

ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ: องค์ความรู้ที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ธวัช กนกเทศ*

บทคัดย่อ

ความมั่นคงด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบ 1 ใน 7 ประการของความมั่นคงของมนุษย์ ตามประกาศของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของไทย ได้กำหนดให้ครอบคลุมใน 9 องค์ประกอบคือ สังคม เศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ระบบยุติธรรมที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม การประยุกต์ใช้องค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพ รวมทั้งความเชื่อ ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุนับเป็นประเด็นสำคัญที่ระบบสุขภาพไทยต้องมีการจัดการที่เป็นระบบ ซึ่งพบว่ามีส่วนขาดใน 5 ตัวชี้วัดหลักคือ การมีสถานะทางสังคมที่เหมาะสม การมีเครือข่ายทางสังคม การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและชุมชน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การประสบความสำเร็จในชีวิต ซึ่งสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการกับประเด็นดังกล่าว โดยควรมีการประเมินระดับความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ชี้วัดอย่างเป็นระบบ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมตามมาตรฐานขั้นต่ำของความมั่นคงทางสุขภาพในแต่ละพื้นที่เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้สูงอายุร่วมกับสมาชิกสังคม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, สุขภาพ, ความมั่นคงทางสุขภาพ, ปฐมภูมิ

บทนำ

ความมั่นคงของมนุษย์เป็นเกณฑ์ชี้วัดการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของนานาประเทศชนิดหนึ่ง โดยมีพัฒนาการของกระบวนการสร้างตัวแบบในการพัฒนาประเทศหลายรูปแบบ และมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนจากความมั่นคงแห่งรัฐ มาเป็นเรื่องของคุณภาพชีวิตรวมทั้งความเป็นอยู่และศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นความมั่นคงของมนุษย์ในระดับบุคคล¹⁻³ องค์ประกอบของความมั่นคงของมนุษย์นั้นเกี่ยวพันกันทั้งปัญหาโครงสร้างประชากร ความขัดแย้งและความแตกสลายทางสังคม^{1,4} ความมั่นคงของมนุษย์ให้น้ำหนักในเรื่องที่ประชาชนต้องสามารถดูแลตนเองได้ การมีโอกาส มีสิทธิในการเข้าถึงสิ่งที่มีความจำเป็นต่อตนเอง รวมถึงความสามารถที่จะได้รับการพัฒนาไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นกว่าเดิม ดังนั้นนิยามความมั่นคงของมนุษย์จึงสามารถกำหนดได้เป็น 3 ประการคือ 1) การเป็นอิสระจากความต้องการซึ่งปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต 2) ความปลอดภัยอันเนื่องมาจากสภาพปัญหาเรื้อรังและการได้รับการคุ้มครองจากการที่วิถีการดำเนินชีวิตต้องถูกทำให้ยุติโดยฉับพลัน 3) การได้รับโอกาสที่เท่าเทียมในการดำรงชีวิตในสังคมอย่างเป็นปกติสุข⁵

ในมิติความมั่นคงของมนุษย์ทางสุขภาพมีประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอยู่หลายประการ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชาชนซึ่งส่งผลให้มีกลุ่มวัยพึ่งพิงสูงขึ้น ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีสภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นเรื่องสุขภาพและความมั่นคงในชีวิตของมนุษยชาติจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่งในองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความมั่นคงทางสุขภาพที่รวมถึงทุกเรื่องที่เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมดคือการให้หลักประกันทางสุขภาพกับประชาชนอย่างทั่วถึงและประชาชนเข้าถึงได้ โดยที่หลักการสำคัญจะต้องตั้งอยู่บนฐานความเป็นธรรม ทางเลือก และการร่วมมือกัน

ระบบสุขภาพเป็นระบบสังคม สภาวะของคนจึงรวมถึงถึงสภาวะของสังคมเป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้น ในอดีตการมองสุขภาพมักข้ามโอกาสการเข้าถึงแหล่งบริการความเสมอภาคและสิทธิบุคคลแต่ปัจจุบันสภาวะเป็นสิทธิมนุษยชนซึ่งรัฐธรรมนูญได้กล่าวถึงการมีสุขภาพที่ดีเป็นสิทธิของคนไทยทุกคน ดังนั้นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค การลดผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่สร้างปัญหาสุขภาพและแม้แต่การละเลิกสารเสพติด ก็เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสภาวะของสังคมด้วย^{4,6-7}

ความมั่นคงด้านสุขภาพซึ่งบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบันคือความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย อยู่ที่ร้อยละ 11.47 ในจำนวนนี้อาศัยอยู่ในเขตเมืองถึงร้อยละ 31.76⁸ เนื่องจากประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นร้อยละ 7 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2563⁹ หรือใช้เวลาเพียง 30 ปี ในการเพิ่มเป็นสองเท่า เมื่อเทียบกับระยะเวลาในการเพิ่มประชากรสูงอายุของประเทศไทยกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศอังกฤษ ใช้เวลานานถึง 100 ปี (พ.ศ. 2378 - พ.ศ. 2485) ประเทศสวีเดนใช้เวลานานถึง 85 ปี (พ.ศ. 2429 - พ.ศ. 2514) หรือนานกว่าประเทศไทยถึงสามเท่า นอกจากนี้ประเทศไทยยังเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุที่เร็วมากคือประมาณ 20 ปี เท่านั้น โดยจะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี พ.ศ. 2553 และเป็นสังคมสูงอายุเต็มตัวในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งหมายถึงว่าประเทศไทยมีเวลาที่สั้นมากในการเตรียมความพร้อมสำหรับวิกฤติการณ์ทางสังคมของผู้สูงอายุด้วย วิกฤติปัญหาภาวะสูงอายุของประเทศไทยจะรุนแรงมากกว่าประเทศอื่นๆ เพราะประเทศเพิ่งจะเริ่มดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและสร้างหลักประกันสุขภาพที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถตอบ

สนองสถานการณ์ได้ทันเวลา หากไม่ให้ความสำคัญและเร่งดำเนินการ^{7,10-13} บทความเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดในการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญและดำเนินการสร้างเครื่องมือชี้วัดและประเมินผล ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตต่อไป

พัฒนาการแนวคิดความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ

ความมั่นคงของมนุษย์ มีการเสนอเป็นระเบียบวาระโลกในรายงานการพัฒนามนุษย์ค.ศ. 1994 ของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program - UNDP) โดยชี้ว่ามนุษย์ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาได้เผชิญกับความไม่มั่นคงในกระแสโลกาภิวัตน์ใน 7 ด้าน ได้แก่ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ วัฒนธรรม ความเป็นส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม การเมืองและชุมชน และความไม่มั่นคงทางสุขภาพ อันก่อผลกระทบต่อเสถียรภาพและความเป็นปึกแผ่นของสังคม⁵ ต่อมาในปี ค.ศ. 2000 ในรายงาน “สิทธิมนุษยชนกับการพัฒนามนุษย์เพื่อเสรีภาพและความเป็นปึกแผ่น” ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิมนุษยชน การพัฒนามนุษย์และความมั่นคงของมนุษย์เข้าด้วยกันโดยชี้ให้เห็นว่าสิทธิมนุษยชนและการพัฒนามนุษย์มีจุดประสงค์ร่วมกันได้แก่ การสร้างความมั่นคงให้กับเสรีภาพและศักดิ์ศรีของมนุษย์ทุกคนทั่วโลกใน 2 ทางคือ การคุ้มครองและการสร้างพลัง โดยเฉพาะแก่ประชาชนฐานรากซึ่งประชาชาติทั้งหลายควรจะได้ยึดมั่นในคำขวัญ “การปลอดจากความขาดแคลนและการปลอดจากความหวาดกลัว” เพื่อที่ว่าเราจะสามารถแก้ไขปัญหาคความทุกข์ยากและความไม่มั่นคงของมนุษย์ที่เพิ่มขึ้นได้

ภายใต้หลักการทั่วไปเหล่านี้ สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ จึงได้ประกาศองค์ประกอบของความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 7 องค์ประกอบ ดังนี้คือ 1) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ 2) ความมั่นคงทางอาหาร 3) ความมั่นคงทางการเมือง 4) ความมั่นคงทางสิ่งแวดล้อม 5) ความมั่นคงส่วนบุคคล 6) ความมั่นคงของชุมชน 7) ความมั่นคงทางสุขภาพ

พัฒนาการความมั่นคงทางสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีพัฒนาการแนวคิดในเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพมาโดยลำดับ โดยเฉพาะในประเด็นต่างๆ คือ หลักประกันสุขภาพ การประกันสังคม อนามัยสิ่งแวดล้อม นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างรัฐกับการให้หลักประกันทางสุขภาพ การให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งครอบคลุมในหลายๆ เรื่องที่รัฐมีหน้าที่ทำให้มีขึ้นส่วนการวางหลักประกันสุขภาพเป็นเรื่องที่กระทำโดยทั้งภาครัฐและเอกชน โดยอาศัยความร่วมมือกับสถาบันใหญ่ ๆ ที่เกี่ยวข้อง สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้นิยามความมั่นคงด้านสุขภาพไว้อย่างกว้างๆ ตามมาตรา 32 โดยกำหนดว่ารัฐ ราชการส่วนท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัวและบุคคลมีหน้าที่ร่วมกันให้การส่งเสริม สนับสนุนปกป้องพิทักษ์รักษาเพื่อคุ้มครองความมั่นคงด้านสุขภาพ รวมทั้งการแก้ไขลดและขจัดเงื่อนไขที่มีผลเสียต่อความมั่นคงด้านสุขภาพด้วย¹⁴ มาตรา 33 ความมั่นคงด้านสุขภาพจะต้องครอบคลุมในเรื่องต่างๆ คือ 1. ความมั่นคงทางสังคม หมายรวมถึงการที่ประชาชนดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมสงบสุข มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีความเอื้ออาทรช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน 2. ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ หมายรวมถึงการที่ประชาชนมีอาชีพที่มั่นคง

มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีวิต โดยมีปัจจัยพื้นฐานที่เพียงพอในการพึ่งตนเอง 3. ความมั่นคงทางโครงสร้างพื้นฐาน หมายถึงรวมถึงการมีระบบการศึกษา ระบบบริการด้านสุขภาพ ระบบสาธารณสุขโลก ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 4. ความมั่นคงทางทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม หมายถึงรวมถึงการที่มีการอนุรักษ์ พัฒนา คุ้มครอง บำรุงรักษาทรัพยากร ธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมเพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน 5. ความมั่นคงทางสุขภาพในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการสาธารณสุข 6. ความมั่นคงทางการเมือง หมายถึง การกำหนดนโยบายให้ประชาชนมีส่วนร่วมรวมทั้งการมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 7. ด้านความยุติธรรม หมายถึงรวมถึงการมีระบบยุติธรรมที่มีประสิทธิภาพรวดเร็ว เพื่อสร้างความเป็นธรรมโดยเสมอกัน 8. ความมั่นคงที่เกี่ยวกับการวิจัยและประยุกต์ใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ 9. ความมั่นคงที่เกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรม

จากรายงานสถานการณ์ความมั่นคงของมนุษย์ปี 2551 นำเสนอภายใต้กรอบมาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงของมนุษย์ มีองค์ประกอบ 10 มิติ 56 ตัวชี้วัด พบว่าในมิติความมั่นคงของมนุษย์ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการมีสถานภาพด้านสุขภาพอนามัยที่ดี การได้รับการคุ้มครองจากหลักประกันด้านสุขภาพที่เพียงพอ สามารถเข้าถึงได้โดยมีข้อจำกัดน้อย และปราศจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดทางสุขภาพที่สำคัญ เช่น อัตราเตียง อัตราบุคลากรทางสุขภาพต่อประชาชน อัตราผู้ป่วยเอดส์ และอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิต ทั้งนี้ยังขาดตัวชี้วัดที่จะทำให้สะท้อนกรอบแนวคิดความมั่นคงของมนุษย์มิติสุขภาพอนามัยได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ได้แก่อัตราผู้ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ อัตราผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานภายใน 40 นาที อัตราผู้สูบบุหรี่ อัตราผู้ติดสุราเรื้อรัง และร้อยละ

ของประชากรที่ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ซึ่งพบว่า ค่าดัชนีความมั่นคงของมนุษย์มิติสุขภาพ โดยภาพรวมทั้งประเทศมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 69.93 ค่าสูงสุดร้อยละ 97.83 และค่าต่ำสุดร้อยละ 48.77 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าดัชนีปี 2549 ปรากฏว่าค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ส่วนค่าดัชนีสูงสุดและต่ำสุดปี 2550 มีค่าดัชนีสูงกว่า คือปี 2549 มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 69.86 ค่าดัชนีสูงสุด ร้อยละ 88.03 และต่ำสุดร้อยละ 18.87¹⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงมาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองพบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับ 5 ตัวชี้วัดหลักคือ การมีสถานะทางสังคมที่เหมาะสม การมีเครือข่ายทางสังคม การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและชุมชน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การประสบความสำเร็จในชีวิต¹⁶

ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ในปัจจุบันปัญหาด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยที่สำคัญได้ปรากฏความรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยลำดับ โดยผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.00 มีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) เนื่องจากโรคไม่ติดต่อ ด้านหลักประกันทางสุขภาพ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 82.90 มีหลักประกันทางสุขภาพ แต่กลับได้ใช้สิทธิของตนเพียงร้อยละ 52.80 ของการเจ็บป่วยเท่านั้น ในจำนวนนี้ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าร้อยละ 33.90 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุไม่มีการออกกำลังกายถึงร้อยละ 82.30 ด้านสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 92 ต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มทั้งด้านการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ รวมทั้งการดูแลและเกื้อหนุนทางสังคม เช่น การจัดหางานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย การจัดการกองทุนเงินออมเพื่อการเข้าสู่สภาวะสูงอายุยังไม่มีมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม หรือการสร้างเครือข่ายสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล

บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ¹⁷ ด้านหลักประกันด้านรายได้ยังขาดการเตรียมการที่ดีพอทำให้ไม่ครอบคลุม ส่วนหลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชนยังมีประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งสร้างให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง¹⁵ โดยเฉพาะปัญหาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องมีการดำเนินงานเนื่องจากในปัจจุบันนี้ ผู้มีงานทำร้อยละ 78 ยังไม่ได้รับการคุ้มครองจากการทำงานทั้งระบบประกันสังคม สวัสดิภาพ ความปลอดภัยในการทำงาน และสวัสดิการต่างๆ ที่พึงได้รับ¹⁵ ทำให้ไม่มีหลักประกันทางสังคมที่จะช่วยให้การดำรงชีวิตมีความมั่นคงเมื่อเข้าสู่ภาวะสูงอายุ ระบบการคุ้มครองทางสังคมที่มีอยู่ยังเน้นการสงเคราะห์แก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าจะเป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงของมนุษย์ในทุกมิติอย่างครบวงจร ในอนาคตการสงเคราะห์ของรัฐในลักษณะต่างๆ จะเกิดข้อจำกัดมากขึ้น เพราะจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องดูแลและความต้องการได้รับบริการมีหลากหลายขึ้น จึงต้องมีการจัดระเบียบของระบบสวัสดิการต่างๆ ของรัฐให้สนองตอบการเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ด้านการทำงานของประชากรสูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังต้องการทำงานต่อภายหลังเกษียณอายุ เนื่องจากเห็นว่าตนเองยังมีศักยภาพและความพร้อมที่จะทำงานหรือมีความต้องการรายได้สำหรับใช้ในการดำเนินชีวิต ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองบางส่วนยังคงทำงานต่อไปจนกระทั่งไม่สามารถทำงานได้ ซึ่งข้อมูลการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติชี้ให้เห็นว่า ยังมีผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่เป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.9 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในปี 2544 เป็นร้อยละ 40.4 ในปี 2547¹⁸

พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ใต้ระบุให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนในการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม

และกระทรวงแรงงานได้ออกประกาศกระทรวงในเรื่องนี้ โดย 1. ให้สำนักงานจัดหางานทุกแห่งจัดให้มีเจ้าหน้าที่ให้การปรึกษาแนะนำข่าวสารตลาดแรงงานและบริการจัดหางานที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ 2. จัดอบรมทักษะอาชีพหรือฝึกอาชีพให้กับผู้สูงอายุตามอัธยาศัย 3. จัดให้มีศูนย์กลางข้อมูลทางการอาชีพและตำแหน่งงานสำหรับผู้สูงอายุ ณ สำนักงานจัดหางานทุกแห่ง 4. จัดหาอาชีพที่เหมาะสมตามควรแก่ศักยภาพให้แก่ผู้สูงอายุ และ 5. สนับสนุนให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ และภาคเอกชนมีส่วนร่วมฝึกอาชีพและประกอบอาชีพที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายว่าด้วยการพัฒนาฝีมือแรงงาน¹⁹ ซึ่งถือเป็นมาตรการในการเพิ่มโอกาสในการสร้างรายได้ภายหลังเกษียณอายุ แต่ในสภาวะตลาดแรงงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าทำงานสร้างรายได้ต่อเนื่องภายหลังเกษียณ ยังไม่มีการดำเนินงานอย่างจริงจังอย่างไรก็ตาม เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และการที่อายุคาดหมายเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีช่วงเวลาอยู่ภายหลังเกษียณมากขึ้น ส่งผลให้รายได้ลดลงและกระทบต่อภาระการเงินของตนเองและครอบครัว ประเด็นการขยายอายุเกษียณและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานจะมีความสำคัญมากขึ้น เพราะนอกจากจะช่วยให้เวลาที่อยู่โดยไม่มียาได้สั้นลงและเพิ่มช่วงเวลาการออมในบั้นปลายชีวิตให้ยาวออกไปแล้ว ยังเป็นการช่วยพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและช่วยลดความเหงาด้วยการทำงาน และการมีส่วนร่วมในที่ทำงานอีกด้วย อย่างไรก็ตามควรมีการกำหนดเงื่อนไขการทำงานที่สอดคล้องกับสมรรถนะของผู้สูงอายุ เช่น การทำงานไม่เต็มเวลา การสงวนอาชีพเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น เช่นเดียวกับหลายๆ ประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว เช่น ประเทศสิงคโปร์มีการขยายอายุเกษียณจาก 60 ปี เป็น 62 ปี และ 67 ปี ในอนาคต มีการปรับค่าจ้างให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ และมีการลดอัตราเงินสมทบเข้ากองทุน

สำรวจเลี้ยงชีพสำหรับนายจ้างที่จ้างผู้สูงอายุเข้าทำงาน หรือประเทศญี่ปุ่นขยายอายุเกษียณจาก 60 ปี เป็น 65 ปี¹⁷ มีการจัดหางานที่มีรูปแบบหลากหลายใน ลักษณะของงานชั่วคราว สนับสนุนการเป็นผู้ ประกอบการ และลดระเบียบกีดกันการเข้าทำงาน ของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจะถูกทอดทิ้ง มากขึ้นเพราะในสังคมไทยยังขาดการเตรียมความ พร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ จากการ สำรวจความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทยปี 2548¹⁷ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเตรียมพร้อมด้านการเงินมีเพียงร้อยละ 52.4 แสดงว่าอีกประมาณครึ่งหนึ่งยังขาดการเตรียม ความพร้อมด้านการเงิน และถ้าโครงสร้างของ ครอบครัวเปลี่ยนไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีการเตรียมความพร้อมอาจต้อง ถูกทอดทิ้งมากขึ้น เปลี่ยนจากความสัมพันธ์ที่ห่าง เหนือขึ้น และการไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายในการ เลี้ยงดูผู้สูงอายุของกลุ่มคนที่ยังอยู่ในวัยทำงาน นอกจากกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มใน สัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจนเป็นภาระของสังคม และถ้าไม่มี การวางแผนเตรียมการที่ดีการจัดการให้กลุ่มนี้มี คุณภาพชีวิตที่ดีก็ยิ่งจะยากขึ้นด้วย โดยส่วนขาดใน ด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สามารถจัดการแก้ไขได้ด้วยระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิกับ ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึงระบบที่จัด บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบ บริการสาธารณสุข ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพ ของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดย ประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และ สังคมศาสตร์ในลักษณะผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้ อย่างต่อเนื่อง ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อม

โยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสาน กับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของ ประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตน และ สามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล²⁰

การให้การดูแลสุขภาพปฐมภูมิแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสุขภาพควรมีการดำเนินการ ที่เป็นระบบและต่อเนื่องตั้งแต่การปรับปรุงคุณภาพ การให้บริการสาธารณสุขตามองค์ประกอบในความ มั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน และ ควรมีการปรับปรุงกระบวนการการเตรียมความพร้อม เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีระบบ รวมทั้งจัดให้มี กิจกรรมการดำเนินงานเพื่อสร้างวิถีสุขภาพที่ดีเช่นให้ ถานออกกำลังกายใกล้บ้านโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อย และ การจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุให้ได้รับการยอมรับ และให้ความร่วมมืออย่างสูงในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การ ดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นต่อไป ตลอดจน การประสานงานโครงการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การสนับสนุนด้านเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับ ภาวะสังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ เพื่อพัฒนา ความเข้มแข็งทางกาย ทางความคิด และสนับสนุน สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการดำรงชีวิตอย่าง ปลอดภัยไปพร้อมๆ กันกับการสร้างค่านิยมร่วมที่ดี ต่อผู้สูงอายุในชุมชน การให้โอกาสผู้สูงอายุเข้ามา แสดงบทบาทในสังคมโดยการร่วมเป็นคณะกรรมการ ต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาภาวะผู้นำของผู้สูงอายุ จนเกิดความพึงพอใจในบทบาทของตนในที่สุด ควร เป็นบทบาทที่สำคัญของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพในที่สุด

นอกจากนั้นสถานบริการสุขภาพระดับปฐม ภูมิควรมีการจัดระบบการให้บริการสุขภาพให้เหมาะสม กับผู้สูงอายุโดยยึดเกณฑ์มาตรฐานด้านความมั่นคง ของมนุษย์ทางสุขภาพ สำหรับการบริการสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิ ทุกองค์ประกอบตาม พ.ร.บ. สุขภาพ โดยควรมีการประเมินระดับความมั่นคงทางสุขภาพของ ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ชีวิตอย่างเป็นระบบในแต่ละหมู่บ้าน

/ชุมชน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมตามมาตรฐานขั้นต่ำของความมั่นคงทางสุขภาพตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นอย่างน้อย โดยเฉพาะ “การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้สูงอายุ” และ “การดำเนินกิจกรรมร่วมกับผู้แสดงทางสังคมอื่นๆ” รวมทั้ง “การมีสถานภาพทางสังคมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ” มีผลอย่างสูงต่อความมั่นคงทางสุขภาพเพื่อให้หน่วยงานสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องได้มีการสนับสนุนส่วนขาดให้กับผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม เหมาะสม เป็นมาตรฐานเดียวกัน

การนำแนวคิดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุไปใช้การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

จากผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุครั้งนี้ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะในการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายและการพัฒนาความมั่นคงของผู้สูงอายุในระดับปัจเจกบุคคลและชุมชน รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่นๆ ตามองค์ประกอบ 5 ตัวชี้วัดหลัก¹⁶ ดังนี้

การมีสถานะทางสังคมที่เหมาะสม

1. สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควร มีกิจกรรมในลักษณะที่ส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการในลักษณะ “สูงวัยอย่างมีพลัง” เช่น สนับสนุนให้มีการรวบรวมภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย หรือศาสตร์การแพทย์พื้นบ้าน โดยมีกระบวนการรวบรวม สังเคราะห์ และเผยแพร่สู่สังคมอย่างเป็นระบบ

2. ควรให้ความสำคัญกับ “การจัดการเข้าถึงระบบบริการ” ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น บริการตรวจสุขภาพประจำปีในชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุต้องเป็นภาระในการจัดการสุขภาพกับผู้ดูแล

การมีเครือข่ายทางสังคม

1. สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควร ดำเนินกิจกรรมในลักษณะ “การเสริมพลังชุมชน” โดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้ในชุมชน เช่น ชมรม จิตอาสา รวมทั้งร่วมผลักดันการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับชุมชนและท้องถิ่น

2. ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลผู้ดูแลและผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อการจัดการอย่างครอบคลุมและทั่วถึงตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ

การมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนและสังคม

1. สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควร ดำเนินกิจกรรมด้าน “การประสานการดูแล” ร่วมกับหน่วยงานบริการสุขภาพระดับสูงเพื่อสนับสนุนการดูแล เช่น ระบบการให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเชื่อมระบบข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการระบบส่งต่อ การประสานความร่วมมือกับชุมชน สถานศึกษา สถาบันทางศาสนา และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ควรให้ความสำคัญกับ “การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง” สนับสนุนให้มีทีมสุขภาพระดับพื้นที่ ดำเนินการในลักษณะ “สหสาขาวิชา” เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์

สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมี การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งทางกาย ทางความคิด และสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย พร้อมๆ กันกับการสร้างค่านิยมร่วมที่ดีต่อผู้สูงอายุในชุมชน การให้โอกาสผู้สูงอายุเข้ามาแสดงบทบาทในสังคมโดยการร่วมเป็นคณะกรรมการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาภาวะผู้นำของผู้สูงอายุจนเกิดความพึงพอใจในบทบาทของตนในที่สุด ตลอดจน

สนับสนุนการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างเป็นรูปธรรมและหลากหลายเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

การประสบความสำเร็จในชีวิต

สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรมีการปรับปรุงกระบวนการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีระบบ จัดให้มีกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อสร้างวิถีสุขภาพที่ดี เช่น ให้ลานออกกำลังกายใกล้บ้านโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อย และการจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุให้ได้รับการยอมรับและให้ความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการที่จะนำไปสู่การดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นต่อไป

สรุป

การดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามองค์ประกอบ 5 ตัวชี้วัดหลักนี้ควรดำเนินการทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในเขตชุมชนเมือง โดยต้องดำเนินการภายใต้มาตรฐานคุณภาพบริการของสถานพยาบาล มีนิเทศงาน ควบคุมกำกับ และการประเมินผลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้สูงอายุ อย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. Lincoln C. Human security: concepts and approaches in matsume and chen, common Security in Asia: Tokyo: Tokyo University Press, 1995.
2. Bajpai K. Human security: concept and measurement school for international studies Jawaharlal Nehru University, New Delhi: Kroc Institute, 2000.
3. King G, Murray C. Rethinking human security. Political Science Quarterly 2001.
4. Leen B, Koekkoek AD. Development and human security. Third World Quarterly 1994.
5. United Nations Development Program (UNDP). Human development report. New York: Macmillan Publishers Limited; 2009.
6. ประเวศ วะสี. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ: ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย เครื่องมือนวัตกรรมทางสังคม. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
7. World Health Organization. Towards health security; A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region. Denmark: Lars Moller; 2007. 11-12.
8. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร. นครปฐม: โรงพิมพ์สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553.
9. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
10. Australian Institute of Health and Welfare Canberra. Health expenditure bulletin No.16 Australia's health services expenditure to 1998-99. AIHW Series Health Expenditure Bulletin 2000.
11. Department of Statistics. Yearbook of statistics. Department of Statistics, Singapore; 2004.

12. Toru S. The Latest development in population of Japan. The Japanese Journal of Population, 2010; 8(1): 95-98.
13. โกวิทย์ พวงงาม, ทรงชัย ทองปาน, วริศรา บุญมา. มาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2549.
14. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิสาหกิจพิมพ์, 2552.
15. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์ความมั่นคงของมนุษย์ ปี 2549. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551.
16. ธนัช กนกเทศ. รูปแบบการพัฒนามาตรฐานและดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2552; 39(3): 343-355.
17. กฤตยา อาชวนิจกุล, ปราโมทย์ ประสาทกุล. ประชากรของประเทศไทย ณ พ.ศ. 2548. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
18. กลุ่มสถิติประชากรและสังคม สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม พ.ศ. 2548. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548.
19. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร: เจเอสการพิมพ์, 2547.
20. สุพัตรา ศรีวิชิชากร. สถานการณ์ของบริการสาธารณสุขระดับต้น/บริการด่านแรก. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2539; 4(4): 281-282.

Health Security on Ageing: An Important of Knowledge for Primary Health Care

Thanach Kanokthet*

ABSTRACT

Social security is one of seven components of human security (United Nations Development Program-UNDP). There are 9 elements seted by Thai National Health Act composing with society, economic, infrastructure, natural resources and environments, accessibility to essential health care, public health policy, equity and efficiency of social justice, knowledge application, and health innovation, belief, religion, tradition and culture that affecting to health. Health security for ageing is the most important issue for Thai Health System. That should be systematically managed. From research found that lack of 5 major indicators: appropriated social status, social network, good family and community relationship, achievement motivation, and life successfulness. The primary health care units (PCUs) have the important role to manage these indicators. They should assess the health security of ageing by using the standard criteria systematically. To find out the relevant of the evident base information and improving ageing quality of life base on the basic health security in each area, and also improven the potential of ageing network with social member.

Key words: Ageing, health, human security, Primary care