



ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน The Development Direction for Long-Term Care Giver in Community

กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์ ส.ต.* นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ ปร.ด.**

Keerati Kitreerawutiwong DrPH.* Nithra Kitreerawutiwong PhD**

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 66.2 ล้านคน เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 10.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.4 ของประชากรทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ทั้งนี้จากการคาดการณ์ พบว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.8 ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด การเข้าสู่สังคมสูงวัยทำให้สังคมไทยต้องเผชิญกับประเด็นท้าทายต่อคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ เช่น การเข้าถึงบริการทางสังคม รวมถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบว่าผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับข้อมูลของมูลนิธิผู้สูงอายุไทย พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ รายงานว่าตนเอง มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าเพศชาย โดยมีอัตราป่วยในช่วงผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลาย คิดเป็น ร้อยละ 50, 60 และ 69 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลระยะยาวมากที่สุด² จากข้อมูลข้างต้น จำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้น อายุขัยที่ยืนยาว การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ระบบการดูแลระยะยาวจึงได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยมีการกำหนดเป็นนโยบายของรัฐบาลในปีพ.ศ. 2558³

การดูแลระยะยาว (Long term care) รวมถึงบริการที่ครอบคลุมความจำเป็นของการดูแลโรคเรื้อรัง หรือภาวะพิการ ในช่วงเวลานาน การดูแลระยะยาวเกี่ยวข้องกับภาวะเรื้อรังทางการแพทย์ เช่น ภาวะข้ออักเสบ อัมพาต สมอเสื่อม การบาดเจ็บไขสันหลัง หรือ อาการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง เป็นต้น การจัดการบริการระยะยาว ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสภาพ หรือการจัดการชดเชยความเป็นอิสระที่สูญเสียไปในผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้ให้บริการแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน หรือโดยผู้ให้บริการแบบเป็นทางการ (Formal caregivers) ที่ผ่านการอบรมแบบวิชาชีพหรือบุคลากรกึ่งวิชาชีพ (Paraprofessionals)⁴ เป้าหมายสำคัญของการดูแลระยะยาว คือการยืดอายุของการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้ได้ยาวนานที่สุด การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มากที่สุดในการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ในขณะนั้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้⁵

บทความนี้นำเสนอแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในชุมชนภายใต้การทำงานของระบบสุขภาพอำเภอ เนื่องจากอำเภอมิโครงสร้างทางภูมิศาสตร์ที่ชัดเจน มีทรัพยากร โครงสร้างการทำงานร่วมกันของอำเภอ และขนาดประชากรที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีการประสานการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุร่วมกัน เช่น

*อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตนราชธานีพิบูลย์โลก

*Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj Phitsanulok

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

**ผู้รับผิดชอบบทความ: นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์; คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; nithrakm@gmail.com



ในปี พ.ศ. 2556 มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพอส.) การอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ซึ่งปัจจุบันมีการขยายผลโครงการจนครอบคลุมครบทุกเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั่วประเทศ ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขมีการประกาศนโยบายหมอบรรเทา (Family Care Team; FCT) และในปี พ.ศ. 2559 มีการประกาศนโยบายคลินิกหมอบรรเทา (Primary Care Cluster; PCC) ที่เชื่อมโยงและมุ่งไปในทิศทางเดียวกับนโยบายหมอบรรเทา ประกอบกับการดำเนินการโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care; LTC) เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และในปีพ.ศ. 2560 มีความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อบูรณาการการดูแลทางสังคม (Social care) และการดูแลสุขภาพในอำเภอ ด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทางประชารัฐ เห็นได้ว่าการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีการสนับสนุนของทุกหน่วยงานและดำเนินการในทุกอำเภอทุกแห่ง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย การประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และบริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะทิศทางการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อันจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสถานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาว

สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.4 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด เมื่อพิจารณาดัชนีการสูงวัยรายจังหวัด จากรายงานของ พบว่า จังหวัดลำพูน ลำปาง แพร่ มีดัชนีการสูงวัยสูงสุดในประเทศ คิดเป็น 164.8; 163.9 และ 159.6 นั่นคือสามจังหวัดนี้มีจำนวนประชากรสูงอายุมีมากกว่าจำนวนประชากรเด็ก²

ข้อมูลการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 ขนาดครัวเรือนไทยเฉลี่ยเพียง 3 คน นอกจากนี้แนวโน้มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 ในปีพ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 9 ในปีพ.ศ. 2557 ประกอบกับแนวโน้มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 16 ในปีพ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 19 ในปีพ.ศ. 2557 ส่งผลต่อการพึ่งพาด้านจิตใจ ในส่วนของสถานการณ์การอยู่อาศัย พบว่า มีผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 47 ใช้ส้วมแบบนั่งยอง มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 6-7 ในช่วงเวลา 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์เคยหกล้มภายในบ้าน² นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังประจำตัว 1-3 โรค³ ซึ่งการเจ็บป่วย

ด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ทั้งจากภาวะของโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรักษา ประกอบกับภาวะเปราะบางที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ส่งผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งจะเกิดภาวะพึ่งพิงในด้านการดูแลสุขภาพ ดังนั้น จึงมีการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพื่อจัดบริการการดูแลทางด้านสุขภาพและสังคมที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ โดยสรุปสถานการณ์ข้างต้น จำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้น อายุขัยที่ยืนยาว การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การอยู่ลำพัง สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ทำให้มีการประเมินการพึ่งพิง เพื่อออกแบบการดูแลที่เหมาะสม

การประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และบริการที่จัดให้

กระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางในการประเมินภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activity Daily Living index: ADL) ในผู้สูงอายุ⁴ จากหลักการดูแลผู้สูงอายุ คือ ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามความสามารถของตนเองมากที่สุด ด้วยการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บอกให้



ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพการทำงานของร่างกาย (Functional health) ของผู้สูงอายุ นำผลการประเมินมาจัดบริการการดูแลตามความจำเป็นทางสุขภาพ และการจัดบริการช่วยเหลือดูแลทางสังคม โดยภาวะพึ่งพิงนี้จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น

การประเมินภาวะพึ่งพิง ดำเนินการที่ระบบสุขภาพอำเภอทุกแห่ง ในทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชน ด้วยการทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขที่ดูแลงานผู้สูงอายุในพื้นที่ เมื่อได้ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข ทำการวิเคราะห์ข้อมูล จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มที่ 1 คะแนน ADL ≥ 12 คะแนน เรียกว่า กลุ่มติดสังคม กลุ่มนี้บริการที่ชุมชนจัดให้ตามหลักการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ คือ การทำให้เกิดการรวมกลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ การทำกิจกรรมในวันสำคัญของชุมชน การออมในบางชุมชน เป็นต้น 2) กลุ่มที่ 2 คะแนน ADL อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน เรียกว่า กลุ่มติดบ้าน และ 3) กลุ่มที่ 3 คะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน เรียกว่า กลุ่มติดเตียง โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่ 2 และ 3 ได้รับการในโครงการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (กองทุน Long term care) เป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบล ประเทศไทย โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวร่วมกับหน่วยบริการในระบบสุขภาพอำเภอ ส่วนการได้รับเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุเป็นไปตามหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ผลจากการประเมินภาวะพึ่งพิงของศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center; HDC) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในกลุ่มที่ 2 และ 3 จากความเสื่อมสภาพของร่างกาย และจากโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ เช่น จากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต หรือจากอุบัติเหตุต่าง ๆ นอกจากนี้ข้อมูลรายงานมีการจำแนกความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของทุกเขตสุขภาพ เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2561 พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุติด

สังคม ติดบ้าน และติดเตียง คิดเป็น 62.2 ,34.18 และ 15.0 ตามลำดับ และมีผู้ที่ไม่ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 8.51 โดยผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ต้องพึ่งคนอื่นดูแล นอกจากนี้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากสัดส่วนผู้สูงอายุวัยปลาย ที่มากขึ้น เพราะอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็นลำดับ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง

เมื่อมีการประเมินผู้สูงอายุแล้ว พบว่าอยู่ในภาวะพึ่งพิงรูปแบบการดูแลจึงเป็นการดูแลระยะยาว ซึ่งระบบการดูแลระยะยาว คือ การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก เนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ในปัจจุบันการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวฯ ดำเนินการดังนี้ 1) เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) 2) ดำเนินถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้ อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และ 4) พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager, CM) เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย 5-10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารของ อปท.⁷

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล มาจากคำภาษาอังกฤษที่พบ คือ Carer หรือ Caregiver ซึ่งมักเรียกในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน มากกว่ากลุ่มที่เป็นวิชาชีพ ความหมายของผู้ดูแลมีหลากหลาย ผู้ดูแลมีหลายประเภท



แต่ละกลุ่มมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ทำให้การบริการ การให้ความช่วยเหลือแตกต่างกัน⁹ มีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ดังนี้

ผู้ดูแล (Carer) คือ ผู้ที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือจากผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล⁹

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) หมายความว่า บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร ที่คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบ (การอบรมตามหลักสูตร 70 ชั่วโมง)⁷

ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ด้วยความสมัครใจบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแล ไม่ได้ค่าตอบแทน ได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา บุตร เพื่อน หรือญาติ¹⁰⁻¹²

ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiver) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ โดยได้รับค่าตอบแทนในการประกอบอาชีพจากการให้บริการ (Professional services) ด้วยการจ้างงาน¹³ ดำเนินการทั้งในภาคเอกชนและภาค

รัฐบาล ส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่เป็นทางการจะเป็นทางเลือกของครอบครัวที่ไม่สามารถให้การดูแลบุคคลที่ตนรักได้¹² โดยผู้ดูแลแบบเป็นทางการคือผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพด้านสุขภาพ (Healthcare professional) และบางประเทศรวมผู้ปฏิบัติงานด้านสังคม (Social professional) ซึ่งในประเทศเนเธอร์แลนด์ มีการจัดบริการระยะยาวให้กับผู้สูงอายุ ด้วยการสร้างเครือข่ายการดูแล 3 ภาคส่วน (Care triads) ประกอบด้วยผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ และผู้ดูแลภาคสุขภาพหรือภาคสังคม¹⁴

การแบ่งประเภทผู้ดูแลแบบเป็นทางการและไม่ใช่เป็นทางการ พิจารณาจากค่าตอบแทนและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย อย่างไรก็ตามมีความพยายามในการพัฒนาผู้ดูแลด้วยการจัดอบรม เพื่อสร้างรายได้จากการให้การดูแล เช่น การจัดอบรมหลักสูตรของกรมอนามัย โดยกระทรวงศึกษาธิการ มุ่งสร้างอาชีพให้วัยแรงงาน อบรม 420 ชั่วโมง ให้เป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ ประเภทไม่ใช่วิชาชีพ จากนิยามของการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ พบว่า มีการแบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลที่เป็นทางการและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ พิจารณาจากการได้รับค่าตอบแทน ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับการดูแล และการอบรม (ตารางที่ 1) ผู้ดูแลในแต่ละประเภทจะมีคุณสมบัติ และบทบาทที่ต่างกัน ซึ่งผู้ดูแลแต่ละประเภทจะให้การดูแลผู้สูงอายุ ตามความจำเป็นทางร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม อย่างเหมาะสมตามบทบาทของผู้ดูแล

ตารางที่ 1 การแบ่งประเภทของผู้ดูแลที่เป็นทางการและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

หลักการ	ผู้ดูแลที่เป็นทางการ	ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ
ค่าตอบแทน	- ได้รับค่าตอบแทน สามารถประกอบเป็นอาชีพ	- ไม่ได้รับ/ได้รับแต่น้อย ไม่ใช่ว่าได้หลัก
ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับการดูแล	- มีความสัมพันธ์ไม่ใกล้ชิด/ไม่มี	- มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ได้รับการดูแล
การอบรม	- ศึกษาเป็นวิชาชีพ ให้การดูแลทุกช่วงชีวิตของประชาชน ตามบทบาทของวิชาชีพ - อบรมหลักสูตรระยะสั้นและประกอบอาชีพได้	- อบรมระยะสั้น/ไม่ได้รับการอบรม
ตัวอย่างของผู้ดูแล	- ศึกษาเป็นวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น - อบรมเพื่อประกอบอาชีพ ได้แก่ ผู้ช่วยการพยาบาล นักบริบาล เป็นต้น	- คู่สมรส บิดามารดา บุตร เพื่อน หรือญาติ อาสาสมัคร เป็นต้น - อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสส.) - อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) - ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver; CG ภายใต้กองทุน LTC) - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ที่มา สรุปจาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559; Roth DL, Fredman L, Haley WE., 2015; Williams AP, Peckham A, Kuluski K, Montgomery R, Morton F, Watkins J., 2010; Hendrix CC, Abernethy A, Sloane R, Misuraca J, Moore J., 2009; Batista MPP, Barros Jd, de Almeida MHM, Mângia EF, Lancman S., 2014



ความจำเป็นของผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแล

จากเดิมโครงสร้างของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวหลายรุ่น บทบาทของผู้ดูแลของสังคมไทยในอดีต จะเป็นญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของไทยที่ถือว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัว นอกจากนี้ในสังคมชนบท พบว่าเพื่อนบ้านมีบทบาทในการดูแลสมาชิกในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิชาการ ระบุว่า การดูแลผู้สูงอายุ เป็นหน้าที่ของครอบครัว¹⁵ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว หากไม่ได้รับการเตรียมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจนอาจส่งผลด้านภาระการดูแล ความเครียดให้กับผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพ¹⁶

จากปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกลดลง จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้น จำนวนผู้สูงอายุวัยปลายที่เพิ่มขึ้น ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีความชราเพิ่มขึ้น โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เพิ่มขึ้น บทบาทของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ ทั้งนี้การที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ การเตรียมผู้ดูแลแต่ละประเภทจะต้องคำนึงถึงทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ เพื่อรับมือกับสังคมสูงวัย

บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

บทความนี้ให้ความหมายของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบสุขภาพอำเภอ ภายใต้บริบทของประเทศไทย จากตารางที่ 2 ผู้ดูแลที่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพเป็นผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

ซึ่งจะมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนจากสภาวิชาชีพในการปฏิบัติงาน ส่วนผู้ดูแลที่เป็นทางการที่ผ่านการอบรมจากโรงเรียนเอกชนที่ได้รับอนุญาตจากการทรวงศึกษาธิการ หรือผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 420 ชั่วโมงที่จัดโดยกรมอนามัย ได้แก่ ผู้ช่วยการพยาบาล นักบริบาล มาแล้วนั้น จะมีการกำหนดบทบาทของผู้ดูแลไว้ ดังนี้ 1) ให้การดูแล ซึ่งได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความสุขสบาย 2) ให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ 3) ให้การประคับประคอง เช่น การประคับประคองทางด้านร่างกาย และจิตใจ 4) ให้การสนับสนุน เช่น สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองตามความสามารถที่มีอยู่ให้คำชมเชย ยกย่องเป็นต้น และ 5) เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงระหว่างบุคลากรและญาติมิตรกับผู้สูงอายุ¹⁷

ในส่วนของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ มีการจัดอบรมเพื่อให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ สามารถประเมินอาการ ดูแล และทำการปรึกษา ส่งต่อไปยังผู้ประกอบวิชาชีพต่อไป ทั้งนี้ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่มีการอบรมเฉพาะด้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้การดูแลที่บ้านและในชุมชนนั้น ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ (Care giver; CG) นอกจากนี้มีญาติบางส่วนที่ไม่ได้รับการอบรม ส่วน อสม. นั้นได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำงานในชุมชนภาพกว้าง เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ อสม. การควบคุมโรค การดูแลโรคเรื้อรัง เป็นต้น¹⁸ ไม่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีการสรุปหน้าที่ของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการของ อผส. อสค. และ CG (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 บทบาทการดูแลของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการของ อผส. อสค. และ CG.

ประเด็น	อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) [*]	อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) ^{**}	ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ [†] (Care giver; CG)
การอบรม	1. ผู้เป็น อผส.ต้องผ่านการอบรม 2 วัน และฝึกปฏิบัติ 2 วัน โดยหลักสูตรของเทศบาล และมีวุฒิบัตรรับรองการผ่านหลักสูตร ¹⁸ 2. เนื้อหาการอบรมของการเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3อ 2ส (ออกกำลังกาย อารมณ์ อาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่) พัฒนาการของผู้สูงอายุ การสื่อสารกับผู้สูงอายุ และโรคที่พบบ่อยสำหรับผู้สูงอายุ	1. ผู้ที่เป็น อสค. มาจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้แต่ละครอบครัวมี อสค. อย่างน้อย 1 คน อสค. มีบัตรประจำตัว ได้รับการขึ้นทะเบียนจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 2. เวลาการอบรม จำนวน 18 ชั่วโมง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำพื้นที่	1. ผู้ที่เป็น CG ต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบ 2. เวลาการอบรม อย่างน้อย 70 ชั่วโมง จัดโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขหรือเทียบเท่า
สัดส่วนจำนวนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ	- อผส. 1 คน ควรให้การดูแลผู้สูงอายุประมาณ 5 คน และดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 วัน ติดต่อกันทุกสัปดาห์	- อสค. อย่างน้อย 1 คนต่อหนึ่งครอบครัว อสค. มีบัตรประจำตัว ได้รับการขึ้นทะเบียนจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	- Care manager 14 ¹ คน ต่อ Caregiver (CG) 5-10 คน - CG 1 คนต่อผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง 5-10 คน
กลุ่มเป้าหมายในการดูแล	1. ผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล 2. ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 3. ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง 4. ผู้สูงอายุที่ถูกละเลยเพิกเฉย 5. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง	ดูแลคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน รวมผู้สูงอายุในครอบครัว	ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง)
บทบาทหน้าที่	1. ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกละเลยเพิกเฉยและได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงเท่าเทียม เพียงพอ และสม่ำเสมอ 2. ให้ความรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ 3. ให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัว ประชาชนในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม 4. เป็นสื่อกลางในการนำ ประสาน ส่งต่อ บริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ 5. เป็นสื่อกลางในการนำ ประสาน ส่งต่อ บริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้ประสบปัญหาทุกวัยยากเดือดร้อน ผู้ด้อยโอกาสในชุมชน	1. เป็นแกนนำปฏิบัติด้านสุขภาพให้กับครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว 2. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครัวเรือน และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน 3. ถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ 2. สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ 3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสุขภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ 4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด 5. ดูแลการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอน 6. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างหลักสุาภิบาล 7. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉินหรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่ออย่างถูกต้อง 8. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือนเพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

ที่มา * เทศบาลนครรังสิต, 2560; กลุ่มการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิสำนักส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์สิทธิเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553

** กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559

[†] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559



มีงานวิจัยที่ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุคคลในครอบครัว มีผู้ดูแลผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10 ที่เป็นผู้สมัคร¹⁹ สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุดูแลตนเอง เมื่อผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางกายหรือป่วย ผู้ดูแลที่เป็นคนในชุมชน หรือผู้ดูแลทางการจึงมีความจำเป็น เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพการดูแลขึ้นอยู่กับพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและการกำกับ

ติดตามโดยทีมสุขภาพ ผู้ดูแลแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัด อย่างไรก็ตามผู้ดูแลทุกประเภทสามารถทำงานร่วมกันให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ เช่น กรณีผู้สูงอายุ: คุณตาป่วย และคุณยายดูแล ดังนั้น คุณยาย คือ อสค. เมื่อไรที่คุณยายป่วย คุณตาต้องการ CG มาดูแล เป็นต้น (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อดีและข้อจำกัดของผู้ดูแล

ประเภทของผู้ดูแล	ข้อดี	ข้อจำกัด
ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ (ผู้ดูแลที่เป็นทางการประเภทวิชาชีพ) ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรม เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ	- มีคุณภาพ ผ่านการควบคุมของวิชาชีพ อบรมให้เป็นผู้จัดการในชุมชนผ่านระบบสุขภาพ อำเภอ (Care manager)	- จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในพื้นที่
ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ (ผู้ดูแลที่เป็นทางการประเภทไม่ใช่วิชาชีพ) ตัวอย่าง เช่น การอบรมหลักสูตรของกรมอนามัย ดำเนินการโดย กระทรวงศึกษาธิการ มุ่งสร้างอาชีพ ให้วัยแรงงาน อบรม 420 ชั่วโมง	- หลักสูตรพัฒนาโดยหน่วยงานของรัฐ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข - การนำไปพัฒนาการเรียนรู้ทุกช่วงวัยโดย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างอาชีพ	- บุคลากรกลุ่มนี้ไม่ทำงานในเมือง ต่างประเทศ ไม่ ได้อยู่ดูแลคนในชุมชน - การจัดอบรม ดำเนินการครั้งเดียว ผ่านการ ประสานงานของการจัดโครงการ ภายหลังการ อบรม ไม่มีการติดตาม นิเทศการทำงานของผู อบรม
ผู้ดูแลอาสาสมัคร (ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ) - ผ่านการอบรมการดูแลเบื้องต้น ระยะสั้น จาก โครงการของภาครัฐ เช่น การอบรม CG 70 ชั่วโมง - ได้รับค่าตอบแทนไม่มาก - หลักการทำงานแบบอาสาสมัคร เช่น CG หรือ อสม.	- บุคลากรกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยในชุมชน ได้แก่ อสม. พระ (บางพื้นที่) เป็นต้น รู้จักพื้นที่ รู้จักผู้ป่วย - ทำงานร่วมกับวิชาชีพในระบบสุขภาพอำเภอ สามารถขอรับคำปรึกษา และมีการติดตามการ เยี่ยมของ CM - มีแผนการดูแล (Care Plan; CP) ทำงานที่ชัดเจน	- การดำเนินการอยู่ในระยะเริ่มต้น ยังไม่มี กระบวนการสร้างการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน เช่น การอภิปรายกรณีศึกษาในพื้นที่ร่วมกันระหว่าง ทีม หมอครอบครัว CM และ CG
ผู้ดูแลที่เป็นญาติ (ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ) - คนในครอบครัวที่ผู้ให้การดูแลคนในครอบครัว ตนเอง ปัจจุบัน เรียก อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุใน ครอบครัว (อสค.) ผ่านการจัดอบรม 18 ชั่วโมง จัด โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข - เน้นคนในครอบครัวดูแลกันเอง - ไม่มีค่าตอบแทน	- บุคลากรกลุ่มนี้ คือคนในครอบครัวที่รู้จักผู้ป่วย เป็นอย่างดี - สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน - ผู้ป่วยได้รับการที่มีคุณภาพ จากคนใน ครอบครัวที่มีความรู้เบื้องต้น ซึ่งผ่านการอบรม	- ควรจัดระบบการรายงานให้อสค. ที่บ้าน ประสาน การส่งต่อ ปรึกษา - กรณีที่บ้านนั้นมีผู้ดูแลหลัก (ดูจากจำนวนชั่วโมง ต่อวันและการดูแลกิจวัตรประจำวันหลัก) และผู้ ดูแลรอง ต้องมีการวางแผนในชุมชนว่าจะดำเนิน การอย่างไรในการจัดอบรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ บริการต่อเนื่องที่บ้าน

ที่มา: สรุปจาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559

สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

การพัฒนา CG ดำเนินการภายใต้กองทุน LTC โดยในปีพ.ศ. 2559 มีงบประมาณสนับสนุนนำร่องใน 1,000 ตำบลที่มีความพร้อมและมีเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจำนวน 100,000 คน ทั้งนี้ข้อมูล ณ มกราคม 2561 มีอปท. เข้าร่วมดำเนินงาน 5,115 แห่ง จากจำนวน อปท.

ทั้งหมด 7,852 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 65²⁰ จากการดำเนินการของกองทุน LTC พบว่า ปีพ.ศ. 2560 มีการอบรม CG จำนวน 13,920 คน ดูแลผู้สูงอายุ 139,200 คน และในปีพ.ศ. 2561 เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ 180,000 คน จึงต้องผลิต CG เพิ่ม จำนวน 18,000 คน²¹ ทั้งนี้ดำเนินการต้องร่วมมือกับ อปท. ผ่านการสนับสนุนงบประมาณกองทุน LTC ของพื้นที่ CG ที่ผ่านการอบรมทำหน้าที่ (ตารางที่ 2)



ผลการดำเนินงานระบบ LTC ของปีงบประมาณ 2559 ว่าสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จำนวน 80,826 คนจากเป้าหมายที่วางไว้ 100,000 ราย หรือร้อยละ 80 ของเป้าหมาย³ จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า จำนวน CG ยังไม่เพียงพอกับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล และผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายทุกคนยังไม่ได้รับบริการการดูแลระยะยาว

จากรายงานการประเมินระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เกี่ยวข้องกับ CG พบว่าแนวคิด “จิตอาสา และการจ้างงาน” เป็นประเด็นถกเถียงสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) ระหว่าง สปสช. และ กระทรวงสาธารณสุข จากหนังสือกระทรวงสาธารณสุขเรื่องคำตอบแทน CG ตลอดจนความไม่มั่นใจต่อระเบียบการใช้จ่ายงบ LTC ทำให้พื้นที่ส่วนใหญ่ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน CG ส่วนพื้นที่ที่มีการจ่ายก็มีการจ่ายหลากหลายรูปแบบ โดยมีเพียงร้อยละ 15 ของกลุ่มที่มีการจ่ายค่าตอบแทนที่มีการจ่ายในอัตราที่กระทรวงกำหนด (300 บาท/เดือน) นอกจากนี้พบว่า การหาคนที่มีความสัมพันธ์ตามที่กำหนด (จรมัธยมต้นหรือเทียบเท่า) มารับการอบรมค่อนข้างยาก ระบบจิตอาสาทำให้หาคนมารับการอบรมยาก เนื่องจาก ผู้อบรมต้องทำงานที่ทำ หากพื้นที่ที่อิงระบบจิตอาสาต้องอบรมจำนวน CG จำนวนมาก พบปัญหาอบรมมาแล้วไม่สามารถปฏิบัติงานได้ และการเพิ่มพูนความรู้และทักษะระหว่างปฏิบัติงาน การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การมีช่องทางให้คำปรึกษา ของ CG ยังไม่เป็นระบบ³ นอกจากนี้จากทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยในประเทศไทยมีพัฒนากลุ่มจิตอาสาให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยจิตอาสาที่มีสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม พบว่า จิตอาสายังขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีข้อเสนอแนะหน่วยงานในพื้นที่ควรสนับสนุนให้เกิดการขยายเครือข่ายของจิตอาสาและการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างจิตอาสา กับระบบบริการสุขภาพของรัฐ²²

ทิศทางการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

รายงานการสังเคราะห์วรรณกรรม การประมาณการณ์และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เสนอว่ามีความต้องการแพทย์ประมาณ 2,041 คน พยาบาลจำนวน 58,841 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 3,649 คน

ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 412 คน และผู้ช่วยผู้ดูแลหรือนักบริบาล 82,528 คน ซึ่งกลุ่มนี้คือผู้ดูแลที่เป็นทางการ ในขณะที่ภาพรวมยังขาดแคลนกำลังคนที่เป็นทางการในระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อต้องเพิ่มความต้องการกำลังคนเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้เกิดการขาดแคลนกำลังคนที่เป็นทางการมากยิ่งขึ้น ในส่วนของผู้ช่วยผู้ดูแลหรือนักบริบาล แม้ว่าจะมีหน่วยงานต่างๆ พัฒนาหลักสูตรและมีสถาบันต่างๆ เริ่มต้นตัวในการผลิตผู้ช่วยผู้ดูแล แต่พบว่า ยังขาดการสนับสนุนด้านทุนการศึกษาจากภาครัฐ หลักสูตรมุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป รวมทั้งข้อจำกัดทางด้านสมรรถนะและความเชี่ยวชาญทางด้านอาชีพทำให้ผู้ช่วยผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยได้ จึงไม่สามารถทำงานในโรงพยาบาลได้ ทำให้ความนิยมในการเรียนลดลงและส่งผลทำให้โรงเรียนต่างๆ ได้ปิดตัวลง²³ ประกอบกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่กล่าวข้างต้น จึงเสนอทิศทางการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดังนี้

1. วิเคราะห์ความจำเป็นทางสุขภาพที่ต้องการการดูแล (Health needs) ของผู้สูงอายุในพื้นที่ ทั้งบริการด้านสังคม และบริการทางสาธารณสุข นำไปสู่การวางแผนกำลังคนผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละประเภทให้เหมาะสมกับความจำเป็นทางสุขภาพ
2. จากข้อ 1 เมื่อทราบความจำเป็นทางด้านสุขภาพของพื้นที่ นำข้อมูลมาวางแผน จำนวนผู้ดูแลอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้เพียงพอกับความจำเป็นทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
3. กำหนดคุณสมบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมในการทำงานดูแลผู้สูงอายุ
4. รวบรวมข้อมูลบริการที่จำเป็นของผู้สูงอายุในชุมชน หัวข้อในการอบรมจะต้องมีการจัดตามความจำเป็นของบริการคู่ขนานกับหลักสูตรของหน่วยงานพื้นที่ใช้
5. ภายหลังการอบรมการดูแลผู้สูงอายุควรมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะ เช่น การจัดอภิปรายกรณีศึกษาในชุมชน การสอนวิธีการดูแลใหม่ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น บางพื้นที่มีการใช้เครื่องควบคุมการฉีดยาขนาดเล็ก (Syringe driver) เป็นต้น
6. วิจัยและพัฒนาวิธีการอบรม เพื่อสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ
7. จัดทำแนวปฏิบัติการจ่ายค่าตอบแทน CG ให้สามารถนำสู่การปฏิบัติได้ในทิศทางเดียวกัน



8. การติดตามและลดภาวะเครียดของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ เช่น ญาติ อาสาสมัคร เป็นต้น

9. พัฒนาการทำงานร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานในชุมชน (อำเภอ) ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ภาควิชา เป็นต้น เช่น การประชุมวางแผนการทำงานร่วมกัน การอภิปรายกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ดูแลในพื้นที่ร่วมกัน การลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุของทีมนักวิชาชีพร่วมกับทีมท้องถิ่น เป็นต้น

10. การส่งต่อข้อมูลการดูแล การขอรับคำปรึกษา ของผู้ดูแลแต่ละกลุ่มไปยังกลุ่มวิชาชีพ เช่น จาก อสค. ไปยังผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (CG) ไปยัง ทีมหมอครอบครัว (FCT) ผู้จัดการในชุมชน¹³ ไปยัง คลินิกหมอครอบครัว (PCC)

CG คือ ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ เป็นกำลังคนส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ การจัดระบบสนับสนุนพัฒนาตนเองให้ CG มีความรู้ ทักษะที่ดีในการปฏิบัติงาน จะเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับนักวิชาการ²⁴ ที่ระบุว่าควรมีการอบรมให้ความรู้ สร้างทัศนคติในการปฏิบัติงาน มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สร้างเครือข่ายการทำงาน และการได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการและทีมสุขภาพ จะทำให้อาสาสมัครสุขภาพมีแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่ประกอบด้วย การดูแลส่วนบุคคลและการดูแลความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ที่รวมการดูแลทางการแพทย์หรือการพยาบาลกับการดูแลทางสังคม ในส่วนของปริมาณความพอเพียงของบุคลากร อาจขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลในระบบสุขภาพอำเภอในที่นี้หมายถึงผู้สูงอายุ โดยปกติในสังคมไทยถือเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวและญาติพี่น้องที่จะให้การดูแลดังกล่าว ซึ่งในอนาคตอาจจะไม่เพียงพอ จากจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความอ่อนแอตามสภาพจากอายุที่มากขึ้น รวมถึงจำนวนผู้พิการและทุพพลภาพ ผู้ป่วยทางจิต ผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพอำเภอ สำหรับด้านคุณภาพ ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การเชื่อมโยงข้อมูล และการธำรงรักษากำลังคนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กระบวนการจัดการระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุทั้งระบบ เป็นเรื่องทั้งสุขภาพและสังคม ที่ต้องมีการประสานการดำเนินการ บูรณาการการทำงานและการร่วมกำหนดผู้เกี่ยวข้อง อย่างมีส่วนร่วม โดยการทำงานร่วมกันของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัว องค์กรเอกชน เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

References

1. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. The statistics of older person in Thailand 77 provinces at 31 December, B.E. 2560 [Internet]. 2018 [cited 2018 October 20]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1533055363-125_1.pdf
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institution. Situation of the Thai elderly 2016. Bangkok: Printery Co.Ltd.; 2016.
3. Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisan P, Kaseamsub W, Aekpalakorn W, Lerapan B. The research project for developing long-term care for the dependency in older adults under universal coverage scheme. Bangkok: Community medicine department, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital; 2018.
4. Stone R. Long-Term Care: Coming of Age in the 21st Century [Internet]. 2016 [cited 2016 26 November]. Available from: https://www.purdue.edu/hhs/hdfs/fii/wp-content/uploads/2015/07/s_wifis12c01.pdf
5. Yodetch S, Sasat S, Boonthamjareon K, Damrikanlert L, Limsakul A, Pakaiya N. Long term care and health care workforce for the older person: The direction of Thailand. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institution; 2009.
6. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health,. The report on Thai elderly health survey B.E. 2556. Bangkok: Watcharin P.P.; 2013.
7. National Health Security Office. The manual of long term care for the dependent elderly in community (Long term Care) under universal health coverage scheme, Fiscal year 2016. Bangkok: National Health Security Office; 2016.



8. Ministry of Public Health. The report on screening of elderly classified by activity daily life on 1 April 2018 [Internet]. 2018 [cited 2018 April 1]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1>
9. Pompakdee T, Sasat S. Caregiver in Thailand. In: (editor). Sasat S., editor. Formal care giver and the direction of quality assurance in Thailand. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2012.
10. Hendrix CC, Abernethy A, Sloane R, Misuraca J, Moore J. A pilot study on the influence of an individualized and experiential training on cancer caregiver's self-efficacy in home care and symptom management. *Home Healthcare Nurse* 2009; 27(5): 271-78.
11. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist* 2015; 55(1): 309-19.
12. Williams AP, Peckham A, Kuluski K, Montgomery R, Morton F, Watkins J. Formal and Informal Care for Older Persons: Assessing the Balance in Ontario [Internet]. 2010 [cited 2016 November 5]. Available from: https://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/relatedreports/balancecare/HMRU_caregiver_report_2010.pdf
13. Batista MPP, Barros Jd, de Almeida MHM, Mângia EF, Lancman S. Formal caregivers of older adults: reflection about their practice. *Revista de Saúde Pública* 2014; 48(5): 732-38.
14. Hengelaar A.H., Hartingsveldt M, Wittenberg Y, Etten-Jamaludin F, Kwekkeboom R, Satink T. Exploring the collaboration between formal and informal care from the professional perspective - A thematic synthesis. *Health and social care in the community* 2017; 26: 474-85.
15. Watt MH, Perera B, Østbye T, Ranabahu S, Rajapakse H, Maselko J. Caregiving expectations and challenges among elders and their adult children in Southern Sri Lanka. *Ageing and Society* 2014; 34(5): 838-58.
16. Committee on Family Caregiving for Older Adults; Board on Health Care Services; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences E, and Medicine Families Caring for an Aging America. In: Schulz R, Eden J, editors. *Family Caregiving Roles and Impacts*. Washington (DC): National Academies Press; 2016.
17. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. The manual for training care giver for 420 hours. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King; 2014.
18. Department of health services support, Ministry of Public Health. The manual for training village health volunteer B.E. 2550. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2006.
19. Srithayarat W, Arunsang P, Lithongin M, Piyawatpong S, Phunpanich L. Lesson learned and synthesis continuity of elderly care among older person: A case study on stroke and dementia. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institution; 2015.
20. Department of local administration. The information of local organization [Internet]. 2018 [cited 2018 October 19]. Available from: <http://www.dla.go.th/work/abt/summarize.jsp>
21. Planning Division, Department of Health, Ministry of Public Health, . The project of developing long term care for dependency older persons in sub-district of fiscal year B.E. 2561 [Internet]. 2018 [cited 2018 October 19]. Available from: <http://docanamai.homeip.net/index.php?r=str-project/view&id=1082>
22. Matrakul M, Mongkhonittivech N. Situation analysis of care by volunteers for elders with chronic diseases in Mae-Ngoen municipality, Chiang Saen District, Chiang Rai Province. *Journal of Nursing Science & Health*. 2018; 41(2): 69-77.
23. Sasat S, Pagaiya N, Wisethrit W. Estimates, expectations, and trends in health workforce to support the aging society. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health.; 2015.
24. Phengjard J, Jiewpraserd K, Perakawe N. Health volunteer: A member in health care team. *Journal of Nursing Science & Health* 2016; 39(4): 141-53.