

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

โดย

นางลักษณ พะไยยะ

สัญญา ศรีรัตนะ

สนับสนุนโดย

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	2
2. ปัญหาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจากภาครัฐ	3
2.1 การบริการสุขภาพยังขาดระบบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ	3
2.2 บริการสุขภาพยังขาดบริการการดูแลระยะยาวและเรื้อรังที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	4
2.3 บริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมและผู้สูงอายุบางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ	4
3. ปัญหาการประสานงานระหว่างภาคเอกชน-รัฐ-ชุมชนเท่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	5
4. การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีแนวโน้มขาดคุณภาพและขาดผู้ดูแลในอนาคต	5
5. ด้านการบริการผู้สูงอายุในเขตชนบท	5
6. ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์	6
7. ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	8
7.1 การบริการสุขภาพในชุมชน	9
7.2 การบริการสุขภาพในสถาบัน	9
8. ความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ	11
8.1 การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ	11
8.2 ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ	14
9. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	19
เอกสารอ้างอิง	

สารบัญตาราง

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 1 การประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2533 – 2563	1
ตารางที่ 2 การคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ในปี 2553 และ 2563	11
ตารางที่ 3 รูปแบบการจัดบริการ กำลังคนในแต่ละระดับบริการ และมาตรฐานกำลังคน(Staffing norm)	12
ตารางที่ 4 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพประเภทต่างๆ ในปี พ.ศ. 2553 และปี พ.ศ. 2563	13

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดระบบบริการและกำลังคนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเรียงจากการดูแลในระดับครอบครัวถึงการดูแลในระดับสถาบัน	8

ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุนั้นพบแนวโน้มจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น ซึ่งทางสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้คาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย ไว้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 7.2 ในปี 2533 เป็น ร้อยละ 15.3 ในปี 2563 (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 การประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2533 – 2563

จำนวน/ พ.ศ.	2533	2538	2543	2548	2553	2558	2563
จำนวน (ล้านคน)	4.034	4.816	5.733	6.617	7.639	9.104	10.776
% ประชากร	7.2	8.1	9.2	10.2	11.5	13.2	15.3

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2533-2563.

จากการสำรวจประชากรโลกขององค์การสหประชาชาติ คาดว่าประเทศไทยจะมีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป จำนวนเพิ่มขึ้นจาก 3.9 ล้านคน ในปี พ.ศ.2533 เป็น 9.9 ล้านคน ในปี ค.ศ.2563 (พีรสิทธิ์ คำานวนศิลป์และคณะ, 2544) ซึ่ง อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุนั้นมีอัตราสูงกว่าประชากรในวัยเด็กและวัยทำงาน ส่วนหนึ่งเนื่องจากเกิดการลดลงของอัตราการเกิด และอัตราการตายของประชากร โดยใช้การคาดการณ์ถึงแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์เป็นเกณฑ์ พบว่า สัดส่วนการเกิดของประชากรในวัยเด็ก และอัตราการตายของประชากรสูงอายุลดลงอย่างต่อเนื่อง (นภาพร ชโยวรรณ, 2542 –อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2547) อันเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการกระจายบริการด้านสาธารณสุขและจากนโยบายการวางแผนครอบครัว ที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง จึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ประเทศไทยประสบปัญหาด้านผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเหล่านี้ จะกลายเป็นความรับผิดชอบและการแบกรับภาระทางสังคมต้องเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน และเป็นสิ่งบอกเหตุสำคัญที่จะต้องมีการเตรียมระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ให้สามารถรองรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างเหมาะสม

จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเป็นสิ่งบ่งบอกให้เกิดการเตรียมการของระบบสุขภาพเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าว ประเทศไทยได้เริ่มมีการพัฒนาแผนเพื่อผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่แผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 (2525-29) และเริ่มเป็นรูปธรรมในแผนฯ ฉบับที่ 7 และ 8 (2535-44) ซึ่งมีเป้าหมายมุ่งไปที่การส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ นอกจากนี้ผลพวงจากการเข้าร่วมประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลก พ.ศ. 2525 ประเทศไทยได้พัฒนาแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1(2525-44) และ ฉบับที่ 2 (2545-64) ซึ่งในฉบับที่ 2 ได้บูรณาการในด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสวัสดิการสังคม กำหนดยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1. กระตุ้นความพร้อมเพื่อผู้สูงอายุ 2. ส่งเสริมผู้สูงอายุ ระบบคุ้มครองทางสังคม 3. การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาและบุคลากร และการพัฒนาองค์ความรู้และการติดตามประเมินผล (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2551) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการให้ความสำคัญ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานยังขาดความชัดเจน และชี้ให้เห็นความต้องการองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

1. ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจะพบได้บ่อย ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่กลายเป็นปัญหาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และจากจำนวนผู้สูงอายุและอายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพและงบประมาณด้านสุขภาพ เนื่องจากความชุกของภาวะทุพพลภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรังจะเพิ่มสูงขึ้น โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อเสื่อม เป็นต้น

ด้านภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพานับเป็นอีกด้านหนึ่งที่พบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คนจะมีปัญหาสุขภาพทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ จากการสำรวจพบว่าประชากรผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะโรคมากกว่า 1 โรค มากกว่า 70% และจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ก็พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาต้องรับการรักษาถึง 62% กรณีปัญหาด้านสายตา 27% โรคข้อ 26% โรคไต 24% ความดันโลหิตสูงประมาณ 14% การได้ยิน 14% เบาหวาน 8% อัมพาต 3% ซึ่งโรคต่างๆ ก็ก่อให้เกิดภาวะ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ เส้นเลือดสมองแตกตีบตัน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ก็เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตต่อมาในผู้สูงอายุด้วย(พวงเพ็ญ ชัยประเสริฐ, 2550) และจากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทยโดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year :DALY) เป็นตัวบ่งชี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากโรค

ไม่ติดต่อกัน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2551) ดังนั้นจึงควรมีการควบคุม ป้องกัน คัดกรอง และฟื้นฟูโรคไม่ติดต่อกันในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความจำเป็นต้องดำเนินการ เพื่อลดความสูญเสีย เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทุกข์ทางกาย ผู้สูงอายุไทยมีภาวะโรคเรื้อรังสูง และเหตุแห่งการเสียชีวิตคล้ายคลึงกับทุกประเทศ ได้แก่ โรกระบบไหลเวียนเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง และมีความเจ็บป่วยที่สำคัญ 4 อย่าง คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อุบัติเหตุ และไขมันในเลือดสูง และทุกข์ที่แท้จริงนั้นคือการมีภาวะทุพพลภาพ อันมีทั้งระยะสั้นและระยะยาวและคาดว่าจะมีการระบาดในอนาคต ซึ่งเป็นสัญญาณว่าความต้องการบริการการดูแลระยะยาวและบุคลากรผู้ดูแล

ด้านทุกข์ทางใจและทุกข์ทางสังคม ผู้สูงอายุไทยมีทุกข์ คือเหงาและซึมเศร้าจากการถูกทอดทิ้ง รู้สึกไร้ค่า มีความยากไร้ ภาวะครอบครัว (ปัญหาการทารุณกรรมที่แฝงอยู่) และการขาดหลักประกันความมั่นคงทางสังคมด้านต่างๆ ในยามสูงอายุ ผู้สูงอายุบางคนยัง โชคดีที่มีครอบครัวเกื้อหนุน โดยเฉพาะคู่สมรสและบุตรสาว ในขณะที่ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนไม่น้อยที่ถูกทอดทิ้ง

จะเห็นว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นับวันจะทวีขนาดและความรุนแรงมากขึ้นเพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา หากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือป้องกันในอนาคตมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

2. ปัญหาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจากภาครัฐ

การบริการผู้สูงอายุนั้นควรจะสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาที่จำเพาะของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันนี้อาจมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการบริการของผู้สูงอายุดังต่อไปนี้ (วรรณภา ศรีรัตนรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง 2545)

2.1 การบริการสุขภาพยังขาดระบบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีปัญหาและความต้องการพิเศษ จึงต้องการบุคลากรเฉพาะทางที่ไวต่อปัญหาและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะรวมอยู่กับระบบบริการสุขภาพทั่วไป ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการปฏิรูป ยังไม่มีระบบบริการหรือกรอบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องด้วยระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและความจำเพาะของระบบบริการนั้นประเทศไทยยังไม่เผชิญกับภาวะวิกฤตผู้สูงอายุเช่นประเทศอื่นๆ จึงยังไม่มีตัวเร่งเพื่อการจัดระบบสุขภาพเฉพาะทาง ที่รองรับปัญหาและความต้องการเฉพาะผู้สูงอายุ แม้บริการเฉพาะทางผู้สูงอายุนี้จะมีคามจำเป็นทั้งในปัจจุบันและในอนาคต แต่รัฐจำเป็นต้องเร่งสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับบุคคลทุกวัย

ก่อน มีความจำเป็นต้องการระบบบริการเฉพาะทางหรือบริการที่มีความจำเพาะสูงสำหรับผู้สูงอายุอย่างแน่นอน สำหรับบริการสุขภาพเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุไทยที่มีอยู่ประเมินว่ายังไม่เข้มแข็ง กระจุกไม่กระจาย แม้จะเป็นบริการแบบให้เปล่า ประชาชนก็ยังเข้าไม่ถึงด้วยมีข้อจำกัดด้านต่างๆ

2.2 บริการสุขภาพยั้งขาดบริการการดูแลระยะยาวและเรื้อรังที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

บริการสุขภาพของรัฐในประเทศไทย ยังเน้นการดูแลในสถาบันมากกว่าชุมชน โดยจะเน้นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และบริการแบบเฉียบพลัน ยั้งขาดบริการการดูแลระยะยาวและการดูแลสำหรับโรคเรื้อรัง บริการฟื้นฟูสภาพตลอดจนการดูแลระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับบริการสุขภาพของเอกชน มีการขยายตัวด้านการดูแลระยะยาวในสถาบัน การผลิตและให้บริการผู้ดูแลที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเฉพาะกลุ่มที่มีเพิ่มขึ้น แต่ก็มักจะมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากที่ยากจนก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

การบริการสุขภาพในสถาบันในลักษณะของโรงพยาบาล แม้เป็นบริการดูแลเฉียบพลันที่ตอบสนองผู้สูงอายุได้เป็นส่วนใหญ่ แต่จุดอ่อนคือ การดูแลแบบกึ่งเฉียบพลัน และเรื้อรังยังมีน้อย ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการฟื้นฟูสูง การไม่มีคลินิกผู้สูงอายุและหอผู้ป่วยสูงอายุเฉพาะในโรงพยาบาล เป็นจุดด้อยของการบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุ

2.3 บริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมและผู้สูงอายุบางส่วนยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่แอบแฝงอยู่ในสถาบันต่างๆ เช่น วัด เรือนจำ ชุมชนชนบทที่ห่างไกล ชนกลุ่มน้อย และอื่นๆ จึงควรศึกษาสภาพความเป็นอยู่ของประชากรผู้สูงอายุทุกแห่ง เพื่อความครอบคลุมและทั่วถึง ของการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดของพยาธิสภาพและความเจ็บป่วย และการที่คลินิกและสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีเฉพาะในโรงพยาบาลบางแห่ง จึงเป็นจุดอ่อนทำให้ผู้สูงอายุในชนบทไม่สามารถเข้าถึงบริการเฉพาะทางได้ ยิ่งผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลสถานพยาบาลมักมีข้อจำกัดในการไปรับบริการที่สถานบริการ โดยไม่สามารถไปเองได้ต้องอาศัยบุคคลอื่น เช่นบุตรหลานมีภาระการทำงาน ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้ารับบริการ และไม่ได้รับความเป็นธรรมทางสุขภาพ

จากผลการศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการบริการสวัสดิการสังคมพบว่าบริการส่วนใหญ่ที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุไม่เหมาะสมและไม่เป็นธรรมเพราะ ผู้สูงอายุกลุ่มยากจน ไร้ญาติ ไม่มีผู้ดูแลยังไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้ ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการคัดเลือกผู้สูงอายุที่ไม่เป็นธรรมภายใต้ระบบอุปถัมภ์ ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายยังไม่ได้รับบริการ ไม่สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเองได้ ผู้สูงอายุไม่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการ การดำเนินงาน จึงส่งผลให้บริการส่วนใหญ่ขาดความยั่งยืนของ

บริการและกิจกรรม ไม่สามารถสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุและชุมชนได้ในระยะยาว (ระพีพรรณ คำหอมและคณะ, 2542)

การวิจัยพบว่าบริการด้านสุขภาพมีลักษณะของความไม่เป็นธรรมในประชากรสูงอายุไทย โดยผู้สูงอายุที่ด้อยการศึกษาและยากจนจะมีปัญหาด้านสุขภาพในอัตราสูงและมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพของรัฐต่ำ ลักษณะเช่นนี้ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพและสังคมขยายตัวมากขึ้นไปอีกเนื่องจากปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจในระยะที่ผ่านมาส่งผลต่อการจัดสรรทรัพยากรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งสภาพแวดล้อมต่างๆและระบบขนส่งสาธารณะไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้การเข้าถึงระบบบริการต่างๆเป็นไปได้ยากลำบาก ไม่สามารถดำรงสายสัมพันธ์และกิจกรรมในชุมชนและสังคมได้อย่างที่ควรจะเป็น ขาดแคลนโอกาสในการสนทนาการ(สุทธิชัย จิตรพันธ์กุล, 2543)

3. ปัญหาการประสานงานระหว่างภาคเอกชน-รัฐ-ชุมชนเท่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

เนื่องด้วยสภาพภาครัฐนั้นยังไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง การให้บริการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบต่างๆยังเป็นเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น ในขณะที่ภาคเอกชนที่ให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุก็ยังไม่ได้รับการสนับสนุนหรือได้รับความร่วมมือจากภาครัฐเท่าที่ควร นอกจากนี้ในด้านการประสานงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน พบว่าชุมชนยังขาดความเข้มแข็งในการรวมตัวหรือร่วมมือกับภาคเอกชนและรัฐในการแสวงหาแนวทางหรือรูปแบบที่เหมาะสมที่จะช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2547)

4. การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีแนวโน้มขาดคุณภาพและขาดผู้ดูแลในอนาคต

ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย หน่วยงานของรัฐให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในระดับชุมชนและครอบครัวน้อย เนื่องจากเห็นว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัว ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาจากการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลขาดการเตรียมตัวที่เหมาะสม

5. ด้านการบริการผู้สูงอายุในเขตชนบท ระพีพรรณ คำหอมและคณะ (2547) ซึ่งให้เห็นข้อจำกัดด้านระบบบริการจากภาครัฐดังนี้

- บริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชนบทมีหลายด้าน ด้านที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้มากที่สุด คือบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากมีการกระจายบริการได้กว้างขวางที่สุดมากกว่าบริการด้านอื่นๆ และเป็นบริการที่สอดคล้องกับธรรมชาติของวัยผู้สูงอายุ แต่หากพิจารณาถึงความครอบคลุมของบริการด้านอื่นๆ ในด้านการส่งเสริมเศรษฐกิจ การมีงานทำ บริการด้านการศึกษา

และด้านสังคม อันเป็นบริการที่ตอบสนองด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตนั้น กล่าวได้ว่ารัฐยังไม่สามารถจัดบริการได้อย่างทั่วถึง ยังมีความจำเป็นต้องเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการจัดการ

- บริการส่วนใหญ่เป็นบริการที่รัฐรับผิดชอบดำเนินการเอง แต่ยังขาดกลไกหลักที่จะดูแลระบบบริการให้เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ

- บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ในการให้บริการอย่างรอบด้าน เชิงลึก และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา

- รัฐยังขาดการกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนหรือท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการด้านสวัสดิการ โดยชุมชนเอง จึงทำให้ขาดพลังทางสังคมในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ ขาดการส่งเสริมโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจเรื่องสวัสดิการ ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นงานที่มีลักษณะประจำ นิ่ง มากกว่างานบริการเชิงยุทธศาสตร์ที่จำเป็นต้องมีขบวนการเคลื่อนไหวโดยภาคประชาชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาเชิงกระบวนการที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนมากกว่าที่เป็นอยู่

- การจัดการบริการสวัสดิการผู้สูงอายุของรัฐ ยังขาดฐานคิดที่จะไปสนับสนุนหรือส่งเสริมฐานวัฒนธรรมหรือภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งๆที่การส่งเสริมภูมิปัญญาหรือวัฒนธรรมจะนำไปสู่การสร้าง ความมั่นใจทางจิตใจและเป็นการเพิ่มศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความรู้สึภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

6. ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย จะต้องเร่งพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ทันกับภาวะวิกฤตประชากรสูงอายุไทยที่จะเพิ่มเป็นทวีคูณใน 20-30 ปีข้างหน้า โดยมีข้อเสนอด้านการจัดระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดย วรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง (2545) ได้ให้ข้อเสนอแนะระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ มีองค์ประกอบหลังดังนี้

6.1 แนวคิดหลักของระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

- บริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานที่ผู้สูงอายุทุกคนควรจะได้รับ
- เน้นแนวคิดการพัฒนา มากกว่าสงเคราะห์ มุ่งงาน สร้างรายได้
- เน้นการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมและเกื้อหนุนของครอบครัวและชุมชน และการสนับสนุนโดยรัฐ
- เน้นการมีส่วนร่วมกิจกรรมของคนหลายวัย

- มุ่งสร้างสุขภาพองค์รวมควบคู่กับการสร้างความมั่นคงทางสังคมเพื่อผู้สูงอายุ
- สร้างวัฒนธรรมพลัง และสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ
- เน้นบริการเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ
- ผสมผสานและบูรณาการบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม
- ต้องครบวงจรชีวิตของความสุขอายุและสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้สูงอายุและครอบครัว
- มีความหลากหลาย ครอบคลุม-เข้าถึงง่าย มีคุณภาพ-ประสิทธิภาพ เป็นธรรม
- การดูแลระยะยาวเน้นการดูแลที่บ้าน และชุมชนเป็นหลัก และขยายบริการในสถาบันตามจำเป็น
- ให้บริการ โดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางการดูแล
- ต้องคงไว้ซึ่งสิทธิ ศักดิ์ศรี คุณค่า และการให้ความเคารพผู้สูงอายุ
- มีการปกป้อง พิทักษ์สิทธิ แม้ในระยะต้องพึ่งพาคือคนอื่น และจวบจนวาระสุดท้ายของชีวิต
- มีบริการเสริมเพื่อเป็นทางเลือกกับผู้ที่สามารถง่าย

6.2 ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ และระบบบริการการดูแลระยะยาว

6.2.1 ระบบบริการสุขภาพ (เฉพาะทาง) สำหรับผู้สูงอายุ

- เป็นระบบบริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ที่รวมบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งวัยก่อนสูงอายุและวัยสูงอายุ ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้จนถึงในภาวะที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้
- กรอบมาตรฐานการบริการที่สะท้อนปัญหาทางคลินิก สุขภาวะทางสังคม และการพัฒนาผู้สูงอายุ
- การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในระบบ อาจเป็นบริการที่รวมหรือแยกจากระบบบริการสุขภาพหลัก(ทั่วไป) เป็นบริการที่เชื่อมต่อระหว่างสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน เป็นบริการดูแลทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังในสถาบัน บริการระยะปรับผ่าน บริการฟื้นฟูสภาพบริการดูแลระยะสุดท้าย บริการดูแลที่บ้าน และบริการสนับสนุนในชุมชนต่างๆ
- การบริการต้องกระทำโดยบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ มีเจตคติที่ดีและมีความไวต่อผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุ

6.2.2 ระบบบริการการดูแลระยะยาว

- ระบบบริการการดูแลระยะยาว เป็นระบบบริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาซึ่งต้องการการดูแลระยะยาว ทั้งสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน
- บุคลากรผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุระดับต่างๆ ทั้งในสถาบัน ที่บ้าน และในชุมชน จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน และมีการรับรองโดยองค์กรวิชาชีพ หรือองค์กรด้านผู้สูงอายุที่มีการรับรองคุณภาพและมาตรฐาน

7. ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งประสงค์นั้น จะประกอบด้วยดูแลที่ครบวงจร เริ่มจากครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ ซึ่งการบริการในแต่ละระดับจะต้องสอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุนั้นควรจะเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องเริ่มจากการดูแลตนเอง การดูแลโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ การดูแลระดับชุมชน ไปถึงการในสถานบริการ ซึ่งในแต่ละระดับก็มีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังสรุปในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดระบบบริการและกำลังคนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเรียงจากการดูแลในระดับครอบครัวถึงการดูแลในระดับสถาบัน

Informal/ less intensive → Formal care/ most intensive

ประเภทบริการ	Self-care	In-home	Informal care/ support	Community care facility	Health centre	hospital	Nursing home
Setting	ตนเอง	ครอบครัว	ชุมชน	ชุมชน	สถานีอนามัย	โรงพยาบาล	สถานบริบาล
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

7.1 การบริการสุขภาพในชุมชน

7.1.1 การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายหลังภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และได้ออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านแล้ว ซึ่งดำเนินการโดยตั้งอยู่บนความเชื่อที่จะลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง โดยผู้ให้บริการหลักเป็นกำลังคนไม่เป็นทางการ ได้แก่ ญาติหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการบริการ มักจะสัมพันธ์กับการอบรม/พัฒนาผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีภาวะทุพพลภาพ และภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งบริการชนิดนี้กำลังเป็นที่นิยม เพราะไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้อยู่ที่บ้านและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ครอบครัวดูแลอย่างใกล้ชิด และรู้สึกว่าได้ทอดทิ้งผู้สูงอายุเพียงแต่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลเท่านั้น โดยบริการนี้ต้องได้รับการสนับสนุนด้านเทคนิควิชาการจากสหวิทยาการจากบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล สาธารณสุข นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด

7.1.2 ศูนย์เอนกประสงค์ในชุมชน ศูนย์เอนกประสงค์ที่ตั้งในชุมชนนั้นอาจจะเหมาะสมในชนบท และในเขตเมืองบางแห่ง สถานที่ตั้งอาจจะเป็นที่วัด หรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน ตามความเหมาะสม เป็นการให้ชุมชนและผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยจะให้บริการทั้งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ และที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ศูนย์เอนกประสงค์จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและชุมชนได้เข้ามาบริหารจัดการ สร้างเครือข่ายผู้สูงอายุ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยการสนับสนุนภาครัฐ ซึ่งผู้ดูแลในส่วนนี้ อาจจะเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ) โดยการสนับสนุนทางวิชาการของทีมสหวิชาชีพ โดยรัฐ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบลต้องมาดูแลในด้านงบประมาณ และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ในด้านการออกกำลังกาย การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

7.2 การบริการสุขภาพในสถาบัน

7.2.1 สถานเอนามัย ผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในการเดินทาง และในขณะที่สถานเอนามัยได้รับการคาดหวังให้เป็นบริการ ซึ่งกำลังคนหลักในการให้บริการ ได้แก่ แพทย์ (บางแห่ง) พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด (บางแห่ง) และทันตภิบาล บุคลากรเหล่านี้นอกจากจะให้บริการองค์รวมครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพที่สถานเอนามัยแล้ว ต้องทำหน้าที่ติดตามและสนับสนุนด้านวิชาการแก่ อสผ รวมทั้งติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านด้วย

7.2.2 โรงพยาบาล สถาบันที่ให้บริการได้แก่โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด ในสถานบริการระดับนี้มีบริการสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เน้นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ความที่ผู้สูงอายุมากมีปัจจัยทางด้านสุขภาพที่อ่อนแอ จึงมีส่วนการครองเตียงและอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายิ่งอายุมากความต้องการดูแลและพึ่งพิงมากขึ้นตามลำดับ และในอนาคตที่ผู้สูงอายุไทยจะมีจำนวนมากและอายุยืนมากขึ้น ความต้องการย่อมมากขึ้นกว่านี้ ดังนั้นการให้บริการสุขภาพอาจต้องพิจารณากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ บุคลากรหลักที่ให้บริการได้แก่ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด ทันตบุคลากร เภสัชกร เป็นต้น

7.2.3 คลินิกผู้สูงอายุ เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ ปัจจุบันมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 44 แห่ง แต่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน ปัจจุบันมีการขยายบริการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่นคลินิกวัยทอง ที่ให้การดูแลปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุชายหรือหญิงตั้งแต่วัยก่อนสูงอายุ และมีแนวโน้มขยายบริการมากขึ้นทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันและรักษา และบริการข้อมูลข่าวสาร แต่ส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในเขตเมือง นอกจากนี้ยังมีการพัฒนา หอผู้ป่วยเฉพาะผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ให้บริการทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง แต่บริการที่จัดไว้ในโรงพยาบาลก็ถือว่าเป็นบริการแบบเฉียบพลันมากกว่าเรื้อรัง และโรงพยาบาลภาครัฐมีการขยายบริการไปชุมชน ในลักษณะต่างๆ แต่ก็ยังไม่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งอนุมานได้ว่างานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยโรงพยาบาลอยู่ในสถาบันมากกว่าชุมชน และเป็นลักษณะการบริการแบบเฉียบพลัน

7.2.4 โรงพยาบาลเอกชน

บริการที่มีบริการคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกวัยทอง ในบางแห่งมีบริการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุด้วย ซึ่งบางแห่งไม่ได้ให้บริการรักษาพยาบาล หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะส่งไปรักษายังแผนกอื่นของโรงพยาบาล หรือรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่อไป โรงพยาบาลเอกชนให้บริการดูแลผู้สูงอายุทั้งแบบ long term care คืออยู่ประจำที่โรงพยาบาล และแบบ day care คือ รับ-ส่งไป-กลับ หรือบางแห่งให้บริการแบบ home care คือ จัดส่งแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแลไปดูแลที่บ้าน ซึ่งถือว่ามีบริการให้บริการแบบเรื้อรังปรากฏในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่ารัฐ แต่ก็ยังเป็นบริการในสถาบันมากกว่าชุมชน และมีความจำกัดการบริการอยู่ในเมืองใหญ่เพียงไม่กี่แห่ง

7.2.5 สถานพยาบาลผู้สูงอายุ

เป็นสถานพยาบาลที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะเป็นการพยาบาล หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล ดำเนินงานโดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพ อาจเป็นการดำเนินงานของภาคเอกชนหรือภาครัฐ ตั้งอยู่ในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ ความต้องการบริการประเภทนี้มีมากขึ้น

เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในภาครัฐการให้บริการแบบนี้อาจแทรกอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

8. ความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ

8.1 การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ

ในการเตรียมการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถจัดบริการที่ให้เกิดการเข้าถึงบริการ ให้บริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดถึงสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องมีกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณ การกระจาย และทักษะ ในการกำหนดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในที่นี้จะครอบคลุมทั้งกำลังคนภาคไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตลอดถึงผู้ให้บริการในกระแสหลัก ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา โดยข้อมูลที่น่ามาใช้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนนี้ ข้อมูลมาตรฐานกำลังคนใช้ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักวิจัยและพัฒนากำลังคน (2551) ข้อมูลการเจ็บป่วยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) โดยการคาดการณ์นี้ต้องสัมพันธ์กับข้อมูลผู้สูงอายุจากรายงานของ มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ (2549)

ในการคาดการณ์ผู้สูงอายุพบว่าในปี 2553 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 7,639,000 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น 499,873 คน (6.5%) และในปี 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากถึง 10,776,000 คน และในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น 741,766 คน (6.9%) ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตารางที่ 2 การคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในปี 2553 และ 2563

ปี	ดูแลตนเองได้	ต้องการคนดูแล	รวม
2553	7,139,127	499,873	7,639,000
2563	10,034,234	741,766	10,776,000

ในการจัดระบบบริการครบวงจรสำหรับผู้สูงอายุนั้น กำลังคนจำเป็นจะต้องมีความหลากหลาย และยึดหลักการผสมผสานทักษะ (skill mix หรือ task-shifting) ทั้งในระหว่างกำลังคนกระแสหลัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น และระหว่างกำลังคนกระแสหลักและกำลังคนที่

ไม่ใช่ทางการแพทย์ เช่น ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัคร เป็นต้น ซึ่งการผสมผสานทักษะนี้มีส่วนทำให้เกิดการเข้าถึงบริการ ได้มากขึ้นและเป็นการลดต้นทุนการให้บริการ

ตาราง 3 แสดงให้เห็นว่าสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้นั้นควรจะได้รับ การสนับสนุนให้ดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือต้องการการช่วยเหลือควรได้รับการดูแลจากญาติ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ๆ โดยสัดส่วนการดูแลที่เหมาะสมพบว่าเป็น 1: 7 (นาถ พันธุมนาวัน 2549-อ้างในมูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ 2549) ในขณะที่ชุมชนและผู้สูงอายุควรมีบทบาทในด้านการรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันและเสริมสร้างสุขภาพ ตลอดจนทั้งควรมีสุนัขเอนกประสงค์เพื่อให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือด้วย โดยสุนัขนี้กำลังคนคือผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครต่างๆ

ในระดับสถานบริการ โดยเฉพาะสถานเอนามัยและโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิจะให้บริการด้านการรักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการใช้บริการรักษาเฉียบพลันและดูแลโรคเรื้อรัง 4.4 ครั้งต่อคนต่อปี ในขณะที่พยาบาล 1 คนสามารถดูแลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ 1,250 คนต่อปี (ในเวลา 1,166 ชั่วโมงต่อปี) และนักจิตวิทยาดูแลผู้สูงอายุได้ในระดับ 5,000 คนต่อปี (ในเวลา 1,166 ชั่วโมงต่อปี) สำหรับกลุ่มพึ่งพิงนั้นการดูแลมีการ task shifting ระหว่างพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยทั้ง 2 กลุ่มต้องให้บริการในการเยี่ยมบ้านและติดตามสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุในชุมชน โดยสามารถให้บริการได้ 200 คนต่อปี นักกายภาพบำบัดมีบทบาทในการให้บริการ เยี่ยมบ้าน และสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสามารถให้บริการได้ 200 คนต่อปี

ในส่วนผู้ป่วยใน การสำรวจพบว่าผู้สูงอายุใช้บริการผู้ป่วยใน 0.1 ครั้งต่อคน โดยมีวันนอนเฉลี่ย 7 วัน และพยาบาล 1 คนสามารถดูแลผู้ป่วยได้ 50 คนต่อปี

ตารางที่ 3 รูปแบบการจัดบริการ กำลังคนในแต่ละระดับบริการ และมาตรฐานกำลังคน(Staffing norm)

Settings	กลุ่มเป้าหมาย	กำลังคน	มาตรฐานกำลังคน	บริการ
ครอบครัว	ดูแลตนเองได้	ดูแลตนเอง		กิจวัตรประจำวัน
	พึ่งพิง	ญาติ/คนในครอบครัว	1:1	กิจวัตรประจำวัน
ชุมชน	ดูแลตนเองได้	เครือข่าย/ชมรม/อสม	1:1 ชุมชน	สังคม/ส่งเสริมสุขภาพ
	พึ่งพิง	ผู้ดูแล และ	1:7 คน	รักษา ส่งเสริม

Settings	กลุ่มเป้าหมาย	กำลังคน	มาตรฐาน กำลังคน	บริการ
		อาสาสมัครอื่นๆ		ฟื้นฟู
สถานบริการ ผู้ป่วยนอก	acute/ chronic (4.4 ครั้ง/คน) ผู้สูงอายุทุกคน	แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา	1: 1,250 1: 5,000	- ให้บริการรักษา
กลุ่มฟื้นฟู	ฟื้นฟู	แพทย์ พยาบาล สาธารณสุข กายภาพบำบัด	1:200 1:200 1: 200	- home visit - สนับสนุน อสม/ อสม
ผู้ป่วยใน	(0.1 ครั้ง/คน x7 วันนอน)	พยาบาล	1: 50	

จากข้อมูลในตารางที่ 2 และ 3 จึงได้คาดการณ์ความต้องการกำลังคนประเภทต่างๆ ตามรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพประเภทต่างๆ ในปี พ.ศ. 2553 และปี พ.ศ. 2563

กำลังคน	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2563
ญาติ/ครอบครัว	499,873	741,766
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	71,410	105,967
พยาบาล --acute/chronic care	6,111	8,620
- กลุ่มฟื้นฟู	2,499	3,708
- IPD	15,278	21,552
รวม	23,888	33,880
สาธารณสุข	2,499	3,708
กายภาพบำบัด	2,499	3,708
นักจิตวิทยา	1,528	2,155

8.2 ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ

ในด้านผู้ดูแลที่มีในปัจจุบันนั้นพิจารณาได้เป็น 2 กลุ่ม คือผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ สำหรับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการคือการได้รับการดูแลภายใต้เครือข่ายครอบครัวอันได้แก่สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนบ้าน กิจกรรมการดูแลจะมีลักษณะการดูแลจัดการ และการดูแลช่วยเหลือในบ้านและในชุมชน ส่วนด้านผู้ดูแลที่เป็นทางการนั้นจะให้การดูแลทั้งในสถาบัน ในชุมชน รวมถึงบ้าน เนื่องจากปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุคือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพ ดังนั้นความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการให้จึงอยู่ในรูปแบบ การพักอาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งหมายถึงการดูแลทุกด้าน การดูแลทางเศรษฐกิจสังคมและการดูแลทางสุขภาพมาก

8.2.1 กำลังคนที่ไม่เป็นทางการ

ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว

ในวัยผู้สูงอายุนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ จะเป็นกลุ่มที่ยังแข็งแรงในครอบครัว ผู้ดูแล 81.2% เป็นบุตร หลาน และญาติ เหตุผลก็คือ อยู่ด้วยกันมา และดูแลกันไป ผู้ที่ดูแลรับจ้างขณะนี้มีเพียงเล็กน้อย 0.3% เท่านั้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2550) จะเห็นได้ว่าครอบครัวและเครือญาติจะเป็นผู้ที่มีภาระสำคัญในการดูแล แต่เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น โครงสร้างทางประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะการลดลงของประชากรวัยเด็กแรกเกิด- 14 ปี ที่ลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 24.3 ในปีพ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 20.0 ในปีพ.ศ. 2558 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการลดลงอย่างต่อเนื่องของเครือข่ายการดูแลในครอบครัว บุตรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญจะเริ่มขาดแคลนในอนาคต อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมจึงมีผลทำให้ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้งเพราะครอบครัวไม่สามารถรับภาระได้ เนื่องมาจาก

(1) การลดลงของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่การลดลงของบุตรจำนวนมาก และลดลงอยู่เรื่อยๆ เนื่องจากปัจจุบันการอพยพแรงงานจากชนบทเข้าเมือง หรือจากภาคหนึ่งไปอีกภาคหนึ่งทำให้ความเข้มแข็งของครอบครัวลดลง คนในครอบครัวกระจายกันอยู่ ทำให้ขาดแคลนกำลังคนที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้ ยิ่งปัจจุบันเมื่ออายุยืนยาวขึ้น ภาวะการเจ็บป่วยก็เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นและจะเป็นปัญหาในอนาคตอันได้แก่ภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งกลายเป็นภาวะที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

(2) ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากยิ่งอายุยืนยาวขึ้น ความต้องการผู้ดูแลก็มากขึ้น ในขณะที่ลูกก็ไม่สามารถอยู่ดูแลได้เพราะต้องออกไปทำงานหรืออยู่ต่างจังหวัด และการที่ปัจจุบันผู้หญิงมีโอกาสและเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้นเนื่องด้วยความจำเป็นด้านเศรษฐกิจ จึงไม่สามารถอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างเมื่อก่อนจึงยิ่งส่งผลต่อการที่จะดูแลผู้สูงอายุ อีกส่วนหนึ่งคือการที่ครอบครัวให้ความสำคัญต่อการศึกษามากขึ้น จึงส่งเด็กเข้าเรียนในโรงเรียนจนถึงชั้นมัธยม ทำให้ขาดแคลนกำลังคนที่จะดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้

(3) ปัญหาการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เกิดจากเหตุผลหลายๆ ประการ ซึ่ง มีกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหา มาก กลุ่มแรกคือ กลุ่มที่อยู่ในฐานะยากจน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเองได้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70- 80 ปีขึ้นไป ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีรายได้ระดับพอมีอยู่มีกิน และก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะว่าขาดเครือข่ายการดูแล กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คนสูงอายุดูแลคนสูงอายุด้วยกันเอง จะมีเยอะมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะเริ่มที่อายุ 60-64 ปี และ กลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่มที่ช่วยตนเองไม่ได้ นอนติดเตียง มีอายุ 70 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในชนบทไทยมาก

(4) ความไม่สอดคล้องระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ ประเทศไทยมีนโยบายให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวนานที่สุดเท่าที่จะนานได้ ประกอบกับวัฒนธรรมและประเพณีที่ยึดในเรื่องความกตัญญูต่อบิดามารดา รัฐจึงได้จัดสวัสดิการและบริการสังคมบางประเภท แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งยังไม่เอื้อต่อการให้ผู้สูงอายุอาศัยในบ้านได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำที่พึงมี รวมถึงการที่รัฐยังขาดนโยบายในการจัดบริการที่ผสมผสานด้านการแพทย์และสังคม ที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหา ผู้สูงอายุที่ต้องการบริการเฉพาะด้าน หรือบริการฉุกเฉินในบางครั้ง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ) ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยคาดหวังจะมีบทบาทในด้านการช่วยเหลือสนับสนุน ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน และเป็นรูปแบบหนึ่งของการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ การอบรม อสผ ได้เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2546 และในปี 2549 กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้นำไปขยายผลใน 63 จังหวัด มีผู้ผ่านการอบรมปฏิบัติหน้าที่เป็น อสผ จำนวน 2,863 คน โดยให้การดูแลผู้สูงอายุที่ขาดการดูแล ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำนวน 17, 406 คน อย่างไรก็ตามจากการคาดการณ์พบว่าทั้งประเทศต้องการ อสผ จำนวน

71,410 คนในปี 2553 และจำนวน 105,967 คนในปี 2563 จึงกล่าวได้ว่ายังขาดแคลน อสพ จำนวนมาก ซึ่งต้องเร่งการผลิตและจัดระบบ (มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ 2549)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากการขาดแคลนด้านจำนวนแล้ว ยังมีความขาดแคลนด้านทักษะ หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงศึกษา เน้นการดูแลผู้สูงอายุ ที่ไม่เจ็บป่วย แต่โดยทั่วไปก็จะมีการฝึกเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถให้การดูแล ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยได้ โดยถือว่าเป็นการปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมดูแล ของแพทย์และพยาบาล แต่จากข้อมูลเชิงประจักษ์ ในหลายกรณี พบว่า มีผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก ไม่ได้ผ่านการอบรม จากโรงเรียนที่ขออนุญาตตามกฎหมาย และไม่ได้อบรม ตามหลักสูตรที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จำนวนไม่น้อยไม่เคยผ่านการอบรมใดๆ เลย และในความเป็นจริง ยังมีโรงเรียนที่เปิดสอน และฝึกอบรมอย่างไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และไม่มีหลักสูตรมาตรฐานอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่มีข้อมูลว่า มากน้อยเพียงใด ด้านโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานศึกษาโดยการอนุญาตจาก กรมการศึกษานอกโรงเรียน ที่ดำเนินการโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เปิดทำการสอนให้แก่ผู้ที่สนใจจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นหลักสูตรระยะสั้น พบว่าก็ยังขาดมาตรการควบคุมมาตรฐานหลักสูตรและ มาตรฐานการสอน เพียงแต่ส่วนใหญ่สอนโดยแพทย์และพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้หลักสูตรยังมีหลาย ระดับ หลายหลักสูตร ไม่มีการควบคุมมาตรฐาน ขาดการตรวจสอบจากองค์กรวิชาชีพ และหลักสูตรที่ทำโดยเอกชน อาจเป็นช่องทางการค้ากำไร หากผลประโยชน์จากผู้เรียนและไม่รับผิดชอบผลผลิต

นอกจากนั้น ยังพบปัญหาที่มีผู้สนใจเข้ารับการอบรมน้อย และพบว่าผู้ที่อบรมไปแล้ว ไม่ใคร่จะ ยั่งยืนในงานที่ทำ เพราะส่วนใหญ่ ถ้าสมรสแล้วก็มักจะเลิกทำงานนี้ไปเลย และส่วนหนึ่งการที่มีผู้สนใจ น้อย น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาระงาน ที่ค่อนข้างหนัก นำเบื้อ และค่าตอบแทนไม่สูงนัก สำหรับผู้ดูแล (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2540)

8.2.3 กำลังคนที่เป็นทางการ

ปัญหาในด้านกำลังคนหลักที่จะรองรับการดูแลผู้สูงอายุนี้อยู่ใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ การขาด แคลนบุคลากร และทักษะการให้บริการของบุคลากร

(1) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร

พบปัญหาการขาดแคลนประชากรทุกระดับ การขาดแคลนแพทย์เป็นปัญหาเรื้อรังที่ยังคงอยู่ ณ ปัจจุบันนี้ แต่ในที่นี่จะกล่าวถึงบุคลากรหลักกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นัก กายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา

กฤษดา แสงดี (2551) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสัดส่วนมากที่สุดของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 97,942 คน ในในกลุ่มพยาบาลนี้ มีเพียง 66.2% เท่านั้นที่ให้บริการสาธารณสุขโดยตรง ในด้านการสูญเสียกำลังคนพบว่า การสูญเสียพยาบาลเพิ่มจากร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ. 2550 นอกจากนั้นพยาบาลยังมีข้อจำกัดในด้านจำนวนปีที่สามารถปฏิบัติงานทางการพยาบาลมีความจำกัดเพียง 22.5 ปีเท่านั้น ดังนั้นการสูญเสียเพียงเล็กน้อยก็ส่งผลกระทบต่อความขาดแคลนพยาบาล ในด้านอัตราการได้เพิ่มมาในแต่ละปี โดยเฉลี่ยแล้วทั้งกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น และเอกชนสามารถผลิตพยาบาลได้ปีละ 6,000 คน โดยในปี 2554 คาดว่าจะมีผู้สำเร็จการศึกษา 9000 คน) อย่างไรก็ตาม ผลจากการลดการผลิตในระหว่างปี 2542-2548 ส่งผลให้อัตราการเพิ่มของพยาบาลลดลงจาก 8.3% ในปี 2544 เป็น 4.2% ในปี 2547 ทำให้การเพิ่มของพยาบาลไม่กระตือรือร้นเลยเนื่องจากการสูญเสียและการได้เพิ่มเท่ากัน หากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ จากการศึกษาการคาดการณ์ความต้องการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุจะต้องการพยาบาลประมาณ 24% ของพยาบาลทั้งหมดในปี 2553 และการดูแลผู้สูงอายุในปี 2563 จะต้องการพยาบาล 34% ของพยาบาลทั้งหมด

ในด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ประสาธน์อนามัย ณ ปัจจุบันมีจำนวน 30,441 คน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2550) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำที่สถานอนามัยนี้มีจำนวนการผลิตเฉลี่ย 1000 คนต่อปี และมีอัตราการคงอยู่ในชนบทสูง มีการสูญเสียค่อนข้างน้อย ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อจะทำงานร่วมกับพยาบาลต้องการ 2499 คนในปี 2553 ซึ่งคิดเป็น 7.5% ของทั้งหมด และในปี 2563 การบริการผู้สูงอายุต้องการกำลังคน 3708 คน คิดเป็น 8.5% ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด

สำหรับกายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพที่เริ่มมีความต้องการเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันจำนวนนักกายภาพที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวน 4,300 คน โดยมีเพียง 2,000 คนที่ปฏิบัติงานกายภาพ โดยมีเพียง 809 คนที่ปฏิบัติงานอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลอำเภอเป็นสถานบริการที่นักกายภาพอยู่มากที่สุด ถึง 381 คน ซึ่งคิดเป็น 34% ของโรงพยาบาลอำเภอทั้งหมด นักกายภาพที่กระจายอยู่โรงพยาบาลทั่วไป 240 คน และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 188 คน ในขณะที่สถาบันการผลิตสามารถผลิตนักกายภาพบำบัดได้ปีละ 500-600 คน (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2551) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลต่อความต้องการนักกายภาพบำบัดเพิ่มมากขึ้น ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านกายภาพบำบัดเพื่อจะทำงานร่วมกับทีมสุขภาพต้องการ 2,499 คนในปี 2553 ซึ่งคิดเป็น 43% ของทั้งหมด และในปี 2563 การบริการผู้สูงอายุต้องการกำลังคน 3,708 คน คิดเป็น 34% ของนักกายภาพทั้งหมด ทั้งนี้ชี้ให้เห็น

ว่าต้องมีการจัดระบบในการให้นักกายภาพที่ไม่ได้อยู่ในระบบบริการทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามา มีบทบาทมากขึ้น

นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ เริ่มเป็นที่ต้องการของระบบสุขภาพ ในจำนวนบุคลากรด้านจิตเวช ณ ปี 2548 จำนวนพยาบาลจิตเวชมีจำนวน 1,864 คนมีอัตราการเพิ่ม 1% ส่วนใหญ่กระจุกอยู่ในเมืองใหญ่ บุคลากรอีกประเภทคือนักจิตวิทยาคลินิก ซึ่งมีจำนวนเพียง 230 คนทั่วประเทศ โดยมีอัตราการเพิ่ม 3.2% ต่อปี สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ มีจำนวนเพียง 214 คนในปี 2548 ลดลงจาก 391 คนในปี 2547 (กรมสุขภาพจิต 2548) จะเห็นว่ากลุ่มนักจิตวิทยานี้ยังคงมีน้อยมากไม่เพียงพอกับความต้องการ ในขณะที่ในการบริการผู้สูงอายุระบบต้องการนักจิตวิทยาถึง 1,528 คนในปี 2553 และต้องการเพิ่มเป็น 2,155 คนในปี 2563 ดังนั้นระบบต้องมีการเตรียมพร้อมสำหรับความต้องการของกำลังคนกลุ่มนี้

(2) ปัญหาคุณภาพของบุคลากร

นอกจากปัญหาด้านการขาดแคลนเชิงจำนวนและการกระจายกำลังคนแล้ว พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดความรู้ ทักษะ และทักษะในการให้บริการอย่างรอบด้าน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา เนื่องจากอุปสรรคของการบริการสุขภาพที่สำคัญก็คือ การที่ผู้ให้บริการไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเพียงพอ ทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติ ซึ่งทั้งสองสิ่งนี้มีความสำคัญต่อทัศนคติและความชำนาญของผู้ให้บริการและผลต่อคุณภาพของการดูแล ในศักยภาพของผู้ให้บริการสุขภาพมีผลต่อความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุย่อมต้องการให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีศักยภาพในการวินิจฉัยและการรักษาโรค

ในด้านคุณภาพของบุคลากรนั้นพบว่าที่ยังเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะบุคลากรระดับล่างยังมีจิตสำนึกในฐานะผู้บริโภคน้อย และยังมีความเข้าใจเรื่องสวัสดิการของผู้สูงอายุไม่เพียงพอ การขาดจิตสำนึกในการบริการของบุคลากร อาทิ การใช้วาจาถ่วงละเมิดผู้สูงอายุ ด้านทัศนคติผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมบริการสุขภาพที่เป็นการแสดงถึงการไม่ให้เกียรติ ไม่คำนึงถึงความเป็นบุคคลของศูนย์บริการสุขภาพที่มีต่อผู้สูงอายุ และการไม่เคารพผู้สูงอายุในฐานะผู้ใช้บริการ ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุต้องเสียเวลารอนานๆ เพียงเพื่อจะขอนัดเวลาเพียงสั้นๆ หรือผู้ให้บริการสุขภาพไม่ค่อยใส่ใจหรือไม่อดทนที่จะฟังผู้สูงอายุเล่าถึงปัญหาของตน (ดวงพร หุ่นตระกูล, 2547)

ดังนั้นปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบาย บริหารและบริการจึงควรได้รับการแก้ไข รวมทั้งในด้านการวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนอย่างจริงจังและชัดเจนเพื่อรองรับปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่กำลังจะเป็นปัญหาในอนาคตอันใกล้

9. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

9.1 ให้การสนับสนุนกำลังคนไม่เป็นทางการและจัดระบบการเชื่อมโยงกับการให้การรักษาสถานบริการผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ช่วยดูแลในยามที่ต้องการพึ่งพาหรือต้องการดูแลระยะยาว ซึ่งอาจเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลหรือโดยบุตรหลานครอบครัวของผู้สูงอายุเอง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีทิศทางมุ่งผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทำให้บทบาทของชุมชนและการดูแลอย่างไม่เป็นทางการเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันคนเหล่านี้ต้องการการสนับสนุน รัฐต้องสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการที่ไม่เป็นทางการ เพื่อสนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดเตรียมผู้ดูแล การสนับสนุนด้านวิชาการ การจัดทำแผนปฏิบัติการรักษา (Clinical Practice Guidelines) การจัดระบบการเชื่อมต่อหรือส่งต่อระหว่างการดูแลแบบไม่ทางการและการดูแลอย่างทางการ เป็นต้น

9.2 สนับสนุนการเพิ่มการผลิตกำลังคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังคนระดับพนักงานผู้ช่วย จะเห็นได้ว่าความต้องการกำลังคนต่างๆ พยาบาล กายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เพิ่มมากขึ้น ระบบการผลิตปัจจุบันอาจจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ นอกจากเพิ่มการผลิตแล้ว ทางเลือกอีกทางหนึ่งคือการเพิ่มการผลิตกำลังคนสนับสนุนในระดับผู้ช่วย ซึ่งใช้เวลาสั้นกว่า (ประมาณ 2 ปี) และงบประมาณน้อยกว่า และสามารถผลิตได้มากกว่าน่าจะเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ ดังนั้นสถาบันการผลิต หรือกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้มีบทบาทหลักในการผลิตบุคลากรระดับผู้ช่วย เช่น พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด เป็นต้น ควรจะทำแผนการเพิ่มการผลิตบุคลากรเหล่านี้ เป็นการเร่งด่วน แต่ขณะเดียวกันควรวางแผนความก้าวหน้าในตำแหน่งให้บุคลากรกลุ่มนี้ด้วย และจัดระบบการทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรวิชาชีพและบุคลากรผู้ช่วย

9.3 ในการวางแผนการจัดการด้านกำลังคนควรเน้นการผสมผสานทักษะ (skill mix หรือ task shifting) เพื่อจัดระบบบริการที่เข้าถึง มีคุณภาพ และต้นทุนต่ำ โดยการวางแผนกำลังคนเชื่อมกันระหว่างบุคลากรสายวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว โดยเน้นการกระจายงาน การเพิ่มพูนทักษะ และการจัดระบบส่งต่อ

9.4 ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้สามารถผลิตบัณฑิตที่มีความรู้ทักษะที่สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุ หรือมีการจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะในการให้บริการที่สอดคล้องกับปัญหา รวมถึงการจัดอบรมอาสาสมัครผู้สูงอายุ ครอบครัว/ญาติผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

9.5 ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีบทบาทในการจัดระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยจัดทำแผน พัฒนาศูนย์เอนกประสงค์ จัดเตรียมกำลังคนในระดับชุมชน สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ตลอดจนทั้งเงินงบประมาณ เพื่อให้เกิดการจัดระบบสุขภาพของผู้สูงอายุดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

9.6 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน เพื่อเข้ามาร่วมจัดบริการให้ผู้สูงอายุ เช่น ตลอดทั้งการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ

9.7 สร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนการเงินให้แก่ผู้มีภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ด้วยมาตรการในการจ้างงาน มาตรการทางภาษี และสำหรับผู้ให้บริการทางานั้นควรจะมีการสร้างระบบจูงใจในการปฏิบัติงานด้วย นอกจากนี้ควรทำเป็นวาระแห่งชาติ รณรงค์ให้ทุกคนตระหนักและถือเป็นหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ

9.8 การเตรียมการในเรื่องกฎหมายเพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติงานของกำลังคนไม่เป็นทางการภาคเอกชน รวมทั้งสิทธิของผู้สูงอายุ และการพัฒนาเทคโนโลยีในการควบคุมคุณภาพเพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2548). ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตตั้งแต่ปี 2543-2548 จาก www.dmh.moph.go.th คืบเมื่อ 23 ตุลาคม 2551.
- กฤษดา แสงวดี. (2551). การศึกษาอุปทานกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ดวงพร หุ่นตระกูล และ วรณภา ศรีชัยรัตน์. (2547). การพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง จาก <http://nu.kku.ac.th/> คืบเมื่อ 22 ตุลาคม 2551
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวุธ จอห์น ไบรอัน และอารีย์ พรหมไม้. (2542). การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข รายงานการวิจัยโดยสถาบันการวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ขอนแก่น. ขอนแก่นการพิมพ์
- พวงเพ็ญ ชัยประเสริฐ. (2550). เตรียมสู่สังคมผู้สูงอายุ การดูแลและการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทย จาก <http://gotoknow.org/blog/km-dental-nonta/recently-commented-posts?page=14> คืบเมื่อ 20 ตุลาคม 2550.
- มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2549). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2549. จาก www.thaitgri.org คืบเมื่อ 23 ตุลาคม 2551.
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2542). การประเมินโครงการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท. สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สาขาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ : ประเทศไทย. ขอนแก่น โรงพิมพ์คลังนันทวิทยา.
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). รายงานการวิจัยเรื่องผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง “ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ” คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). จาก <http://www.agingthai.org> ค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2551.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2551). นักกายภาพบำบัด: วิชาชีพชายขอบของระบบสุขภาพไทย. วารสารผีเสื้อขยับปีก 1(5) : 11-19.
- สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2551). การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพระดับพื้นที่. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (ยังไม่ตีพิมพ์)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ สำนักสถิติพยากรณ์. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุภาภรณ์ เตโชวานิชย์ และ วิไลศักดิ์ บัวเยี่ยม. (2546). การพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเขตจังหวัดพิษณุโลก คณะแพทยศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ พินทุสรณ์ เหมพิสุทธิ และทิพวรรณ อิศรพัฒนาสกุล. (2540). การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้า วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 20(2) เมษายน – มิถุนายน.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ. (2550). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- สุทธิชัย จิตรพันธ์กุล. (2543). สถานะประชากรสูงอายุในไทยในปัจจุบันและการดำเนินงานต่างๆ ของประเทศ กรุงเทพมหานคร สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพญาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จักรณ์มหาวิทยาลัย.