นฟูสุขภาพ ไม่รวมค่าวัสดุอุปกรณ์และค่ารักษาพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายประจำอยู่ระหว่าง 15,000-
 26,000 บาท /เดือน ตามสภาพสถานบริการ และประเภทของห้องพัก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
 แห่งชาติ, ม.ป.ป.) ส่วนการศึกษาของ วาทีณี บุญชะลิกษี และ ยุพิน วรสิริอมร 2544 พบว่า ราคาของ
 รูปแบบโรงพยาบาลที่ดำเนินการธุรกิจโดยตรง มีราคาประเภทห้องรวมปรับอากาศ วันละ 600-1,500
 บาท และหากเป็นประเภทห้องเดี่ยวจะมีราคาสูงขึ้นอีก ราคานี้ไม่รวมค่ายา อาหาร และค่าอุปกรณ์
 อื่นๆ รูปแบบสถานบริการ มีราคา วันละ 500-700 บาท ไม่รวมค่าบริการทางการแพทย์ ยา และ
 อุปกรณ์อื่นๆ นอกจากนี้ การศึกษาของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ 2552 พบว่า ค่าบริการสำหรับ
 รูปแบบโรงพยาบาล มีค่าบริการเฉลี่ย 33,000 ต่อเดือน และค่าบริการในสถานบริการเฉลี่ย
 15,961.50 บาทต่อเดือน ส่วนรูปแบบบ้านพักคนชรา มีค่าบริการเฉลี่ย 1,073 บาทต่อเดือน แต่ส่วน
 ใหญ่ไม่คิดค่าใช้จ่าย

กล่าวโดยสรุป ค่าใช้จ่ายในสถานบริการผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามรูปแบบของ
 สถานบริการและสังกัดของหน่วยงาน โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในรูปแบบโรงพยาบาลหรือสถานบริการจะ
 มีราคาที่สูง ตามประเภทของห้องพักและไม่รวมค่าบริการอื่นๆ ส่วนรูปแบบบ้านพักคนชราของรัฐจะ
 ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือผู้สูงอายุต้องออกเพียงบางส่วน ทั้งนี้ ค่าบริการอาจมีการปรับเปลี่ยนตามสภาพ
 เศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน

4) มาตรฐานในการให้บริการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีกำหนดมาตรฐานในการให้บริการดูแลระยะยาวใน
 สถาบันอย่างชัดเจน สำหรับรูปแบบบ้านพักคนชรา นั้น ในปีพ.ศ. 2555 กระทรวงการพัฒนาสังคมและ
 ความมั่นคงของมนุษย์ สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.)
 ได้จัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ (residential home²) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับสถานประกอบการ

² บ้านพักผู้สูงอายุ หมายถึง สถานที่ให้บริการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
 หรือช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนในกิจวัตรประจำวัน (สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส
 และผู้สูงอายุ, 2555)

ภาคเอกชนในการจัดสร้างบ้านที่ได้มาตรฐานและปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ โดยมาตรฐาน ประกอบด้วย 6 มาตรฐาน ได้แก่ อาคารสถานที่ ห้องพักอาศัย อนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้ให้บริการ การจัดการ และการบริการ ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 อาคารสถานที่บ้านพักผู้สูงอายุ ต้องมีการจัดพื้นที่ใช้สอยที่เหมาะสมทั้งในอาคารและห้องพัก หากเป็นอาคารตั้งแต่ 2 ชั้นขึ้นไปควรมีลิฟท์โดยสารให้ผู้สูงอายุ ทางเดินควรเป็นพื้นราบไม่มีสิ่งกีดขวาง และควรมีบันไดและทางลาด มีหน่วยบริการของผู้ดำเนินการที่เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง เพื่ออำนวยความสะดวก ประสานงานการแจ้งเหตุหรือเตือนภัยให้กับผู้สูงอายุ

มาตรฐานที่ 2 ห้องพักอาศัยของผู้สูงอายุ ระดับพื้นควรมีความสม่ำเสมอ ในห้องพักควรแบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่นอน ห้องน้ำ และพื้นที่ใช้สอยทั่วไป

มาตรฐานที่ 3 อนามัยสิ่งแวดล้อม ควรมีน้ำสะอาดเพื่อการบริโภค กรณีการประกอบอาหาร ต้องคำนึงถึงโภชนาการของผู้สูงอายุเป็นหลัก และควรมีระบบการกำจัดขยะและรองรับน้ำเสียเพื่อความสะอาด และป้องกันโรคมารู้ผู้พักอาศัย

มาตรฐานที่ 4 ผู้ให้บริการ ผู้ทำหน้าที่ให้บริการต้องได้รับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 420 ชั่วโมง ที่จัดโดยกระทรวงศึกษาธิการ หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องหรือโรงเรียนเอกชน ที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงศึกษาธิการตามหลักสูตรที่กำหนด

มาตรฐานที่ 5 การจัดการ มีการจัดให้พนักงานได้รับการอบรมฟื้นฟูหรือการเพิ่มเติมความรู้ ทักษะและจิตสำนึกเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

มาตรฐานที่ 6 การบริการในบ้านพักผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่คือ การให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ ให้การดูแลช่วยเหลือ นำส่งผู้สูงอายุไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล จัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำกิจธุระภายนอกบ้านของผู้สูงอายุ

สำหรับรูปแบบโรงพยาบาลนั้นมาตรฐานในการให้บริการดูแลอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ส่วนรูปแบบสถานบริบาลในปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานในการให้บริการ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 พบว่า ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานสถานบริบาลในประเทศไทย รูปแบบสถานบริบาลที่ถูกต้องตามกฎหมายนั้นจะขึ้นทะเบียนกับสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (สพรศ.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในประเภทของโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2550) ดังนั้น สถานบริบาลจะอาศัยมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาลตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข

ในวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 ได้มีการออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดการดำเนินงานของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล รูปแบบสถานบริบาลจะถือเป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนใน

รูปแบบโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยได้พิจารณาเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับการดำเนินงานในสถาน
 บริบาลที่ต้องการศึกษา ประกอบด้วยข้อกำหนด 2 ประเด็นสำคัญ 1) ข้อกำหนดลักษณะ
 สถานพยาบาล 2) ข้อกำหนดผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล ดังนี้

1) ข้อกำหนดลักษณะสถานพยาบาล

ลักษณะของสถานพยาบาลมีการกำหนดขนาดของสถานพยาบาล คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่
 ต้องมีจำนวนเตียง 91 เตียงขึ้นไป โรงพยาบาลขนาดกลางต้องมีจำนวนเตียง 31 เตียงขึ้นไป และ
 โรงพยาบาลขนาดเล็กต้องมีจำนวนเตียงไม่เกินเตียง 30 เตียง กำหนดให้สถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง
 เป็นเป็นโรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วยขนาดเล็ก ต้องมีหน่วยบริการและระบบสนับสนุนบริการคือ
 แผนกเวชระเบียน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกเภสัชกรรม แผนก
 เทคนิคการแพทย์ แผนกรังสีวิทยา ระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ระบบควบคุมการติดเชื้อ ระบบไฟฟ้า
 สำรอง และระบบน้ำสำรอง โดยสถานพยาบาลขนาดเล็กอาจไม่มีแผนกเทคนิคการแพทย์และ แผนก
 รังสีวิทยาก็ได้ สถานพยาบาลที่ได้รับใบอนุญาตก่อนกฎกระทรวงใช้บังคับจะต้องดำเนินการให้เป็นไป
 ตามกฎกระทรวงภายใน 2 ปี นับแต่วันที่กฎกระทรวงใช้บังคับ

นอกจากนี้ยังมีข้อกำหนดทั่วไป ด้านอาคารสถานที่ให้สถานพยาบาลต้องอยู่ในทำเลที่สะดวก
 ปลอดภัย อาคารตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไปต้องมีลิฟท์บรรทุกเตียงผู้ป่วย จัดสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวก
 กับผู้สูงอายุ ต้องมีทางลาดเอียง และราวเกาะ เป็นต้น ด้านลักษณะการให้บริการ ต้องมีความ
 ปลอดภัย มีความสะดวกกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้วย เป็นไปตามมาตรฐานของสภาวิชาชีพ
 กำหนด ได้รับอนุญาตให้เป็นอาคารสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยควบคุมอาคาร ถูกสุขลักษณะ
 ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ("กฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะ
 การให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558," 2558)

จะเห็นได้ว่า กฎกระทรวงดังกล่าวเป็นสิ่งที่กำหนดให้โรงพยาบาลและสถานบริบาลที่ขึ้น
 ทะเบียนจัดบริการเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน กำหนดให้มีหน่วยบริการและสนับสนุนบริการใน
 โรงพยาบาลและสถานบริบาล ตลอดจนสภาพแวดล้อม อาคารสถานที่ และลักษณะการให้บริการเพื่อ
 อำนวยความสะดวกให้กับผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้สำหรับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนก่อน
 กฎกระทรวงนี้ประกาศใช้ สถานพยาบาลนั้นจะต้องดำเนินงานให้เป็นไปตามข้อบังคับภายใน
 ระยะเวลา 2 ปี นับแต่วันที่ประกาศกฎกระทรวง

2) ข้อกำหนดผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล มีข้อกำหนดให้โรงพยาบาลทั่วไป ต้องมีผู้ประกอบ
 วิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาหรือบางเวลา ในช่วงเวลาทำการ ตั้งแต่ 08.00-20.00 น. ทั้งนี้
 โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย ประเภทโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพที่

ปฏิบัติงานเต็มเวลาหรือบางเวลา ในช่วงเวลาทำการ ตั้งแต่ 08.00-20.00 น. และอนุโลมให้มีจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพขั้นต่ำได้ (ดังแสดงในตารางที่ 3) ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงข้อกำหนดผู้ประกอบวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป

ผู้ประกอบวิชาชีพ	จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพ				
	ขนาดเล็ก		ขนาดกลาง		ขนาดใหญ่
	ไม่เกิน 10 เตียง	11 ถึง 30 เตียง	31 ถึง 60 เตียง	61 ถึง 90 เตียง	91 ถึง 120 เตียง
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม	1 คน	2 คน	3 คน	4 คน	5 คน
ผู้ประกอบวิชาชีพการ พยาบาล	3 คน (1 คน)	6 คน (2 คน)	9 คน (4 คน)	12 คน (6 คน)	15 คน (8 คน)
ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัช กรรม	1 คน (1 คน)	1 คน (1 คน)	2 คน (1 คน)	3 คน (1 คน)	3 คน (2 คน)
ผู้ประกอบวิชาชีพ กายภาพบำบัด	1 คน	1 คน	2 คน	3 คน	3 คน

ที่มา: กฎกระทรวงกำหนดวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. 2558

หมายเหตุ: จำนวนในวงเล็บคือ จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพขั้นต่ำที่อนุโลมให้

ทั้งนี้ ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ได้กำหนดให้ผู้อนุญาตจัดพนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบลักษณะของสถานพยาบาล และการประกอบกิจการสถานพยาบาลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติ ผู้อนุญาตดังกล่าวคือ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ เข้าไปตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลในทุกปี โดยมีแบบตรวจประเมิน คือ แบบการตรวจประเมินการบริการเวชกรรม แบบการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล แบบการตรวจประเมินด้านเครื่องมือและการจัดการ แบบการตรวจประเมินด้านอาคาร แบบการตรวจประเมินบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ แบบประเมินการบริการด้านกายภาพบำบัด แบบตรวจประเมินด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังไม่พบว่ามีมาตรฐานในการให้บริการที่ชัดเจน

กล่าวโดยสรุป กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ออกมาตรฐานบ้านพักคนชรา เป็นแนวทางสำหรับบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มาตรฐานบ้านพักเน้นในเรื่องอาคารสถานที่ ห้องพักอาศัย อนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้ให้บริการ การจัดการ และการบริการ ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ส่วนสถานบริการในปัจจุบันที่ถูกกฎหมายนั้นขึ้นทะเบียนกับสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการ

สุขภาพ ลักษณะโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ประเภทโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง (ขนาดเล็ก) ในปี พ.ศ. 2558 ได้มีการออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดลักษณะสถานพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อเป็นมาตรฐานให้กับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย โดยการศึกษานี้จะอาศัยมาตรฐานตามกฎกระทรวงเป็นหลักในการวิเคราะห์ต่อไป

5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมโทรมลงของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้น้อยลง เปลี่ยนสถานภาพจากผู้ให้การดูแลไปเป็นผู้รับการดูแล ในขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ทำให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง เกิดปัญหาการขาดแคลนผู้ให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

ศิริวรรณ ศิริบุญ 2545 ได้ให้ความหมายคำว่า “ผู้” ว่ามีความหมายครอบคลุมถึง ครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน บุคคลในชุมชน หรือบุคลากรในสถานบริการทั้งสถานบริการในระยะสั้นและระยะยาวของภาครัฐและเอกชน รวมถึงบุคลากรของรัฐที่ให้บริการในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด หรืออาสาสมัครที่ช่วยดูแล ส่วนคำว่า “ดูแล” หมายถึง การดูแลจัดการคือ การจัดการกิจการต่างๆ แทนผู้สูงอายุแม้ว่าผู้สูงอายุยังสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง การให้ความช่วยเหลือคือ การปฏิบัติกิจการทดแทนเนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำเองได้ อาจเป็นการช่วยเหลือเพียงบางส่วน หรือเป็นการช่วยเฝ้าระวังเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545) สอดคล้องกับ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม 2539 ซึ่งให้ความหมายว่า “ผู้ดูแล” หมายถึง ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อบุคคลอื่น ต้องเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยผู้ดูแลอาจเป็นบุคคลในวิชาชีพหรือสมาชิกในครอบครัว (ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์ [บรรณาธิการ], 2555) ทั้งนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) คือ กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพจากสถานบริการพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมและได้รับค่าตอบแทน อาจเป็นแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถแบ่งผู้ดูแลที่เป็นทางการ ได้แก่

1. ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ คือ ผู้ดูแลที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้ารับการศึกษาในสถาบันมีใบประกอบวิชาชีพ และมีองค์ความรู้วิชาชีพกำกับดูแล
2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ คือ ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง ซึ่งมีทั้งที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและไม่เคยผ่านการฝึกอบรม
3. ผู้ดูแลอาสาสมัคร คือ ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นผู้ดูแลจากหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการและเคยผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว

2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal cares/caregiver) คือ ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันโดยไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน ไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์แบบครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน และญาติ (Bell and Gibbons, 1989; Parker, 1992; Alzheimer Research Center, 2003 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สุชาติย์, 2555)

ในปัจจุบันผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคลากรที่สำคัญในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ มีหน้าที่ในการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดูแลการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วย สายสวนต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การใช้เครื่องช่วยเหลือใจ และเครื่องดูดเสมหะ ดูแลเรื่องแผลกดทับ และการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น ซึ่งมีหน่วยงานภาครัฐจากหลายกระทรวง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดหลักสูตรอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จัดหลักสูตรอบรม 420 ชั่วโมง สำหรับกระทรวงแรงงานกำหนด 420 ชั่วโมง เมื่ออบรมหลักสูตรแล้วจะสามารถสอบขึ้นทะเบียนได้ ถ้าสอบได้จะได้รับประกาศนียบัตรและการคุ้มครองทางแรงงาน ในการอบรมเป็นลักษณะสะสมชั่วโมงจนกระทั่งครบ 420 ชั่วโมง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ 1 คน จะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5-10 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), ม.ป.ป.)

กล่าวโดยสรุป ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผู้ดูแลที่เป็นทางการคือ บุคลากรที่มีใบประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น ผู้ดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพแต่ผ่านการฝึกอบรมและได้ประกาศนียบัตร หรือไม่ได้ฝึกอบรม เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ส่วนผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการคือ ผู้ดูแลที่มีรูปแบบความสัมพันธ์แบบครอบครัว

2.2.4 รูปแบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในต่างประเทศ

จากการศึกษาของ Colombo, F. et al. 2011 ได้ชี้ให้เห็นว่า คาดว่าในอนาคตแรงกดดันในการดูแลระยะยาวจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากเหตุผล 4 ประการ คือ *ประการแรก* การขยายตัวอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุในประเทศต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางประชากรจะทำให้เกิดความต้องการการดูแลระยะยาวในสังคมด้วยเช่นกัน *ประการที่สอง* การเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางสังคม เช่น การลดลงของขนาดครอบครัว การเปลี่ยนแปลงรูปแบบที่อยู่อาศัยของประชาชน และการเพิ่มขึ้นของแรงงานหญิงในตลาดแรงงานทำให้มีแนวโน้มการลดลงของผู้ให้การดูแลอย่างไม่เป็นทางการ นำไปสู่ความต้องการการดูแลแบบที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น *ประการที่สาม* สังคมกลายเป็นสังคมอุดมสมบูรณ์ บุคคลมีความต้องการบริการคุณภาพที่ดีขึ้น และการตอบสนองต่อระบบการดูแลทางสังคมที่มากขึ้น บุคคลจะต้องการระบบการดูแลแบบการเน้นผู้ป่วย (patient-oriented) และต้องการการจัดหาบริการการดูแลอื่นๆ *ประการที่สี่* การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีจะช่วยเพิ่มความเป็นไปได้สำหรับการบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน แต่อาจจะมีความต้องการที่แตกต่างกันขององค์กรที่

ให้การดูแล สิ่งเหล่านี้เป็นแรงกดดันสำหรับการปรับปรุงการจัดหาบริการการดูแล การปฏิบัติงาน และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (Colombo F. et al, 2011)

สำหรับการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ ประเทศที่พัฒนาแล้วหลายๆ ประเทศทั้งในยุโรป และเอเชียต่างก็เผชิญกับสังคมผู้สูงอายุและบางประเทศเองอย่างประเทศญี่ปุ่นนั้นได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว โดยรัฐบาลของแต่ละประเทศได้มีการดำเนินงานในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งด้านบริการทางการแพทย์และสังคม ในส่วนนี้จะกล่าวถึงรูปแบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ ดังนี้

2.2.4.1 รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีการจัดบริการดูแลระยะยาวในรูปแบบ “ระบบประกันการดูแลระยะยาว” (Long-term Care Insurance System) โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ การดูแลที่บ้านและการดูแลในสถานบริการ สำหรับการดูแลที่บ้านนั้นมีทั้งเจ้าหน้าที่มาให้บริการที่บ้านหรือผู้สูงอายุอาจจะไปใช้บริการด้วยตนเอง ซึ่งการบริการนี้ให้บริการทั้งด้านสุขภาพและสังคม (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552: 28-32 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2546: 39-43)

1.บริการในบ้าน (in-home services) เป็นบริการที่ช่วยเหลือดูแลผู้เจ็บป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ ดำรงชีวิตอย่างยากลำบาก โดยบริการนี้มีรูปแบบให้การให้การดูแลที่บ้าน บริการดูแลแบบไป-กลับ และบริการฝากดูแลระยะสั้น

1.1) บริการดูแลที่บ้าน (home help service)

บริการดูแลที่บ้านให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน (home-visit rehabilitation) และให้คำแนะนำทางการแพทย์ที่บ้าน (home-visit rehabilitation) ซึ่ง การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน เป็นบริการที่ช่วยฟื้นฟูการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยจัดส่งนักกายภาพบำบัดไปทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยที่บ้าน และผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ประจำตัว สำหรับ บริการให้คำแนะนำทางการแพทย์ที่บ้าน เป็นบริการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่ไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้ โดยจัดส่งแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร เป็นต้น

1.2) บริการดูแลแบบไปกลับ (commuting care services)

บริการดูแลแบบไปกลับ มีทั้งการให้บริการดูแลกลางวัน (day-service nursing care) และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (day-service rehabilitation) สำหรับ บริการดูแลกลางวัน จัดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ส่งเสริมการดูแลสุขภาพและช่วยลดภาระครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยทางการศูนย์บริการดูแลกลางวันในชุมชนจะทำหน้าที่จัดรถรับส่งผู้สูงอายุให้มาใช้บริการ มีการบริการตรวจสุขภาพ บริการให้คำแนะนำ ปรึกษาปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพใจ บริการอาบน้ำ และการกิจกรรมนันทนาการ ในส่วนของ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพกลางวัน

เป็นบริการเพื่อช่วยฟื้นฟูการทางร่างกายของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยจัดรับส่งผู้ป่วยให้มารับบริการกายภาพบำบัดที่ศูนย์บริการ

1.3) บริการฝากดูแลระยะสั้น (short-term stay service)

บริการฝากดูแลระยะสั้นมีทั้ง บริการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการสังคม (welfare short stay) และบริการฝากดูแลระยะสั้นทางการแพทย์ (medical short stay) สำหรับ บริการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการสังคม เป็นบริการเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่ไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลได้เป็นการชั่วคราว เนื่องจากผู้ดูแลเจ็บป่วยหรือติดภารกิจ เป็นต้น โดยผู้ดูแลสามารถฝากผู้สูงอายุได้ที่ บ้านพักดูแลผู้สูงอายุแบบพิเศษ ในระยะเวลา 7-42 วัน ลักษณะในการบริการคือ ให้การดูแลในชีวิตประจำวัน และให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพ ในส่วนของ บริการฝากดูแลระยะสั้นทางการแพทย์ เป็นบริการที่คล้ายคลึงกับการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการสังคม แต่สิ่งที่แตกต่างกันคือ จะเน้นจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์เป็นพิเศษ และสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ชั่วคราว

1.4) บริการให้เช่าและให้เงินช่วยเหลือซื้ออุปกรณ์ดูแลสุขภาพ (rental and allowance for health care equipment)

บริการลักษณะนี้ได้แก่ บริการให้เช่าอุปกรณ์ดูแลสุขภาพ (rental of health care equipment) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพให้สามารถพึ่งพาตนเองได้และอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการให้เช่าอุปกรณ์ของบริษัทเอกชนหรือที่สำนักงานเขตที่ตนอาศัยอยู่ อุปกรณ์ดังกล่าวได้แก่ รถเข็นผู้ป่วย เตียงพิเศษ ที่นอนแบบอัดลม อุปกรณ์ช่วยเหลือที่ไม่เท่า เป็นต้น และบริการให้เงินช่วยเหลือในการซื้ออุปกรณ์เพื่อการดูแลสุขภาพ (allowance for purchasing home health care equipment) บริการช่วยเหลือในการซื้ออุปกรณ์นี้จะช่วยอำนวยความสะดวกในการอาบน้ำหรือการขับถ่ายให้แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้าน วงเงินในการช่วยเหลือนี้ไม่เกิน 100,000 เยน ต่อครัวเรือน และผู้ประกันตนต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร้อยละ 10 ของจำนวนเงินที่ใช้ซื้ออุปกรณ์ อุปกรณ์ดังกล่าวได้แก่ อ่างอาบน้ำ เก้าอี้นั่งช่วยอาบน้ำ อุปกรณ์ช่วยขับถ่ายเคลื่อนที่ เป็นต้น

1.5) บริการให้เงินช่วยเหลือการปรับปรุงบ้าน (allowance for home remodeling)

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงปลอดภัยในการใช้ชีวิตอยู่ในบ้าน ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุต่างๆ โดยมีวงเงินในการช่วยเหลือซ่อมแซมบ้านไม่เกิน 20,000 เยน ต่อ 1 ครัวเรือน ทั้งนี้ผู้ประกันตนต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร้อยละ 10 ของวงเงินที่ใช้ปรับปรุงซ่อมแซมบ้าน บริการซ่อมแซมบ้าน ได้แก่ การติดตั้งราวจับ การปรับพื้นทางเดินที่ต่างระดับ การปรับปรุงพื้นหรือทางเดินเพื่อกันลื่น การปรับปรุงหน้าต่างประตูให้สะดวกในการเปิดปิด และติดตั้งอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกในการใช้งานในห้องน้ำ

1.6) บริการอื่นๆ (other service)

เป็นบริการเสริมนอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น โดยรัฐบาลของแต่ละท้องถิ่นที่ได้จัดบริการ ได้แก่ *บริการบ้านพักในกลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อม (dementia elderly group home)* เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ดำเนินชีวิตอย่างยากลำบาก โดยให้ผู้สูงอายุ 5-9 คนมาใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันเป็นกลุ่มในบ้านพัก และมีผู้ดูแลที่ให้บริการในด้านต่างๆ และ *ศูนย์ดูแลแบบพิเศษ (specific facilities for nursing care)* บริการนี้ดำเนินการโดยภาคเอกชนที่ได้รับการรับรองจากทางจังหวัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของบริการระบบประกัน เช่น บ้านพักผู้สูงอายุแบบเสียค่าธรรมเนียมต่ำ ลักษณะในการบริการคือการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพบำบัด ดูแลเรื่องสุขภาพอนามัย เป็นต้น

2. บริการดูแลในสถาบัน (institutional services)

เป็นการให้บริการดูแลในสถานบริการ ได้แก่ บ้านพักดูแลผู้สูงอายุพิเศษ (special nursing home for the elderly) ศูนย์ดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (health care facilities for the elderly) สถานบริบาลทางการแพทย์ (medical nursing care facilities)

2.1) บ้านพักดูแลผู้สูงอายุพิเศษ เป็นบริการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลอันเนื่องมาจากการบกพร่องทางด้านร่างกายหรือจิตใจ และมีความไม่สะดวกในการดูแลที่บ้าน โดยให้การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน และบริการอื่นๆ ทั้งด้านสุขภาพอนามัย และนันทนาการ

2.2) ศูนย์ดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นบริการที่ผสมผสานระหว่างบ้านผู้สูงอายุและโรงพยาบาล กล่าวคือรองรับผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล ลักษณะในการให้บริการจึงเน้นการฟื้นฟูสุขภาพทางร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่บ้านได้ตามปกติ

2.3) สถานบริบาลทางการแพทย์ บริการที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยหนักหรือป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์หรือพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ลักษณะบริการจะเน้นการให้บริการทางการแพทย์เป็นหลัก เมื่ออาการดีขึ้นต้องกลับไปอาศัยที่บ้านตามเดิม

2.2.4.2 รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์

รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศสิงคโปร์มีทั้งแบบการดูแลในสถานบริการ การดูแลแบบไม่ค้างคืน และมีสถานบริการเฉพาะอาการ โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ (วรเวชม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552: 28 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ุ์ สาส์ตย์, 2549)

1.บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการ (residential long-term care) โดยมีสถานบริการ 6 ประเภท คือ (1)โรงพยาบาล สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและเรื้อรัง (2)โรงพยาบาลชุมชน (community hospital) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสุขภาพ (3) สถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home) (4) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospices) (5) สถานดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (home for dementia patients) และ (6) ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (cluster living or apartment)

2.การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (non-residential long-term care) โดยมีสถานบริการแบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ (1) ศูนย์ฟื้นฟูสภาพกลางวัน (day rehabilitation center) (2) ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ (social day care center) (3) ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสองเสื่อกลางวัน (day care centers for dementia patients) (4) การดูแลที่บ้าน (home care) ที่บริการรักษาทางการแพทย์ที่บ้าน (home medical care) บริการพยาบาลที่บ้าน (home nursing care) และการช่วยเหลืองานบ้าน (home help)

2.2.4.3 รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศอังกฤษ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศอังกฤษในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 5 รูปแบบ ได้แก่ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552: 33 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ุ์ สาส์ตย์ และเตือนใจ ภัคดีพรหม, 2550: 44)

1) **โรงพยาบาล** เป็นบริการที่ให้การรักษาพยาบาลทั่วไป เป็นบริการดูแลในระดับกลาง (intermediate care) สำหรับผู้สูงอายุ ให้บริการการฟื้นฟู คำแนะนำและให้ความรู้

2) **สถานบริบาล (nursing home)** เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไม่มาก แต่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและไม่สามารถอยู่บ้านได้

3) **สถานดูแลระยะสั้น (respite care)** เป็นบริการที่รับผู้สูงอายุเพื่อดูแลในระยะเวลาสั้น เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีเวลาพักผ่อน

4) **สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care)** เป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้เพื่อช่วยลดอาการเจ็บป่วย และใช้เวลากับครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

5) **บ้านพักคนชรา (residential home)** เป็นบริการที่ให้การช่วยเหลือดูแลส่วนบุคคลหรือในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว และให้บริการดูแลผู้สูงอายุหากมีภาวะเจ็บป่วยในระยะสั้นๆ

2.2.4.4 รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียมีรูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบันที่เรียกว่า “Institutional setting” เป็นบริการที่จัดเพื่อผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ไร้ความสามารถ ผู้ป่วย ผู้ที่ไม่มีบ้าน คนยากจน ครอบครัวหย่าร้าง ผู้ที่มีความผิดปกติทางร่างกายและนักโทษ โดยแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552: 33 อ้างถึงใน Dennis Trewin, 2003)

1) **สถานบริบาล (nursing home)** เป็นบริการของภาครัฐและเอกชน แบบบ้านพักฟื้นฟูและโรงพยาบาล โดยมีบริการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต

2) บริการที่พัก (hostel) หรือ Care accommodation for the retired or aged สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมาอาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในลักษณะบ้านสำหรับผู้เกษียณอายุ ที่เป็นสมาชิกของศาสนา รวมถึงหมู่บ้านของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยห้องนั่งเล่น ห้องอาหาร เป็นต้น ทั้งนี้ไม่รวมถึงบริการทางการแพทย์และพยาบาล

3) ที่พักสำหรับผู้พิการ (Hostels for the disabled)

4) โรงพยาบาลหรือสถาบันรักษาทางจิต (Psychiatric hospitals or institutions)

2.2.4.5 รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศสวีเดน

รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศสวีเดน มีรูปแบบดังต่อไปนี้ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552: 34 อ้างถึงใน Government Offices of Sweden, 2007)

1) บริการภายในบ้าน (Home care service) บริการผู้ช่วยในการซื้อของ ทำความสะอาด ทำอาหาร ซักผ้า และดูแลผู้สูงอายุ

2) บริการดูแลกลางวัน (Adult day care) บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น somatic disease โดยได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เฉพาะที่ถูกคัดเลือกแล้ว

3) บริการติดตั้งเครื่องรับส่งสัญญาณบอกเหตุ (personal safety alarms) ผู้สูงอายุ บุคคลไร้ความสามารถจะได้รับการติดตั้งอุปกรณ์ส่งสัญญาณบอกเหตุเพื่อความปลอดภัย

4) บริการบ้านพักระยะสั้น (Short stay housing) เป็นบริการบ้านพักระยะสั้น เพื่อพักฟื้นหลังจากออกจากโรงพยาบาลที่ช่วยดูแลชั่วคราวแทนสมาชิกในครอบครัว

5) บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)

6) บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือ (Assistive devices) เป็นบริการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือสำหรับผู้ไร้ความสามารถ

7) บริการปรับปรุงที่อยู่อาศัย (Home adaptations) บริการปรับปรุงที่อยู่อาศัยทั่วไป เช่น การปรับปรุงห้องน้ำ

8) บริการขนส่ง (Transportation services) ผู้สูงอายุที่ต้องการเดินทางสามารถขอความช่วยเหลือในการเดินทางได้

9) บ้านพักพิเศษ (Special housing) เป็นบริการดูแลทางด้านสังคมและสุขภาพ และให้ที่พักในระยะสั้นในบ้านพิเศษ

10) บริการช่วยเหลืองานบ้าน (practical services for the elderly) บริการผู้สูงอายุ บาดเจ็บ เช่น การทำความสะอาด การซักผ้า เป็นต้น

11) บริการทำฟัน (Dental care) บริการที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุ

2.2.4.6 รูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดามีบริการที่พักอาศัยโดยการดูแลในระดับรัฐ เรียกว่า “Residential care facilities” แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2552: 35 อ้างถึงใน Hicks, Fortin & Button, 2002) 1) บริการห้องและที่พักอย่างเดียวโดยไม่มี การดูแล 2) บริการห้องและที่พักพร้อมให้คำปรึกษา 3) บริการห้องและที่พักพร้อมการดูแลหรือโรงเรียนพิเศษ การประชุมลักษณะในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ *ระดับที่ 1* ดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันอันเนื่องมาจากความสามารถทางกายและจิตใจที่ลดถอยลง *ระดับที่ 2* ดูแลทางการแพทย์โดยพยาบาลวิชาชีพ ในบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังแต่ยังแข็งแรง หรือบุคคลที่ไร้ความสามารถทางร่างกายและจิตใจ *ระดับที่ 3* ดูแลบุคคลที่ต้องการรับบริการทางการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ อันเนื่องมาจากป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือไร้ความสามารถทางร่างกายและจิตใจ *ระดับที่ 4* บริการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลที่มากกว่า 3 ประเภท ดังกล่าว

จากรูปแบบการดูแลระยะยาวของต่างประเทศดังที่ได้กล่าวมาเห็นได้ว่า มีรูปแบบในการให้บริการหลากหลายรูปแบบมากกว่าประเทศไทย ทั้งนี้การบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการรับความช่วยเหลือดูแลที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ ลักษณะในการให้บริการคือการเน้นให้ความช่วยเหลือทางด้าน การแพทย์ การพยาบาล และสังคมควบคู่กัน

2.3 การดำเนินงานในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุของภาครัฐ

ในอดีตประเทศไทยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุน้อย เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในประเทศยังคงไม่สูงมาก ประเด็นปัญหาผู้สูงอายุจึงไม่เป็นที่สนใจของรัฐบาล การจัดสวัสดิการและความช่วยเหลือผู้สูงอายุเริ่มมีขึ้นในรัฐบาลจอมพลแปลก พิบูลสงครามได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นด้านการประชาสัมพันธ์ มีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราบ้านแคขึ้นในปีพ.ศ. 2496 นับเป็นสถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกของประเทศไทย หลังจากนั้นคณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2525 แต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น เพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย วางแผน และดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ วันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2525 องค์การสหประชาชาติได้จัดการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (World Assembly on Ageing) ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้พิจารณาประเด็นสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ 3 ประการ คือ ด้านมนุษยธรรม ด้านการพัฒนา และด้านการศึกษา ในปีเดียวกันนี้คณะรัฐมนตรีได้ลงมติอนุมัติให้ วันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ จากการประชุมสมัชชาขององค์การสหประชาชาติได้ก่อให้เกิดแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2525-2544) นับเป็นแผนแม่บทผู้สูงอายุแรกของประเทศไทย ประกอบด้วยนโยบายและมาตรการ 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านวัฒนธรรม ด้านการศึกษา ด้านความมั่นคงทางรายได้ และการทำงานและสวัสดิการสังคม

ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 81 รัฐพึงช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีสุขภาพ กำลังใจ และความหวังในชีวิต เพื่อสามารถดำรงตนอยู่ได้ตามสมควร ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้เพิ่มบทบัญญัติในเรื่องของสิทธิในกระบวนการยุติธรรมด้วย หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2534 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและดูแลสุขภาพ ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัว และได้รับการสงเคราะห์ตามความจำเป็น ในปีพ.ศ. 2542 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ (The International Year of The Older Persons) มีการกำหนดให้วันที่ 1 ตุลาคมของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุสากล ในปีนี้ประเทศไทยจึงได้ประกาศใช้ ปฎิญญาผู้สูงอายุไทย (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2555) เป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ จากแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) จึงนำมาสู่การจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) จากนั้นในปีพ.ศ. 2546 ประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวนี้ ประกอบด้วย 1) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 2) นโยบายและแผนที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ 3) หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

2.3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นผู้สูงอายุ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มีบทบัญญัติเรื่องผู้สูงอายุในหมวดที่ 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ โดยให้รัฐจัดสวัสดิการและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งกำหนดสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ การส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

2.3.1.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้กำหนดสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ส่วนที่ 4 สิทธิในกระบวนการยุติธรรม มาตรา 40 (6) โดยผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสม และส่วนที่ 9 สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ มาตรา 53 ให้บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี

บริบูรณ์และมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก และความช่วยเหลือจากรัฐ

ในหมวด 5 แผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ส่วนที่ 4 แผนนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม มาตรา 80 (1) โดยรัฐต้องให้การสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้ และใน ส่วนที่ 7 แผนนโยบายด้านเศรษฐกิจ มาตรา 84 (4) รัฐต้องจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง ("รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ", 2550)

2.3.1.2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 โดยให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแผนเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยให้การสนับสนุนช่วยเหลือกิจกรรมของภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์และพัฒนาผู้สูงอายุ และกำหนดสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับจากรัฐ ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองด้านสังคม ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ รวมถึงสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ทั้งนี้ได้มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 เพื่อแก้ไขเพิ่มเติมอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการผู้สูงอายุ และสิทธิเบี่ยงชีพของผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 59 ที่กำหนดให้บุคคลที่อายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกและการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากรัฐ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับไว้ใน มาตรา 11 โดยให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้ (1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ (2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต (3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม (4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน (5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณสุขอื่น (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสาร ยานพาหนะตามความเหมาะสม (7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ (8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง (9) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว (10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความเป็นจำเป็นอย่างทั่วถึง (11) การจ่ายเงินเบี่ยงชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพ

ตามประเพณี (13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด นอกจากนี้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้จัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุ และสนับสนุนผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุให้ได้รับการลดหย่อนภาษี

กล่าวโดยสรุป รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มุ่งเน้นในการให้ความช่วยเหลือ สงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม โดยการจัดสวัสดิการและบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออมเงิน สำหรับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้ให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ความตามมาตรา 11 ได้ถูกนำไปกำหนดเป็นนโยบายและนำไปปฏิบัติ เช่น การจ่ายเบี้ยยังชีพ การลดหย่อนค่าเช่าชมสถานที่ของรัฐและค่าโดยสารรถประจำทาง เป็นต้น

2.3.2 นโยบายและแผนที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

นโยบายและแผนที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผลจากกฎหมายกำหนดให้การคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมถึงความเป็นมาของนโยบายในรัฐบาลแต่ละยุคสมัยที่เริ่มให้ความสำคัญในประเด็นผู้สูงอายุ และแผนที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ดังนี้

2.3.2.1 นโยบายที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมนโยบายด้านผู้สูงอายุพบว่า หลังจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองของประเทศไทยใน พ.ศ. 2475 จนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยมีคณะรัฐมนตรีทั้งสิ้น 61 คณะ และนายกรัฐมนตรีทั้งสิ้น 29 คน นโยบายของรัฐบาลในยุคหลังจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองเน้นในเรื่องของการดำรงรักษาเอกราช นอกจากนี้ยังมีนโยบายด้านเศรษฐกิจ อุตสาหกรรมและนโยบายการต่างประเทศ แต่ไม่ปรากฏนโยบายด้านผู้สูงอายุ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2500 ใน *รัฐบาลจอมพล แปลก พิบูลสงคราม (พ.ศ. 2491-2500)* ได้มีนโยบายด้านสังคมที่ส่งเสริมให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยได้รับการสงเคราะห์โดยเฉพาะด้านที่อยู่อาศัย ใน *รัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน (พ.ศ. 2534-2535 สมัยที่ 1)* ได้ปรากฏนโยบายด้านผู้สูงอายุกล่าวคือ รัฐบาลได้สนับสนุนการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือและผู้สูงอายุ ใน *รัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร (พ.ศ. 2535)* นโยบายสังคมของรัฐบาลคือ การสนับสนุนดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ใน *รัฐบาลนายชวน หลีกภัย (พ.ศ. 2535-2538 สมัยที่ 1)* ได้ให้การสนับสนุนดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ใน *รัฐบาลนายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ. 2538-2539)* มีนโยบายให้การส่งเสริมช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสหรือถูกทอดทิ้ง โดยจัดศูนย์สงเคราะห์

ราชกรและกฎหมายสวัสดิการสังคม ในปี พ.ศ. 2540 *รัฐบาลนายชวน หลีกภัย (พ.ศ. 2540-2543 สมัยที่ 2)* มีนโยบายด้านสังคม เพื่อพัฒนาและปรับโครงสร้างสังคมได้แก่ ดูแล พื้นฟู สนับสนุน การศึกษา ฝึกอาชีพ นันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ ส่วนในด้านสาธารณสุขนั้นมึนโยบายให้ขยาย สาธารณสุขมูลฐานสำหรับครอบครัวเพื่อให้ครอบครัว ชุมชน ได้ดูแลสุขภาพของตนเอง

ใน *รัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร (พ.ศ. 2544-2549)* นโยบายสังคมเน้นในเรื่องการ พัฒนาคน และเสริมสร้างความเข้มแข็งในสังคม นโยบายด้านผู้สูงอายุรัฐบาลได้เน้นการสร้าง ครอบครัวอบอุ่น จัดให้มีหลักประกันผู้สูงอายุ สร้างโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ พัฒนาการทางสุขภาพและอนามัย สนับสนุนการนำภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาสังคม รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร สมัยที่ 2 ได้มีการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ ให้ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี จัดให้มีหลักประกันด้านรายได้และการออมในวัยทำงานให้ เพียงพอสำหรับวัยชรา ยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับผู้สูงอายุที่อายุเกิน 65 ปี สนับสนุนครอบครัวในการ ดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมผู้สูงอายุในการใช้ประสบการณ์เพื่อพัฒนาประเทศ

ใน *รัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ (พ.ศ. 2549-2551)* ได้สนับสนุนและส่งเสริมการออมโดย ใช้นโยบายการออมที่เหมาะสม ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ชุมชน องค์กรอาสาสมัครในการช่วยดูแล ผู้สูงอายุ ใน *รัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช (พ.ศ. 2551)* มีนโยบายพัฒนาสุขภาพของประชาชนโดยการ ขยายงานอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการในชุมชน และเชื่อมโยงการ ดำเนินงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในส่วนนโยบายความมั่นคงของชีวิตและสังคมได้มีการ ประสานการดำเนินงานจากกลุ่มต่างๆ เช่น กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ กองทุน พัฒนาชุมชน และกองทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อช่วยพัฒนาสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเตรียม ความพร้อมให้กับผู้สูงอายุโดยยึดหลักผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของสังคม โดยสร้าง หลักประกันทางรายได้และส่งเสริมการออม ส่งเสริมครอบครัวให้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ ขยายฐานการให้เบี้ยยังชีพกับผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ และส่งเสริมการใช้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุใน การช่วยพัฒนาประเทศ

ใน *รัฐบาลนายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ (พ.ศ. 2551)* นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิตได้สนับสนุน บทบาทของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพคนในชุมชนเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล และเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ได้สนับสนุนบทบาท ชุมชนโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมกัน ให้ชุมชนที่มั่นคงประสานกับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในการสงเคราะห์ดูแลผู้สูงอายุ สร้างหลักประกันความมั่นคง รวมถึงสวัสดิการทางสังคมแก่ ผู้สูงอายุ มีการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ สร้างหลักประกันรายได้และการออม ส่งเสริมการ ใช้ภูมิปัญญาและประสบการณ์ของผู้สูงอายุในการช่วยพัฒนาประเทศ และการขยายเบี้ยยังชีพให้ ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้อย่างทั่วถึง

ในรัชกาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ (พ.ศ. 2551-2554) นโยบายด้านผู้สูงอายุอยู่ในนโยบายเร่งด่วนที่เริ่มดำเนินการในปีแรกคือ การสร้างหลักประกันรายได้ให้กับผู้สูงอายุ โดยจัดสรรเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนขอรับการสงเคราะห์ และขยายเขตงานการให้กู้ยืมเงินจากกองทุนผู้สูงอายุเป็น 30,000 บาทต่อราย ส่งเสริมบทบาทงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศ โดยการปฏิบัติงานเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและดูแลผู้สูงอายุสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้สูงอายุ เน้นบทบาทสถาบันทางสังคม ชุมชน เป็นเครือข่ายในการคุ้มครองและจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อช่วยในการพัฒนาประเทศ เช่น ภูมิปัญญา ส่งเสริมการออม และระบบประกันสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ

ในรัชกาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (พ.ศ. 2554-2557) นโยบายเร่งด่วนที่เร่งดำเนินการในปีแรก คือ การจัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับ 600 บาท อายุ 70-79 ปี จะได้รับ 700 บาท อายุ 80-89 ปี จะได้รับ 800 บาท อายุ 90 ขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท สนับสนุนโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงการบริการ ที่มีคุณภาพ รวมถึงมีระบบฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน เสริมสร้างผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จัดตั้งอำนวยการความสะอาดรองรับ เตรียมความพร้อมกับสังคมผู้สูงอายุ พัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพอนามัย ให้การศึกษา การสงเคราะห์ การจัดสวัสดิการและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นพลังขับเคลื่อนสังคม

นโยบายรัฐบาลในสมัยรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา (พ.ศ. 2557-ปัจจุบัน) ได้มีนโยบายลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสังคม ระบบการออม และระบบสวัสดิการชุมชนให้มีประสิทธิภาพ ให้การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ จัดสวัสดิการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานทำโดยไม่เกิดภาระต่อสังคมในอนาคต โดยการจัดให้มีระบบการดูแลในบ้าน สถานที่พักฟื้นและโรงพยาบาล เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมถึงพัฒนาระบบการเงินการคลังในการดูแลผู้สูงอายุ (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี)

กล่าวโดยสรุป นโยบายของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในรัฐบาลก่อนปี พ.ศ. 2540 มีจัดหลักประกันสุขภาพ การให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และสนับสนุนในการฝึกอาชีพและนันทนาการ จะเห็นได้ว่านโยบายในยุคแรกนี้เป็นไปในลักษณะที่ให้ความช่วยเหลือเฉพาะกลุ่ม กล่าวคือ ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ยากไร้ โดยในยุคแรกนี้ประชากรผู้สูงอายุยังมีจำนวนน้อย นโยบายยุคนี้จะเน้นด้านเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ รัฐบาลหลังปี พ.ศ. 2540 มีนโยบายส่งเสริมให้เกิดการออม การขยายฐานเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุที่มีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 โดยให้ผู้สูงอายุที่ยากไร้จากรายเดือน

ละ 200 บาท (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) เป็นการให้รายเดือนแบบขั้นบันได ตั้งแต่ 600 - 1,000 บาท ตามช่วงอายุ ส่งเสริมให้ครอบครัวได้ดูแลผู้สูงอายุ การมีระบบประกันสุขภาพ พัฒนาการบริการทางสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นโยบายในยุคหลังนี้ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น และกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาสังคม ทำให้นโยบายในยุคหลังมีการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ (รายได้) และการกำหนดนโยบายไม่ได้เฉพาะกลุ่มแต่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุทุกคน รวมถึงผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.3.2.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ประเด็นผู้สูงอายุเริ่มมีขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) หรือ 10 ปีหลังจากที่มีการประกาศแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 มีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากร โดยเน้นให้ผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งหรือถูกทอดทิ้งรับสวัสดิการและบริการทางสังคมพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) มองผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาส โดยจัดสวัสดิการเพิ่มเบี้ยยังชีพ การรักษาพยาบาล โดยไม่คิดเงิน ลดหย่อนค่าโดยสารสาธารณะ ส่งเสริมให้ครอบครัวเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนสถานพยาบาลขององค์กรภาคเอกชน องค์กรศาสนาและชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ, 2542) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้ให้ความสำคัญกับโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงของประชากรไทยไปสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเน้นการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพและหลักประกันสุขภาพทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้เร่งขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพ การเสริมสร้างสุขภาพ และการเรียนรู้ตลอดชีวิต

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้เห็นความสำคัญของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงมุ่งพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวได้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดยการส่งเสริมการสร้างรายได้และการทำงาน ส่งเสริมและสนับสนุนการนำความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นคลังสมองของชาติทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้มีความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น และประเทศ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเอง พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงพัฒนาชุมชน

ที่มีศักยภาพและความพร้อมให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปยังชุมชนอื่น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

กล่าวโดยสรุป แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในระยะแรกเน้นไปที่การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศเป็นสำคัญ ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุเริ่มปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) โดยเน้นการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากไร้หรือถูกทอดทิ้ง หลังจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เป็นต้นมาก็ได้เน้นการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพและสังคม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ความรู้ความสามารถพัฒนาประเทศ รวมถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นหลักสำคัญที่รัฐบาลจะต้องมีการแปลงนโยบายและถูกนำไปปฏิบัติต่อไป ดังนั้น นโยบายผู้สูงอายุของรัฐบาลจะมีความสอดคล้องกับกฎหมายและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ดังกล่าว

2.3.2.3 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันจึงใช้ผลการศึกษาโครงสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) เป็นฐานในการดำเนินงาน โดยมอบหมายให้วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยปรับแผนจากการระดมความคิดเห็น เสนอแนะแนวทาง และการวิพากษ์จากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาผู้สูงอายุ และได้มีการกำหนดประเด็นมาตรการใหม่ เช่น การสร้างวินัยการออม การสนับสนุนการดูแลระยะยาว การสร้างเครือข่ายในการบริหารและพัฒนาในระดับจังหวัดและท้องถิ่น เป็นต้น ภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” ที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 จัดแบ่งยุทธศาสตร์ได้ 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก คือ 1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ 2) มาตรการให้การศึกษและการเรียนรู้ตลอดชีวิต 3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก คือ 1) มาตรการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย ดูแลตนเองเบื้องต้น 2) มาตรการส่งเสริมการรวมกลุ่ม และสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ 3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ 4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ 5) มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ 6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก คือ 1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ 2) มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ 3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง 4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก คือ 1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ 2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก คือ 1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ 2) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง 3) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

จากยุทธศาสตร์ที่ 5 มาตรการที่ 2 ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามเพื่อปรับปรุงและพัฒนานโยบาย พบว่า มียุทธศาสตร์ที่ไม่ผ่านและต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และยุทธศาสตร์ ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากมาตรการด้านหลักประกันสุขภาพยังไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ จากการติดตามประเมินผลนี้ยังได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระยะสั้น คือ การกำหนดให้เรื่องสังคมสูงวัยเป็นวาระแห่งชาติ เพื่อให้วาระผู้สูงอายุไม่เปลี่ยนแปลงไปตามรัฐบาล การส่งเสริมการออม การนำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติไปปฏิบัติ และการสนับสนุนให้ท้องถิ่นดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในระยะยาว คือ การเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุ เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ขยายระบบการดูแลระยะยาวให้ครอบคลุม กำหนดมาตรฐานการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ และสร้างความเข้มแข็งให้ชมรมผู้สูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2556)

สำหรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) มีประเด็นเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในมาตรการที่ 4 ระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุน โดยให้มีการจัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและสังคม และระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เน้นการบริการถึงบ้านและประสานบริการด้านสุขภาพและสังคม ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรภาคเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์ มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการกำกับดูแลมาตรฐานและค่าบริการที่เป็นธรรม นอกจากนี้ยังส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ให้มีการฝึกอบรมในระดับวิชาชีพและมีมาตรฐาน

กล่าวโดยสรุป แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) เป็นแผนระยะยาวที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อนำไปปฏิบัติต่อไป ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ของแผน ได้มีมาตรการในการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทั้งการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นต้น การส่งเสริมและสนับสนุนให้เอกชนจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ก็เป็นการช่วยลดภาระทั้งด้านงบประมาณและทรัพยากรให้กับภาครัฐอีกด้วย

2.3.3 หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

จากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผน คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้ปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) มีการกำหนดหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ซึ่งมีหน่วยงานหลายหน่วยงานที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์ สำหรับยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีมาตรการให้จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และการส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคเอกชน ให้ร่วมจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมที่ผู้สูงอายุสามารถซื้อบริการได้ มีหน่วยงานส่วนกลางของภาครัฐที่รับผิดชอบหลัก ดังนี้

2.3.3.1 กระทรวงสาธารณสุข

พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 มาตรา 42 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนและราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดกำหนดให้เป็น

อำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) กรมอนามัย

กรมอนามัยมีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยที่เสี่ยงต่อสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงสนับสนุนให้หน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดและพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย ศึกษา วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพ กำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และรองรับมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัย พัฒนากลไกเครือข่ายในการเฝ้าระวังทางสุขภาพ พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ประสานงาน สนับสนุนและติดตามนิเทศงานหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และอำนาจอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนด ("กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552," 2552)

2) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีภารกิจในการสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ โดยส่งเสริมและสนับสนุนระบบคุ้มครองด้านบริการสุขภาพ พัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรภาคเอกชน มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมและสนับสนุนระบบสุขภาพของประชาชน ดำเนินการในการช่วยเหลือประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ศึกษาวิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านระบบบริการสุขภาพแก่องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานด้านอาคารสถานที่ คุรุภัณฑ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ("กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552," 2552)

3) สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ มีอำนาจหน้าที่ในการศึกษาวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ถ่ายทอดองค์ความรู้แก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จัดให้มีบริการทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ให้ความรู้ในการปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพใน

สถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ("กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552," 2552)

2.3.3.2 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 มาตรา 16 กำหนดให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคม การสร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาคในสังคม การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพและความมั่นคงในชีวิต สถาบันครอบครัวและชุมชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือราชการที่สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีหน่วยงานในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) กรมกิจการผู้สูงอายุ

กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.) เป็นส่วนราชการมีฐานะเป็นกรมในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีภารกิจในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนารูปแบบงานด้านสวัสดิการให้ครอบคลุมและสนองตอบต่อสภาพสังคมในปัจจุบัน มีอำนาจหน้าที่ในการเสนอนโยบายและแผน ยุทธศาสตร์ มาตรการ และแนวทางในการส่งเสริมการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ศึกษาวิจัย พัฒนามาตรการ ทั่วโลก และนวัตกรรมองค์ความรู้การดำเนินงาน ส่งเสริม สนับสนุนการประสานความร่วมมือกับองค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการจัดสวัสดิการและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ บริหารจัดการดูแลการดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนด

จากพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2558 ได้กำหนดให้โอนอำนาจหน้าที่จากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้แก่ 1) สำนักบริการสวัสดิการสังคมเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 2) สถานสงเคราะห์ และสำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) กองส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายเฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ 2) สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ 3) งานตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ ไปเป็นอำนาจหน้าที่ของกรมกิจการผู้สูงอายุ (ราชกิจจานุเบกษา, 2558) โดยกองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมกิจการผู้สูงอายุได้ดูแลศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 12 แห่ง ดังนี้

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี

3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่
4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทักษิณ จังหวัดยะลา
5. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสะเวสมฯ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
6. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
7. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
8. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
9. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง จังหวัดลำปาง
10. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม จังหวัดนครพนม
11. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสงขลา จังหวัดสงขลา
12. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

2.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เริ่มมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมาประมาณ 40 ปี โดยงานวิจัยในช่วงแรกเป็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ในขณะที่ประเด็นผู้สูงอายุยังไม่เป็นที่สนใจของภาครัฐหรือสังคม ภายหลังจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ พ.ศ. 2525 ประเด็นผู้สูงอายุจึงเริ่มเป็นที่สนใจและมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ปิยากร หวังมหาพร (2546) ได้แบ่งประเด็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ 6 ด้าน คือ 1.ด้านสังคมและประชากรศาสตร์ 2.ด้านสุขภาพอนามัย 3.ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ 4.ด้านระบบบริการสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ประกอบด้วยประเด็นหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ ด้านปัญหาของผู้สูงอายุ ด้านบริการสวัสดิการสังคม และด้านนโยบาย 5.ด้านกฎหมาย 6.ด้านคลินิก

งานวิจัยในระยะหลัง 10 ปี ที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุ และการศึกษาประเด็นผู้สูงอายุในมิติอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น ด้านเศรษฐศาสตร์ ในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านพยาบาลศาสตร์ ในเรื่องของปัญหาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านสถาปัตยกรรมศาสตร์ ในเรื่องของการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่หน่วยงานรัฐเป็นผู้สนับสนุนการวิจัย เช่น มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นต้น ทั้งนี้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการศึกษาครั้งนี้ มีดังต่อไปนี้

วาทีณี บุญชะลัษี และ ยุพิน วรสิริอมร (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ผลของการศึกษาวิจัยพบว่า ประเภทของสภา

นบริการเอกชนที่ให้บริการด้านสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่ 1) โรงพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง (Profit Enterprise) และโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ดำเนินการตามธุรกิจโดยตรง (Non-Profit Enterprise) 2) สถานสงเคราะห์ที่ให้การสงเคราะห์ฟรี และสถานสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนฟรี แต่เก็บเงินบ้างจากผู้สูงอายุที่สามารถจ่ายค่าบริการได้ 3) ศูนย์หรือสถานบริการสุขภาพ 4) ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ (Housing) 5) สถานที่รับดูแลผู้สูงอายุ (Nursing Home) 6) โรงเรียนสอนผู้ดูแล แต่ละประเภทมีรูปแบบที่ให้บริการ คือ 1) Nursing care 2) ให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน 3) ศูนย์หรือสถานส่งเสริมสุขภาพ 4) ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ 5) รูปแบบการให้บริการจัดส่งผู้ดูแล จากการศึกษาวิจัยพบว่า มีความต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐ ได้แก่ การขยายโครงการบัตรสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถนำไปรับบริการกับสถานบริการเอกชน ทั้งนี้ยังต้องการให้ภาครัฐช่วยในการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลแก่ประชาชนถึงรูปแบบการบริการผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการยอมรับเชื่อถือของประชาชน และภาครัฐสามารถควบคุมคุณภาพการบริการแก่ผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว ผลของการศึกษาพบว่า ในแต่ละครอบครัวมีผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโดยเป็นผู้ดูแลหลักหรือชายที่ให้ความดูแลช่วยเหลือคือ ญาติ ปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวคือปัญหาด้านรายได้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแล และภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ผู้นำชุมชนมีทัศนะว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล แต่ชุมชนควรมีหน้าที่จัดบริการให้ตรงความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มบริการให้ทั่วถึงและเป็นรูปแบบที่เน้นการสงเคราะห์แบบให้เปล่า นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาในการอยู่อาศัยในครอบครัว 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ยากจน กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลอายุ 60 ปีขึ้นไป ทุกกลุ่มมีปัญหาด้านการเงินมากที่สุด ดังนั้นการพัฒนา ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วย การกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของสถาบันและองค์กรระบบต่างๆ ให้ชัดเจน มีระบบการสร้างความมั่นคงทางรายได้ ระบบบริการที่เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ระบบบริการในสถาบันที่ขยายครอบคลุมปัญหาผู้สูงอายุ การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึก และอาสาสมัครที่เข้มแข็ง

ณัฐพงษ์ พบสมัย (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความต้องการการบริการด้านการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การอยู่อาศัย สุขภาพของผู้สูงอายุ จะส่งผลในทิศทางบวกกับความต้องการบริการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่กับสมาชิกคนอื่นๆ ในครัวเรือน ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีและช่วยเหลือตนเองได้น้อยเมื่อเทียบกับ

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีช่วยเหลือตนเองได้มาก ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอยู่ในครัวเรือน มีแนวโน้มต้องการใช้บริการด้านการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการออกเป็น ศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ การจัดบริการตามบ้านเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ บ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง พบว่า ถ้าผู้ดูแลไม่ได้อยู่ครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความน่าจะเป็นที่ต้องการบริการศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดบริการตามบ้านเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัวดูแลอยู่ในครัวเรือน รายได้และการเตรียมความพร้อมด้านการเงิน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการ

พันธ์ทิพย์ วรวาท (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงหม้าย มีอายุระหว่าง 60-74 ปี แต่เดิมอาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลานและญาติ ร้อยละ 41.4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 46.4 นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนมีความต้องการการดูแลในการรับประทานยา การดูแลความปลอดภัยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการที่พักที่เป็นสัดส่วน และต้องการเจ้าหน้าที่พาไปตรวจตามนัด

ศรียพันธ์ุ สาสัดย์, ทศนา ชูวรรณระพรรณ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2552) ได้ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ 1) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน (low care or basic care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการรักษาจากการแพทย์ แต่เน้นการดูแลทางสังคม การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น บ้านพักคนชรา และสถานดูแลช่วยเหลือเพื่อการดำรงชีวิต มีบุคลากรคือนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่า อาจมีนักร่างกายบำบัด นักอาชีพบำบัด และนักโภชนาการ 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (high care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการช่วยเหลือดูแลและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ต้องการการพยาบาลและการรักษาจากแพทย์ เช่น สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และสถานดูแลระยะสุดท้าย การดูแลจึงเน้นการฟื้นฟูสภาพ ความสุขสบายทั่วไป และการดูแลแบบองค์รวมที่มีความมุ่งเน้นในการดูแลจิตวิญญาณองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต้องประกอบด้วย ปรัชญาการดูแล และการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการดูแล

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) ได้ทำการศึกษาเรื่อง บุรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย ผลของการศึกษาพบว่า การบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการจัดระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่องระหว่างสถาบัน บุคคลที่ให้บริการและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการอย่างมี

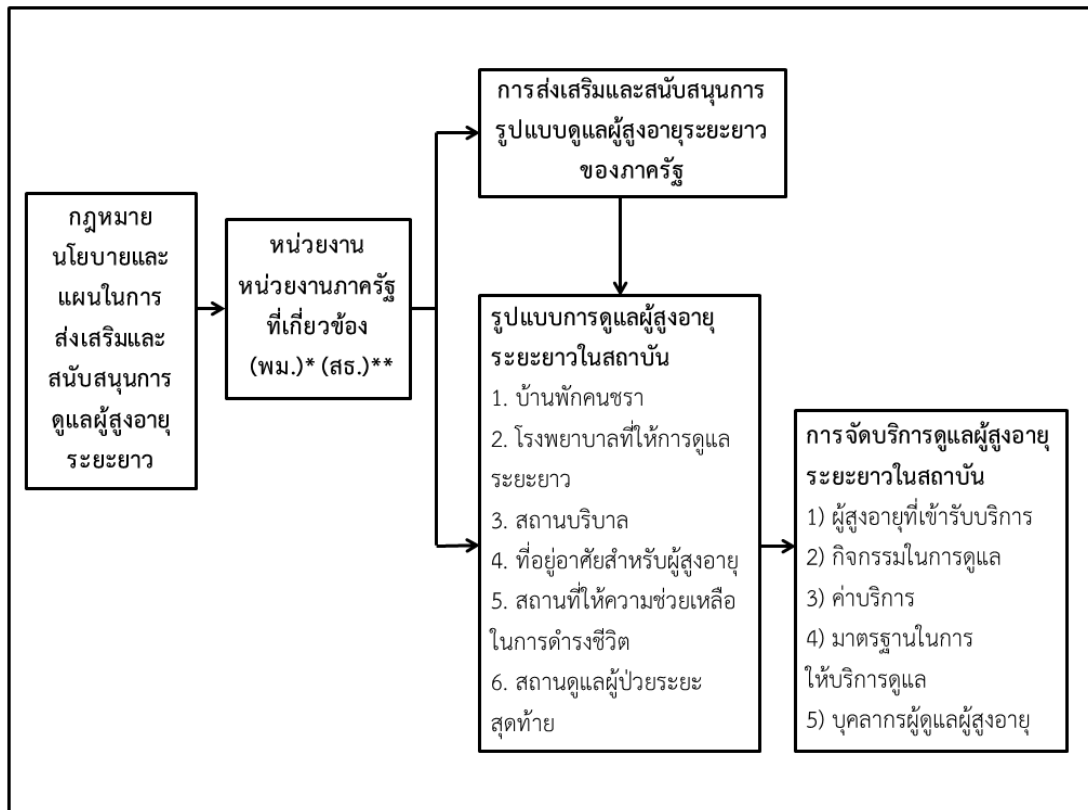
คุณภาพ ประสิทธิภาพ และได้รับความพึงพอใจ กลวิธีการบูรณาการด้านสุขภาพและด้านสังคมคือ กำหนดหน่วยงานที่เป็นกลางในการกำหนดนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรการบริหารจัดการที่ มุ่งเน้นท้องถิ่นเป็นหลัก โดยถ่ายโอนความรับผิดชอบไปยังหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุน ให้เกิดทางเลือกในการดูแลที่บ้าน ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลแต่ละประเภท เพื่อให้เกิดการพัฒนา กระจายการบริการ ในด้านเทคนิคการบูรณาการของต่างประเทศใช้การสร้างระบบ การเข้าถึงบริการ การสร้างแผนการดูแลเฉพาะราย และรูปแบบการดำเนินงานแบบเครือข่าย

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2550) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน ของมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหารูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนาน โดยชุมชนที่เหมาะสมกับสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่า การดูแลในชุมชนมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน กับบทบาทของสถาบันต่างๆ ในสังคม ทั้งระดับชาติและท้องถิ่น ในประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุ เป็นความรับผิดชอบของครอบครัว บริการที่ช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีอยู่จำกัด และผู้ที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิงมีแนวโน้มสูงขึ้น และรัฐยังคงไม่มีมาตรการที่เป็นรูปธรรมที่ให้การสนับสนุนครอบครัวในการ ดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบบูรณาการยังขาด รูปธรรมที่ชัดเจน ในส่วนข้อเสนอแนะในการวิจัย นั้น หลักในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชน 1) จะต้อง ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มีส่วนร่วม 2) ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแล 3) บริการสุขภาพ จะต้องมีความครอบคลุม และบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและสังคม 4) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมี บทบาทร่วมภายใต้การสนับสนุนจากรัฐ 5) ระบบบริการสุขภาพสามารถพัฒนาได้อย่างยั่งยืน

จากแนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปกรอบแนวคิดในการศึกษา รูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนี้

2.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการศึกษา



ที่มา: จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

หมายเหตุ: *กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)

**กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 ทำให้ทราบถึงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้ง 6 รูปแบบ ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และกรอบแนวคิดในการศึกษา ในบทที่ 3 ผู้วิจัยจะกล่าวถึงรายละเอียดในการออกแบบการวิจัยและสร้างเครื่องมือวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย
- 3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 หน่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.5 การได้มาของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เป็นการศึกษาโดยพิจารณาปรากฏการณ์ทางสังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง และหาความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์และสภาพแวดล้อมนั้น มองปรากฏการณ์แบบภาพรวมในสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง เน้นตัวแปรด้านความรู้สึกนึกคิด ทักษะคติ ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) (สุภางค์ จันทวานิช, 2549) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษารายละเอียดเชิงลึกของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในเขตเมือง เพื่อตอบปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์ในการวิจัย ในประเด็นแรกรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในเขตเมืองมีรูปแบบอะไรบ้าง มีลักษณะการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร ประเด็นที่สองหน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างไร โดยพิจารณาปรากฏการณ์ตามความเป็นจริง ประกอบกับความรู้สึกนึกคิด ทักษะคติ ตลอดจนอุดมการณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) จากข้อมูล 2 ประเภท คือ ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) (สุรพล พรหมกุล, 2554) ดังนี้

1. ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่มีผู้ทำการเรียบเรียงไว้และเผยแพร่แล้ว ได้แก่ หนังสือ บทความ เอกสารทางวิชาการ เอกสารทางราชการ (official records) ได้แก่ กฎหมาย และประกาศราชกิจจานุเบกษา วิทยานิพนธ์ วารสาร แผ่นพับ และข้อมูลจากเว็บไซต์ โดยรวบรวมข้อมูลทางสถิติในประเด็นผู้สูงอายุ ทั้งด้านประชากร ด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากสำนักงานสถิติแห่งชาติและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ข้อมูลด้านผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงและสภาพปัญหาในวัยผู้สูงอายุ แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และลักษณะการจัดบริการ จากหนังสือ บทความทางวิชาการ วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยของหน่วยงานต่างๆ ข้อมูลการดำเนินงานในการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุของภาครัฐจากเอกสารทางราชการ ได้แก่ กฎหมาย นโยบาย และแผน หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากเอกสารราชการจากเอกสารทางวิชาการ และการสืบค้นบนเว็บไซต์ เป็นต้น

2. ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) เป็นการสังเกตโดยผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปร่วมกิจกรรมที่ทำอยู่หรือการสังเกตในวงนอก (สุภางค์ จันทวานิช, 2549) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาลักษณะกิจกรรมในการบริการ และความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในสถานบริการบางแห่ง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลตามความเป็นจริง ในส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (research instruments) เป็นสิ่งที่ใช้เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์และสรุปออกมาเป็นผลของการวิจัย (สุรพล พรหมกุล, 2554) ดังนั้นสิ่งที่ใช้เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลในงานวิจัยนี้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) มีลักษณะคำถามปลายเปิด (open ended) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้แสดงข้อเท็จจริงและความคิดเห็นได้เต็มที่ (ศุภชัย ยาวะประภาส, 2553)

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาก่อนลงพื้นที่ทำการสัมภาษณ์ จากนั้นเตรียมแบบสัมภาษณ์และหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยไปยังผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ทำความเข้าใจคำถามและเตรียมข้อมูลในการให้สัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

ในชุดแรก เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานบริการ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) รูปแบบการจัดสวัสดิการที่พำอาศัยของผู้สูงอายุ 3) ลักษณะกิจกรรมในการให้บริการและการบริหาร

จัดการ 4) ด้านการส่งเสริมและสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ 5) ด้านการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการ 6) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ในชุดที่สอง เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) รูปแบบการจัดสวัสดิการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ 3) การดำเนินงานในการส่งเสริมรูปแบบจัดสวัสดิการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ 4) การกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานของการให้บริการ 5) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตในการบันทึกเสียงสัมภาษณ์และนำมาถอดความเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3.4 การได้มาของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants)

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ในส่วนแรก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ ผู้บริหารสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 8 ท่าน ผู้วิจัยใช้การเลือกตัวอย่างตามเป้าประสงค์ (purposive sampling) จากสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 6 รูปแบบ 8 สถานบริการ ประกอบด้วย 1) รูปแบบบ้านพักคนชรา ในสังกัดของภาครัฐ และบ้านพักคนชรา ในสังกัดของมูลนิธิสมาคมจีน 2) โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว (long-term care hospital) ที่ไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรง 2 แห่ง 3) สถานบริการหรือเนอร์สซิงโฮม (nursing home) 4) ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (housing) 5) สถานที่ให้ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) และ 6) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care) (ดังแสดงในตารางที่ 4)

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ตามอัตวิสัยของผู้วิจัยพิจารณาจากการดำเนินงานสถานบริการที่ยาวนาน ความมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก การขึ้นทะเบียนสถานบริการอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ผู้วิจัยได้ศึกษารูปแบบสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เฉพาะรูปแบบที่มีอยู่ในเขตเมือง ดังนั้น พื้นที่ศึกษาสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ เขตเมือง (urban area) โดยให้คำนิยามเขตเมืองจากการอ้างอิงตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยเรื่องชุมชนและกรรมการชุมชน ดังนั้น เขตเมือง ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง บริเวณที่มีลักษณะของบ้านเรือนอยู่รวมกันค่อนข้างหนาแน่น ไม่แออัด มีสาธารณูปโภค สาธารณูปการ และการคมนาคมสะดวก เขตเมืองที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา คือ กรุงเทพมหานครและจังหวัดสมุทรปราการ

ตารางที่ 4 แสดงรายชื่อสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ลำดับ ที่	รูปแบบการดูแลระยะ ยาวในสถาบัน	สังกัด	ชื่อหน่วยงาน	ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants)
1.	บ้านพักคนชรา	1.1 บ้านพักคนชรา ของรัฐ (กรมกิจการ ผู้สูงอายุ)	ศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค	ผู้อำนวยการศูนย์ พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุบ้านบางแค
		1.2 บ้านพักคนชรา ของมูลนิธิสมาคมจีน	มูลนิธิธารนุเคราะห์ สถาน พักฟื้นคนชราบางเขน	เจ้าหน้าที่ดูแลทั่วไป
2.	โรงพยาบาลที่ให้การ ดูแลระยะยาว	2.1 โรงพยาบาลที่ ไม่ได้ดำเนินการเชิง ธุรกิจ (มูลนิธิสมาคม คนจีน)	โรงพยาบาลกว๋องสิวมูลนิธิ	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกว๋องสิว มูลนิธิ
		2.2 โรงพยาบาลที่ ไม่ได้ดำเนินการเชิง ธุรกิจ (เอกชน)	โรงพยาบาลเอกชนแห่ง หนึ่ง	รองหัวหน้าแผนกสิริ อายุ
3.	สถานบริบาลหรือ เนอสจิ่งโฮม	เอกชน	นวศรี เนอสจิ่งโฮม	ผู้จัดการ (ผู้ประกอบการ)
4.	ที่อยู่อาศัยเฉพาะ ผู้สูงอายุ	สภาอากาศไทย	สวางคินเวศ	ผู้จัดการอาคาร สวางคินเวศ
5.	สถานที่ให้ความ ช่วยเหลือในการ ดำรงชีวิต	เอกชน	เดอะซีเนียร์ เฮลท์ แครร์	ผู้จัดการ (ผู้ประกอบการ)
6.	สถานดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	เอกชน	โรงพยาบาลศุขเวช เนอสจิ่งโฮม (ราม 21)	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศุขเวช เนอสจิ่งโฮม

เนื่องจากการเก็บข้อมูลสถานบริการต้องได้รับอนุญาตจากสถานบริการ สถานบริการในรูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาวประเภทไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจจึงไม่สามารถเก็บข้อมูลจริงได้ เมื่อไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะไม่สามารถนำรูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาวนี้ มาวิเคราะห์ และจะรายงานเป็นข้อจำกัดในการวิจัยต่อไป

ในส่วนที่สอง ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง คือ ข้าราชการพลเรือนประเภท อำนวยการ และข้าราชการพลเรือนประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ จำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยใช้ การเลือกตัวอย่างตามเป้าประสงค์ (purposive sampling) และวิธีการแบบสโนว์บอลล์ (snowball sampling technique) จากหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตามนโยบายของรัฐบาล โดยผู้วิจัยพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนของหน่วยงานที่รับ มอบหมายจากรัฐบาลให้ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ดังแสดงในตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงรายชื่อหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ลำดับ ที่	หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานในสังกัด	ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
1.	กระทรวงสาธารณสุข	1.1 กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุ	นายแพทย์ธงชน เพิ่มภคศรี ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันเวช ศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณ สังวรเพื่อผู้สูงอายุ
		1.2 กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักอนามัย ผู้สูงอายุ
		1.3 กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ	นายจรัสพันธ์ วิบูลวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข
2.	กระทรวงการพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์	2.1 กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.) กองส่งเสริมสวัสดิการและ คุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ	นางสาวจิรภา วิวัฒน์ ผู้อำนวยการกลุ่มส่งเสริมระบบ การดูแลและคุ้มครองทางสังคม
		2.2 กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	นางสาวอาภา รัตนพิทักษ์ ผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและ ประเมินผล

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นวิธีการสร้างข้อสรุปจากการศึกษารูปแบบหนึ่ง โดยการสรุปข้อมูลที่ วิเคราะห์ด้วยการบรรยาย (descriptive) ซึ่งได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และจดบันทึก (สุภางค์ จัน ทวานิช, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัย

ที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด เพื่อตอบคำถามวิจัย ตลอดจนวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันในเขตเมือง ทั้ง 6 รูปแบบ ประกอบด้วย 1) รูปแบบบ้านพักคนชรา ในสังกัดของภาครัฐ และบ้านพักคนชรา ในสังกัดของภาคเอกชน 2) โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว (long-term care hospital) 3) สถานบริหารหรือเนอร์สซิงโฮม (nursing home) 4) ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (housing) 5) สถานที่ให้ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) 6) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care) เพื่อศึกษารูปแบบในการจัดบริการ ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ 2) กิจกรรมในการดูแล 3) ค่าบริการ 4) มาตรฐานในการให้บริการดูแล 5) บุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 6) สภาพแวดล้อมในสถานบริการ

2. แผน และนโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

นำข้อมูลจากการวิจัยภาคสนามมาถอดแบบสัมภาษณ์ และจัดประเด็นที่ศึกษาตามกรอบแนวคิดในการวิจัยทั้ง 6 รูปแบบ โดยศึกษาลักษณะการจัดบริการในสถาบันว่าแต่ละสถาบันจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร และหน่วยงานภาครัฐมีแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันอย่างไร จากนั้นจึงวิเคราะห์และสรุปประเด็น และนำมาเชื่อมโยงข้อมูลประกอบกับข้อมูลจากเอกสาร

บทที่ 4

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

การศึกษา “การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และศึกษาลักษณะกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง ผู้วิจัยได้ศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวจากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของ วาทีนิ บุญชะลิกษี และ ยุพิน วรสิริอมร 2544 และศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ 2552 โดยยึดรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ 6 รูปแบบ ประกอบด้วย 1) รูปแบบบ้านพักคนชรา ประกอบด้วย บ้านพักคนชราในสังกัดของรัฐและบ้านพักคนชราในสังกัดของมูลนิธิสมาคมจีน 2) รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว ประกอบด้วย โรงพยาบาลประเภทแสงหากำไร และโรงพยาบาลประเภทไม่แสวงหากำไร 3) สถานบริบาลหรือเนอสซิ่งโฮม 4) ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ 5) สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต 6) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้นำรูปแบบทั้ง 6 รูปแบบ มาใช้เป็นรูปแบบเพื่อศึกษาลักษณะกิจกรรมการบริการต่อไป

ในบทที่ 4 นี้ มุ่งเสนอรูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้ง 6 รูปแบบ โดยมีรายละเอียด ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ 2) กิจกรรมในการดูแล 3) ค่าบริการ 4) มาตรฐานสถานบริการ 5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการและผู้ประกอบการของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดข้อค้นพบ ดังนี้

4.1 รูปแบบและลักษณะการจัดบริการการดูแลระยะยาวในสถาบัน

4.1.1 รูปแบบบ้านพักคนชรา

ในปัจจุบันรูปแบบบ้านพักคนชราที่มีทั้งประเภทที่สังกัดหน่วยงานของรัฐได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค และสังกัดหน่วยงานของมูลนิธิสมาคมจีน ได้แก่ มูลนิธิธารนุเคราะห์ สถานพักฟื้นคนชราบางเขน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1.1.1 รูปแบบบ้านพักคนชรา สังกัดหน่วยงานของภาครัฐ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ก่อตั้งในปีพ.ศ. 2496 สมัยรัฐบาลจอมพลแปลก พิบูลสงคราม ถือเป็นสถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกของประเทศไทย เริ่มแรกนั้นอยู่ในความรับผิดชอบของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ในปีพ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ได้จัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคจึงถูกถ่ายโอนให้อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงการ

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โดยเปลี่ยนชื่อจากสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ในปัจจุบัน ได้มีพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2558 กำหนดให้โอนสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้อยู่ในความรับผิดชอบของกรมกิจการผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อเป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้ในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ ประสานเครือข่ายในการให้บริการ และเป็นศูนย์ต้นแบบในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค, 2559)

1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค มีเกณฑ์ในการรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีญาติ หรือไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ ไม่เป็นผู้มีโรคติดต่อร้ายแรง โรคทางจิตเวช และพิการทุพพลภาพ แรกเข้าผู้สูงอายุจะต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เข้ามาอยู่อาศัยด้วยความสมัครใจ ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ได้ตลอดชีวิต ในการขอรับบริการจะต้องยื่นใบสมัครที่สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรุงเทพฯ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในต่างจังหวัดสามารถยื่นใบสมัครได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดที่ตนอาศัยอยู่

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯ ได้จัดแบ่งผู้สูงอายุตามสภาพร่างกาย ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ *กลุ่มเอ* ผู้สูงอายุที่ยังมีร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ *กลุ่มบี* ผู้สูงอายุที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยเดิน (walker) รถเข็น และ *กลุ่มซี* ผู้สูงอายุที่ติดเตียง หรือเป็นโรคสมองเสื่อม มีภาวะหลงลืม มีผู้สูงอายุในกลุ่มเอคิดเป็นร้อยละ 30 ที่เหลือเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มบีและกลุ่มซี

จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมบ้านบางแค ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นผู้สูงอายุในช่วงวัยกลาง (70-79ปี) เป็นส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 70-76 ปี ผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุด อายุ 99 ปี และผู้สูงอายุที่น้อยที่สุด อายุ 62 ปี ปัจจุบันมีผู้สูงอายุทั้งหมด 250 คน มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับยากจนจนถึงระดับปานกลาง ผู้สูงอายุมีทั้งประเภทที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้

2) กิจกรรมในการดูแล

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ให้บริการพื้นฐานทางปัจจัยสี่และมีลักษณะกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. *ด้านสุขภาพอนามัย* การส่งเสริมสุขภาพมีกิจกรรมการออกกำลังกาย การบำบัดฟื้นฟู สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการทำกายภาพบำบัด เช่น การพาผู้สูงอายุ ออกไปทำกิจกรรมแอโรบิกในน้ำนอกสถานที่ หรือทำกายภาพบำบัดในอาคารพยาบาล การ รักษาพยาบาล มีแพทย์เข้ามาตรวจผู้สูงอายุ 2 สัปดาห์ต่อครั้ง มีอาคารพยาบาลสำหรับการดูแลเรื่อง ยาให้ผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการทานยาไม่ครบหรือหลงลืมทานยา ถ้าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยจะถูกส่งมา ที่อาคารพยาบาลแต่หากมีอาการหนักหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินจะถูกส่งไปโรงพยาบาลตามสิทธิ์บัตรทอง และมีการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคมฯ

2. *ด้านสังคม* มีกิจกรรมนันทนาการ เช่น เล่นเกมส์ การทัศนศึกษา และมีการส่งเสริมด้านอา ชีวบำบัด ผักอาชีพโดยให้ผู้สูงอายุจัดทำสิ่งของตามความถนัดและความสนใจ เช่น การบุร ไม้หอม ดอกไม้ประดิษฐ์ ดอกไม้จันทน์ เย็บผ้ากันเปื้อน ถักผ้ารองแก้ว ขนมหประเภทคุกกี การปลูกผัก เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ที่จัดทำโดยผู้สูงอายุจะมีขายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค และ กลุ่มงานพัฒนาการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจะนำออกจำหน่ายผ่านทางเฟสบุ๊ก รายได้หลังจากการ จำหน่ายและหักต้นทุน 70 เปอร์เซ็นต์ มอบให้ผู้สูงอายุ 30 เปอร์เซ็นต์ มอบให้หน่วยงานเพื่อเป็นเงิน สมทบซื้อวัสดุอุปกรณ์ต่อไป

3. *กิจกรรมทางศาสนา* ทุกวันพระทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯ จะนิมนต์พระมา เทศน์ ทำวัตรเช้าและเย็น ในวันสำคัญทางศาสนาจะมีการทำบุญถวายสังฆทาน ในส่วนของการ ฌาปนกิจ เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต กรณีที่ไม่สามารถตามญาติได้ ทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯ จะจัดสวดอธิษฐานให้ 1 คืน และทำการฌาปนกิจรวมกันปีละครั้ง

4. *ลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ* ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯ ผู้สูงอายุ จะตื่นนอน เวลา 04.00 น. ผู้สูงอายุจะลงมาออกกำลังกายหรือใส่บาตร กรณีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้จะมีพี่เลี้ยงช่วยอาบน้ำให้ เวลา 08.00 น. รับประทานอาหารเช้า หลังจากทานข้าว ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมของตนเอง เช่น ไปทำกายภาพบำบัด บางท่านต้องไปพบแพทย์ทางศูนย์ พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯ จะไปส่งที่โรงพยาบาล บางท่านไปทำอาชีพบำบัด เวลา 11.30 น. รับประทานอาหารกลางวัน ช่วงบ่ายผู้สูงอายุจะให้ผู้สูงอายุอยู่ตามอัธยาศัย หรือทำกิจกรรมของ ตนเอง เวลา 16.00 น. รับประทานอาหารเช้า ในทุกอาคารจะมีผู้ดูแลที่ทางศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคมฯ เรียกว่า พี่เลี้ยง ที่จะอยู่ประจำเวลากลางคืน 1 คน เพื่อคอยดูแลผู้สูงอายุ

5. *การให้บริการอื่นๆ* ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯ มีการดูแลด้านการเงินสำหรับ ผู้สูงอายุ หากมีการบริจาคเงินให้ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางท่านประสงค์จะฝากเงินกับทางศูนย์พัฒนาการ จัดสวัสดิการสังคมฯ ทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯ จะทำบัญชีของผู้สูงอายุแต่ละท่านไว้

ผู้สูงอายุสามารถเบิกเมื่อใดก็ได้ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หากมีผู้มาบริจาคเงิน เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบ และจำหน่ายเงินเข้าบัญชีรวมของอาคาร เพื่อให้พี่เลี้ยงนำไปซื้อขนมให้ผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯ มีส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การช่วยซ่อมแซมบ้าน และการให้เงินช่วยเหลือเป็นครั้งคราว เช่น ครอบครัวไม่มีรายได้กะทันหัน ทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯจะสนับสนุนด้านการเงิน ไม่เกิน 2,000-3,000 บาท เป็นเงินจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และบางส่วนเป็นเงินมูลนิธิบ้านบางแคจากการบริจาคของประชาชน

3) ค่าบริการ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ได้จัดแบ่งประเภทในการให้บริการผู้สูงอายุออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. *ประเภทสามัญ* มีลักษณะเป็นห้องเตียงรวม แบ่งแยกเป็นอาคารชายและอาคารหญิง ผู้สูงอายุไม่เสียค่าใช้จ่าย

2. *ประเภทห้องพัก* มีลักษณะเป็นห้อง สามารถพักอาศัยได้ 1 คน ทั้งนี้มีข้อยกเว้นให้สามารถพักอาศัยกับสามี-ภรรยา หรือพี่น้องร่วมสายโลหิตที่มีเพศเดียวกัน โดยเสียค่าใช้จ่าย 1,500 บาท ต่อเดือน ไม่รวมค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภคอื่นๆ เช่น ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา เป็นต้น ทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ได้จัดเก็บค่าน้ำประปา ค่าไฟฟ้า ในราคาไม่แพง โดยเก็บค่าไฟในอัตราหน่วยละ 2 บาท ส่วนที่เหลือทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคจะเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่าย และกำหนดไม่ให้ใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าเกิน 5 ชิ้น

3. *ประเภทบังกะโล* มีลักษณะเป็นบ้านพัก สามารถพักอาศัยได้ 1 คน หรือพักอาศัยกับสามี ภรรยา หรือพี่น้องร่วมสายโลหิตที่มีเพศเดียวกัน โดยเสียค่าใช้จ่ายในการสร้างบ้าน 300,000 บาท เป็นแบบบ้านที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคออกแบบให้ ผู้สูงอายุสามารถอยู่อาศัยได้ตลอดชีวิต หลังจากเสียชีวิตจะต้องยกกรรมสิทธิ์ให้กับกรมกิจการผู้สูงอายุ ในปัจจุบันศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค มีประเภทบังกะโล ทั้งหมด 11 หลัง ค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภคอื่นๆ เช่น ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา คิดอัตราเดียวกับประเภทห้องพัก

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้สูงอายุและอาคารที่พักของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค

อาคารพัก	ชาย	หญิง	รวม
อาคารสุขสันต์	56	-	56
อาคารพิบูลสุข	-	42	42
อาคารสวัสดิผล	-	40	40
อาคารมหาดไทย 100 ปี	7	25	32
อาคารพยาบาล	5	27	32
หอพัก	4	32	36
บังกะโล	1	11	12
รวม	73	177	250

ที่มา: ข้อมูลจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ณ วันที่ 18 เมษายน 2559

4) มาตรฐานสถานบริการ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคก่อตั้งมายาวนาน ก่อนที่จะมีการจัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ดังนั้น มาตรฐานของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคไม่เป็นไปตามมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ แต่มีการปรับปรุงเพื่อให้ได้ตามมาตรฐานมากที่สุด เช่น ด้านอาคารสถานที่ มีทางเดินที่เป็นพื้นราบ มีราวจับ ด้านการจัดการ มีการจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้ทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และด้านการบริการในบ้านพักผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่ ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุโดยนักสังคมสงเคราะห์ จัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และนำส่งผู้สูงอายุไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค มีแพทย์ซึ่งทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯ เป็นผู้จ้างมา เป็นบุคลากรที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ พยาบาลที่เป็นข้าราชการ 1 คน นักกายภาพบำบัดที่เป็นข้าราชการ 1 คน เกษัชกร 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ที่เป็นข้าราชการ 1 คน นักพัฒนาสังคม 1 คน สำหรับทำงานในชุมชน พี่เลี้ยงที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุ 30 กว่าคน โดยครึ่งหนึ่งจ้างด้วยเงินมูลนิธิบ้านบางแค อีกครึ่งเป็นลูกจ้างประจำ ในทุกอาคารจะมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เรียกว่า “พี่เลี้ยง” ประจำอยู่ทุกอาคาร พี่เลี้ยงที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับการฝึกอบรมจากหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่เป็นการเรียนรู้การจากสอนกันเอง

4.1.1.2 รูปแบบบ้านพักคนชราสังกัดหน่วยงานของมูลนิธิสมาคมจีน

มูลนิธิธารนุเคราะห์ สถานพักฟื้นคนชราบางเขน เป็นหน่วยงานในสังกัดสมาคมจีนเก๊กเฮี้ยแห่งประเทศไทย อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของมูลนิธิธารนุเคราะห์ ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2516 โดยนายกสมาคมจีนเก๊กเฮี้ย โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการรับอุปการะผู้สูงอายุยากไร้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในยามบั้นปลาย

1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

สถานพักฟื้นคนชราบางเขน มีเกณฑ์ในการรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เฉพาะเพศชาย เป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ไร้ที่พึ่ง ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรง ไม่เป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างต้องโทษหรือมีหมายจับ เข้ามาอยู่อาศัยด้วยความสมัครใจ แรกเข้าผู้สูงอายุจะต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถอยู่อาศัยได้ตลอดชีวิต ในการเข้าอยู่อาศัยจะต้องยื่นคำขอที่สถานพักฟื้นคนชราบางเขนโดยมีญาติหรือเพื่อนมาด้วย เมื่อมีเหตุฉุกเฉินทางสถานพักฟื้นคนชราบางเขนจะสามารถติดต่อกลับได้ สถานพักฟื้นคนชราบางเขนสามารถรองรับผู้สูงอายุได้ 300 คน

จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางจนถึงวัยปลาย (70 ปีขึ้นไป) มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับยากจน และมีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน กล่าวคือ แรกเข้าผู้สูงอายุต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่เมื่อสูงอายุขึ้นกลายเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แต่ทางสถานพักฟื้นคนชราบางเขนไม่ได้ทอดทิ้ง ยังคงอยู่อาศัยได้ตลอดชีวิต ในปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุลดลงเหลือเพียง 70 คน

2) กิจกรรมในการดูแล

1. *ด้านสุขภาพอนามัย* ไม่มีการดูแลด้านสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตนเอง ในการรักษาพยาบาล มีแพทย์เข้ามาตรวจผู้สูงอายุ ในวันพฤหัสบดีทุกสัปดาห์ เป็นการตรวจโรคทั่วไป หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยหนักหรือฉุกเฉินจะนำส่งโรงพยาบาลตามสิทธิบัตรทอง สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีสิทธิบัตรทอง ทางสถานพักฟื้นคนชราบางเขนจะทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากทางโรงพยาบาล อนุมัติลดหย่อน

2. *ด้านสังคม* สถานพักฟื้นคนชราบางเขนไม่ได้จัดกิจกรรมด้านสังคมให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้มีหน่วยงานจากภายนอกหรือนักศึกษาเข้ามาจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ

3. *ลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ* ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะตื่นเช้า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะไม่ได้ทำกิจกรรมอะไรมากนัก นอกจากอ่านหนังสือพิมพ์ ดูโทรทัศน์ และพักผ่อน หรือบางท่านอาจจะเดินเล่นในสวนหรือไปตลาด สถานพักฟื้นคนชราบางเขนกำหนดเวลารับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ทั้ง 3 มื้อ คือ อาหารเช้า เวลา 06.30 น. อาหารกลางวัน เวลา 11.30 น. และอาหารเย็น เวลา 17.00 น. โดยให้ถาดหลุมสำหรับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุจะต้องทำความสะอาดภาชนะของ

ตนเอง รวมถึงการทำความสะดวกของใช้ส่วนตัวและห้องพักของตนเอง สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะมีคนงานนำอาหารเข้าไปให้ และจะกำหนดให้ปิดโทรทัศน์ไม่เกิน 21.00 น.

4. การให้ความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ ในวันตรุษจีนของทุกปีจะมีการแจกเงินให้กับผู้สูงอายุ สถานพักฟื้นคนชราบางเขน เรียกว่า อั่งเปา ในส่วนของการมาปณกิจ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ญาติ หรือผู้สูงอายุที่ญาติไม่มีรายได้ ทางสถานพักฟื้นคนชราบางเขนจะขอให้มูลนิธิปอเต็กตึ้งช่วยจัดการ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับของใช้อื่นๆ เช่น ผ้าอ้อม ไม่เท่า รถเข็น จะมีหน่วยงานภายนอกหรือผู้มีจิตศรัทธามารับบริจาค

3) ค่าบริการ

สถานพักฟื้นคนชราบางเขนเป็นการบริการแบบให้เปล่า โดยค่าใช้จ่ายของสถานพักฟื้นคนชราบางเขนได้มาจาก 4 แหล่ง ประกอบด้วย 1) งบประมาณจากมูลนิธิธรรมาเคราะห์ 2) จากการบริจาคของผู้มีจิตศรัทธา 3) การบริจาคของผู้อุปถัมภ์เป็นประจำเดือนหรือประจำปี 4) การช่วยเหลือของมูลนิธิหรือหน่วยงานสังคมสงเคราะห์อื่นๆ

4) มาตรฐานสถานบริการ

สถานพักฟื้นคนชราบางเขนก่อตั้งมายาวนาน ก่อนที่จะมีการจัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ ดังนั้น มาตรฐานจึงไม่เป็นไปตามมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ มีการปรับปรุงใน ด้านอาคารสถานที่ มีทางลาด ทำราวจับ นอกจากนี้ได้ปรับภูมิทัศน์อาคารให้ดูใหม่เสมอ ด้วยเงินของมูลนิธิสมาคมจีน

5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

สถานพักฟื้นคนชราบางเขนมีบุคลากรที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ แพทย์ 1 คน ที่มาให้บริการตรวจโรคทั่วไป และมีเจ้าหน้าที่ในสำนักงาน 6 คน ประกอบด้วย ฝ่ายการเงิน ฝ่ายบัญชี และฝ่ายธุรการ จะทำหน้าที่เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกเมื่อหน่วยงานภายนอกมาจัดกิจกรรมหรือการบริจาคเงิน คนงานทั่วไปที่ทำความสะดวก ทำสวน ทำอาหาร ประมาณ 6-7 คน ในส่วนนี้จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นำอาหารไปให้ทาน เปลี่ยนผ้าอ้อม

4.1.2 รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว

รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว ในประเภทไม่ดำเนินธุรกิจโดยตรงสังกัดหน่วยงานของเอกชนภายใต้มูลนิธิ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1.2.1 รูปแบบโรงพยาบาลไม่ดำเนินธุรกิจโดยตรง

โรงพยาบาลก้องสิวมูลนิธิ ก่อตั้งในปีพ.ศ. 2446 ในสมัยปลายรัชกาลที่ 5 เริ่มแรกให้บริการกับชุมชนชาวจีน และเป็นระบบแพทย์แผนจีน จนกระทั่งปีพ.ศ. 2475 รัฐบาลได้ออกกฎหมายข้อบังคับให้โรงพยาบาลต้องอยู่ในระบบแพทย์แผนปัจจุบัน จึงได้จดทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข เป็น

โรงพยาบาลมูลนิธิที่ถูกต้องตามกฎหมาย มีวัตถุประสงค์รับผู้ป่วยภายในและภายนอกโดยไม่แบ่งชนชั้น แบ่งเพศ หรือผู้สูงอายุ และผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี จดทะเบียนเป็นสถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังขนาดเล็ก

1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

โรงพยาบาลกว่องสิวมูลนิธิ ไม่มีเกณฑ์การให้บริการ เนื่องจากวัตถุประสงค์แรกไม่ได้ตั้งใจให้เป็นโรงพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากผู้ป่วยในอดีตที่เคยมารักษาที่โรงพยาบาลมีอายุเพิ่มขึ้นและยังคงมารักษาที่โรงพยาบาลอยู่ทางโรงพยาบาลจึงรับดูแลผู้สูงอายุด้วย

จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย มีอายุระหว่าง 80-90 ปี ปัจจุบันมีมีจำนวนเตียงในโรงพยาบาล 30 เตียง เป็นผู้สูงอายุเพศชาย 6 คน ผู้สูงอายุเพศหญิง 24 คน รวม 30 คน มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับยากจนจนถึงระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นผู้สูงอายุติดเตียง

2) กิจกรรมในการดูแล

1. *ด้านสุขภาพอนามัย* เป็นการดูแลทั่วไปเหมือนกับโรงพยาบาลอื่นๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องมีการช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร บางท่านต้องป้อน บางท่านต้องทานอาหารทางสายยาง อาบน้ำ ช่วยเหลือในการขับถ่าย และการพลิกตัว มีกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่นอนนานๆ

2. *ด้านสังคม* ไม่มีการบริการทางด้านสังคม

3. *ลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ* ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะไม่ได้ทำกิจกรรมอะไร เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ทางโรงพยาบาลกว่องสิวมูลนิธิ กำหนดการเวลาในการรับประทานอาหารเช้า เวลา 07.00-08.00 น. หลังจากรับประทานอาหารจะมีการชำระร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้า และทำแผลกดทับ อาหารกลางวัน 11.00-12.00 น. อาหารเย็น 15.00-16.00 น.

3) ค่าบริการ

โรงพยาบาลกว่องสิวมูลนิธิ คิดค่าบริการโดยรวมค่าเตียง ค่ารักษาพยาบาลและค่าอาหาร วันละ 750 บาท ไม่รวมค่ายาและค่าเวชภัณฑ์อื่นๆ

4) มาตรฐานสถานบริการ

โรงพยาบาลกว่องสิวมูลนิธิ มีมาตรฐานเป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ประเภทสถานพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังขนาดเล็ก จำนวนเตียง 30 เตียง มีหน่วย

บริการและระบบสนับสนุนบริการตามที่กฎกระทรวงกำหนด ด้านอาคารสถานที่ ทางโรงพยาบาลได้ทำการปรับปรุงสถานที่ให้ทันสมัย มีพื้นราบ ราวจับ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ

5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลก้องสิวมูลนิธิ มีบุคลากรที่เป็นทางการ ได้แก่ แพทย์ทั้งประจำและบางเวลา 5 คน พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง 6 คน ผู้ช่วยพยาบาล 23 คน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 10 คน เกสเซอร์ 1 คน นักกายบำบัด 2 คน นักเทคนิคการแพทย์ โดยแพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เกษียณอายุแล้ว

4.1.2.2 รูปแบบโรงพยาบาลไม่ดำเนินธุรกิจโดยตรง

โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ได้มุ่งแสวงหากำไร ให้การดูแลผู้สูงอายุในแผนกสิริอายุ

1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

รับบุคคลที่มีลักษณะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (chronic care) และผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีอาการทางจิตเวชหรืออยู่ในภาวะจิตเวช เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-90 ปี ปัจจุบันมีจำนวนเตียงในโรงพยาบาล 105 เตียง มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง ผู้สูงอายุมีทั้งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้สูงอายุติดเตียง

2) กิจกรรมในการดูแล

1. ด้านสุขภาพอนามัย เป็นการดูแลทั่วไป มีการให้แนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุให้กับญาติของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. ด้านสังคม มีกิจกรรมนันทนาการ ให้ผู้สูงอายุได้เล่นเกม ร้องเพลง หรือกิจกรรมในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์ ในปัจจุบันมีกิจกรรมน้อยลง เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น และมีสมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลง และมีบริการแชนแนล

3. กิจกรรมทางด้านศาสนา มีการนิมนต์พระ ให้ผู้สูงอายุได้ร่วมทำบุญ ในทุกๆ 3 เดือน และมีพิธีมิสซา ตามความเชื่อทางศาสนา

4. ลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นการดูแลทั่วไปตามกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเช็ดตัว อาบน้ำ

5. บริการอื่นๆ มีบริการติดตามโดยการโทรเยี่ยมหลังจากผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล มีบริการดูแลตามบ้าน (day care) จากแผนกส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว โดยการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องอาหาร เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจะมีการตรวจน้ำตาลว่าเพิ่มขึ้นหรือไม่ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะดูเรื่องแผลกดทับ ภาวะแทรกซ้อน มีอาการผิดปกติอย่างอื่นหรือไม่ การบริการในส่วนนี้มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม

3) ค่าบริการ

โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายตามประเภทห้องพัก และการเหมาจ่ายเป็นราย 30 วัน ราย 15 วัน ราย 7 วัน และ 1 วัน (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงประเภทห้องพักและค่าใช้จ่ายในการรับบริการของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ประเภทของห้องพัก	การเหมาจ่าย (บาท)			
	30 วัน	15 วัน	7 วัน	1 วัน
ห้องวีไอพี	63,900	47,700	24,300	3,600
ห้องดีลักซ์	55,900	40,600	20,500	3,100
ห้องซูพีเรีย	47,100	26,700	13,300	1,900
ห้องสแตนดาร์ด	45,900	25,950	12,850	1,800
ห้องคู่	33,900	18,450	9,000	1,300
ห้องรวม	29,100	15,450	7,450	1,100

ที่มา: ข้อมูลอัตราค่าบริการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

ค่าใช้จ่ายดังกล่าวรวมค่าบริการอาหาร 3 มื้อ และอาหารว่าง ค่าบริการแพทย์ตรวจเยี่ยม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และค่าบริการทีมสุขภาพที่ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ไม่รวมค่าบริการกายภาพบำบัด ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ และของใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ หากผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วย จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามเกณฑ์การรักษาของทางโรงพยาบาล

ในส่วนของประเภทห้องพัก ทุกห้องพักมีเครื่องปรับอากาศ ห้องรวมมี 4 เตียง แยกเพศชาย และเพศหญิง ประเภทห้องรวมและห้องคู่ให้ญาติเยี่ยมไม่เกิน เวลา 21.00 น. และไม่มีบริการโทรทัศน์ และตู้เย็น สำหรับห้องสแตนดาร์ดขึ้นไป มี 1 เตียง สามารถให้ญาติเยี่ยมได้ แต่ต้องแจ้งกับพยาบาล มีบริการโทรทัศน์และตู้เย็น สำหรับห้องดีลักซ์และห้องวีไอพีมีบริการไมโครเวฟ และห้องวีไอพีจะมีชุดรับแขกสำหรับญาติ และขนาดห้องที่กว้างขึ้น

4) มาตรฐานสถานบริการ

โรงพยาบาลมีมาตรฐานเป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ประเภทโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ มีจำนวนเตียง 110 เตียง มีหน่วยบริการและระบบสนับสนุนบริการตามกฎกระทรวงกำหนด ด้านอาคารสถานที่ส่วนใหญ่เป็นอาคารเก่าที่ยังไม่ปรับปรุง แต่ในปัจจุบันมีการปรับปรุงอาคารใหม่ ชั้น 3 เพื่อขยายการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต มีการปรับพื้นที่กันสั่นและลัม ใช้แผ่นยางเป็นพื้นในห้องน้ำ และสามารถนำรถเข็นเข้าห้องน้ำได้ มีราวจับ และทางลาด เป็นต้น

5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลมีบุคลากรที่เป็นทางการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่จบหลักสูตรจากหน่วยงานที่ประสานงานกับทางโรงพยาบาล

4.1.3 สถานบริบาลหรือเนอสจิ่งโฮม

นวศรี เนอสจิ่งโฮม เป็นสถานบริบาลที่ให้บริการมา 20 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2538 เริ่มจาก นายแพทย์และพยาบาล (สามี-ภรรยา) เป็นผู้ก่อตั้ง เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จดทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุขอย่างถูกต้องตามกฎหมาย หลังจากนั้นจึงได้ขยายกิจการให้ผู้ประกอบการอื่นดำเนินการต่อ ในปีพ.ศ. 2556

1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

นวศรี เนอสจิ่งโฮม ไม่ได้จำกัดอายุในการเข้ารับบริการ เป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง อัมพฤกษ์หรืออัมพาต และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลงลืม ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะดังกล่าว สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ส่วนมากร้อยละ 80-90 เป็นผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในระยะยาว

จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในสถานบริบาลเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในช่วงวัยกลางถึงวัยปลาย มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลาง มีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 20 ส่วนที่เหลือเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียง) เนื่องจากเป็นโรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต โรคสมองเสื่อม

2) กิจกรรมในการดูแล

1. *ด้านสุขภาพอนามัย* การดูแลทั่วไป มีการดูแลด้านกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญ มีให้ผู้สูงอายุยืนบนราวค้ำยัน (parallel bars) การฝึกการใช้มือ โดยใช้เชือกตักก้อนหิน การโยนลูกบอลลงตะกร้า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้กล้ามเนื้อ

2. *ด้านสังคม* มีกิจกรรมนันทนาการให้ผู้สูงอายุตามวันสำคัญหรือเทศกาลต่างๆ เช่น การแต่งหน้าขนมเค้ก หากเป็นวันพระจะมีการร้อยดอกกรัก และมีการนิมนต์พระเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำบุญและถวายสังฆทาน

3. *ลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ* ผู้สูงอายุส่วนมากตื่นเช้า โดยรับประทานอาหารเช้า เวลา 07.30 น. และจะอาบน้ำหลังจากทานข้าว เวลา 10.30 น. หลังจากนั้นเป็นเวลาทำกิจกรรมกายภาพบำบัด

3) ค่าบริการ

นวศรี เนอสจิ่งโฮม ได้จัดเก็บค่าบริการตามประเภทห้องพัก ในการเหมาจ่ายเป็นรายเดือน (ดังแสดงในตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 แสดงประเภทห้องพักและค่าใช้จ่ายในการรับบริการของนวศรี เนอสจิ่งโฮม

ประเภทห้องพัก	การเหมาจ่าย (บาท)	
	30 วัน	1 วัน
ห้องรวม 4 เตียง	23,000	900
ห้องรวม 3 เตียง	25,000	1,000
ห้องเตียงคู่พิเศษ	30,000	1,200
ห้องเตียงเดี่ยว	40,000	1,800

ที่มา: ข้อมูลอัตราค่าบริการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันจากนวศรี เนอสจิ่งโฮม

ทั้งนี้ ค่าบริการดังกล่าวรวมอาหาร 3 มื้อ ค่าบริการแพทย์ตรวจเยี่ยมทุกเย็น ค่าบริการผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และค่าบริการทำกายภาพบำบัด ค่าบริการไม่รวมค่าอาหารทางสายยาง คิดค่าบริการเพิ่ม 3,000 บาท อาหารทางการแพทย์ อาหารพิเศษอื่นๆ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าบริการหัตถการ เช่น การทำแผล เปลี่ยนท่อ และค่าของใช้ส่วนตัวอื่นๆ

4) มาตรฐานสถานบริการ

นวศรี เนอสจิ่งโฮม มีมาตรฐานเป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ประเภทโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังขนาดเล็ก จำนวนเตียง 50 เตียง ตามกฎกระทรวงเพื่อกำหนดการดำเนินงานของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล พ.ศ. 2558 นั้นมีข้อกำหนดว่าโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังขนาดเล็กต้องมีจำนวนเตียงไม่เกิน 30 เตียง เนื่องจากนวศรี เนอสจิ่งโฮม ดำเนินงานก่อนการประกาศใช้กฎหมายฉบับใหม่ จึงได้รับการผ่อนปรนให้เป็นโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังขนาดเล็ก มีหน่วยบริการและระบบสนับสนุนบริการ ยกเว้น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกเทคนิคการแพทย์ และแผนกรังสีวิทยา ด้านอาคารสถานที่ การดำเนินงานอย่างยาวนาน

นั่นจึงเป็นอาคารเก่า มีการปรับปรุงให้เป็นไปตามกฎกระทรวงกระทรวง มีทางลาด มีราบเกาะ และมีลิฟท์สำหรับเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ

5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

นวศรี เนอสซิ่งโฮม มีบุคลากรที่เป็นทางการ ได้แก่ แพทย์ทั้งประจำและบางเวลา 4 คน เข้ามาเยี่ยมทุกเย็น พยาบาล 4 คน นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการและผู้ช่วยนักโภชนาการดูแลเรื่องอาหารเฉพาะโรค และผู้ดูแลหลักๆ เป็นผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ 20 คน ทำหน้าที่ อาบน้ำ เช็ดตัว เปลี่ยนผ้าอ้อม พลิกตัว ช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร

4.1.4 ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

สวางคนิเวศ เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานกลางสภาอากาศไทย ในปีพ.ศ. 2539 จากพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อุปนายิกาผู้อำนวยการสภาอากาศไทย ทรงเห็นว่าต่อไปประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สภาอากาศเป็นหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือสังคมในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ คณะกรรมการบริหารสภาอากาศไทยเห็นว่ามีพื้นที่ของท่านอ้อจื่อเหลียง ได้มอบให้สภาอากาศไทย จำนวน 132 ไร่ ที่ตำบลท้ายบ้าน จังหวัดสมุทรปราการ สามารถนำมาพัฒนาได้ จึงมีการแบ่งกลุ่มงานในพื้นที่ด้านหน้าเป็นสถานีกาชาด 5 เป็นศูนย์สาธารณสุขทั่วไป ถัดมาเป็นศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูของสภาอากาศไทย พื้นที่ตรงกลางเป็นที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นลักษณะคอนโดมีเนียม เนื้อที่ 23 ไร่ อาคารแรกแล้วเสร็จในปีพ.ศ. 2540 เป็นอาคาร 8 ชั้น มี 168 ห้อง พื้นที่ใช้สอย 33 ตารางเมตร ในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการสร้างส่วนต่อขยายเฟส 2 เป็นอาคาร 8 อาคาร 6 ชั้น อาคารเอมี 24 ห้อง อาคารบีมี 48 ห้อง พื้นที่ใช้สอย 40 ตารางเมตร แยกห้องน้ำห้องครัวชัดเจน โดยการออกแบบจากอาจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ มีออกดุกเดินในห้องและห้องน้ำเป็นระบบอินเตอร์คอม หรือเรียกใช้หากพบปัญหาในห้อง ในปัจจุบัน มี 10 อาคารรวมทั้งหมด 468 ห้อง

นอกจากนี้ สวางคนิเวศมีนโยบายในการบริการ 3 ด้าน คือ 1) service เป็นการบริการในสวางคนิเวศ 2) teaching เป็นการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลจากต่างประเทศที่ทำข้อตกลงร่วมมือระหว่างกันเข้ามาศึกษา 3) research

1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

สวางคนิเวศ สภาอากาศไทย มีระเบียบในการรับผู้ที่มีอายุตั้ง 55 ปีขึ้นไป เป็นคนไทย มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลาง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในหนึ่งห้องสามารถอยู่อาศัยได้ 2 คน แต่ต้องมีความพันธ์แบบสามี-ภรรยา พี่น้องร่วมสายโลหิต มารดาหรือบิดากับบุตร เพื่อสามารถดูแลซึ่งกันและกันได้

จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เป็นเพศหญิง มีสถานภาพโสด ร้อยละ 15 เป็นคู่สามี-ภรรยาที่ไม่มีบุตร ส่วนที่เหลือนั้นเป็นผู้สูงอายุที่หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นข้าราชการที่เกษียณแล้ว มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลาง

2) กิจกรรมในการดูแล

1. *ด้านสุขภาพ* ไม่มีบริการการดูแลจากแพทย์ หากผู้สูงอายุอยู่อาศัยมายาวนาน แล้วไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และต้องพึ่งพา ก็ยังสามารถอยู่อาศัยได้แต่ต้องมีผู้ดูแล สภากาชาดไม่ผู้ดูแล ในส่วนนี้ หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือ ทางสภากาชาดสามารถจัดหาผู้ดูแลให้ได้ แต่ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ หรือผู้สูงอายุมีญาติสามารถนำญาติมาช่วยดูแลได้ ทางสภากาชาดจะแนะนำในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุเป็นโรคหลงลืมจะมีพยาบาลคอยจัดยาให้ผู้สูงอายุทานเอง หากผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่มีญาติหรือไม่สามารถจ้างผู้ดูแลช่วยเหลือได้ จะต้องออกจากสรวงคนิเวศ โดยจะได้รับเงินคืนให้ 40 เปอร์เซ็นต์ ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยครบ 1 ปี จะมีการตรวจสุขภาพประจำปีให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จากทีมตรวจสุขภาพนอกสถานที่ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในวันตรวจสุขภาพจะจัดกิจกรรมเชิญแพทย์มาบรรยายเพื่อเสริมความรู้ เช่น โรคมะเร็งเต้านม ฉีดวัคซีนสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับอาคารสรวงคนิเวศ มีห้องสำหรับออกกำลังกาย มีสระน้ำเค็มเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกายภาพบำบัดได้

2. *ด้านสังคม* มีกิจกรรมสังสรรค์ต่างจังหวัด ทั้งแบบค้างคืนและไป-กลับ แต่ผู้สูงอายุจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

3. *บริการอื่นๆ* สรวงคนิเวศมีนโยบายให้ทำพินัยกรรมให้ทำศพ จากการประชุมคณะกรรมการผู้แทนผู้สูงอายุของแต่ละอาคาร รวม 20 คน เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิตและไม่ญาติ ทำพินัยกรรมให้อาคารเป็นผู้จัดการศพ ตามนโยบายจะทำพิธีสวดศพให้ 3 วัน และเงินค่าประกัน 30,000 บาท ต้องทำสัญญายกให้อาคาร ขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างการร่าง

3) ค่าบริการ

สรวงคนิเวศ สภากาชาดไทย ไม่ใช่คำว่าซื้อแต่เรียกว่าการสนับสนุนหรือทำบุญ ในปัจจุบันอาคาร 1 (เฟสแรก) มีค่าสนับสนุนในอัตรา 750,000 บาท ต่อห้อง ประกอบด้วยห้องน้ำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีเครื่องปรับอากาศและตู้เสื้อผ้าให้ สำหรับส่วนต่อขยาย (เฟส 2) มีค่าสนับสนุนในอัตราตั้งแต่ 850,000 บาทเป็นต้นไป ต่อห้อง ไม่มีการสืบทอดสิทธิ์ให้กับทายาท สามารถอยู่ได้ตลอดชีวิต เมื่อเสียชีวิตจะต้องยกกรรมสิทธิ์ให้กับสภากาชาดไทย ทั้งนี้ ต้องเสียค่าส่วนกลาง 2,500 บาท ต่อเดือน และมีค่าสาธารณูปโภค ค่าไฟฟ้า หน่วยละ 5 บาท ค่าประปา หน่วยละ 15 บาท

4) มาตรฐานสถานบริการ

สววงคนิเวศ สภาอากาศไทย มีมาตรฐานที่เป็นไปตามระเบียบของสภาอากาศไทย เนื่องจาก สววงคนิเวศอยู่ในสังกัดสำนักงานกลางสภาอากาศไทย ทั้งการดูแลความปลอดภัย การช่วยอำนวยความสะดวก และการส่งเสริมเรื่องสุขภาพ ด้านอาคารสถานที่ มีการออกแบบทางสถาปัตยกรรมเพื่อเอื้ออำนวยในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

สววงคนิเวศ สภาอากาศไทย มีบุคลากรที่เป็นทางการ คือ พยาบาลของสภาอากาศไทย อยู่เวรช่วงเย็นและกลางคือ ตั้งแต่ 17.00-07.00 น. ซึ่งทางสววงคนิเวศเป็นผู้จ้างบุคลากรเอง และบุคลากรที่ไม่เป็นทางการ คือ ผู้ดูแลกลาง ฝึกผู้ดูแล 3 คน ให้ดูแลผู้สูงอายุโดยฝึกวัดปรอท ความดัน พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลได้ อยู่เวรกลางคืน ผู้ดูแลกลางดูแลผู้สูงอายุโดยอาศัยประสบการณ์จากการฝึกอบรม ไม่มีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะ เนื่องจากสววงคนิเวศไม่มีงบประมาณ

4.1.5 สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต

เดอะซีเนียร์ เฮลท์ แคร์ (The Senior Health Care) ก่อตั้งในปีพ.ศ. 2539 เพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุอย่างมีมาตรฐาน และผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างดี ในปัจจุบันเดอะซีเนียร์ เฮลท์ แคร์ มีการให้บริการโดยแบ่งตามระดับความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ คือ รูปแบบบ้านพัก (assisted living) และรูปแบบสถานพยาบาล ซึ่งจดทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข

1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

เดอะซีเนียร์ เฮลท์ แคร์ มีเกณฑ์ในการรับดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุต้องไม่เป็นโรคติดต่อ และพิจารณาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ จากโรคของผู้สูงอายุ สำหรับรูปแบบการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน (assisted living) รับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลงลืม ต้องการการดูแลในการช่วยเหลือในการทำวัตรประจำวัน ไม่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คือสามารถทานอาหารด้วยตนเองได้

จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงวัยกลางจนถึงวัยปลาย (ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป) มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลางขึ้นไป

2) กิจกรรมในการดูแล

1. ด้านสุขภาพอนามัย เป็นการดูแลในเรื่องของปัจจัยสี่ ให้การดูแล ป้องกัน และส่งเสริมฟื้นฟู ทำกายภาพบำบัด และออกกำลังกาย กิจกรรมกลุ่มเป็นกิจกรรมบำบัดเพื่อคงศักยภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

2. *ด้านสังคม* มีส่งเสริมการจัดกิจกรรมนันทนาการ บันเทิง จัดกิจกรรมทำบุญตักบาตร และจัดกิจกรรมต่างๆ ในวันสำคัญ

3. *บริการอื่นๆ* เป็นเป็นการช่วยเหลือในพาเข้าห้องน้ำ ให้การดูแลเรื่องการทำความสะอาดซักผ้า ดูแลเรื่องซื้อของใช้

3) ค่าบริการ

เดอะซีเนียร์ เฮลท์ แคร์ มีประเภทห้องพัสดม มีห้องน้ำรวม เครื่องทำน้ำอุ่น แบบเตียงคู่ 3 เตียง และ 9 เตียง และห้องแอร์ มีห้องน้ำส่วนตัว เครื่องทำน้ำอุ่น แบบเตียงเดี่ยว เตียงคู่ และ 3 เตียง คิดค่าบริการ ตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป ต่อเดือน ไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่ายา ของใช้ส่วนตัว ค่าพยาบาลพิเศษ ค่าบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน

4) มาตรฐานสถานบริการ

เดอะซีเนียร์ เฮลท์ แคร์ เป็นรูปแบบการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน (assisted living) แบบบ้านพัก ดำเนินการก่อนมีการจัดทำมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ จากการจัดบริการรูปแบบบ้านพักของเดอะซีเนียร์ เฮลท์ แคร์ อาศัยประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมาอย่างยาวนานจัดบริการอย่างเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุให้มากที่สุด

5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

เดอะซีเนียร์ เฮลท์ แคร์ มีแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ที่ร่วมกันตรวจประเมินผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุและติดตามการดูแลโดยสรุปผลเป็นรายเดือนให้กับญาติ

4.1.6 สถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังศุขเวชเนอสจิ่งโฮม (ราม 21) เป็นสถานบริบาลดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินงานมากกว่า 15 ปี เป็นหนึ่งในเครือข่ายโยมิตรภาพ เครือข่ายพุทธิกา เน้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังศุขเวช มีเกณฑ์ในการรับดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยเรื้อรังที่ต้องการดูแลจากแพทย์และพยาบาล เป็นโรคสมองเสื่อมหลงลืม เป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แพทย์ประมาณว่าจะเสียชีวิตใน 6 เดือน และผู้ป่วยที่ต้องการการพักฟื้น ไม่เป็นผู้ติดเชื่อ ปัจจุบันมีจำนวนเตียง 40 เตียง

จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงวัยกลางจนถึงวัยปลาย (70-90 ปี) มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลาง ร้อยละ 60-70 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และบุตรหลานไม่สามารถดูแลได้เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ

2) กิจกรรมในการดูแล

1. ด้านสุขภาพอนามัย มีบริการทางการแพทย์ โดยแพทย์วิชาชีพดูแล 24 ชั่วโมง มีกิจกรรมกายภาพบำบัดแบบ passive exercise สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ติดเตียง)
2. ด้านสังคม มีกิจกรรมนันทนาการ บันทึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบมากที่สุดคือ การร้องเพลง
3. ลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมทั่วไปเหมือนการใช้ชีวิตประจำ มีผู้ช่วยเหลือดูแลในการอาบน้ำ ทานอาหาร คล้ายกับการดูแลตามโรงพยาบาล
4. บริการอื่นๆ มีบริการให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีบริการการดูแลเฉพาะกลางวัน (day care)

3) ค่าบริการ

โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังสุขเวช ได้จัดเก็บค่าบริการตามประเภทห้องพัก ในการเหมาจ่ายเป็นรายเดือน (ดังแสดงในตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 แสดงประเภทห้องพักและค่าใช้จ่ายในการรับบริการของโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังสุขเวช (รวม 21)

ประเภทห้องพัก	ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้		ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้		ฝากเลี้ยง
	รายเดือน (บาท)	รายวัน (บาท)	รายเดือน (บาท)	รายวัน (บาท)	
ห้องรวม 8 เตียง	23,500	1,000	26,000	1,100	750
ห้องคู่	25,500	1,100	28,000	1,200	850
ห้องเดี่ยว	30,000	1,400	32,500	1,500	1,050

ที่มา: ข้อมูลอัตราค่าบริการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันจากโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังสุขเวชเนอสจิ่งโฮม (รวม 21)

4) มาตรฐานสถานบริการ

โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังสุขเวช มีมาตรฐานเป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุขสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ประเภทโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังขนาดเล็ก มีหน่วยบริการและระบบสนับสนุนบริการ ยกเว้น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกเทคนิคการแพทย์ และแผนกรังสีวิทยา ด้านอาคารสถานที่ การดำเนินการมาอย่างยาวนานจึงเป็นอาคารเก่า มีการปรับปรุงให้เป็นไปตามกฎกระทรวง มีทางลาด มีราวเกาะ มีลิฟท์สำหรับเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ระบบบำบัดน้ำเสีย และบันไดหนีไฟ

5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังสุขเวช มีบุคลากรที่เป็นทางการ คือ แพทย์ทั้งประจำและบางเวลา 4 คน พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด 3 คน นักโภชนาการในลักษณะของที่ปรึกษาด้านอาหาร เพื่อให้ดูแลเรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเฉพาะ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรมจากโรงเรียนพนักงานผู้ช่วย

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันนั้นทั้ง 6 รูปแบบมีลักษณะการจัดบริการที่แตกต่างกัน แต่แต่ละรูปแบบมีเป้าหมายในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ตามลักษณะการพึ่งพา สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะอยู่ในรูปแบบบ้านพักคนชรา และที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากยังไม่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพมากนัก การดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้สูงอายุนี้เป็นไปเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ติดเตียง) มีความต้องการการดูแลที่เฉพาะ จากทีมสหวิชาชีพเพื่อประคับประคองไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือให้อยู่ในระดับคงที่ ดังนั้น แต่ละรูปแบบจึงมีการจัดบริการที่แตกต่างกันตามระดับของกลุ่มผู้สูงอายุและความต้องการในการดูแล

บทที่ 5

ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง “การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง” เพื่อตอบปัญหาวิจัยตลอดจนวัตถุประสงค์ในการวิจัยว่า 1) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมืองเป็นอย่างไร และ 2) การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของหน่วยงานภาครัฐเป็นอย่างไร โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อหารูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบันในเขตเมือง และนโยบายที่ส่งเสริมสนับสนุนด้านผู้สูงอายุ ทั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2 ส่วน ในส่วนแรกเพื่อมุ่งตอบปัญหาวิจัยในประเด็นแรก ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้อำนวยการหรือผู้ประกอบการสถานบริการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 6 รูปแบบ และมุ่งตอบปัญหาวิจัยในประเด็นที่สอง ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้อำนวยการและข้าราชการที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ในบทที่ 5 นี้ ผู้วิจัยจึงแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อค้นพบรูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย 2) ข้อค้นพบนโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

5.1 ข้อค้นพบรูปแบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

จากการศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวในเขตเมืองมีทั้งหมด 6 รูปแบบ ได้แก่ บ้านพักคนชรา โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานบริหารหรือเนอสจิ่งโฮม ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ตามประเด็นที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ 2) กิจกรรมในการดูแล 3) ค่าบริการ 4) มาตรฐานสถานบริการ 5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

5.1.1 ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

รูปแบบการให้บริการดูแลระยะยาวทั้ง 6 รูปแบบนั้น มีเกณฑ์ในการรับผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน กล่าวคือ รูปแบบบ้านพักคนชราทั้งของภาครัฐและบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีน มีเกณฑ์ในการรับเข้าอยู่อาศัยต้องเป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว รูปแบบสถานบริหาร และรูปแบบสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ได้กำหนดเกณฑ์อายุในการรับเข้าบริการ รับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อัมพฤกษ์หรืออัมพาต โรคหลงลืม แต่ส่วนใหญ่ผู้ที่มีภาวะดังกล่าวคือผู้สูงอายุ รูปแบบสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต พิจารณาจากความต้องการในการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ส่วนรูปแบบที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุนั้น มีเกณฑ์ในการรับเข้าอยู่

อาศัยต้องมีอายุ 55 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาผู้สูงอายุออกเป็น 3 ประการ คือ 1) การแบ่งผู้สูงอายุตามช่วงวัย 2) การแบ่งผู้สูงอายุตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ 3) การแบ่งผู้สูงอายุความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1) การแบ่งผู้สูงอายุตามช่วงวัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า ทุกรูปแบบของการดูแลระยะยาวในสถาบันนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ยกเว้นรูปแบบบ้านพักคนชราของภาคเอกชนที่รับเฉพาะเพศชายเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ รูปแบบบ้านพักคนชราทั้งภาครัฐและมูลนิธิสมาคมจีน ผู้สูงอายุจะอยู่ในช่วงวัยกลาง (70-79 ปี) รูปแบบโรงพยาบาล สถานบริการ สถานที่อยู่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุจะอยู่ในช่วงวัยกลางจนถึงวัยปลาย (70 ปีขึ้นไป) ส่วนรูปแบบที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เกษียณอายุได้ไม่นาน อยู่ในช่วงวัยต้นถึงวัยกลาง (60-79 ปี)

จากผลการศึกษาดังกล่าว สรุปได้ว่า รูปแบบของการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุทั้ง 6 รูปแบบในช่วงวัยของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในสถานบริการจะอยู่ในช่วงวัยกลาง (70-79 ปี) ในขณะที่รูปแบบที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุมีผู้สูงอายุในช่วงวัยต้นจนถึงวัยกลาง (60-79 ปี) จากการศึกษาของผู้วิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ 2552 พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานบริการส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ส่วนงานวิจัยของ วาทีณี บุญชะลิกษี และยุพิน วรสิริอมร 2544 พบว่า ผู้สูงอายุในสถานบริการมีอายุเฉลี่ย 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุในช่วงวัยต้นถึงวัยกลาง

2) การแบ่งผู้สูงอายุตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐ ผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากจนจนถึงปานกลาง และบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีนอยู่ในระดับยากจน รูปแบบโรงพยาบาลสังกัดมูลนิธิ ผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากจนจนถึงปานกลาง โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง ส่วนรูปแบบสถานบริการ ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่อยู่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง

จากผลการศึกษาดังกล่าว สรุปได้ว่า รูปแบบของการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุทั้ง 6 รูปแบบ มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ดังนั้น กลุ่มผู้สูงอายุเป้าหมายของสถานบริการแต่ละรูปแบบจึงไม่เหมือนกัน ระดับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุหรือครอบครัวผู้สูงอายุจะสอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายค่าบริการได้ สำหรับรูปแบบบ้านพักคนชราทั้งของภาครัฐและมูลนิธิสมาคมจีนนั้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีฐานะยากจน เนื่องจากว่ารูปแบบบ้านพักคนชรานั้นไม่เก็บค่าบริการหรือเก็บค่าบริการในราคาถูก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ขาดที่พึ่ง เข้ารับบริการกับบ้านพักคนชรา ทั้งนี้ บ้านพักคนชราของภาครัฐจะมีข้อจำกัดของจำนวนเตียง ทำให้ผู้สูงอายุต้องรอคิวเพื่อเข้าพัก

ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบ้านพักคนชรา ที่เน้นการให้ความช่วยเหลือขั้นพื้นฐานหรือด้านปัจจัยสี่กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพันธ์์ สาสัติย์ และคณะ 2552 ที่พบว่า รูปแบบบ้านพักคนชราเน้นให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่หรือไร้ที่พึ่ง ในส่วนของรูปแบบโรงพยาบาล สถานะบริหาร สถานะที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่และค่อนข้างไปทางระดับสูง

3) การแบ่งผู้สูงอายุความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยพบว่า ระดับความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สำหรับรูปแบบบ้านพักคนชราทั้งภาครัฐและมูลนิธิสมาคมจีน ผู้สูงอายุจะต้องช่วยเหลือตนเองได้เมื่อแรกเข้า เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 แต่เมื่อสูงอายุขึ้น จะเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 และยังสามารถอยู่ในบ้านพักคนชราได้จนกระทั่งเสียชีวิต รูปแบบที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 เมื่อสูงอายุขึ้นเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 หรือกลุ่มที่ 3 จะต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแลที่ผู้สูงอายุทำการจ้างเอง รูปแบบสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนและต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 สำหรับรูปแบบโรงพยาบาล สถานะบริหาร และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุจะอยู่ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3

จากผลการศึกษาดังกล่าว สรุปได้ว่า รูปแบบของการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุทั้ง 6 รูปแบบ มีผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุในรูปแบบบ้านพักคนชรา มีผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม แต่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน เนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 ร่างกายเสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ 2553 ที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นเมื่อมีอายุที่สูงขึ้น รูปแบบสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ และมีผู้ดูแลช่วยเหลือ รูปแบบที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ รูปแบบโรงพยาบาล สถานะบริหาร และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ และกลุ่มที่ 3 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นจะสอดคล้องกับช่วงวัยของผู้สูงอายุและโรคของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อสูงอายุมากขึ้น โอกาสในการเกิดโรคจะสูงขึ้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะถดถอยลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพันธ์์ สาสัติย์ และคณะ 2552 ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานะบริหาร และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีภาวะการพึ่งพาในระดับปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ 60.3

นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบบ้านพักคนชราทั้งของภาครัฐและมูลนิธิสาคมาคมจีน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และต้องไปพบแพทย์ตามนัด โดยบ้านพักคนชราของภาครัฐจะมีบริการรับส่งผู้สูงอายุเมื่อต้องไปพบแพทย์ ส่วนบ้านพักคนชราของมูลนิธิสาคมาคมจีน ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์ รูปแบบโรงพยาบาล สถานบริการ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว เช่น โรคเรื้อรัง โรคหลงลืม มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันจะถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรักษาต่อ

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การรับผู้สูงอายุเข้าบริการในสถานบริการแต่ละรูปแบบนั้นมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านช่วงอายุ ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ และด้านระดับความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากขอบเขตการบริการในแต่ละรูปแบบของสถานบริการมีความแตกต่างกัน สิ่งสำคัญคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุในวัยกลางและวัยปลายที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เป็นสิ่งที่ผู้บริหารหรือผู้ประกอบการสถานบริการต้องคำนึงถึงการจัดบริการเพื่อผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพ และหน่วยงานภาครัฐควรเตรียมแนวทางในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าว

ตารางที่ 10 แสดงข้อมูลการรับผู้สูงอายุในสถานบริการ

รูปแบบ	กลุ่มผู้สูงอายุ อายุในสถาน บริการ	ระดับฐานะทาง เศรษฐกิจ	ระดับความช่วยเหลือ ในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน	อื่นๆ
1.บ้านพักคนชรา				
1.1บ้านพักคนชรา ของรัฐ	อายุระหว่าง (70-79 ปี) เป็น ผู้สูงอายุวัยกลาง	ยากจน-ปานกลาง	สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้เมื่อแรกเข้า แต่พบว่า มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้ มีภาวะพึ่งพาพร้อมอยู่ ด้วย	ไม่เป็นโรคติดต่อ ร้ายแรง
1.2บ้านพักคนชรา ของมูลนิธิสาคมาคมจีน (รับเฉพาะผู้สูงอายุ เพศชาย)	อายุอายุระหว่าง (70-79 ปี) เป็น ผู้สูงอายุวัยกลาง	ยากจน	สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้เมื่อแรกเข้า และ พบว่าผู้สูงอายุบางส่วน ไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้	ไม่เป็นโรคติดต่อ

รูปแบบ	กลุ่มผู้สูงอายุ อายุในสถาน บริการ	ระดับฐานะทาง เศรษฐกิจ	ระดับความช่วยเหลือ ในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน	อื่นๆ
2.โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว				
1.1 โรงพยาบาลที่ไม่ ดำเนินการธุรกิจ โดยตรง (มูลนิธิ)	มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ วัยกลางจนถึงวัย ปลาย	ยากจน-ปานกลาง	สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้/ไม่ได้ (ติดเตียง)	ไม่เป็นโรคติดต่อ
1.2 โรงพยาบาลที่ไม่ ดำเนินการธุรกิจ โดยตรง	มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ วัยกลางจนถึงวัย ปลาย	ปานกลาง- ระดับสูง	สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้/ไม่ได้ (ติดเตียง)	ไม่เป็นโรคติดต่อ ไม่เป็นโรคทางจิต เวช
3.สถานบริบาลหรือ เนอสจิ่งโฮม	มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ วัยกลางจนถึงวัย ปลาย	ปานกลาง- ระดับสูง	สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้/ไม่ได้ (ติดเตียง)	เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต
4.ที่อยู่อาศัยสำหรับ ผู้สูงอายุ	มีอายุระหว่าง 60-79 ปี เป็น ผู้สูงอายุวันต้น และวัยปลาย	ปานกลาง- ระดับสูง	สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้	ไม่เป็นโรคติดต่อ ไม่เป็นโรคทางจิต เวช
5.สถานที่ช่วยเหลือใน การดำรงชีวิต	มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ วัยกลางจนถึงวัย ปลาย	ปานกลาง- ระดับสูง	สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้บางส่วน พึ่งพาผู้อื่น บางส่วน	ไม่เป็นโรคติดต่อ ไม่เป็นโรคทางจิต เวช
6.สถานดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ วัยกลางจนถึงวัย ปลาย	ปานกลาง- ระดับสูง	สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้/ไม่ได้ (ติดเตียง)	เป็นผู้ป่วยใน ระยะสุดท้าย เช่น โรคมะเร็ง เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง อัมพฤกษ์หรือ อัมพาต

ที่มา: สรุปจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย

นอกจากนี้ พบว่า สาเหตุในการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุ รูปแบบบ้านพักคนชราของรัฐ ผู้สูงอายุเข้าอยู่อาศัยด้วยความสมัครใจ เนื่องจากการดำเนินงานมาอย่างยาวนาน การมีชื่อเสียงของ

บ้านพักคนชรา ไม่เก็บค่าบริการและเก็บค่าบริการในราคาถูก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย และยากจน หรือผู้สูงอายุมีความสามารถพอที่จะจ่ายได้ในราคาไม่สูง จึงเลือกเข้ามาอยู่อาศัยในบ้านพักคนชราของรัฐ แต่บ้านพักคนชราของรัฐมีข้อจำกัดจำนวนเตียง ทำให้ผู้สูงอายุต้องรอคิว ในรูปแบบหอพักมีจำนวนคิว 1,000 กว่าคิว รูปแบบบ้านพัก (บางกะโล) มีจำนวนคิว 500 กว่าคิว (สัมภาษณ์, 2559) ในปัจจุบันอยู่ระหว่างการปรับปรุงห้องพักบางห้อง ผู้สูงอายุที่อยู่ในคิวยังต้องรอเข้าพักอาศัย บ้านพักคนชราของมูลนิธิสืมาคมจัน ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่อาศัยด้วยความสมัครใจ ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความเป็นอยู่ ไม่มีญาติ ทำให้ตัดสินใจเข้ามาอยู่อาศัยในบ้านพักคนชรา รูปแบบโรงพยาบาล สถานบริการ สถานี่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ถูกจำหน่ายออกจากการรักษาในโรงพยาบาล ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล หรืออยู่ในช่วงพักฟื้นร่างกายก่อนกลับบ้าน บุคลากรไม่สามารถดูแลได้เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่บุคลากรจะเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่าย ส่วนรูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบกับความมีชื่อเสียงของสถานบริการ ทำให้ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่อาศัย

5.1.2 กิจกรรมในการดูแล

กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการทั้ง 6 รูปแบบ ประกอบด้วย การดูแลทางด้าน ด้านสุขภาพ ด้านสังคม รูปแบบที่เน้นบริการทางด้านสุขภาพเป็นหลักจะมีการดูแลด้านการช่วยเหลือ ในกิจวัตรประจำวัน ดังนี้

1) ด้านสุขภาพ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า รูปแบบการบ้านพักคนชราของรัฐเป็นลักษณะ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้กับผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อที่จะชะลอไม่ให้เป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ด้วยการออกกำลังกาย และฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ บางส่วนและช่วยเหลือตนเองไม่ได้โดยการทากายภาพบำบัด รูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิสืมาคมจันนั้นไม่มีการดูแลทางด้านสุขภาพ แต่แพทย์เขามาตรวจอาการทั่วไป รูปแบบโรงพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้น เป็นบริการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคแทรกซ้อน การทากายภาพบำบัด การดูแลเรื่องแผลกดทับ และมีการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จะถูกส่งไปยังแผนกการรักษา นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติหลังจากผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล รูปแบบสถานบริการให้การดูแลสุขภาพ บำบัดและฟื้นฟูสุขภาพด้วยการทากายภาพบำบัด ดูแลแผลกดทับ หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลันที่นอกเหนือจากการดูแลและ

จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลจะถูกนำส่งโรงพยาบาล รูปแบบที่พักรักษาสำหรับผู้สูงอายุ ไม่มีบริการดูแลทางการแพทย์ หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะต้องแจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อนำส่งโรงพยาบาล รูปแบบสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต เป็นการดูแลในลักษณะบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ การทำกายภาพบำบัด และช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมประจำวันบางประเภทสำหรับผู้สูงอายุ ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายลักษณะการดูแลคล้ายกับสถานบริบาล มีดูแลสุขภาพ บำบัดและฟื้นฟูสุขภาพด้วยการทำกายภาพบำบัด ดูแลแผลกดทับ และให้คำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุแก่ญาติโดยไม่คิดค่าบริการ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุในทุกรูปแบบสถานบริการมีโรคประจำตัว ต้องทานยาตามคำสั่งของแพทย์

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า รูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีน และรูปแบบที่พักรักษาสำหรับผู้สูงอายุ ไม่มีบริการทางด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง และผู้สูงอายุในสถานบริการของทั้ง 2 รูปแบบนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยังไม่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ จึงไม่มีการดูแลทางด้านสุขภาพ รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐ การดูแลสุขภาพเป็นลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคด้วยการออกกำลังกาย ทำกายภาพบำบัด ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนเพื่อชะลอไม่ให้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้กลายเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือติดเตียง รูปแบบสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต เป็นลักษณะการป้องกันปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และการทำกายภาพบำบัด รูปแบบสถานบริบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายการดูแลคล้ายกับการดูแลในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว เน้นการดูแลทางด้านสุขภาพเป็นพิเศษ และอยู่ในการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการดูแลสุขภาพ บำบัดฟื้นฟู แต่ถ้าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่อยู่ นอกเหนือจากการให้การดูแลทั่วไปต้องนำส่งโรงพยาบาล ดังนั้น กิจกรรมด้านสุขภาพจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุของสถานบริการนั้นๆ รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะเน้นการดูแลด้านสุขภาพอย่างครอบคลุม ส่วนรูปแบบบ้านพักคนชราของรัฐเป็นเพียงการดูแลสุขภาพทั่วไป

2) ด้านสังคม

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า รูปแบบบ้านพักคนชราของรัฐเป็นรูปแบบที่มีกิจกรรมทางสังคมทั้งกิจกรรมนันทนาการ บันเทิง เล่นเกม จากหน่วยงานภายนอกเข้ามาจัดกิจกรรม กิจกรรมทางศาสนา และการส่งเสริมการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้และส่งเสริมการใช้เวลาว่างแก่ผู้สูงอายุ รูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีน ไม่มีการส่งเสริมกิจกรรมด้านสังคมนอกจากการอำนวยความสะดวกให้หน่วยงานภายนอกเข้ามาจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุไม่ได้ทำกิจกรรมอะไรมาก นอกจากนั่งและนอน” (สัมภาษณ์, 2559) รูปแบบโรงพยาบาลของมูลนิธิจีนไม่มีกิจกรรม

ทางด้านสังคม รูปแบบโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง สถานบริการ สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นมีการจัดกิจกรรมนันทนาการ เช่น การร้องเพลง เล่นเกม กิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมในเทศกาลสำคัญของไทย ส่วนรูปแบบที่พักสำหรับอาศัยผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมนันทนาการ เช่น การร้องเพลง และการทัศนศึกษา

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐมีกิจกรรมสังคมที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัย บ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีน กิจกรรมทางด้านสังคมจะมาจากหน่วยงานภายนอก รูปแบบโรงพยาบาลของมูลนิธินั้นไม่เน้นกิจกรรมด้านสังคม เน้นที่การดูแลสุขภาพเป็นหลัก รูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุมีกิจกรรมบันเทิง และทัศนศึกษา รูปแบบสถานพยาบาล สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีกิจกรรมบันเทิง และกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพื่อสร้างความผ่อนคลายทางจิตใจการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและรู้สึกว่าคุณค่า

3) การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันนั้นจะสอดคล้องกับช่วยวัยของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นการพึ่งพาตนเองจะลดลง รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐมีการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือติดเตียง การช่วยเหลือเป็นในลักษณะช่วยป้อนอาหารสำหรับท่านที่ไม่สามารถทานเองได้ การอาบน้ำ การแต่งตัว เปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น เช่นเดียวกับรูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิที่มีการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 3 แฝงอยู่ ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ไม่มากนัก รูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุไม่มีการดูแลในชีวิตประจำวัน รูปแบบสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตให้การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในลักษณะช่วยในการอาบน้ำ การแต่งตัว การเดินขึ้นลงบันได เป็นต้น รูปแบบโรงพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สถานบริการ และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ 2 สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และกลุ่มที่ 3 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือติดเตียง การดูแลช่วยเหลือเป็นในลักษณะช่วยป้อนอาหารสำหรับท่านที่ไม่สามารถทานเองได้ การอาบน้ำ การแต่งตัว เปลี่ยนผ้าอ้อม ดูแลเรื่องการพลิกตัว การให้อาหารทางสายยางสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียง เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ 2552 ที่พบว่า ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาวมีการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดมากที่สุดร้อยละ 60.0 และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้สูงอายุพึ่งพาผู้อื่นในระดับมาก ร้อยละ 23.1 และบ้านพักคนชราพึ่งพาผู้อื่นในระดับปานกลางร้อยละ 35.1 และรูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐมีการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังแฝงอยู่ด้วย

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า การดูแลกิจวัตรประจำวันนั้นจะสอดคล้องกับช่วงวัยและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะพบอยู่ในรูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนรูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐมีการดูแลกิจวัตรประจำวันที่แฝงอยู่ เนื่องจากมีกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยมานานจนกลายเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ตารางที่ 11 แสดงข้อมูลกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบ	กิจกรรมในการให้บริการ			หมายเหตุ
	สุขภาพ อนามัย	สังคม	การช่วยเหลือใน กิจวัตรประจำวัน	
1.บ้านพักคนชรา				
1.1บ้านพักคนชราของรัฐ	✓	✓	✓	มีบริการดูแลทางด้าน การเงิน
1.2 บ้านพักคนชราของ เอกชน	✗	✗	✓	
2. โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว				
1.1 โรงพยาบาลที่ไม่ ดำเนินการธุรกิจโดยตรง	✓	✗	✓	
1.2 โรงพยาบาลที่ไม่ ดำเนินการธุรกิจโดยตรง	✓	✓	✓	
3.สถานบริบาลหรือเนอสซิ่ง โฮม	✓	✓	✓	มีบริการรับฝากชื่อของ เล็กๆ น้อย
4.ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ	✗	✓	✗	
5.สถานที่ช่วยเหลือในการ ดำรงชีวิต	✓	✓	✓	บริการช่วยชื่อของ
6.สถานดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย	✓	✓	✓	

ที่มา: สรุปจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย

5.1.3 ค่าบริการ

จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐ มีทั้งประเภทที่ไม่เก็บค่าบริการและเก็บค่าบริการในราคาถูก เป็นค่าที่พักไม่รวมค่าสาธารณูปโภค รูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีน ไม่เก็บค่าบริการ รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานบริบาล สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เก็บค่าบริการตามประเภทห้องพัก

โดยไม่รวมค่าบริการอื่นๆ ยกเว้นโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิที่เก็บค่าบริการห้องพักในราคาเท่ากัน แต่ไม่รวมค่าบริการอื่นๆ สำหรับรูปแบบที่พักอาศัย เป็นลักษณะสมทบทุนเพื่อเข้าอยู่ เก็บค่าบริการส่วนกลาง 2,500 บาทต่อเดือน ไม่รวมค่าสาธารณูปโภค แม้จะอยู่ภายใต้สำนักงานกลางสภาการศึกษาไทย แต่สวทค.นิเวศต้องบริหารจัดการหน่วยงานเอง

จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การเก็บค่าบริการนั้นจะขึ้นอยู่กับลักษณะของหน่วยงานนั้น ภาครัฐย่อมมีค่าบริการสูงกว่าภาคเอกชน และขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของหน่วยงานนั้นๆ กล่าวคือ รูปแบบบ้านพักคนชราของรัฐ ถูกก่อตั้งมาเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นลักษณะงานสวัสดิการสังคม จึงเก็บค่าบริการในราคาถูก รูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีน วัตถุประสงค์คือให้การช่วยเหลือโดยไม่เก็บค่าบริการ รูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการอยู่อาศัยในลักษณะคอนโด ดำเนินงานเชิงธุรกิจเพื่อบริหารจัดการโครงการ รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาวของมูลนิธิ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุจึงเก็บค่าบริการในราคาถูก รูปแบบโรงพยาบาลของเอกชน สถานบริการ สถานที่อยู่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นหน่วยงานของเอกชนการเก็บค่าบริการก็เป็นลักษณะเชิงธุรกิจ เท่าที่สถานบริการสามารถอยู่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่า สถานบริการและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสบปัญหาการค้างค่าบริการของผู้สูงอายุ เนื่องจาก ในการเข้ารับบริการสถานบริการต้องมีค่าใช้จ่ายทุกเดือน บุตรหลานของผู้สูงอายุไม่สามารถหาเงินมาจ่ายค่าบริการได้

ตารางที่ 12 แสดงค่าบริการในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบ	ค่าบริการ	หมายเหตุ
1.บ้านพักคนชรา		
1.1บ้านพักคนชราของรัฐ	ประเภทสามัญ ไม่เสียค่าใช้จ่าย ประเภทหอพัก เสียค่าใช้จ่าย 1,500/เดือน ประเภทบ้านพัก เสียค่าสร้างบ้าน 300,000 บาท	ไม่รวมค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าไฟฟ้า และค่าประปา
1.2บ้านพักคนชราของ เอกชน	ไม่เสียค่าใช้จ่าย	-
2.โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว		
1.1 โรงพยาบาลที่ไม่ ดำเนินธุรกิจโดยตรง	เสียค่าใช้จ่าย 750/เดือน	ไม่รวมค่าบริการอื่นๆ
1.2 โรงพยาบาลที่ไม่ ดำเนินธุรกิจโดยตรง	ค่าบริการตามประเภทห้องพัก ราคาตั้งแต่ 29,100-63,900 บาท/เดือน มีค่าบริการประเภทรายเดือน ราย 15 วัน รายสัปดาห์และรายวัน	ไม่รวมค่าบริการอื่นๆ

รูปแบบ	ค่าบริการ	หมายเหตุ
3.สถานบริการหรือเนอสซิ่งโฮม	ค่าบริการแบ่งตามประเภทห้องพัก ราคาตั้งแต่ 23,000-40,000 บาท	ไม่รวมค่าบริการอื่นๆ
4.ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ	ค่าสมทบทุน 850,000 ขึ้นไป ไม่รวมค่าส่วนกลาง 2,500 บาท ไม่รวมค่าสาธารณูปโภค เช่น ค่าไฟฟ้าหน่วยละ 5 บาท และค่าประปาหน่วยละ 15 บาท	ไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น การทัศนศึกษา
5.สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต	ค่าบริการแบ่งตามประเภทห้องพัก ราคาตั้งแต่ 20,000-35,000 บาท/เดือน	ไม่รวมค่าบริการอื่นๆ
6.สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	ค่าบริการแบ่งตามประเภทห้องพัก ราคาตั้งแต่ 23,500-30,000 บาท/เดือน สำหรับผู้ช่วยเหลือตนเองได้ และ 26,000-32,500 บาท/เดือน สำหรับผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	ไม่รวมค่าบริการอื่นๆ

ที่มา: สรุปรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย

5.1.4 มาตรฐานสถานบริการ

จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานสถานบริการดูแลระยะยาวในสถาบันอย่างชัดเจน สำหรับรูปแบบบ้านพักผู้สูงอายุ มีมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุที่จัดทำโดยสำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แต่เป็นเพียงแนวทางในการจัดบริการ รูปแบบบ้านพักคนชราทั้งของภาครัฐและมูลนิธิสมาคมจีนไม่ได้เป็นไปตามมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุในด้าน อาคารสถานที่ ห้องพักผู้ให้บริการ

บ้านพักคนชราทั้ง 2 แห่ง สร้างมานานตัวอาคารจึงเป็นอาคารเก่า การปรับปรุงห้องพักให้เป็นไปตามมาตรฐานด้านอาคารสถานที่และมาตรฐานห้องพักอาศัยจึงค่อนข้างยากลำบาก บ้านพักคนชราของมูลนิธิเป็นอาคารเก่า 2 ชั้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ชั้นล่าง ส่วนบ้านพักคนชราของภาครัฐมีทั้งอาคารเก่าซึ่งผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ชั้นล่าง และอาคารใหม่เช่น อาคารพยาบาล มีลิฟท์สำหรับอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ บ้านพักทั้ง 2 แห่งมีการทำราวจับ และมีทางลาดให้แก่ผู้สูงอายุ สำหรับมาตรฐานด้านผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่จะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง บ้านพักคนชราทั้ง 2 แห่งไม่มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต มีลักษณะเป็นบ้านพักผู้สูงอายุ ไม่ได้เป็นไปตามมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แต่ผู้บริการสถาน

บริการใช้ประสบการณ์ในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกว่า 20 ปี มาจัดบริการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุด ส่วนรูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ มาตรฐานเป็นไปตามระเบียบของสภาวิชาชีพ

ส่วนรูปแบบโรงพยาบาลนั้น มาตรฐานเป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุข รูปแบบสถานบริการยังไม่มีกำหนดมาตรฐานสถานบริการโดยเฉพาะ ดังนั้น สถานบริการที่ถูกกฎหมายจะขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังขนาดเล็ก รูปแบบสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นทะเบียนเป็นโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังขนาดเล็ก มาตรฐานเป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุขด้วย ผู้บริหารสถานบริการต้องดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎกระทรวงดังกล่าว และเป็นปัญหาอุปสรรคซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในประเด็นปัญหาและอุปสรรคต่อไป

ทั้งนี้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะเข้าไปตรวจประเมินทุกปี โดยการตรวจประเมินการบริการเวชกรรม แบบการตรวจมาตรฐานการบริการ ลักษณะ และการประกอบกิจการสถานพยาบาล แบบการตรวจประเมินด้านเครื่องมือและการจัดการ แบบการตรวจประเมินด้านอาคาร แบบการตรวจประเมินบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ แบบประเมินการบริการด้านกายภาพบำบัด แบบตรวจประเมินด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หากไม่ผ่านการประเมินก็จะให้มีการปรับปรุงแก้ไขให้ในระยะเวลาที่กำหนด หากไม่ดำเนินการแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด จะถูกสั่งปิดโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 60 วัน ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 จนกว่าจะมีการดำเนินการแก้ไขปรับปรุง

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นว่า บ้านพักคนชราไม่ได้เป็นไปตามมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านอาคารสถานที่ ห้องพัก ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณในการปรับปรุง และเป็นไปที่ยากในทางปฏิบัติที่จะปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องตามมาตรฐาน แต่มีการเพิ่มทางลาด และราวจับเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ รูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุมาตรฐานเป็นไปตามสภาวิชาชีพไทย ส่วนรูปแบบสถานบริการยังไม่มีข้อกำหนดกฎหมายมาตรฐานสถานบริการ และใช้มาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาล

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลมาตรฐานของสถานบริการ

รูปแบบ	มาตรฐาน
1.บ้านพักคนชรา	
1.1บ้านพักคนชราของรัฐ	ไม่มีการกำหนดมาตรฐาน
1.2บ้านพักคนชราของเอกชน	ไม่มีการกำหนดมาตรฐาน
2.โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว	
1.1 โรงพยาบาลที่ไม่ดำเนินการธุรกิจโดยตรง	เป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุข

รูปแบบ	มาตรฐาน
1.2 โรงพยาบาลที่ไม่ดำเนินการธุรกิจโดยตรง	เป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุข
3.สถานบริบาลหรือเนอสซิ่งโฮม	ยังไม่มีมาตรฐานสถานบริบาล แต่ยึดตามกฎกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบของสถานพยาบาล
4.ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ	อยู่ภายใต้ระเบียบสภาวิชาชีพ
5.สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต	ยังไม่มีกำหนดมาตรฐาน
6.สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	เป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุข

ที่มา: สรุปรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย

5.1.5 บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐมีบุคลากรที่เป็นทางการหรือวิชาชีพ คือ แพทย์เข้าตรวจ 2 อาทิตย์ต่อครั้ง มีพยาบาลและเภสัชกรช่วยดูแลเรื่องยานักกายภาพบำบัด บุคลากรที่ไม่เป็นทางการ คือ พี่เลี้ยงเป็นบุคลากรสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ช่วยอาบน้ำ การแต่งตัว เปลี่ยนผ้าอ้อม ป้อนอาหาร เป็นต้น ซึ่งพี่เลี้ยงไม่ได้ผ่านการอบรมจากหลักสูตรผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุจะเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์กันมา

รูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิ มีบุคลากรที่เป็นทางการหรือวิชาชีพ คือ แพทย์มาตรวจโรคทั่วไป ทุกวันพฤหัสบดี บุคลากรที่ไม่เป็นทางการ คือ คนงานทั่วไปเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุหลัก สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยการช่วยเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ เป็นต้น

รูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ มีบุคลากรที่เป็นทางการหรือวิชาชีพ คือ พยาบาลจากสภาวิชาชีพ แต่ไม่ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุเช่นเดียวกับโรงพยาบาลหรือสถานบริบาล เป็นลักษณะอยู่เวรตอนกลางคืนหากมีผู้สูงอายุป่วยกะทันหัน ทั้งนี้ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะอนุญาตให้นำบุตรหรือญาติมาช่วยดูแลได้ 1 คน แต่ถ้าไม่มีญาติมาดูแล สามารถให้สวามิภักดิ์ช่วยจัดหาผู้ช่วยเหลือดูแลพิเศษให้ได้ แต่ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานบริบาล สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีบุคลากรที่เป็นทางการหรือวิชาชีพ คือ แพทย์ทั้งประจำและบางเวลา พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 420 ชั่วโมง จากโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า บุคลากรหลักที่เป็นทางการคือ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ จะอยู่ในสายงานสุขภาพในรูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานบริบาล สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสถานบริบาลมีการอบรมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการของตนเอง

เพิ่มเติมจากหลักสูตรผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐและมูลนิธิสมาคมจีนไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากบ้านพักคนชรามีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจ้างผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรม รูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ไม่มีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง จึงไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแลหลัก

ตารางที่ 14 แสดงข้อมูลบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

รูปแบบ	ผู้ดูแลที่เป็นทางการ	ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ
1.บ้านพักคนชรา		
1.1บ้านพักคนชราของรัฐ	แพทย์ไม่ประจำ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร	พี่เลี้ยงผู้สูงอายุ
1.2บ้านพักคนชราของเอกชน	แพทย์ไม่ประจำ	คนงานทั่วไป
2.โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว		
2.1 โรงพยาบาลที่ไม่ดำเนินการธุรกิจโดยตรง	แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร	ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ
2.2 โรงพยาบาลที่ไม่ดำเนินการธุรกิจโดยตรง	แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร	ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ
3.สถานบริบาลหรือนอสซิ่งโฮม	แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ	ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ
4.ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ	พยาบาล นักกายภาพบำบัด	สมาชิกในครอบครัว สามเณร บุดร หรือญาติ
5.สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต	แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ	ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ
6.สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ	ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ที่มา: สรุปลงจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย

ผลจากการศึกษาของผู้วิจัย สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวทั้ง 6 รูปแบบนั้นมีลักษณะการจัดบริการที่แตกต่างกัน ตั้งแต่เกณฑ์ในการรับผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุที่จะเข้ารับบริการอยู่ในระดับใด โดยพิจารณาจากลักษณะของหน่วยงานและวัตถุประสงค์ของรูปแบบสถานบริการเป็นหลัก แล้ว จะเห็นได้ว่า สิ่งสำคัญหลักคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ามาอยู่ในสถานบริการแต่ละประเภทเป็นกลุ่มผู้สูงอายุคนละกลุ่มเป้าหมาย กล่าวคือ รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐและมูลนิธิสมาคมจีน ที่พัก

อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต กลุ่มผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยังไม่ต้องการการดูแลทางสุขภาพที่พิเศษหรือเฉพาะ เป็นเพียงการดูแลทางสุขภาพทั่วไป และรูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐการดำเนินงานจะเน้นการจัดสวัสดิการสังคมมากกว่าเนื่องจากเป็นสายงานหลักของหน่วยงาน ส่วนรูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานบริบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มผู้สูงอายุหลักคือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือมีภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับช่วงอายุของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่สูงอายุมากขึ้นจะมีปัญหาสุขภาพเป็นกระบวนการตามวัย ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ และบุตรหลานไม่สามารถดูแลได้นั้นเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบสถานบริการในรูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานบริบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้น การจัดกิจกรรมในการดูแลทั้งด้านสุขภาพ สังคม และการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ค่าบริการ ตลอดจนบุคลากรที่ดูแล จึงมีความแตกต่างกันตามแต่รูปแบบ การกำหนดมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขก็จะใช้บังคับเฉพาะสถานพยาบาลเท่านั้น

จากการศึกษาในครั้งนี้ ยังมีประเด็นข้อค้นพบอื่นๆ ได้แก่ 1. รูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน 2. ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลระยะยาวในสถาบัน 3. ความต้องการสนับสนุนจากภาครัฐของผู้บริหารหรือผู้ประกอบการในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

จากการศึกษาของผู้วิจัย พบว่า รูปแบบสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) เป็นบริการรูปแบบบ้านพักของเอกชน สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแต่มีอาการคงที่ และช่วยเหลือตนเองได้ การจัดบริการคล้ายกับรูปแบบบ้านพักคนชราของรัฐ มีทั้งบริการด้านสุขภาพ เช่น กายภาพบำบัด และด้านสังคมมีกิจกรรมนันทนาการ แต่ให้บริการที่เหนือกว่าด้วยการบริการช่วยเหลือดูแลในชีวิตประจำวัน ในส่วนสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น แม้จะมีวัตถุประสงค์ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ลักษณะการบริการคล้ายกับสถานบริบาล กล่าวคือ คุณสมบัติในการรับผู้สูงอายุมีลักษณะเหมือนกัน เช่น ต้องเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมหรือหลงลืม ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ผู้ป่วยที่ต้องการพักผ่อนหลังจากออกจากโรงพยาบาล แต่มีการรับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แพทย์ประมาณว่าจะเสียชีวิตใน 6 เดือน โดยไม่เร่งการตายและไม่ยืดชีวิต

2. ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลระยะยาวในสถาบัน

จากการศึกษาของผู้วิจัย พบว่า แต่ละรูปแบบนั้นมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานต่างกันออกไป รูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีนไม่มีปัญหาอุปสรรคใดๆ เพราะอยู่ภายใต้การดูแลของมูลนิธิ โดยผู้วิจัยพิจารณาประเด็นปัญหาที่สำคัญออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

2.1 ปัญหาด้านบุคลากร

จากการศึกษาของผู้วิจัย พบว่า ในส่วนของบ้านพักคนชราของรัฐนั้น ปัญหาอุปสรรคที่พบคือ ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุ และขาดบุคลากรทางวิชาชีพคือพยาบาล มีเพียง 1 คน ซึ่งเป็นข้าราชการ เนื่องจากพยาบาลนั้นไม่ใช่สายงานหลักของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จะไม่มีความก้าวหน้าทางอาชีพ จะอยู่แค่ตำแหน่งชำนาญการ

“บุคลากรขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเรียนรู้โดยการถ่ายทอดจากประสบการณ์ มีการอบรมความรู้บ้างแต่ไม่บ่อยนัก บุคลากรที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุจริงๆ นั้นจบมัธยมศึกษาปีที่ 6”

“เนื่องจากพยาบาลไม่ใช่สายงานหลัก พยาบาลจึงไม่สามารถเติบโตในกระทรวงฯ นี้ได้”
(ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค, สัมภาษณ์, 2559)

สำหรับรูปแบบสถานบริการ และสถานดูแลผู้ปวยระยะสุดท้ายนั้นมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่อสถานบริการได้ส่งบุคลากรฝึกอบรมแล้ว บุคลากรจะลาออกไปทำงานในโรงพยาบาลแทน เนื่องจากให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่า

“ที่นี้ส่งคนไปอบรม แต่พอเรียนจบถูกดึงไปทำงานที่อื่น แต่พยายามจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ”
(ผู้ประกอบการ นวศรี เนอสซิ่งโฮม, สัมภาษณ์, 2559)

“สมัยก่อนผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุหาง่าย ต่อมาโรงพยาบาลดึงไปฝึกที่เข่า ทำให้”
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศุขเวชเนอสซิ่งโฮม (ราม 21), สัมภาษณ์, 2559)

จะเห็นได้ว่า ปัญหาด้านบุคลากรนั้น มีปัญหาการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบบ้านพักคนชราทั้งของภาครัฐและมูลนิธินั้น ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมจากหลักสูตรผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ และไม่สามารถจ้างบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมได้เนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ จึงพบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง เช่น การ

พลิกตัวผู้สูงอายุ ซึ่งหากปฏิบัติได้อย่างถูกต้องจะเป็นผลดีกับตัวผู้สูงอายุและผู้ช่วยเหลือดูแลเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วาทีณี บุญชะลิกชี และ ยุพิน วรสิริอมร 2544 ที่พบว่า ควรมีแพทย์ และบุคลากรที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ เนื่องจากจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น การดูแลโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญนั้นจะช่วยให้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางวิชาชีพ เช่น พยาบาล และผู้ช่วยเหลือดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง และมีการแย่งบุคลากรกันระหว่างโรงพยาบาลและสถานบริบาล รูปแบบสถานบริบาล พบว่า อัตราส่วนของบุคลากรไม่เพียงพอกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่ได้พยายามจัดสรรให้เพียงพอ ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า ในอนาคตสถานบริการที่จะขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรในรุ่นถัดไป ทั้งด้านการฝึกอบรมจากหลักสูตร และต้องสร้างความผูกพันในองค์กรเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเลือกที่จะทำงานในสถานบริการเดิมต่อไป

2.2 ปัญหาด้านกฎระเบียบของภาครัฐ

ปัญหาด้านกฎระเบียบของภาครัฐนั้นสืบเนื่องจากการกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลของ กฎกระทรวงสาธารณสุข รูปแบบสถานบริบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นขึ้นทะเบียน สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ประเภทโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังขนาดเล็กกับสำนักสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงแล้วขอบเขตในการดูแล ของสถานบริบาลยังไม่สามารถเทียบเท่าโรงพยาบาล เนื่องจากสถานบริบาลและสถานดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายนั้น ไม่มีหน่วยบริการและระบบสนับสนุนบริการ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วย ฉุกฉิน แผนกเทคนิคการแพทย์ แผนกรังสีวิทยา แม้กฎกระทรวงจะยกเว้นให้ไม่มีแผนกเทคนิค การแพทย์และแผนกรังสีวิทยา แต่ขอบเขตในการให้บริการของสถานบริบาลไม่มีการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกฉิน ไม่มีการฉายรังสี และไม่มีด้านเทคนิคการแพทย์ จึงไม่สามารถดำเนินการให้เทียบเท่า โรงพยาบาลและเป็นไปตามกฎกระทรวงได้ นอกจากนี้ ในการประเมินสถานพยาบาลนั้น มีข้อกำหนด ให้สถานบริบาลเว้นระยะห่างระหว่างเตียงผู้ป่วย 90 เซนติเมตร ในความเป็นจริงแล้วไม่สามารถทำได้ เพราะจำนวนเตียงต่อพื้นที่ห้องจะลดลง ทำให้ไม่คุ้มกับการดำเนินงาน

*มาตรฐานมันสูงเกินไปที่จะให้เป็นในลักษณะโรงพยาบาล
ข้อกำหนดบางอย่างไม่ได้อยู่บนพื้นฐานความเป็นไปได้ ”
(ผู้ประกอบการ นวศรี เนอสซิ่งโฮม, สัมภาษณ์, 2559)*

“กระทรวงสาธารณสุขออกข้อบังคับจำนวนบุคลากรขึ้นใหม่
กำหนดให้เราเทียบเท่ากับโรงพยาบาล ซึ่งที่นี่ไม่มี OPD
หากทำตามกฎกระทรวงที่ออกใหม่อาจจะมีสถานบริบาลที่ถูกกฎหมายเหลืออยู่ไม่กี่แห่ง”
(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศุขเวชเนอสซิ่งโฮม (ราม 21), สัมภาษณ์, 2559)

นอกจากนี้ ยังพบว่า การกำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลของกฎกระทรวงซึ่งกำหนดให้มีพยาบาล เวกกลางคืน 4 คน กลางวัน 6 คน นั้นเกินกว่าความจำเป็นของสถานบริบาล เพราะผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการค่อนข้างคงที่ ซึ่งถ้าหากประเมินว่ามีอาการหนักก็จะถูกส่งโรงพยาบาลทันที

รูปแบบสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ซึ่งมีลักษณะเป็นบ้านพักผู้สูงอายุ ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุที่ใช้บังคับทางกฎหมาย มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.) เป็นเพียงแนวทางดำเนินงานสำหรับบ้านพักผู้สูงอายุในอนาคต สำหรับภาคเอกชนจัดบริการ เพราะภาครัฐยังไม่มียุทธศาสตร์เพิ่มบ้านพักคนชรา การไม่ได้เป็นข้อกำหนดทางกฎหมาย ทำให้ผู้ประกอบการอาจจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าวก็ได้

จากการศึกษา จะเห็นได้ว่า ปัญหาภาวะเปราะบางของภาครัฐนั้น เป็นปัญหาที่ผู้ประกอบการในสถานบริบาลและสถานดูแลผู้ปวยระยะสุดท้ายอยากให้เกิดการปรับเปลี่ยนหรือผ่อนปรน ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าภาครัฐและผู้ประกอบการจะหารือร่วมกัน ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นตามข้อเท็จจริงและข้อกำหนดของรัฐ เพื่อให้สถานบริบาลดำเนินต่อไปได้

3. ความต้องการสนับสนุนจากภาครัฐของผู้บริหารหรือผู้ประกอบการในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของผู้วิจัย รูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีนไม่ต้องการการส่งเสริมและสนับสนุนจากภาครัฐ เพราะดำเนินงานภายใต้มูลนิธิผ่านเงินสนับสนุนจากมูลนิธิและการบริจาคของผู้มีจิตศรัทธา รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐต้องการการส่งเสริมและสนับสนุนด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง การสนับสนุนด้านบุคลากร รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว มีความต้องการให้ภาครัฐที่เกี่ยวข้องส่งเสริมและสนับสนุนในด้านความรู้ตามวิชาชีพ อุปกรณ์ช่วยเหลือ และนวัตกรรมใหม่ๆ ที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุได้มากขึ้น รูปแบบสถานบริบาลและสถานดูแลผู้ปวยระยะสุดท้าย ต้องการให้รัฐบาลช่วยกำหนดกฎหมายที่ตอบสนองกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ประกอบการยังสามารถดำเนินกิจการได้ และการให้เบิกค่าใช้จ่ายได้ในสถานบริบาล สอดคล้องกับสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและสถานดูแลผู้ปวยระยะสุดท้ายที่ต้องการให้เบิกค่าใช้จ่ายได้เช่นเดียวกัน

“รัฐควรออกกฎหมายที่ตอบสนองต่อผู้สูงอายุ และผู้ประกอบการก็สามารถอยู่ได้ และยังอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เพราะถ้าข้อกำหนดสูงเกินไปเราอยู่ไม่ได้”

(ผู้ประกอบการ นวศรี เนอสซิ่งโฮม, สัมภาษณ์, 2559)

นอกจากนี้ สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ที่เป็นลักษณะบ้านพักนั้น อยากให้รัฐส่งเสริม และสนับสนุนด้วยการยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่ม

“อยากให้พิจารณาเรื่องข้อกำหนดให้ยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่ม ในรูปแบบบ้านพัก ปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดด้านนี้”

(ผู้ประกอบการ เตอะซีเนียร์ เฮลท์ แคร์, สัมภาษณ์, 2559)

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ประเด็นสำคัญที่ผู้บริหารหรือผู้ประกอบการสถานบริการต้องการให้ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องส่งเสริมและสนับสนุน คือ การส่งเสริมด้านความรู้และทักษะในการดูแล ผู้สูงอายุให้กับบุคลากรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การกำหนดกฎหมายหรือข้อบังคับการ ประกอบการสถานบริการที่ผู้ประกอบการสามารถดำเนินงานอยู่ได้ ให้มีการเบิกค่าใช้จ่ายได้ใน รูปแบบสถานบริบาล สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ สนับสนุนการยกเว้นภาษีในรูปแบบบ้านพักหรือสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต เพื่อช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ

5.2 ข้อค้นพบนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนของภาครัฐ

การส่งเสริมและสนับสนุนของภาครัฐของแต่ละรูปแบบนั้น จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย จาก 2 กระทรวงได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ใน ส่วนที่เป็นการจัดสวัสดิการทางสังคมเป็นหลักนั้น จะอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในส่วนที่เป็นการบริการทางด้านสุขภาพเป็นหลัก จะอยู่ในความ รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข การส่งเสริมและสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐมีอยู่ในรูปแบบ บ้านพักคนชราของภาครัฐที่เดียว เนื่องจากเป็นหน่วยงานในสังกัดภาครัฐ รูปแบบบ้านพักคนชราของ มูลนิธิสมาคมเงินหน่วยงานภาครัฐไม่ได้มีนโยบายเข้าไปส่งเสริมหรือสนับสนุนใดๆ เพราะอยู่ในสังกัด มูลนิธิ เช่นเดียวกับรูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้สภากาชาดไทย และสถานที่ ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตของภาคเอกชน ดังนั้น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงไม่เข้าไปสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือใดๆ และไม่อยู่ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ของกระทรวงฯ ใน ส่วนของรูปแบบโรงพยาบาล สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หน่วยงานภาครัฐเข้าไป

เกี่ยวข้องกับเรื่องของการประเมินสถานพยาบาลหรือควบคุมมาตรฐานให้เป็นไปตามกฎกระทรวงเท่านั้น

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในสถาบัน คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในมาตรการที่ 4 ระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุน ส่งเสริมให้ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการกำกับดูแลมาตรฐานและค่าบริการที่เป็นธรรม ยังไม่ได้ดำเนินงานแต่มีการตั้งเป้าหมายดำเนินงานไว้ในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับข้อเท็จจริงในการสัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีการส่งเสริมและสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

จากการศึกษา สรุปได้ว่า แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ในประเด็นการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันนั้น ยังเป็นเพียงแค่แผนที่ไม่ถูกแปลงไปสู่การปฏิบัติ หน่วยงานภาครัฐจึงไม่มีนโยบายใดๆ ในการสนับสนุนภาคเอกชน แต่ภาครัฐเห็นว่าการดูแลระยะยาวในสถาบันนั้นยังคงต้องมีอยู่ในระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 15 สรุปการส่งเสริมและสนับสนุนจากภาครัฐ

รูปแบบ	การส่งเสริมและสนับสนุนจากภาครัฐ
1. บ้านพักคนชรา	
1.1 บ้านพักคนชราของรัฐ	✓
1.2 บ้านพักคนชราของเอกชน	✗
2. โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว	
1.1 โรงพยาบาลที่ไม่ดำเนินงานตามธุรกิจโดยตรง	✗
3. สถานบริหารหรือเอนสซิ่งโฮม	✗
4. ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ	✗
5. สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต	✗
6. สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	✗

ที่มา: สรุปจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย

จากตารางที่ 15 จะเห็นได้ว่า รูปแบบบ้านพักคนชราของรัฐเป็นเพียงรูปแบบเดียวที่มีการส่งเสริมและสนับสนุนจากภาครัฐ เนื่องจากเป็นหน่วยงานในสังกัดของภาครัฐ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ ได้สนับสนุนด้านงบประมาณ และบุคลากรส่วนหนึ่งการดำเนินงานของบ้านพักคนชราจะเป็นไปตามนโยบายของกระทรวง รูปแบบบ้านพักคนชรา

ของมูลนิธิสมาคมนักเงิน ไม่มีการส่งเสริมและสนับสนุนใดๆ จากภาครัฐ เนื่องจากเป็นหน่วยงานของมูลนิธิสมาคมนักเงิน ได้รับงบประมาณจากมูลนิธิและเงินบริจาค จากการสัมภาษณ์ผู้จัดการบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมนักเงิน ไม่ต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐ และไม่อยู่ในขอบเขตที่หน่วยงานภาครัฐจะเข้าไปสนับสนุนหรือช่วยเหลือดูแล รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานะบริหารหรือเนอสจิ่งโฮม นั้น สถานะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น ถึงแม้จะดำเนินงานโดยเอกชนแต่อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลมาตรฐานโดยกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากลักษณะการให้บริการที่ใช้บุคลากรทางวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุคือ แพทย์และพยาบาลจึงต้องมีมาตรฐานในการให้บริการที่เป็นไปพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และตามกฎหมายกระทรวงกำหนดลักษณะและการให้บริการของสถานพยาบาล แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เข้าไปสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบโรงพยาบาล สถานะบริหาร และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และไม่ได้อยู่ในขอบเขตของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่จะเข้าไปสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวได้ว่าหน่วยงานภาครัฐเข้าไปเกี่ยวข้องเพียงในเรื่องของข้อกำหนดด้านมาตรฐานในการให้บริการเท่านั้น สำหรับการเข้าไปส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในรูปแบบนี้ยังไม่เกิดขึ้น รูปแบบสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต มีลักษณะเป็นบ้านพักที่เอกชนเป็นผู้ดำเนินการ แม้จะมีบุคลากรทางวิชาชีพที่เอกชนเป็นผู้จัดหานั้น แต่รูปแบบนี้ยังไม่มีความหมายกำหนดรวมถึงมาตรฐานต่างๆ ในการดำเนินงาน ไม่มีการสนับสนุนจากทางหน่วยงานภาครัฐ ไม่ได้อยู่ในขอบเขตที่หน่วยงานภาครัฐทั้ง 2 หน่วยงานจะเข้าไปสนับสนุนรูปแบบดังกล่าว และรูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ อยู่ภายใต้สภากาชาดไทย เป็นรูปแบบที่แตกต่างจากรูปแบบอื่นๆ เนื่องจากผู้สูงอายุในรูปแบบนี้เป็นผู้สูงอายุคนละกลุ่มกับรูปแบบอื่นๆ กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตนเองได้ วัตถุประสงค์และลักษณะการดำเนินงานมีการดูแลเพื่อส่งเสริมด้านสุขภาพและสังคม การดูแลไม่ใช่บุคลากรทางวิชาชีพ รูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุจึงไม่อยู่ในขอบเขตของหน่วยงานภาครัฐที่จะเข้าไปสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ ภาครัฐมีนโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นที่การดูแลระยะยาวในชุมชน โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จะทำหน้าที่ในการพัฒนาองค์ความรู้ วิจัย เกี่ยวกับเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในปัจจุบันยึดหลักการตามองค์การอนามัยโลก ที่ประกอบด้วย สุขภาพ (Health) ความมั่นคงทางสังคม (Social security) และการมีส่วนร่วมทางสังคม (Social participation) โดยกรมการแพทย์จะดูแลเรื่องสุขภาพเป็นหลัก มีโครงการจัดทำคลินิกสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินงานเป็นเวลา 3 ปีแล้ว โดยในปีนี้เริ่มดำเนินการอบรมแพทย์ทั่วไปและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ยังไม่มีการฝึกอบรมผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ พัฒนาระบบดูแลในสถานพยาบาลเน้นระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อเป็นต้นแบบให้ชุมชน

“มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด แต่โรงพยาบาลศูนย์ทำงานด้านเฉพาะทาง ไม่ควรต้องดูแลระบบ long-term care”
(ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, สัมภาษณ์, 2559)

กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมายของกรมการแพทย์คือ ผู้สูงอายุที่เปราะบางที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพ มีภาวะติดเตียง หรือภาวะพึ่งพิง โดยเป็นผู้สูงอายุสมองเสื่อม

“เมื่อสังคมมีผู้สูงอายุมากขึ้น บุคคลอายุ 65 ปี จะเป็นบุคคลธรรมดา ผู้สูงอายุที่แท้จริงคือ มีอายุ 70-80 ปี ดังนั้น อายุ 65 ปี ยังไม่ถือว่าสูงอายุ ความสูงอายุจะขึ้นด้านความมากขึ้น ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม หลงลืม ซึ่งเป็นภารกิจของกรมการแพทย์”
(ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, สัมภาษณ์, 2559)

ในอนาคตกรมการแพทย์มีแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย พัฒนาระบบคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ พัฒนาบุคลากร ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง พัฒนาระบบการดูแลในระยะกลาง (intermediate care) เตรียมพัฒนาการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต พัฒนางานวิจัยเรื่องการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบาง สมองเสื่อม ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

การดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 นั้นเป็นแผนกว้างๆ และส่วนใหญ่ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติจะมุ่งเน้นในด้านของการดูแลทางสังคม (social) ในส่วนของด้านสุขภาพเป็นเรื่องของการเตรียมตัวเพื่อเป็นสังคมผู้สูงอายุแต่ยังไม่เตรียมตัวเพื่อเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การดำเนินงานในปัจจุบันมีการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในปีพ.ศ. 2558 มีโครงการรัฐ-ราษฎร์ ร่วมใจห่วงใยดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเชิงพื้นที่ระดับตำบล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 7 กระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

“มีงานวิจัยที่ทำร่วมกันบ้าง เช่น งานวิจัยผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน โดยกรมการแพทย์ ร่วมมือกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในเชิงพื้นที่ที่มีการประสานกับกระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในลักษณะของการร่วมมือกัน ไม่ใช้งบประมาณเดียวกัน เนื่องจากเป็นคนละนิติบุคคล”

(ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์, สัมภาษณ์, 2559)

ประเด็นปัญหาและอุปสรรค ปัญหาความซ้ำซ้อนในตัวเนื้องานของหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง บุคลากรในปัจจุบันยังขาดองค์ความรู้ นโยบายด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยไม่มีพื้นฐาน จากงานวิจัยแต่มาจากการสำรวจ และการขาดการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ ป้องกันไม่ได้และรักษาไม่หาย ซึ่งเป็นหาสำคัญในอนาคตคือ สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุที่มี อายุ 60 ปี จะไม่ถือว่าสูงอายุอีกต่อไป ต้องเตรียมการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป แต่องค์ ความรู้ด้านผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอยังขาดนวัตกรรม งานวิจัยด้านผู้สูงอายุอีกมาก

ในส่วนของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินนโยบายผู้สูงอายุในการป้องกัน โรค การเฝ้าระวังสุขภาพ กรมอนามัยจะมุ่งเน้นในเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการดูแล ต้นน้ำ กล่าวคือ การป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วย สำหรับการดูแลระยะยาวในสถาบันนั้น ทางกรม อนามัยไม่มีการสนับสนุนการดูแลระยะยาวในสถาบันแต่จะมุ่งเน้นไปที่การดูแลระยะยาวในชุมชน ใน กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง โดยมีความพยายามในการแนะนำความรู้ ผลิตบุคลากรที่ดูแล ผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการเลือกเทศบาลนำร่อง 1,000 แห่ง มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้าน และมีสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 ต่อ 10 คน และมีชมรม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ส่งเสริมวัดส่งเสริมสุขภาพ เพราะวัดเป็นจุดศูนย์รวมของประชาชน ในปัจจุบันอยู่ ดำเนินงานกว่าร้อยละ 50

ในปัจจุบันมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างกระทรวง โดยการตั้งคณะกรรมการในการดูแล ผู้สูงอายุ มีกรมการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบหลัก และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์เป็นเลขา ภายใต้โครงการ รัฐ-ราษฎร์ ร่วมใจห่วงใยผู้สูงอายุ ประกอบกันรวม 7 กระทรวง ยึด การดำเนินแนวทางตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2

ประเด็นปัญหาและอุปสรรค การขาดแคลนบุคลากร เจ้าหน้าที่ที่ไม่มีความเชี่ยวชาญ ขาด ทักษะ ตลอดจนงบประมาณไม่เพียงพอ ทำให้การขับเคลื่อนในหลายกิจกรรมไม่เป็นไปตามเป้าหมาย การขาดข้อมูลผู้สูงอายุในกลุ่มที่ติดเตียง ปัญหาการบูรณาการร่วมกันยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร และมีบางเรื่องทำซ้ำซ้อน รวมถึงการกำหนดกฎระเบียบของภาครัฐทำให้หน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล

อำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มั่นใจในนโยบายส่วนกลาง เนื่องจากกลัวผิดระเบียบ เช่น ระเบียบในการเบิกจ่ายค่าตอบแทน ควรมีระบบกำกับติดตามประเมินผลที่ควบคู่ไปกับการวิจัยและพัฒนา การกำกับติดตามต้องมีหน่วยงานที่ดำเนินงานหลายภาคส่วนตั้งแต่ระดับพื้นที่และภาครัฐ ส่วนกลางในการร่วมเป็นคณะกรรมการติดตามประเมินผล

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในอดีตนั้นงานด้านผู้สูงอายุอยู่ภายใต้กรมที่รวมหลายกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินเชิงนโยบายและปฏิบัติจะแยกจากกัน หลังจากการตั้งกรมกิจการผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2558 ได้รวมการดำเนินงานเชิงนโยบายและปฏิบัติร่วมกัน งานเชิงนโยบายนั้นคือ การทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ ระดับประเทศ ผ่านคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นกรรมการ ในส่วนของงานเชิงปฏิบัติการจะเป็นลักษณะของโครงการที่แบ่งตามลักษณะของงาน เช่น กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ จะดูแลเรื่องเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในส่วนของกองยุทธศาสตร์และแผนงานจะรับผิดชอบการขับเคลื่อนนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ การติดตามประเมินผล ในปัจจุบันอยู่ในระหว่างการติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ระยะที่ 3 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 3 ต่อไป

ในส่วนเชิงปฏิบัติงานนั้น กรมกิจการผู้สูงอายุมีโครงการหมอบรรเทา เป็นการทำงานในลักษณะสหวิชาชีพ ประกอบด้วยนักกายภาพ นักสังคม แพทย์เฉพาะทาง ทันตกรรม โดยทำการตรวจผู้สูงอายุเบื้องต้นว่าต้องการดูแลทางด้านไหน ทีมหมอบรรเทาจะดูแลทุกกลุ่มวัยแต่เริ่มที่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มแรก โครงการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของกรมอนามัย เรียกว่าอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยการให้ความคุ้มครองสิทธิ เน้นการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ในปีพ.ศ. 2550 ได้มีมติคณะรัฐมนตรีให้ขยายการดำเนินงานทั่วประเทศ องค์กรบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ยกเว้นพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากโครงการออกแบบมาเพื่อพื้นที่ชุมชนที่อาศัยความเกื้อกูลเป็นหลัก ในปัจจุบัน มีการดำเนินงาน การวางแผนการดูแลทางสังคม (social care plan) นำแนวคิดมาจากประเทศญี่ปุ่น ที่ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ การมีรายได้เพียงพอกับการเลี้ยงชีพ ด้านสังคมการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในบ้าน เช่น บันได ราวจับ พื้นห้องน้ำ และโถส้วม และสภาพแวดล้อมนอกบ้าน เช่น อาคารสาธารณะต่างๆ ให้มีทางลาด บันไดเลื่อน หรือลิฟท์ เป็นต้น

นอกจากนี้มีการให้เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาหรือยากไร้ รายละ 2,000 บาท ไม่เกิน 3 ครั้ง ต่อ 1 ปี การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทารุณหรือหาประโยชน์จากผู้สูงอายุ โดยไม่ชอบ รายละ 500 บาท ต่อครั้ง ไม่ได้ให้กับผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียวแต่ให้กับผู้ที่มีแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือในการซ่อมแซมบ้าน หลังละไม่เกิน 20,000 บาท การปรับปรุงสภาพแวดล้อมตามโรงเรียน วัด เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ ครั้งละไม่เกิน 30,000 บาท โดยผ่านทางสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) หรือศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 12 แห่ง ซึ่งมีการเพิ่มบทบาทให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ เป็นพื้นที่ในการศึกษาดูงาน โครงการบ้านกลาง เน้นเรื่องการดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care) โดยมีส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการดำเนินงาน ให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุ

ประเด็นปัญหาและอุปสรรค งบประมาณไม่เพียงพอ ในอนาคตจะมีภาระงานที่มากขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น หน่วยงานต้องเร่งดำเนินงานช่วยเหลือดูแล งบประมาณไม่เพียงพอ

“งบประมาณไม่เพียงพอ ของบเท่านี้ แต่ในความเป็นจริงไม่ได้ เพราะมีส่วนอื่นที่จำเป็นมากกว่า”

(ผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและประเมินผล กรมกิจการผู้สูงอายุ, สัมภาษณ์, 2559)

ในส่วนการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 นั้น มีการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ดำเนินศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิต การพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ฝึกอาชีพ โครงการคลังปัญหา ส่งเสริมผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดที่มีภูมิปัญญาของตนเอง ได้ถ่ายทอดความรู้ การพัฒนาบุคลากรโดยจัดอบรมอาสาสมัครดำเนินงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และมีโครงการรัฐ-ราษฎร์ ร่วมใจห่วงใยผู้สูงอายุ โดยมีหลายหน่วยงานดำเนินงานร่วมกัน 7 กระทรวง

ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยงานภาครัฐ

หน่วยงานภาครัฐ	การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ของหน่วยงานภาครัฐ
กระทรวงสาธารณสุข	- กรมการแพทย์ โครงการจัดทำคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาระบบดูแลในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด พัฒนาระบบการดูแลในระยะกลาง (intermediate care) โครงการรัฐ-ราษฎร์ ร่วมใจห่วงใยผู้สูงอายุ

หน่วยงานภาครัฐ	การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ของหน่วยงานภาครัฐ
	<p>- กรมอนามัย</p> <p>โครงการดูแลระยะยาวในชุมชน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงโดย (อสม.)</p> <p>ส่งเสริมความรู้ให้คำแนะนำ ด้านอาหารและการออกกำลังกาย</p> <p>ผลิตบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)</p> <p>โครงการรัฐ-ราษฎร์ ร่วมใจห่วงใยผู้สูงอายุ</p>
<p>กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดูแลด้านสังคม</p>	<p>โครงการหมอครอบครัว</p> <p>โครงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโดย (อผส.)</p> <p>การวางแผนการดูแลทางสังคม (social care plan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ด้านสุขภาพ - ด้านเศรษฐกิจ - ด้านสังคม - ด้านสภาพแวดล้อม <p>การให้เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ</p> <p>โครงการรัฐ-ราษฎร์ ร่วมใจห่วงใยผู้สูงอายุ</p>

ที่มา: สรุปจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย

จะเห็นได้ว่า หน่วยงานภาครัฐทั้งกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีแนวทางในการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นการดูแลระยะยาวในชุมชน โดยใช้บุคลากรจากท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขดูแลด้านสุขภาพ สนับสนุนบุคลากรทางวิชาชีพ และพัฒนาความรู้ให้แก่บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ ประสานกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดูแลด้านสังคม ในการสงเคราะห์ช่วยเหลือ การส่งเสริมศักยภาพ และในปัจจุบันมีความร่วมมือในการบูรณาการกับกระทรวงอื่นๆ 7 กระทรวง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกด้าน โดยเป็นการร่วมบริการ กิจกรรมที่ภาครัฐจัดขึ้นให้อยู่ในเครือข่ายเดียวกัน และให้ส่วนท้องถิ่นเลือกนำไปใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเอง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในบทที่ 6 เป็นการสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะของการศึกษา “การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง” ในการสรุปผลการวิจัยได้จำแนกตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังต่อไปนี้

6.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง” มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษารูปแบบต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง 2) เพื่อศึกษาลักษณะกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง และ 3) เพื่อศึกษานโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บและรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ประกอบการสัมภาษณ์เชิงลึก การจากศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.1.1 สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 1 และวัตถุประสงค์ที่ 2

รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทย ประกอบด้วยรูปแบบบ้านพักคนชรา โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานะบริบาล ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่รูปแบบสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต หากมองในมิติสถานที่คือ บ้านพักผู้สูงอายุที่จัดบริการโดยเอกชน แต่เมื่อมองในมิติของระดับการดูแล จะมีการบริการดูแลที่เหนือกว่าบ้านพักคนชราของภาครัฐ คือให้การดูแลด้านสุขภาพควบคู่กับการดูแลด้านสังคมและการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เช่น ดูแลเรื่องอาหาร ทำความสะอาดเสื้อผ้า พาเข้าห้องน้ำ การเดินขึ้นลงบันได เป็นต้น ส่วนสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น มีลักษณะบริการที่เหมือนกับสถานะบริบาล บริบาล แม้วัตถุประสงค์หลักจะรับดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตก็ตาม

จากการศึกษา สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวทั้ง 6 รูปแบบ นั้นพบว่าปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการดูแลระยะยาวในแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกัน คือ 1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ 2) กิจกรรมในการดูแล 3) ค่าบริการ 4) มาตรฐานในการให้บริการดูแล 5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

รูปแบบการดูแลระยะยาวทั้ง 6 รูปแบบนั้น มีเกณฑ์ในการรับผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการออกเป็น 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1) การแบ่งผู้สูงอายุตามช่วงวัย

ช่วงวัยของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละรูปแบบ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในรูปแบบบ้านพักคนชรา โรงพยาบาล สถานะบริบาล สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะอยู่ในช่วงวัยกลาง (70-79 ปี) ในขณะที่รูปแบบอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุในช่วงวัยต้นจนถึงวัยกลาง (60-79 ปี)

2) การแบ่งผู้สูงอายุตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ

สถานภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกันตามกลุ่มเป้าหมายของสถานบริการแต่ละรูปแบบ ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากจนจนถึงปานกลาง และบ้านพักคนชราของมูลนิธิอยู่ในระดับยากจน รูปแบบโรงพยาบาลของมูลนิธิ ผู้สูงอายุอยู่ในระดับยากจนจนถึงปานกลาง โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง ส่วนรูปแบบสถานะบริบาล ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง

3) การแบ่งผู้สูงอายุความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในแต่ละรูปแบบของการดูแลระยะยาวนั้น ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 จะพบในรูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จะพบในรูปแบบสถานะบริบาลที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มจะพบ ในรูปแบบบ้านพักคนชรา แต่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 และผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 และ 3 เป็นส่วนใหญ่จะพบในรูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานะบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2) กิจกรรมในการดูแล

กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในสถานะบริบาล มีการดูแลด้านสุขภาพ ด้านสังคม และดูแลกิจวัตรประจำวัน

1) ด้านสุขภาพ

ในการดูแลสุขภาพในสถานะบริบาลจึงมีการดูแลหลักๆ คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการบำบัดฟื้นฟูที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาล จะมีอยู่รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐ โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานะบริบาล สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุและบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีนไม่มีบริการด้านสุขภาพ หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉพาะโรคหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินจะต้องนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาต่อไป

2) ด้านสังคม

การดูแลทางด้านสังคม กิจกรรมบันเทิงและนันทนาการ การส่งเสริมการประกอบอาชีพ ซึ่งรูปแบบที่มีกิจกรรมด้านสังคมที่ครอบคลุมคือบ้านพักคนชราของภาครัฐ และที่ไม่มีกิจกรรมด้านสังคมคือบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีนและโรงพยาบาลของสังกัดมูลนิธิจีน ส่วนรูปแบบโรงพยาบาลเอกชน สถานบริบาล สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีกิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมบันเทิง และกิจกรรมทางศาสนา ส่วนรูปแบบที่พักสำหรับอาศัยผู้สูงอายุ มีกิจกรรมบันเทิง และทัศนศึกษา

3) การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

การช่วยเหลือในชีวิตประจำวันจะสอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุและระดับความต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สำหรับรูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ไม่มีการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และรูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐและมูลนิธิ มีการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันกับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่มานาน ส่วนรูปแบบโรงพยาบาล สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันกับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เข้ามาใช้บริการมีปัญหาโรคเรื้อรัง

3) ค่าบริการ

ในรูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิสมาคมจีนไม่เก็บค่าบริการ ส่วนรูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐมีทั้งแบบที่ไม่เก็บค่าบริการและแบบเก็บค่าบริการในราคาถูก คือ หอพัก และแบบที่เสียค่าสร้างให้กับบ้านพักคนชราของรัฐคือบ้านพัก (บางกะโล) สำหรับที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุลักษณะการอยู่อาศัยแบบคอนโด ผู้สูงอายุต้องสมทบทุนกับสมาชิกชาวไทย (ซื้อห้อง) และเสียค่าบริการสาธารณูปโภคและค่าส่วนกลาง รูปแบบสถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต คิดค่าบริการตามประเภทห้องพัก ไม่รวมรวมค่าใช้จ่ายอื่นๆ ส่วนรูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานบริบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คิดค่าบริการตามประเภทห้องพัก ต่อบุคคล ต่อเดือน โดยไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่ายา ค่าหัตถการ และค่าเวชภัณฑ์อื่นๆ ค่าบริการอื่นๆ เช่น อาหารทางสายยาง

4) มาตรฐานสถานบริการ

รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐและมูลนิธิสมาคมจีนไม่ได้เป็นไปตามมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุของสำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สิ่งที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานมากที่สุดคือด้านอาคารสถานที่ เนื่องจากบ้านพักผู้สูงอายุมีการดำเนินการมาอย่างยาวนานปรับเปลี่ยนทางโครงสร้าง

อาคารหรือห้องพักได้ยาก มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุนี้เป็นเพียงแนวทางในการจัดบริการ ยังไม่มีการบังคับใช้ในทางกฎหมาย รูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ มาตรฐานเป็นไปตามระเบียบของการสภาวิชาชีพพยาบาล มาตรฐานเป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุข รูปแบบสถานพยาบาลและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกต้องตามกฎหมายจะขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข ประเภทโรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังขนาดเล็ก ดังนั้นมาตรฐานจึงเป็นไปตามกฎกระทรวง และต้องผ่านเกณฑ์การประเมินสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ยังไม่มีมาตรฐานสถานพยาบาลเฉพาะ

5) บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

รูปแบบบ้านพักคนชราของภาครัฐมีผู้ดูแลอย่างเป็นทางการคือ มีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการคือ พี่เลี้ยงที่ดูแลผู้สูงอายุ รูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิศมาคมจีนมีแพทย์ตรวจโรคทั่วไป และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการคือ คนงานทั่วไปที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ มีผู้ดูแลอย่างเป็นทางการคือ พยาบาล แต่พยาบาลไม่ได้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว มีผู้ดูแลอย่างเป็นทางการคือ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตร รูปแบบสถานพยาบาล สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีบุคลากรในการดูแลที่เหมือนกัน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตร

ดังนั้นสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลระยะยาวทั้ง 6 รูปแบบ มีวัตถุประสงค์ในการให้บริการ และจัดบริการที่แตกต่างกันตามกลุ่มของผู้สูงอายุ กล่าวคือ รูปแบบบ้านพักคนชรา มีวัตถุประสงค์ในการสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ยากไร้ สอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจน ค่าบริการจึงมีราคาถูกหรือไม่เก็บค่าบริการ การให้บริการเป็นบริการขั้นพื้นฐานปัจจัยสี่ การดูแลสุขภาพจะไม่เหมือนกับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล รวมถึงบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุหลัก เป็นบุคคลทั่วไปที่เรียนรู้จากการถ่ายทอดกันมา รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานพยาบาล สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือติดเตียง โดยรูปแบบสถานพยาบาล สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายดำเนินงานเชิงธุรกิจ จึงมีการเก็บค่าบริการ สอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการดังกล่าว การบริการเน้นการดูแลสุขภาพเป็นหลัก และเติมมิติการดูแลด้านสังคมด้วย บุคลากรในรูปแบบนี้จึงเป็นบุคลากรทางวิชาชีพหรือได้รับการ

ฝึกอบรมมาอย่างถูกวิธีดังนั้น สถานบริการแต่ละรูปแบบนั้นเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ทั้งด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับความต้องการการดูแล และกิจกรรมการดูแล

6.1.2 สรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 3

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) มีการกำหนดให้ภาครัฐส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคเอกชนที่มีความสามารถจัดบริการได้ จากผลการศึกษาที่พิจารณาจากขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงาน ภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลระยะยาว ในสถาบันในวิจัยนี้ คือ กระทรวงสาธารณสุข จะรับผิดชอบด้านการบริการทางด้านสุขภาพเป็นหลัก ส่วนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รับผิดชอบด้านการจัดสวัสดิการทางสังคม ดังนั้น รูปแบบบ้านพักคนชราของรัฐ เป็นรูปแบบเดียวที่มีการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เนื่องจากอยู่ภายใต้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในส่วนของรูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้สภากาชาดไทย ไม่อยู่ในขอบข่ายที่ภาครัฐจะเข้าไปส่งเสริมและสนับสนุน รูปแบบโรงพยาบาล สถานบริการ สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นลักษณะการบริการทางสุขภาพ อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่มีการส่งเสริมหรือสนับสนุนรูปแบบดังกล่าว แต่กระทรวงสาธารณสุขจะเข้าไปเกี่ยวข้องในเรื่องของการประเมินสถานพยาบาล

จากการศึกษาดังกล่าว สรุปได้ว่า แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) มีการวางแผนเพื่อกำหนดนโยบายให้ภาครัฐส่งเสริมและสนับสนุนภาคเอกชนในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ในสถาบัน ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ระบบการคุ้มครองทางสังคม แต่การดำเนินงานตามแผนนั้นยังไม่เกิดขึ้น อย่างเป็นรูปธรรม หน่วยงานภาครัฐเห็นว่าระบบการดูแลระยะยาวในสถาบันนั้นมีความสำคัญ แต่เป็นระบบสุดท้ายที่จะให้ผู้สูงอายุเข้าไปอยู่ สิ่งที่รัฐบาลส่งเสริมและสนับสนุนคือ การดูแลระยะยาวในชุมชน โดยกรมการแพทย์ มีโครงการจัดทำคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาระบบดูแลในสถานพยาบาล ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด และการพัฒนาระบบการดูแลในระยะกลาง (intermediate care) กรมอนามัยมีโครงการดูแลระยะยาวในชุมชน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่งเสริมความรู้ ให้คำแนะนำ ด้านอาหารและการออกกำลังกาย ตลอดจนผลิตบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกรมกิจการผู้สูงอายุ มีโครงการหมอบครอบครัว สำหรับดูแลทุกกลุ่มวัยแต่เริ่มที่กลุ่มผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก โครงการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) การวางแผนการดูแลทางสังคม (social care plan) ประกอบด้วย การดูแล ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสภาพแวดล้อม การให้เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะยากลำบาก และให้เงินสงเคราะห์กับผู้สูงอายุที่

ถูกทารุณกรรม และในปัจจุบันมีการดำเนินโครงการรัฐ-ราษฎร์ ร่วมใจห่วงใยผู้สูงอายุ เป็นการบูรณาการร่วมกัน 7 กระทรวง เพื่อดำเนินงานช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)

6.2 อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันนั้น รูปแบบแต่ละรูปแบบมีลักษณะผู้สูงอายุที่รับบริการไม่เหมือนกัน ลักษณะการจัดบริการการดูแลย่อมไม่เหมือนกันตามที่ได้นำเสนอไว้ข้างต้น ผู้วิจัยได้หยิบยกประเด็นที่เห็นควรมาพิจารณา ดังนี้

ประการแรก ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น เมื่อสูงอายุมากขึ้นโอกาสในการเกิดโรคจะสูงขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายจึงมีโอกาที่จะพึ่งพาผู้อื่นๆ มากขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในรูปแบบโรงพยาบาล สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในวัยปลาย มีที่โรคประจำตัว ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นหรือพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในภาวะเปราะบางและต้องการการดูแลด้านสุขภาพเป็นพิเศษ ระบบสนับสนุนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ สถานบริการ ที่ให้บริการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และนักกายภาพบำบัด เพื่อประคับประคองอาการและ ไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน แต่ในปัจจุบันภาครัฐยังไม่มีส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในสถานบริการ ทั้งนี้ จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัยในรูปแบบโรงพยาบาล สถานบริบาล และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละสถานบริการบางแห่งเต็มและบางแห่งเกือบเต็ม สถานบริการดังกล่าวรับผู้สูงอายุในลักษณะทดแทนเตียงที่ว่างลง เพราะมีข้อจำกัดจำนวนเตียง จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรูปแบบโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุความต้องการเข้ามาใช้บริการในสถานบริการเพิ่มขึ้น จากข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุในสถานบริการดังกล่าวมีจำนวนผู้สูงอายุเต็มและเกือบเต็มนั้น แสดงให้เห็นว่า มีกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาระบบสถานบริการ และในอนาคตจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น ดังนั้น ควรมีแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนรูปแบบสถานบริการดังกล่าว ทั้งทางด้านการเงินโดยให้สามารถเบิกเพื่อช่วยลดภาระของผู้สูงอายุและญาติ ส่งเสริมด้านการจัดบริการที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมอย่างเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุแต่ละวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะเป็นไปได้

ประการที่สอง ประเด็นการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ช่วยเหลือนดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในการดูแล จากการเก็บข้อมูลนั้น พบว่า สถานบริการมีปัญหาการขาดแคลนผู้ช่วยเหลือนดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก และพบว่าบุคลากรขาดความรู้และทักษะในการดูแล

ผู้สูงอายุที่เหมาะสม ในส่วนนี้จะทำให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุเอง ดังนั้น จะควรมีการกำหนดมาตรฐานด้านบุคลากรให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ประการที่สาม จากประเด็นมาตรฐานสถานพยาบาล กฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและการให้บริการสถานพยาบาลนั้น ทำให้สถานบริบาลนั้นต้องจัดบริการเทียบเท่ากับโรงพยาบาล ให้มีหน่วยบริการและระบบสนับสนุนบริการ คือ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน แผนกเภสัชกรรม แผนกเทคนิคการแพทย์ แผนกรังสีวิทยา ซึ่งขอบเขตในการดูแลผู้สูงอายุของสถานบริบาลนั้นยังไม่ถึงขั้นโรงพยาบาลที่มีบริการการดูแลทางการแพทย์ที่ครบวงจร เนื่องจากไม่มีการรับผู้ป่วยภายนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่มีบริการฉายรังสี และเทคนิคการแพทย์ ดังนั้นการกำหนดกฎเกณฑ์ดังกล่าวจึงเป็นไปได้ยากในการปฏิบัติ ซึ่งภาครัฐควรมีการกำหนดกฎหมายเฉพาะของสถานบริบาลเพื่อใช้บังคับให้ถูกกับรูปแบบบริการสถานบริบาลโดยเฉพาะ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน การเปิดโอกาสให้ผู้บริหารหรือผู้ประกอบการภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะหรือสภาพปัญหาที่พบเจอในการบริหารจัดการ เพื่อให้การออกกฎหมายมีความเป็นไปได้ และเป็นธรรมกับผู้บริหารสถานบริการ สำหรับสถานบริบาลที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง ควรมีมาตรการในการดำเนินงานกับสถานบริบาลดังกล่าว เพื่อให้การดำเนินงานของสถานบริบาลเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน และจะช่วยยกระดับในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ

ประการที่สี่ ในรูปแบบบ้านพักคนชราของมูลนิธิศมาคมจีนนั้น มีการดำเนินงานที่ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐ เนื่องจากได้รับงบประมาณจากมูลนิธิและเงินบริจาคจากจิตศรัทธาของประชาชน ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนหรือจูงใจสำหรับผู้มีจิตศรัทธาที่บริจาคเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ ด้วยมาตรการการลดหย่อนทางภาษีสำหรับหน่วยงานที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยไม่แสวงหากำไรคล้ายกับการลดหย่อนแบบโรงเรียนเอกชน

ประการที่ห้า การดำเนินนโยบายจากภาครัฐในการในการกำหนดนโยบายสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในปัจจุบันมีข้อมูลอัตราการเพิ่มและจำนวนผู้สูงอายุ แต่ยังขาดข้อมูลรายละเอียดอย่างจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา การจัดทำข้อมูลจะช่วยสามารถกำหนดนโยบายสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ได้เหมาะสม ทั้งนี้ กระบวนการวิจัยและพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ รัฐบาลควรส่งเสริมการวิจัยพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ เพื่อนำงานวิจัยมาพัฒนาต่อยอดเป็นนโยบายต่อไป

ประการที่หก จากข้อมูลทางสถิติในอนาคตจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น และประชาชนมีอายุยืนยาว กลุ่มผู้สูงอายุ 60-65 ปี จะไม่ใช่กลุ่มผู้สูงอายุอีกต่อไปเพราะยังมีร่างกายแข็งแรง สิ่งที่ต้องทบทวนใหม่คือ การให้คำจัดความผู้สูงอายุที่ต้องเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อมทางสังคม และการมอง

กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยปลาย รวมถึงการจัดกิจกรรมต่างๆให้กับผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ จะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

ประการที่เจ็ด การดูแลผู้สูงอายุนั้นในอดีตเป็นหน้าที่ของสถาบันครอบครัว และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอยู่อาศัยกับครอบครัว สังคมไทยมีค่านิยมในการกตัญญูต่อบุพาริ และการเป็นสังคมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เป็นข้อดีของสังคมไทยที่ยังมีค่านิยมนี้อยู่ การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลในชุมชน เป็นการให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวในนานที่สุด หรืออยู่ในสังคมที่ตนอยู่ได้นานที่สุด นอกจากนี้การดูแลระยะยาวในชุมชนมีต้นทุนที่ต่ำกว่าการดูแลระยะยาวในสถาบัน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือติดสังคมจะเป็นการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่เหงาคุณค่า สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ติดบ้านหรือติดเตียง จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่เหงาเนื่องจากมีคนมาดูแล และยังเป็นการกระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ เพราะในอนาคตกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุจะกลายเป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันรูปแบบโรงพยาบาล สถานบริการ และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังคงต้องมีอยู่ เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ติดเตียง หรืออยู่ในภาวะเปราะบาง การดูแลระยะยาวในชุมชน รัฐบาลควรสนับสนุนให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยประสานงานด้านสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขและด้านสังคมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยการเลือกชุมชนที่เป็นตัวอย่างที่ดีในการนำร่องดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

6.3 ข้อเสนอแนะ

6.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในการศึกษา การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1. จากงานวิจัยนี้จะเห็นว่าประเด็นมาตรฐานสถานบริการนั้น เป็นเรื่องสำคัญในการกำหนดการจัดบริการของสถานบริการ แต่ยังไม่มีการบังคับใช้กฎหมายสถานบริการ ดังนั้น รัฐบาลควรกำหนดมาตรฐานสถานบริการเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและมีคุณภาพ

2. รัฐบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยปลายและมีภาวะพึ่งพา เนื่องจากประชาชนอายุ 60-65 ปี ในอนาคตจะยังถือว่าสูงอายุอีกต่อไป ดังนั้นรัฐบาลควรมุ่งเน้นดูแลผู้สูงอายุในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือมีภาวะเปราะบาง ตลอดจนการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่แบ่งระดับของการดูแลเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบาย และน่านโยบายไปปฏิบัติที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

3. รัฐบาลควรพัฒนาความรู้และทักษะให้กับบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุที่จะขาดแคลนในอนาคต รวมถึงควรมีแนวทางในการส่งเสริมความรู้ และกำหนดมาตรฐานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

6.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ในการศึกษา การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ดังนี้

1. การศึกษานโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง เป็น การศึกษาการดูแลระยะยาวในสถาบันหรือสถานบริบาลในพื้นที่เขตเมืองเท่านั้น ยังมีภูมิภาคอื่นๆ ที่ จัดบริการดูแลระยะยาว ผู้วิจัยเห็นว่า ควรมีการศึกษาการดูแลระยะยาวในสถาบันในภูมิภาคอื่นๆ

2. การศึกษานโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง เป็น การศึกษาการดูแลระยะยาวในสถาบันหรือสถานบริบาลในพื้นที่เขตเมืองเท่านั้น แต่ยังมีรูปแบบการ ดูแลระยะยาวในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจะเห็นว่าควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชน เพื่อ ศึกษาลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ โดยเลือกชุมชนนำร่องที่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้เข้าไปส่งเสริม และสนับสนุน เพื่อให้ได้กรณีศึกษาที่ดีและสามารถนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน พื้นที่อื่นๆ ได้

6.4 ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษา การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง ข้อจำกัดในการ วิจัย ดังนี้

1. ด้านพื้นที่ในการศึกษาเนื่องจากผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตพื้นที่ในเขตเมือง คือ กรุงเทพมหานครและสมุทรปราการ ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลรูปแบบศูนย์บริการส่งเสริมสุขภาพซึ่ง จัดบริการในต่างจังหวัดได้ และในการศึกษาเฉพาะพื้นที่เขตเมืองไม่สามารถนำไปสรุปรวมกับรูปแบบ การดูแลระยะยาวในพื้นที่อื่นๆ ได้

2. ด้านหน่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล รูปแบบสถานบริบาลนั้นผู้วิจัยเลือกสถานบริบาลที่จด ทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ยังขาดสถานบริบาลที่จดทะเบียนกับกระทรวงพาณิชย์ หรือ ไม่ได้ขึ้นทะเบียน

3. ด้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยนั้นได้เลือกสถานบริการที่ อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลได้ แต่สถานบริการรูปแบบโรงพยาบาลที่ดำเนินการเชิงธุรกิจโดยตรงไม่ อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลจากทุกรูปแบบของการดูแลระยะยาวได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กชกร สังขชาติ. (2536). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: ภาควิชา การศึกษานอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558 § เล่มที่ 132 ตอนที่ 26ก (2558).
- กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 (2552).
- กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 (2552).
- กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 (2552).
- ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2554). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาค ตะวันตกของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต), มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์. (2556). รายงานการวิจัยเรื่องการบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- โครงการสุขภาพคนไทย. (2555). วิวัฒนาการนโยบายทางประชากร ใน สุขภาพคนไทย 2555 : ความมั่นคงทางอาหาร เงินทองของมา ยา ข้าวปลาสิของจริง. Retrieved [12 พฤศจิกายน 2556], from สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- โครงการสุขภาพคนไทย. (2556). สุขภาพคนไทย 2556: ปฏิรูปประเทศไทย ปฏิรูปโครงสร้างอำนาจ เพิ่มพลังพลเมือง. Retrieved [12 พฤศจิกายน 2556], from สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. Retrieved [29 ก.พ. 2559], from สำนักวิชาการ สำนักเลขาธิการวุฒิสภา <http://i-likeweb.com/demo/ebook/uploads/ebooks/file/bec12fa3e178c592e6c4686f054074f1.PDF>
- ณัฐพงษ์ พบสมัย. (2551). ความต้องการบริการด้านการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย: ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
- ปิยากร หวังมหาพร. (2554). ผู้สูงอายุไทย : พัฒนาการเชิงนโยบายภาครัฐจากอดีตสู่ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยศรีปทุม.

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (2546).

พระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2546 (2546).

พันธ์ทิพย์ วรวาท. (2551). การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. (2542). การประเมินด้านนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). ชอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยเรื่องชุมชนและกรรมการชุมชน พ.ศ. 2555 (2556).

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 (2550).

วรเวศน์ สุวรรณระดา ศิริพันธุ์ สาสิตย์ และ สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์. (2552). โครงการ การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. (2553). โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์.

วรเวศน์ สุวรรณระดา และรักชนก คชานุกูล. (2557). โครงการการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ [บรรณาธิการ]. (2555). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 (พิมพ์ครั้งแรก ed.). กรุงเทพฯ: บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2534). แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). สวัสดิการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เจพรี้น2.

ศิริพันธุ์ สาสิตย์ [บรรณาธิการ]. (2555). ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: บริษัท วี. พี. (1991) จำกัด.

ศิริพันธุ์ สาสิตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม. (2550). โครงการทบทวนองค์ความรู้เรื่องระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (สกว.).

- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ. (2552). โครงการการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย: มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2553). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์: รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท มิสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย) จำกัด.
- ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ. (2558). การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว. นนทบุรี: บริษัท มาตาการพิมพ์ จำกัด.
- ศุภชัย ยาวะประภาษ. (2553). การวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์. กรุงเทพฯ: ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ [บรรณาธิการ]. (2551). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และคณะ. (2550). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน. กรุงเทพฯ: บริษัท กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม [ออนไลน์]. from http://www.nesdb.go.th/main.php?filename=develop_issue
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักสถิติพยากรณ์. (2555). สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554. สมุทรปราการ: บริษัทแอดวานซ์ พรินติ้ง เซอร์วิส จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักสถิติพยากรณ์. (2557). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (ม.ป.ป.). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. Retrieved 18 พ.ย. 2558 <http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20151202/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20LTC%20.pdf>
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. การแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี [ออนไลน์]. Retrieved [1 พ.ย. 2558], from https://www.soc.go.th/bb_main01.htm
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง. Retrieved [16 พฤษภาคม 2559] file:///D:/38_File_%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B9%8B%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%80%E0%B9%80%E0%B

8%A5%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8_02062559165516_.pdf

- สิริกัญญา ปานพ่วงศรี. (2543). การจัดสวัสดิการของภาครัฐแก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2545). ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพญาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2549). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 14 ed.). กรุงเทพฯ: บริษัท ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรพล พรหมกุล. (2554). ระเบียบวิธีวิจัยทางรัฐศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- โสภาคย์ ผาสุกนิรันดร์. (2536). การศึกษาเพื่อกำหนดค่านิยมเมืองในประเทศไทย (ปริญญาพัฒนบริหารศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (การบริหารพัฒนา)), สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ภาษาอังกฤษ

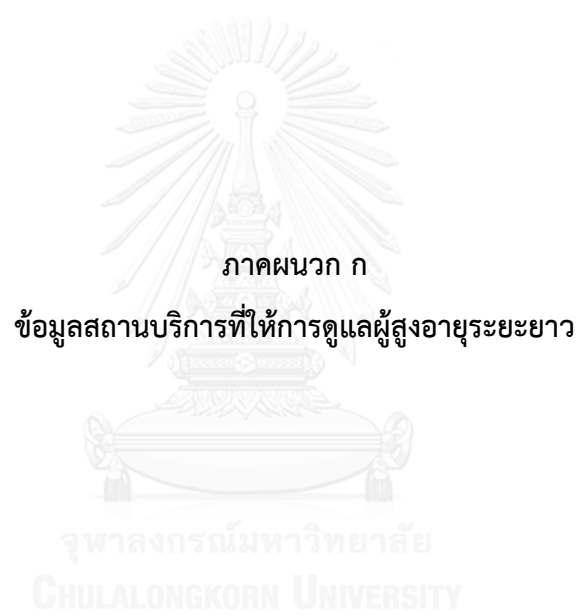
- Colombo F. et al. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. from http://ec.europa.eu/health/state/docs/oecd_helpwanted_en.pdf
- Gove Philip Babcock [editor]. (1981). *Webster's third new international dictionary of the English language unabridged*. Chicago: Encyclopaedia Britannica.
- Jorine Muiser and Guy Carrin. (2007). Financing long-term care programmes in health systems: With a situation assessment in selected high-, middle- and low-income countries. from World Health Organization http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_6-longtermcare.pdf
- Kart Cary Steven. (1990). *Realities of aging: an introduction to gerontology* (3rd ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Nelda McCall. (2001). Long Term Care: Definition, Demand, Cost, and Financing in
Nelda McCall, editor, Who Will Pay for Long-Term Care. Retrieved 2015
September 6, from <http://www.ache.org/pubs/1mccall.pdf>

World Health Organization (WHO). (2000). Home-based long-term care: Report of a
WHO study group. from WHO

World Health Organization (WHO). (n.d.). Definition of an older or elderly person:
Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project.
Retrieved 2015, September 6
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>





ภาคผนวก ก

ข้อมูลสถานบริการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสถานบริการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1. รูปแบบบ้านพักคนชรา

1.1 รูปแบบบ้านพักคนชรา สังกัดหน่วยงานของภาครัฐ

1) ประวัติ

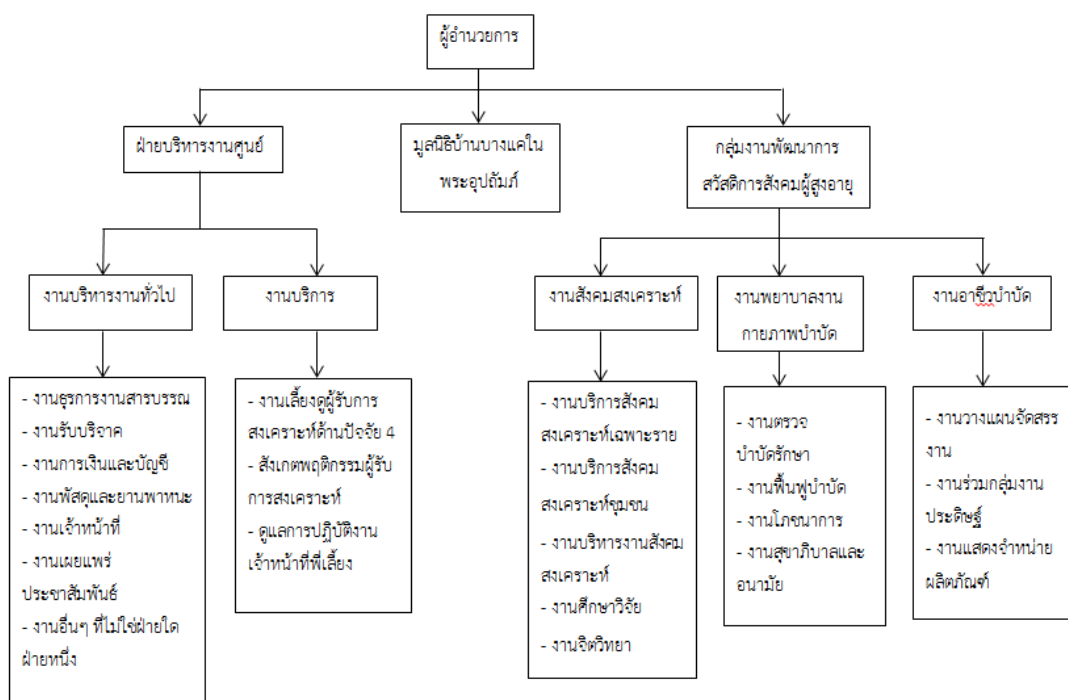
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ก่อตั้งปีพ.ศ. 2546 ในรัฐบาลจอมพล แปลก พิบูลสงคราม เป็นสถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกของประเทศไทย ให้การสงเคราะห์ตามนโยบายสวัสดิการสังคมของรัฐบาล เดิมอยู่ในความรับผิดชอบของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ในปีพ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ได้จัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคจึงถูกถ่ายโอนให้อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โดยเปลี่ยนชื่อจากสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคเป็นศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ในปัจจุบันได้มีพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2558 กำหนดให้ออนสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้อยู่ในความรับผิดชอบของกรมกิจการผู้สูงอายุ มีผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน 12 ท่าน ในปัจจุบัน คือ นางสิรินุช อันตรเสน

2) วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน

1. เป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้และเผยแพร่ข่าวสารการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ
3. เป็นศูนย์ประสานเครือข่ายในการให้บริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
4. เป็นศูนย์ต้นแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีมาตรฐาน

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯ มีภารกิจ 6 ได้แก่ ด้าน 1) เป็นศูนย์การเรียนรู้ 2) เป็นศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 3) ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา 4) ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบสถาบัน 5) ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน 6) ศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษาและส่งต่อ มีขอบเขตในการให้บริการ 7 จังหวัด เป็นจังหวัดทางด้านภาคตะวันตก ในปัจจุบันให้บริการในกรุงเทพฯ เป็นส่วนใหญ่

3) โครงสร้างบุคลากรและอัตรากำลังคน

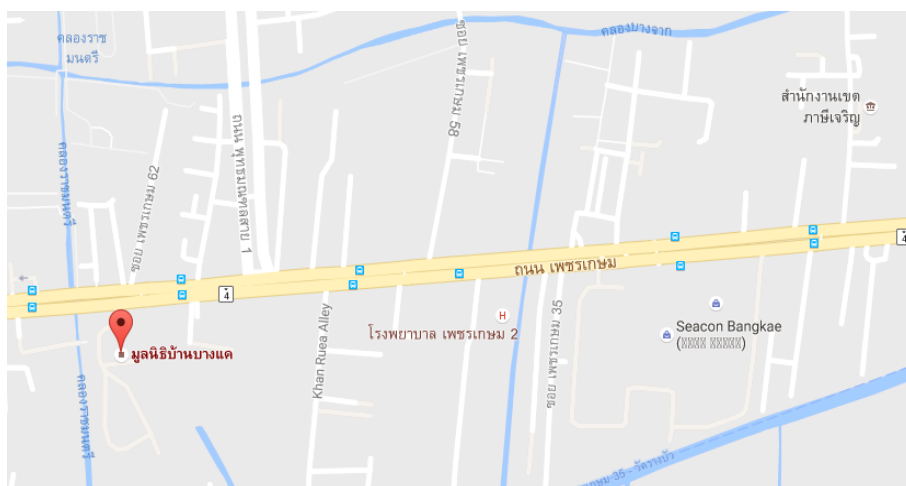


ที่มา: ข้อมูลจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค มีอัตรากำลังคน ได้แก่ พยาบาลที่เป็นข้าราชการ 1 คน นักกายภาพบำบัดที่เป็นข้าราชการ 1 คน เภสัชกร 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ที่เป็นข้าราชการ 1 คน นักพัฒนาสังคม 1 คน สำหรับทำงานในชุมชน พี่เลี้ยงที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุ 30 กว่าคน โดยครึ่งหนึ่งจ้างด้วยเงินมูลนิธิบ้านบางแค อีกครึ่งเป็นลูกจ้างประจำ

5) สถานที่ตั้งและขนาดพื้นที่

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ตั้งอยู่ที่ 813 ถนน เพชรเกษม แขวง บางหว้า เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ 10160 มีขนาดพื้นที่ 21 ไร่



ที่มา: จากแผนที่ใน <https://www.google.co.th/maps?hl=th&tab=wl>

5) ข้อมูลผู้สูงอายุ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ในปีพ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 265 คน แบ่งเป็น เพศชาย 81 คน เพศหญิง 184 คน ในปีพ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 250 คน แบ่งเป็น เพศชาย 73 คน เพศหญิง 177 คน ทั้งนี้ ทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมฯ มีข้อจำกัดของจำนวนเตียงที่จำกัด ปัจจุบันรองรับผู้สูงอายุได้ 250 คน และมีบางห้องพักที่อยู่ในระหว่างรองรับประมาณปรับปรุง

ตารางที่ 17 แสดงสถิติผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2558 และ ปีพ.ศ. 2559

อาคารพัก	ปีพ.ศ. 2558	ปีพ.ศ. 2559
อาคารสุขสันต์	61	56
อาคารพิบูลสุข	44	42
อาคารสวัสดิผล	42	40
อาคารมหาดไทย 100 ปี	31	32
อาคารพยาบาล	35	32
หอพัก	39	36
บังกะโล	13	12
รวม	265	250

ที่มา: จากเว็บไซต์ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค ข้อมูลผู้สูงอายุประจำเดือน มีนาคม ปีพ.ศ. 2558 และจากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัยในเดือน เมษายน ปีพ.ศ. 2559

1.1 รูปแบบบ้านพักคนชรา สังกัดหน่วยงานของมูลนิธิสมาคมจีน

1) ประวัติ

มูลนิธิธารนุเคราะห์ สถานพักฟื้นคนชราบางเขน เป็นหน่วยงานในสังกัดสมาคมจีนเก๊กเอี้ย แห่งประเทศไทย อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของมูลนิธิธารนุเคราะห์ ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2516 โดยนายกสมาคมจีนเก๊กเอี้ย สมัยที่ 12-13 คือ คุณยก ตั้งตรงศักดิ์ ในสมัยนั้นไม่มีสถานสงเคราะห์คนชราอื่นๆ นอกจากสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จึงมีการริเริ่มบริจาคเงินเพื่อสร้างสถานสงเคราะห์คนชรา บางเขนขึ้น รับผู้สูงอายุเฉพาะเพศชาย

2) วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน

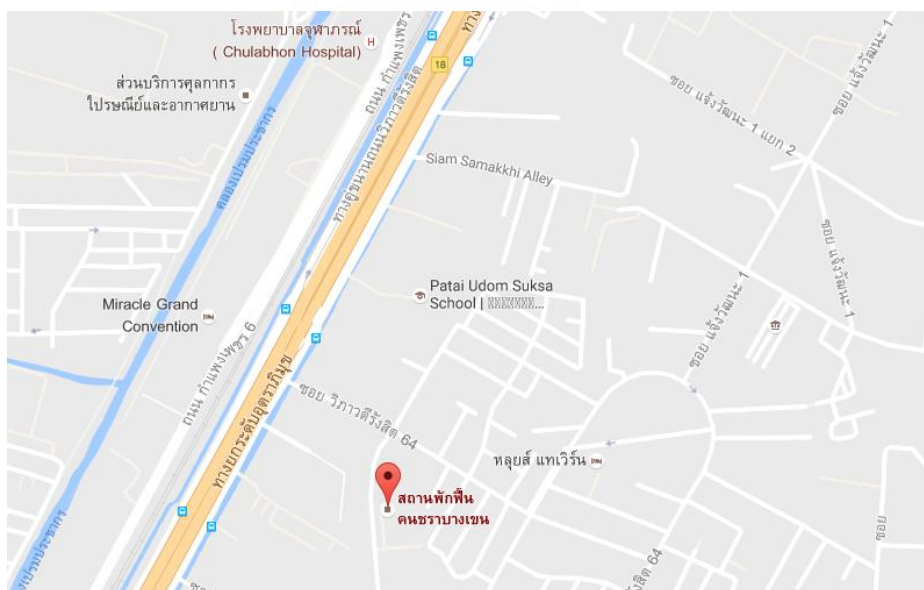
เพื่อรับคนชราไร้ผู้อุปการะเข้ามาอยู่อาศัยและรับดูแลตลอดไป โดยบริการให้เปล่า

3) อัตรากำลังคน

มูลนิธิธารนุเคราะห์ สถานพักฟื้นคนชราบางเขน มีอัตรากำลัง ผู้จัดการ 1 คน หัวหน้าฝ่าย การเงิน 1 คน หัวหน้าฝ่ายบัญชี 1 คน หัวหน้าฝ่าย ชุรการ 1 คน

4) สถานที่ตั้งและขนาดพื้นที่

มูลนิธิธารนุเคราะห์ สถานพักฟื้นคนชราบางเขน ตั้งอยู่ที่ 159/4 ถนนวิภาวดี-รังสิต ซอย 64 ดอนเมือง กรุงเทพฯ 10210 มีขนาดพื้นที่ 5 ไร่ 88 ตารางวา



ที่มา: จากแผนที่ใน <https://www.google.co.th/maps?hl=th&tab=wl>

5) ข้อมูลผู้สูงอายุ

มูลนิธิธรรมาเคราะห์ สถานพักฟื้นคนชราบางเขน สามารถรองรับผู้สูงอายุได้ 300 คน ในอดีตมีผู้สูงอายุ 270 คน แต่ปัจจุบันมีผู้สูงอายุ 70 คน ทางสถานสงเคราะห์ไม่ได้จัดทำข้อมูลสถิติผู้สูงอายุที่เข้าอยู่อาศัยแต่อย่างใด สาเหตุการเข้ารับบริการเพราะผู้สูงอายุไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีครอบครัว มีปัญหาความเป็นอยู่ แต่ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ลดลง เนื่องจากคนไทยมีความเป็นอยู่ดีขึ้น (สัมภาษณ์, 2559)

2 รูปแบบโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว

2.1 รูปแบบโรงพยาบาลไม่ดำเนินธุรกิจโดยตรง

1) ประวัติ

โรงพยาบาลกว่องสิวมูลนิธิ ก่อตั้งในปีพ.ศ. 2446 เริ่มแรกให้บริการกับชุมชนชาวจีน และเป็นระบบแพทย์แผนจีน จนกระทั่งปีพ.ศ. 2475 รัฐบาลได้ออกกฎหมายข้อบังคับให้โรงพยาบาลต้องอยู่ในระบบแพทย์แผนปัจจุบัน จึงได้ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุขอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

2) วัตถุประสงค์

รับคนไข้ภายในและไม่มีอาการรุนแรงขั้นรุนแรง เพศ หรือผู้สูงอายุ คนไข้ทุกคนจะได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีและเท่าเทียมกัน

3) อัตรากำลังคน

โรงพยาบาลกว่องสิวมูลนิธิ มีแพทย์ ประจำ 3 คน ไม่ประจำ (วันเสาร์-วันอาทิตย์) 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน ผู้ช่วยพยาบาล 23 คน พนักงานผู้ช่วยดูแล 10 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน แม่บ้านทำความสะอาด 8 คน

4) สถานที่ตั้ง

513-5 ถนนเจริญกรุง แขวงป้อมปราบ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10100



ที่มา: จากแผนที่ใน <https://www.google.co.th/maps?hl=th&tab=wl>

5) ข้อมูลผู้สูงอายุ

ในอดีตโรงพยาบาลว่องสิวมูลนิธิ รองรับผู้สูงอายุ 50 เตียง แต่ปัจจุบันเหลือ 30 เตียง เนื่องจากการดำเนินงานที่ขาดทุน ทั้งนี้การเข้ารับบริการจะเป็นไปในลักษณะทดแทนเตียงที่ว่างลง ปัจจุบันมีผู้ป่วยนอนถาวร 2 คน ที่โรงพยาบาลรับภาระในการดูแล สาเหตุการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุ คือ ไม่มีคนดูแล เพราะบุตรหลานต้องทำงาน

2.2 รูปแบบโรงพยาบาลไม่ดำเนินธุรกิจโดยตรง

1) ประวัติ

เป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในแผนกสิริอายุของโรงพยาบาล

2) วัตถุประสงค์

ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง โดยบุคลากรทางวิชาชีพตลอด 24 ชั่วโมง

3) อัตรากำลังคน

โรงพยาบาลมีบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ประจำอาคารแต่ละชั้น 1 คน รวม 24 คน ผู้ช่วยพยาบาล รวม 54 คน มีการปรับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ช่วยพยาบาล โดยการเรียนหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลเพิ่ม 1 ปี นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ

4) สถานที่ตั้งและขนาดพื้นที่

เป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่ไม่สามารถเปิดเผยชื่อได้

5) ข้อมูลผู้สูงอายุ

ปัจจุบันทางโรงพยาบาลรองรับผู้สูงอายุได้ 110 คน ตามจำนวนเตียงในโรงพยาบาล 110 เตียง มีผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการเกือบเต็ม 105 คน สถิติการเข้าอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเป็นลักษณะของการทดแทนเตียงที่ว่างลง เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องจำนวนเตียง ในปัจจุบันกำลังอยู่ในระหว่างการปรับปรุงอาคารเพื่อเพิ่มจำนวนเตียงในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ สาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการเนื่องจากบุตรหลานต้องประกอบอาชีพ ไม่สามารถให้การดูแลได้ และบุตรหลานไม่สามารถดูแลได้ เนื่องจากต้องใช้ทีมสหวิชาชีพในการดูแล

3. รูปแบบสถานบริการหรือเนอสจิ่งโฮม

1) ประวัติ

นวศรี เนอสจิ่งโฮม เป็นสถานบริการที่ให้บริการมา 20 ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2538 เริ่มจากนายแพทย์และพยาบาล (สามี-ภรรยา) เป็นผู้ก่อตั้ง เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) วัตถุประสงค์

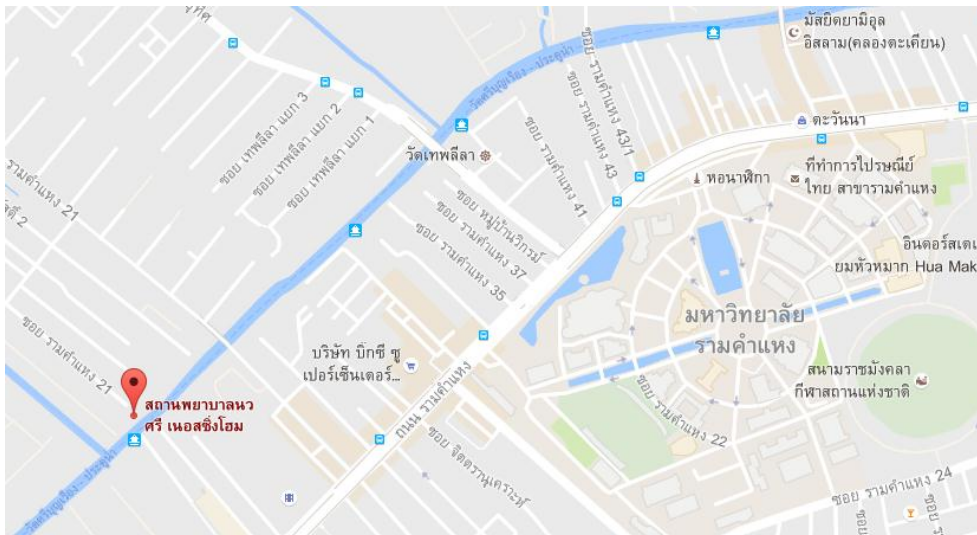
ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3) อัตรากำลังคน

สถานบริการมีบุคลากรคือ แพทย์ประจำ 1 คน บางเวลา 3 คน เข้ามาเยี่ยมทุกเย็น พยาบาล 4 คน นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการดูแลเรื่องอาหารเฉพาะโรค 1 คน และผู้ดูแลหลักๆ เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 20 คน พนักงานในสำนักงาน 4 คน

4) สถานที่ตั้งและขนาดพื้นที่

65/17 หมู่บ้านศรีชวลา รามคำแหง 21 แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310 มีขนาดพื้นที่ 200 ตารางวา



ที่มา: จากแผนที่ใน <https://www.google.co.th/maps?hl=th&tab=wl>

5) ข้อมูลผู้สูงอายุ

ปัจจุบันมีทางสถานบริบาลจำนวนเพียง 50 เตียง มีผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ 43 คน สถิติการเข้าอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเป็นลักษณะของการทดแทนเตียงที่ว่างลง เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องจำนวนเตียงสาเหตุที่เข้ามาใช้บริการเนื่องจากบุตรหลานต้องประกอบอาชีพ ไม่สามารถให้การดูแลได้ นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้สูงอายุและญาติค้างค่าบริการ

4. รูปแบบที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

1) ประวัติ

สวางคนิเวศ เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานกลางสภาอากาศไทย เป็นลักษณะคอนโดมีเนียมของผู้สูงอายุ มีเนื้อที่ 23 ไร่ อาคารแรกแล้วเสร็จในปีพ.ศ. 2540 เป็นอาคาร 8 ชั้น มี 168 ห้อง พื้นที่ใช้สอย 33 ตารางเมตร ในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการสร้างส่วนต่อขยายเฟส 2 เป็นอาคาร 8 อาคาร 6 ชั้น อาคารเอมี 24 ห้อง อาคารบีมี 48 ห้อง พื้นที่ใช้สอย 40 ตารางเมตร แยกห้องน้ำห้องครัวชัดเจน โดยการออกแบบจากอาจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์ มีออกดูเงินเดือนในห้องและห้องน้ำเป็นระบบอินเทอร์เน็ตคอม หรือเรียกใช้หากพบปัญหาในห้อง

2) วัตถุประสงค์

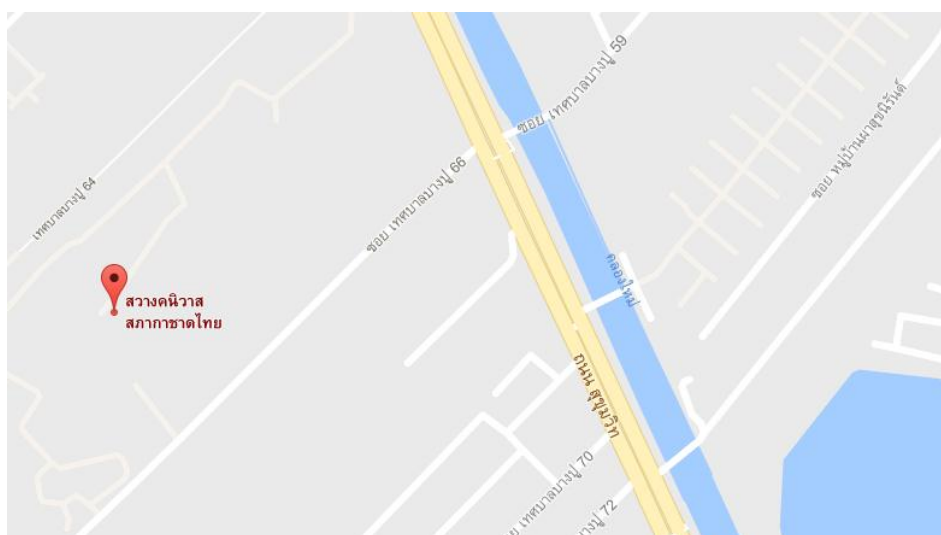
ให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอย่างมีอิสระ มีคุณค่า พึ่งพาตนเอง

3) อัตรากำลังคน

สววงคนิเวศมีอัตรากำลังคน ประกอบด้วย ผู้จัดการอาคาร 1 คน รองผู้จัดการฯ 1 คน เจ้าหน้าที่ 29 คน ฝ่ายการเงิน 1 คน ผู้ดูแลกลาง 3 คน แม่บ้าน 8 คน ช่าง 4 คน คนสวน 3 คน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (รปภ.) 7 คน

4) สถานที่ตั้งและขนาดพื้นที่

888 หมู่ 2 ต.ท้ายบ้าน อ.เมืองฯ จ.สมุทรปราการ 10280 มีขนาดพื้นที่เฉพาะส่วนของ สววงนิเวศคอนโดผู้สูงอายุ 23 ไร่



ที่มา: จากแผนที่ใน <https://www.google.co.th/maps?hl=th&tab=wl>

5) ข้อมูลผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันสววงคนิเวศ มี 10 อาคาร รวมทั้งหมด 468 ห้อง แต่จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ประจำในปัจจุบัน 200 คน ไม่มีการเก็บสถิติการเข้าพักอาศัยย้อนหลัง สาเหตุการเข้าอยู่อาศัย เพราะชื่อเสียงของสภาอากาศไทยที่มีความปลอดภัยในการอยู่อาศัย (สัมภาษณ์, 2559)

5. สถานที่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต

1) ประวัติ

เดอะซีเนียร์ เฮลท์ แคร์ (The Senior Health Care) ก่อตั้งในปีพ.ศ. 2539 เพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุอย่างมีมาตรฐาน และผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างดี ในปัจจุบันเดอะซีเนียร์ เฮลท์ แคร์ มีการให้บริการโดยแบ่งตามระดับความ

ต้องการดูแลของผู้สูงอายุ คือ รูปแบบบ้านพัก (assisted living) และรูปแบบสถานพยาบาล ซึ่งจดทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล 2) วัตถุประสงค์ 3) อัตราค่าเลี้ยงคน 4) สถานที่ตั้งและขนาด และ 5) ข้อมูลผู้สูงอายุ

6. สถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1) ประวัติ

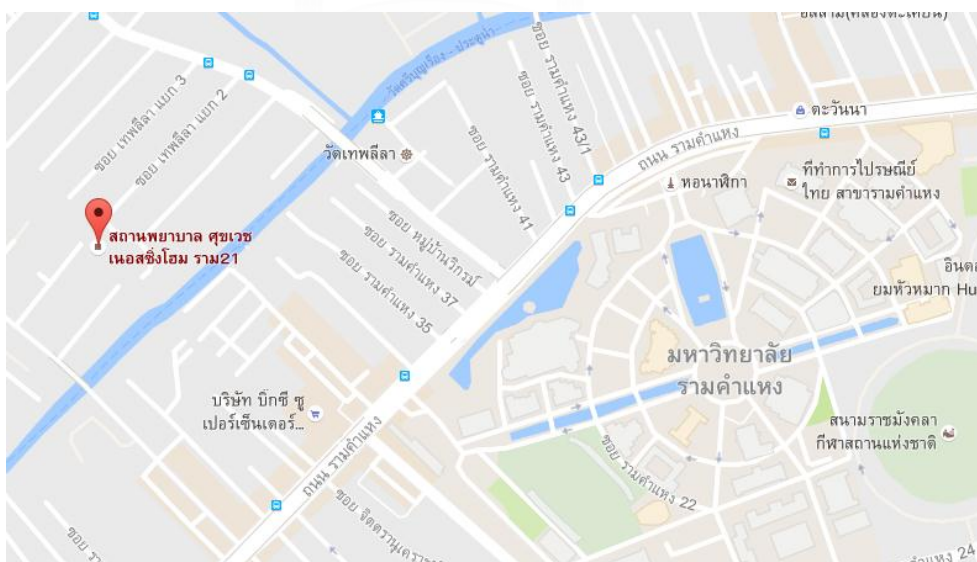
โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังศุขเวชเนอสซิ่งโฮม (ราม 21) เป็นสถานบริการดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินงานมากกว่า 15 ปี เป็นหนึ่งในเครือข่ายโยมิตรภาพ เครือข่ายพุทธิกา เน้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของเอกชนแห่งแรกของประเทศไทย ที่ไม่เร่งการตายและไม่ยื้อชีวิต

2) อัตราค่าเลี้ยงคน

โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังศุขเวชเนอสซิ่งโฮม (ราม 21) มีบุคลากร คือ แพทย์ประจำและไม่ประจำรวม 4 ท่าน พยาบาลตามจำนวนที่กฎกระทรวงกำหนด และมีการหาพยาบาลนอกเวลาเพิ่ม นักกายภาพบำบัด 2 คน นักโภชนาการ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง

3) สถานที่ตั้ง

20/6 ซอย นวศรีแยก 2 แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310



ที่มา: จากแผนที่ใน <https://www.google.co.th/maps?hl=th&tab=wl>

5) ข้อมูลผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังศุขเวชเนอสซิ่งโฮม (รวม 21) รองรับผู้สูงอายุจำนวน 40 เตียง ในปัจจุบันมีผู้สูงอายุเกือบเต็ม สถิติการเข้ามาอยู่อาศัยในสถานบริการเป็นในลักษณะทดแทนเตียงที่ว่างเนื่องจากมีข้อจำกัดของจำนวนเตียง สาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการส่วนใหญ่ เพราะบุตรหลานไม่มีเวลาดูแล ต้องประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการค้างชำระค่าบริการของผู้สูงอายุและญาติ





แบบสัมภาษณ์

ผู้บริหาร (สถาบัน/องค์กร) ที่ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน

เรื่อง การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง ลักษณะกิจกรรมบริการในการดูแลผู้สูงอายุ และการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในสถาบันจากหน่วยงานภาครัฐ

ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หากไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ในวิทยานิพนธ์ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

ส่วนที่ 3 ลักษณะกิจกรรมในการให้บริการและการบริหารจัดการ

ส่วนที่ 4 ด้านการส่งเสริมและสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ

ส่วนที่ 5 ด้านการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการ

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำหรับการอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์มา ณ ที่นี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

น.ส.วรรณรัตน์ เขียวพิกุล

นิสิตรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์

ผู้บริหารสถาบัน/องค์กรที่ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ชื่อ-นามสกุล
- 1.2 ตำแหน่ง
- 1.3 หน่วยงาน/สังกัด
- 1.4 ระยะเวลาในการบริหารงาน

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

- 2.1 ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมีความต้องการรูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบันแบบใด
- 2.2 ท่านคิดว่าความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุส่งผลอย่างไรกับสถาบัน/องค์กรของท่าน
- 2.3 บทบาทหน้าที่ของสถาบัน/องค์กรมีอะไรบ้าง (หน่วยงานใดเป็นหน่วยงานหลักและหน่วยงานใดเป็นหน่วยงานรอง)

ส่วนที่ 3 ลักษณะกิจกรรมในการให้บริการและการบริหารจัดการ

- 3.1 ลักษณะกิจกรรมในการให้บริการของสถาบัน/องค์กรในการดูแลด้านสุขภาพ ด้านสังคม และการดูแลในกิจวัตรประจำวัน แต่ละด้านมีการให้บริการอย่างไรบ้าง
- 3.2 การให้บริการของสถาบัน/องค์กรมีจุดเด่นอะไรบ้าง
- 3.3 คุณสมบัติของผู้เข้ารับบริการ (เป็นผู้สูงอายุประเภทใด สามารถช่วยเหลือตนเองได้/ไม่ได้ หรือมีภาวะการพึ่งพาในระดับใด)
- 3.4 มีอัตราค่าบริการอย่างไร
- 3.5 สถาบัน/องค์กร มีมาตรฐานในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร
- 3.6 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบัน/องค์กร ผ่านการฝึกอบรมและมีบุคลากรเพียงพอหรือไม่
- 3.7 มีการจัดสภาพแวดล้อมเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง
- 3.8 ท่านคิดว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการให้บริการอย่างไร
- 3.9 ท่านคิดว่ามีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างไร

ส่วนที่ 4 ด้านการส่งเสริมและสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ

- 4.1 หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) มีนโยบายที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนในสถาบัน/องค์กรของท่านอย่างไร

4.2 สถาบัน/องค์กรของท่านมีการประสานงานหรือร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องอย่างไร ในเรื่องใดบ้าง (ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และระหว่างหน่วยงานอื่นๆ)

4.3 สถาบัน/องค์กรของท่านมีความต้องการให้หน่วยงานภาครัฐส่งเสริมและสนับสนุนในเรื่องใดบ้าง

ส่วนที่ 5 ด้านการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการ

5.1 สถาบัน/องค์กรมีแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

5.2 สถาบัน/องค์กรของท่านได้ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการหรือไม่

5.3 สถาบัน/องค์กรของท่านมีการส่งเสริมผู้สูงอายุในด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการบริการหรือไม่

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์

ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ

เรื่อง การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง การเปรียบเทียบบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตเมือง ลักษณะกิจกรรมบริการในการดูแลผู้สูงอายุ และการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในสถาบันจากหน่วยงานภาครัฐ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานในการส่งเสริมรูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

ส่วนที่ 4 การกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานของการให้บริการ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำหรับการอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์มา ณ ที่นี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

น.ส.วรรณรัตน์ เขียวพิจกุล

นิสิตรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ชื่อ-นามสกุล
- 1.2 ตำแหน่ง
- 1.3 หน่วยงาน/สังกัด
- 1.4 ระยะเวลาในการบริหารงาน

ส่วนที่ 2 รูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

- 2.1 ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมีความต้องการรูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบันแบบใด
- 2.2 ท่านคิดว่าความต้องการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุส่งผลอย่างไรกับหน่วยงานของท่าน

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานในการส่งเสริมรูปแบบการดูแลระยะยาวในสถาบัน

- 3.1 หน่วยงานภาครัฐมีบทบาทหน้าที่อย่างไร (หน่วยงานใดเป็นหน่วยงานหลักและหน่วยงานใดเป็นหน่วยงานรอง)
- 3.2 นโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุตามอำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายมีเป็นมีอะไรบ้าง
- 3.3 มีการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างไร (หน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบอย่างไร)
- 3.4 หน่วยงานภาครัฐมีแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงนโยบายดังกล่าวอย่างไรในอนาคต
- 3.5 หน่วยงานภาครัฐส่งเสริมและสนับสนุนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบันแต่ละรูปแบบอย่างไร (บ้านพักคนชรา โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว สถานบริบาล ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย)
- 3.6 มีการประสานงานหรือร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องอย่างไร ในเรื่องใดบ้าง (ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และระหว่างหน่วยงานอื่นๆ)
- 3.7 หน่วยงานภาครัฐมีปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการดำเนินงานอย่างไร
- 3.8 ท่านคิดว่ามีแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างไร

ส่วนที่ 4 การกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานของการให้บริการ

- 4.1 หน่วยงานภาครัฐมีการกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบต่างๆ ในแต่ละรูปแบบอย่างไร (มีหน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบกำกับดูแล)

4.2 หน่วยงานภาครัฐมีภาระส่งเสริมบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในแต่ละรูปแบบอย่างไร
ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววรรณรัตน์ เขียรพิจกุล เกิดเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2532 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในปี พ.ศ. 2554

เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2555

