

## บทที่ 2

### ความหมาย ความเป็นมา แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจ ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ในบทนี้ เป็นการศึกษาเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม ผู้เขียนได้อธิบายถึงความหมาย ความเป็นมา แนวคิด และทฤษฎีขั้นพื้นฐานที่สำคัญเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการศึกษาเบื้องต้นก่อนเข้าสู่บทอื่นและนำมาใช้เพื่อประกอบการวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายต่อไป

#### 2.1 ความหมายของ ผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรงจนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งในบางรายอาจจะไม่รู้สึกรู้สียงเลย ในขณะที่บางคนอาจจะขยับตัวได้บ้าง แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือได้ในบางเรื่อง ได้อย่างเต็มที่ โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุต้องนอนติดเตียงอยู่ตลอดเวลา คือ การเจ็บป่วยจากการเป็นโรค การประสบอุบัติเหตุ การผ่าตัดใหญ่ เป็นต้น นอกจากนี้การนอนติดเตียงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ การขาดสารอาหารอย่างรุนแรง เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนั้น สำหรับผู้ป่วยที่นอนติดเตียง และดูแลกันเองที่บ้าน ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ ผู้ดูแลจึงมีหน้าที่ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และยังเป็นการช่วยป้องกันผู้ป่วยจากโรคแทรกซ้อนตามมาอีกด้วย ผู้ดูแลจึงถือเป็นคนสำคัญที่สุดในการปฏิบัติที่มีผลต่อสภาพกายและจิตใจของผู้ป่วย<sup>1</sup> หากผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงได้รับการดูแลที่ดีจะสามารถภาวะของโรคแทรกซ้อนและภาวะวิกฤตอื่น ๆ อันเกิดจากความเจ็บป่วยได้หากได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น พลัดตกเตียง แผลกดทับ ต้องรักษาตัวอีก มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิต

---

<sup>1</sup> สมชาย วิริกรรมย์กุล และคณะ. (2555). รูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน. *วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ*, 8 (11), หน้า 112-126.

ผู้ป่วยแย่ง ผู้ดูแลเกิดการเพิ่มขึ้นและท้ายที่สุด ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแล ต้องปรับตัวอย่างมาก<sup>2</sup>

ดังนั้นผู้ดูแลจึงถือเป็นบุคคลที่สำคัญซึ่งจะต้องรับภาระหน้าที่หนักอย่างต่อเนือง อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ในสภาวะกดดันและเครียด ประกอบกับความรู้ที่มีในการดูแล อาจไม่ถูกต้องตามหลักการการดูแล ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงโดยใช้กลไกทางสังคมเป็นสิ่งขับเคลื่อน ได้แก่ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ของครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อพัฒนาโยบายของภาครัฐ ในรูปแบบคู่ขนานอย่างแท้จริง

## 2.2 ความเป็นมาของ ผู้ป่วยติดเตียง

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุเกิน 60 ปี ราว 10 ล้านคน จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21 และ ร้อยละ 24 ของประชากรรวมในอีกสิบและสิบสี่ปีข้างหน้าตามลำดับ และสังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตามนิยามของสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2568 กล่าวคือ ทุก ๆ 5 คนที่เดินผ่านไป จะมีผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป 1 คน และ ทุก ๆ 100 คนที่เดินผ่านไป จะมีผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไปถึง 14 คน โดยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคนในปี 2583 ขณะเดียวกัน สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน อายุเฉลี่ยของหญิงไทยอยู่ที่ 78.4 ปี ในขณะที่ชายไทยมีอายุเฉลี่ย 71.6 ปี<sup>3</sup> ซึ่งจากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คนในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุติดสังคม หรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และอีก ร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือ เรียกว่า กลุ่มติดบ้านติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม

จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นของประเทศไทย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อ

<sup>2</sup> กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ และคณะ. (2557). การบูรณาการวิจัย ชุมชนเป็นรากฐานการเรียน สุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25 (1), หน้า 125-132.

<sup>3</sup> มุลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2558). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [http://203.157.109.15/nont/file\\_upload/aging/bookLTC.pdf](http://203.157.109.15/nont/file_upload/aging/bookLTC.pdf). [2563, 3 พฤศจิกายน].

เรื้อรัง นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ไม่สามารถ รักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง และจากขนาดครัวเรือนที่เล็ก มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น โดยหากเปรียบเทียบ สัดส่วนของ ประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงสภาพของ ภาวะพึ่งพิงนั้น พบว่า จากเดิมที่มี ประชากรวัยทำงานจำนวนประมาณ 45 คนคอยดูแลประชากร วัยสูงอายุ 1 คน ซึ่งอีกประมาณ 14 ปีข้างหน้า สัดส่วน ดังกล่าวจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยคงเหลือ ประชากรวัยทำงานจำนวนเพียงแค่ 2.5 คนที่ดูแลประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ส่งผลให้ปัญหาในการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะ ทุพพลภาพปรากฏต่อสังคมยิ่งขึ้น ภาพผู้สูงอายุที่ นอนติดเตียงหรือติดบ้านและขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทำได้ จำกัด ภาพผู้สูงอายุสมอง เสื่อมถูกทอดทิ้ง ภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องอยู่บ้านคนเดียวเพราะ ลูกหลาน ต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน แม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแล ก็เป็นภาระของผู้ดูแลไม่ น้อย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุได้ จากไปแล้วอาจส่งผลต่อการเสียโอกาสในด้านต่างๆทางสังคมของ ผู้ดูแลได้ ขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขและบริการ ด้านสังคมที่ผ่านมา อยู่ในภาวะตั้งรับ สามารถ ให้บริการแก่กลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างจำกัด และเป็นในรูปการสงเคราะห์ชั่วคราว ไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับการคาดการณ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 60,000 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี 2565 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP ในปี 2565

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุตามสถิติและการประมาณการณ์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไป โดยองค์การที่ให้การช่วยเหลือดูแลนั้นมีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับการให้บริการ โดยภาครัฐจะมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียงในสถานบริการและการให้บริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ป่วยติดเตียง ที่บ้าน และมีหลายแห่งกระจายอยู่ทั่วประเทศ ทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและในต่างจังหวัด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณทำให้การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาครัฐ มีจำนวนจำกัด ภาครัฐสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เพียงบางส่วนหรือประมาณร้อยละ 10 ของประชากร สูงอายุทั้งหมด ซึ่งประมาณเป็นจำนวนได้เพียง 1 ล้านคนเท่านั้น การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาครัฐจึงมีจำนวนไม่เพียงพอกับความต้องการของสังคม<sup>4</sup> นอกจากนี้ การให้บริการดูแล

<sup>4</sup> วาทีณี บุญชะลักษณะมี และยุพิน วรสิริอมร. (2544). *รายงานวิจัย เรื่อง ภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย*. นครปฐม: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 2.

ผู้สูงอายุของภาครัฐยังมีข้อจำกัดประการอื่น ๆ อีก เช่น ระยะเวลาในการดำเนินการ ขั้นตอนในการดำเนินการ ตลอดจนความพร้อมของบุคลากร ในกรณีโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อพส.) อาสาสมัครสามารถดูแลผู้สูงอายุได้เพียงชั่วคราวและสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ในเรื่องทั่ว ๆ ไป เท่านั้น เช่น การเยี่ยมเยียนและการพูดคุยคลายเหงา แต่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างจริงจัง ศักยภาพของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถรองรับการดูแลผู้สูงอายุได้ อีกทั้งการให้บริการของภาครัฐในปัจจุบันไม่มีสถานบริการโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยและติดเตียง ซึ่งต้องการรักษาพยาบาล การให้บริการของภาครัฐจึงไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้น การให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยภาครัฐจึงไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด<sup>5</sup> ส่วนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยภาคเอกชนที่ไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจนั้นก็มุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือเฉพาะผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน<sup>6</sup>

ด้วยเหตุนี้เอง ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวจึงสนใจและหันมาใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยภาคเอกชนที่ดำเนินการเชิงธุรกิจมากขึ้น ทางด้านองค์กรภาคเอกชนที่ดำเนินการเชิงธุรกิจเองเห็นตลาดธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุเป็นตลาดที่สามารถเจริญเติบโตได้ดี มีผู้ต้องการใช้บริการดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก เนื่องจากสภาพสังคมปัจจุบันคนไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้นประกอปกกับลูกหลานไม่มีเวลาดูแลเพราะต้องทำงานนอกบ้าน จึงสนใจมาประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ประกอบการอาจมีแรงจูงใจจากประสบการณ์ในงานที่เคยทำ เช่น เคยทำงานเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลมาก่อน หรือเคยทำงานในสถานสงเคราะห์คนชรา หรือ อาจมาจากประสบการณ์โดยตรงในชีวิตของตนเอง นอกจากนี้ผู้ประกอบการบางรายก็มีแรงจูงใจมาจากการศึกษาดูงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งทำให้เห็นการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ จึงเกิดแนวคิดและนำแนวคิดดังกล่าวมาประกอบธุรกิจรับดูแลผู้สูงอายุ<sup>7</sup> ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง

ในปัจจุบันการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุขยายตัวอย่างรวดเร็ว<sup>8</sup> มีจำนวนผู้ประกอบการธุรกิจเพิ่มมากขึ้น<sup>9</sup> โดยปัจจุบันมีผู้ประกอบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง

<sup>5</sup> มัณฑนา แจ่มศรี. (2553). *การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง*. เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 2 โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 17 ธันวาคม 2552 เวลา 12.30-14.00 น. ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ ถนนราชดำเนินนอก กรุงเทพมหานคร.

<sup>6</sup> วาทีณี บุญชะลักษณะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 33.

<sup>7</sup> วาทีณี บุญชะลักษณะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 42-43.

<sup>8</sup> วาทีณี บุญชะลักษณะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 3.

<sup>9</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และศิริพันธ์ สาสัดย์. (2552). *ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. หน้า 17.

และผู้ป่วยติดเตียง ในสถานบริการจำนวนประมาณ 138 แห่ง ซึ่งในจำนวนนี้เป็นสถานบริการในกรุงเทพมหานครถึง 68 แห่ง<sup>10</sup> และมีผู้ประกอบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่บ้านมากกว่า 500 แห่งทั่วประเทศ<sup>11</sup> และมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ประกอบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุไทยและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังปรากฏว่าธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะธุรกิจให้บริการที่พักอาศัยระยะยาวแก่ผู้สูงอายุกำลังเป็นที่ต้องการของชาวต่างชาติเนื่องจากภาวะค่าครองชีพในประเทศไทยมีค่าครองชีพต่ำ ผู้สูงอายุชาวต่างชาติในประเทศที่มีภาวะค่าครองชีพสูงกว่าจึงเลือกที่จะมาพักและใช้ชีวิตอยู่ในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก เช่น ชาวญี่ปุ่น เยอรมัน และสแกนดิเนเวีย เป็นต้น<sup>12</sup> ประกอบกับภายในปี พ.ศ. 2553 ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) จะผลักดันและให้ความสำคัญกับธุรกิจบริการสุขภาพ โดยมีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุนและแรงงานอย่างเสรี โอกาสในการขยายตลาดของธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุกับประเทศสมาชิกในอนาคตจึงเพิ่มมากขึ้น<sup>13</sup> การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเจริญเติบโตสูง ทั้งกลุ่มผู้ใช้บริการชาวไทยและผู้ใช้บริการชาวต่างประเทศ

### 2.2.1 การประเมินภาวะติดเตียงในผู้สูงอายุ

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ก็เพื่อการดูแลสิทธิประโยชน์ การให้บริการด้านสุขภาพ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบประเมินดัชนี Barthel ADL index (Barthel activity of daily living index) ทั้งนี้ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตาม ศักยภาพของผู้สูงอายุ สำหรับสังคมไทยมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ การประเมิน ดังนี้

<sup>10</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *โครงการการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย*. รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า 15-16.

<sup>11</sup> วาทีนิ บุญชะลัดกะมี. (ม.ป.ป.). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยนโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต*. ม.ป.ท., หน้า 187.

<sup>12</sup> กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. (2552). *คู่มือธุรกิจสถานดูแลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: กระทรวงพาณิชย์. หน้า 15-16.

<sup>13</sup> สำนักส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ. (2553). *ธุรกิจบริการผู้สูงอายุ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.dbd.go.th/mainsite/index.php?id=22486>. [2563, 2 พฤศจิกายน].

เกณฑ์แรก ผลรวมคะแนน อยู่ช่วง 0-4 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงระดับสูง กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่ 3 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง

เกณฑ์ที่สอง ผลรวมคะแนน อยู่ช่วง 5-11 คะแนน จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงระดับ ปานกลาง เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่ม 2 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน

เกณฑ์ที่สาม ผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไม่ต้องการ การพึ่งพิง เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่ม 1 เรียกว่า กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม

ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุติดเตียง จากแบบประเมินข้างต้นเป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุก นั่ง การเคลื่อนไหว การเข้าห้องน้ำ การกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบภาวะพึ่งพิง ความต้องการการดูแล และการจัดบริการการช่วยเหลือดูแล

สำหรับในประเทศไทย การวัดภาวะพึ่งพิงด้วยตัวชี้วัด Barthel ADL index มีการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 พบว่า สถานการณ์การพึ่งพิงในผู้สูงอายุชายมี ร้อยละ 1.7 ในผู้สูงอายุหญิงมี ร้อยละ 2.4 และมีจำนวน และจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2547 มีการสูญเสียสุขภาพในผู้สูงอายุไทย ประมาณ 1.4 ล้านคน โดยมีสาเหตุเกิดจาก โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคปอด ทำให้ ผู้สูงอายุไทยสูญเสียสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ยาวนานส่งผลต่อการเป็นภาระพึ่งพิงที่ยาวนาน จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการพึ่งพิงการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจนถึง วาระสุดท้ายของชีวิต เป็นนโยบายในการดูแลระยะยาว โดยมีการให้ความหมาย การนอนติดเตียง (Bed bound elder) หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพเสื่อมโทรม ต้องนอนอยู่ในเตียงตลอดเวลา อาจขยับตัวได้ เพียงเล็กน้อย แต่จะช่วยเหลือตัวเองอย่างอื่นไม่ได้ แม้แต่การขับถ่าย ผู้สูงอายุที่อายุมากอาจเกิดจาก ภาวะสุขภาพที่เสื่อมโทรม การนอนติดเตียง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงที่รุนแรง ได้หลายอย่าง เช่น แผลกดทับ ภาวะขาดอาหาร รุนแรง การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ เป็นต้น<sup>14</sup>

### 2.2.2 สาเหตุการติดเตียงในผู้สูงอายุ

ในประเทศไทยสาเหตุการติดเตียงในผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 40 มีโรคประจำตัว 1-2 โรค หรือมีปัญหาทางสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ กิจวัตร

<sup>14</sup> พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2554). *โรคของตับ อุนน้ำดี ท่อน้ำดีและตับอ่อน*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.

ประจำวันได้ จากการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาวและมีร้อยละ 7 ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ (ภาวะจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในภาวะเจ็บป่วย ที่มีความบกพร่องหรือความพิการทางร่างกาย) ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และการหกล้ม<sup>15</sup> ทั้งนี้ ยังพบปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน บกพร่องทางการเคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ถือว่ามีปัญหาทุพพลภาพ และมีภาวะสมองเสื่อม

### 2.2.3 ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care: LTC)

การจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดภาระให้แก่ บังคับบุคคล ครอบครัว และส่งเสริมมิติทางสุขภาพของผู้สูงอายุให้เป็นวาระสำคัญที่ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามนโยบายของทุกภาคส่วน เพื่อให้ตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อสุขภาพประชาชนวัยสูงอายุ

จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคเรื้อรังและภาวะเสื่อมถอย ระบบสุขภาพที่ต้องพึ่งพิงการดูแลผู้สูงอายุคนเดียวไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีผลกระทบต่อครอบครัวที่ดูแล โดยมีแนวคิดในการดูแลระยะ 6 ประการ ดังนี้<sup>16</sup>

ประการแรก เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพที่ทำให้เกิดความสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและความพิการ

ประการที่สอง เป็นการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลานานอย่างต่อเนื่อง

ประการที่สาม มีกิจกรรมที่มีความหลากหลายเกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือเสื่อมความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน

<sup>15</sup> สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์ และวิพุธ พูลเจริญ. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

<sup>16</sup> กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2548). *รายงานผลการศึกษาโครงการ: การทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบการดูแลระยะยาว (Long term care) ในประเทศต่าง ๆ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

ประการที่สี่ เป็นการบริการที่เกิดขึ้นที่บ้านในชุมชนหรือในสถาบัน เช่น ครอบครัว สถานดูแล ผู้สูงอายุกลางวัน สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล Nursing home

ประการที่ห้า เป็นการจัดบริการที่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครชุมชน และผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น พยาบาล ผู้ช่วยด้านสุขภาพ

ประการที่หก มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะ ยาวในการดูแลฟื้นฟู การบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ บนพื้นฐานของการเคารพ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรัง และมีความพิการอย่างรุนแรง ซึ่งมีสาเหตุมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยตามอายุที่สูงขึ้น ทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ การกั้นทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด การนอนติดเตียง ต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจง บางคนต้องพึ่ง อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อการอยู่รอดและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัญหาทางเดินหายใจ ต้องพึ่งพิงออกซิเจน อาจมีการใส่ท่อเจาะคอ การคาดการดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ การเตรียมอาหารเหลว การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลกดทับ การฉีดอินซูลิน การใส่ สายสวนปัสสาวะ และการเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เป็นต้น

### 2.3 รูปแบบการให้บริการของธุรกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ในการเข้าใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง ผู้รับบริการแต่ละราย อาจมีเหตุผลที่ต่างกันออกไป สำหรับเหตุผลอันดับแรกของการใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ คือ สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เนื่องจากต้องไปทำงานนอกบ้านจึงไม่มีผู้ใดอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและไม่ต้องทำให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านเพียงลำพัง ส่วนสาเหตุรองลงมา คือ สมาชิกในครอบครัวไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย เช่น เป็นอัมพาต ต้องให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวไม่รู้ว่า การดูแลผู้สูงอายุ ในกรณีดังกล่าวจะต้องปฏิบัติอย่างไร<sup>17</sup> สมาชิกในครอบครัวจึงต้องการบุคลากรมาดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ในยามที่ตนออกไปทำงานหรือดูแลเกี่ยวกับการพยาบาลที่ตนเองไม่สามารถ

<sup>17</sup> บุญกร ภู่อ. (2552, 7 กรกฎาคม). เนอร์สซิงโฮมดูแลคนชรา ธุรกิจโตเร็วรับกระแสอายุวัฒน์. *กรุงเทพธุรกิจ*, หน้า 7.



ดำเนินการได้ ความประสงค์ของการเข้าใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลซึ่งแบ่งประเภทการดูแลได้ดังนี้

การดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) โดยทั่วไปแล้ว การบริการพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลส่วนบุคคลซึ่งเป็นการดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน โดยประกอบด้วย การช่วยเหลือในการจัดการเรื่องอาหารและโภชนาการ การช่วยเหลือดูแลความสะอาดเสื้อผ้าและที่พัก การช่วยเหลือดูแลความสะอาดของร่างกาย การช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ เช่น การเตรียมอาหาร การป้อนอาหาร การอาบน้ำ การพุงเดิน เป็นต้น<sup>18</sup> ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลลักษณะนี้จะเป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เพียงลำพัง ซึ่งเป็นผลมาจากความชราภาพหรือความสูงวัย เช่น มีการหลงลืม มีการหกล้ม หรือไม่สามารถจัดเตรียมอาหารเองได้ โดยที่ผู้สูงอายุเหล่านั้นไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยและไม่จำเป็นต้องได้รับการบริการที่ต้องใช้ทักษะด้านการพยาบาล<sup>19</sup>

การดูแลส่วนบุคคลจึงเป็นการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่ว ๆ ไป ไม่มีความซับซ้อนมากนัก อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลส่วนบุคคลจะไม่มีอาการเจ็บป่วย และลักษณะของการดูแลส่วนบุคคลจะไม่ซับซ้อนมากนัก แต่เนื่องจากระบบการทำงานต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเสื่อมโทรมลง เช่น ระบบกล้ามเนื้อ การมองเห็นการได้ยิน เป็นต้น สภาพร่างกายของผู้สูงอายุจึงอ่อนแอ และอาจเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายได้ง่ายกว่าบุคคลทั่ว ๆ ไป อีกทั้ง ความต้องการของผู้สูงอายุก็แตกต่างจากบุคคลทั่ว ๆ ไป เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ การพักผ่อน เป็นต้น การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสมจึงต้องใช้ความรู้เฉพาะบุคคลที่ให้การดูแลส่วนบุคคลแก่ผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุด้วย

การพยาบาล (Nursing Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือทุพพลภาพ นอกจากการดูแลช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันทั่วไปแล้ว ผู้สูงอายุในภาวะเช่นนี้จะต้องได้รับการพยาบาลด้วย เช่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพติดเตียง

<sup>18</sup> วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. (2553). *โครงการวิจัย ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ*. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. หน้า 7.

<sup>19</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). *รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย*. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). หน้า 9.

(BedRidden) การดูแลผู้สูงอายุในสภาพเช่นนี้จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งในส่วนของ การให้ยา การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน<sup>20</sup> สำหรับตัวอย่างของการพยาบาล ได้แก่ การช่วยทำแผลเรื้อรังหรือแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การเคาะปอด การดูแลเกี่ยวกับการให้ออกซิเจน การดูแลเรื่องการพ่นยาขยายหลอดลม การดูแลเสมหะ การนวดอินซูลิน เป็นต้น<sup>21</sup>

การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีลักษณะเป็นการดูแลระยะยาว กล่าวคือ เป็นการดูแลรักษาภาวะเรื้อรังซึ่งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน เป็นการรักษาพยาบาลแบบประคับประคอง โดยที่มุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูสภาพร่างกาย รักษาสุขภาพ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต การดูแลระยะยาว จึงเป็นการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม ดังนั้น การพยาบาลในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงแตกต่างจากการรักษาพยาบาลในระยะเฉียบพลันซึ่งเป็นการดูแลรักษาให้หายจากโรค และมักเป็นการรักษาที่จำกัดอยู่บนเตียง เช่น การรักษาพยาบาลเวลาเจ็บป่วยทั่วไป<sup>22</sup>

จากลักษณะของการพยาบาลซึ่งเป็นการให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยในการดำเนินการดังกล่าว อาจต้องมีการสอดสายหรืออุปกรณ์เข้าไปในร่างกายของผู้สูงอายุ หรือการทำแผล หรือการพ่นยา ซึ่งเป็นการกระทำที่ละเอียดอ่อนและมีความซับซ้อนมาก บุคคลที่ให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ในกรณีนี้ เมื่อพิจารณาเทียบกับการดูแลส่วนบุคคลที่เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยังพอช่วยเหลือตนเองได้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันทั่ว ๆ ไป การพยาบาล ซึ่งเป็นการดูแลสูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยจึงเป็นการดูแลที่มีระดับสูงกว่าการดูแลส่วนบุคคลที่ให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยทักษะและความรู้ความเชี่ยวชาญมากกว่าการดูแลส่วนบุคคลด้วย

เมื่อพิจารณาลักษณะของการดูแลส่วนบุคคลและการพยาบาลแล้ว ลักษณะของการดูแลส่วนบุคคลและการพยาบาล แม้จะมีระดับของการดูแลที่แตกต่างกัน แต่ทั้งการดูแลส่วนบุคคลและการพยาบาลต่างมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ อันอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุได้ และจะต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะจึงจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันหรือลดการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุได้ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาการ

<sup>20</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. (2550). *โครงการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนเพื่อการวิจัย. หน้า 7.

<sup>21</sup> เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการจัดงานจัดทำหลักเกณฑ์ มาตรฐานกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ครั้งที่ 1/2552 โดยสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

<sup>22</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 20. หน้า 2-5.

เจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพอยู่แล้วนั้น การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมย่อมช่วยให้อาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุทรงตัว ไม่แย่ลงไปกว่าเดิมหรือเกิดโรคอื่น ๆ เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันการดูแลผู้สูงอายุโดยไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมย่อมก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพอนามัยแย่ลงหรืออาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเจ็บป่วยหรืออาเจียนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งนั่นย่อมไม่ใช่ความประสงค์ของผู้สูงอายุตลอดจนสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นแน่แท้ เช่น ในกรณีของผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพติดเตียง ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการพลิกตะแคงตัวตามระยะเวลาที่เหมาะสมผู้สูงอายุเหล่านี้อาจเกิดแผลกดทับตามร่างกายได้ เป็นต้น นอกจากนี้ เนื่องจากสภาพร่างกายและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนก็แตกต่างกัน ลักษณะการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละรายเพื่อเสริมสร้างให้มีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีจึงอาจจะแตกต่างกันด้วย การพิจารณาว่าการดูแลในลักษณะใดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจึงต้องพิจารณาจากผู้สูงอายุเป็นราย ๆ ไป เช่น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ในกรณีผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยซึ่งจะต้องได้รับการพยาบาลด้วยนั้น การดูแลด้านชีวิตประจำวันเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้สูงอายุบางรายก็อาจต้องการการดูแลในแต่ละด้านเป็นพิเศษแตกต่างจากผู้สูงอายุรายอื่น เช่น ในรายที่มีปัญหาการกลืนอาหาร ผู้ดูแลจะต้องให้ความระมัดระวังในการรับประทานอาหารเป็นพิเศษ ในขณะที่รายอื่นอาจไม่มีปัญหาดังกล่าว ดังนั้น การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงไม่ใช่เพียงการจัดให้มีผู้มาดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเท่านั้น แต่จะต้องเป็นการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและถูกหลักวิธีเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ผู้ประกอบการและผู้ดูแลจึงต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ<sup>23</sup> และในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการการพยาบาล ผู้ประกอบการควรมีบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มเติมด้วย คุณสมบัติและมาตรฐานของบุคลากรจึงเป็นส่วนสำคัญในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ<sup>24</sup>

นอกจากความเหมาะสมของบุคลากรแล้ว อาคารสถานที่ก็เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นกัน เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมลง ผู้สูงอายุอาจมีปัญหากับกำลังแขนขา หรือการมองเห็น การมีอาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุย่อมช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุได้ เช่น การมีราวจับบันได ราวจับในห้องน้ำ ระดับความลาดชันของบันได เป็นต้น<sup>25</sup> นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น

<sup>23</sup> กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 12. หน้า 17.

<sup>24</sup> วาทีณี บุญชะลิกษะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 105.

<sup>25</sup> เขาวรัตน์ ปรบักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ. (2543). *รายงานการศึกษาสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า 106.

โภชนาการ และสภาพแวดล้อม ดังนั้น การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงมาตรฐานของอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ตลอดจนโภชนาการและสภาพแวดล้อมด้วย

**การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันมีรูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้**

รูปแบบแรก สถานดูแลผู้สูงอายุประจำวัน โดยทั่วไปการให้บริการรูปแบบนี้จะครอบคลุมการให้บริการที่พักค้างคืน บริการอาหาร การดูแลความสะอาดเสื้อผ้า และที่พักรวมถึงความปลอดภัยของร่างกาย พร้อมทั้งติดตามสุขภาพในเบื้องต้นอย่างใกล้ชิด เพียงแต่ไม่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุ<sup>26</sup>

รูปแบบที่สอง สถานบริบาล คือ การให้บริการที่พักค้างคืน บริการด้านอาหาร พร้อมทั้งการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ทั่วไป โดยมีการให้บริการด้านพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุด้วย การบริการในรูปแบบนี้จะมีพยาบาลคอยดูแลอย่างใกล้ชิด<sup>27</sup>

รูปแบบที่สาม โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลทั่ว ๆ ไปที่มีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้วย โดยให้บริการที่พัก อาหาร เสื้อผ้า และให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ทั่วไป โดยมีการให้การพยาบาล (Nursing Care) แก่ผู้สูงอายุด้วย โดยบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุจะมีทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะต้องส่งไปรักษาที่แผนกอื่นของโรงพยาบาลหรือรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต่อไป<sup>28</sup>

รูปแบบที่สี่ ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ คือ การให้บริการที่ให้ผู้สูงอายุหรือผู้เตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปเช่าซื้อบ้านในระยะยาว โดยมากเป็นระยะเวลา 30 ปี โดยผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ได้จนถึงสิ้นอายุขัย แต่ไม่สามารถมีกรรมสิทธิ์ในบ้านนั้นได้ หากเสียชีวิตก่อนครบกำหนดก็สามารถให้ญาติเช่าอยู่จนครบกำหนดเวลาได้ เมื่อครบกำหนดแล้ว ก็ส่งคืนบ้านแก่เจ้าของโครงการ วัตถุประสงค์ของที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุคือ เพื่อให้เป็นชุมชนสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยเน้นการออกแบบบ้านพักให้เป็นบ้านชั้นเดียว มีสาธารณูปโภคที่ครบถ้วนและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การให้บริการรูปแบบนี้เป็นบริการที่ดึงดูดผู้สูงอายุที่มีฐานะดีและผู้สูงอายุชาวต่างชาติ<sup>29</sup>

<sup>26</sup> สำนักส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ. (2553). *ธุรกิจบริการผู้สูงอายุ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.dbd.go.th/mainsite/index.php?id=22486>. [2563, 2 พฤศจิกายน].

<sup>27</sup> วาทีนีย์ บุญชะลิกษะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ่างแล้วเชิงอรธที่ 4. หน้า 34.

<sup>28</sup> วาทีนีย์ บุญชะลิกษะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ่างแล้วเชิงอรธที่ 4. หน้า 31.

<sup>29</sup> วาทีนีย์ บุญชะลิกษะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ่างแล้วเชิงอรธที่ 4. หน้า 36.

รูปแบบที่ห้า การส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือ การให้บริการจัดส่งผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุ ณ ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุเอง ซึ่งพบว่ามีการให้บริการในรูปแบบนี้เป็นจำนวนมากเพราะเป็นธุรกิจที่มีการลงทุนน้อยและมีการบริหารจัดการที่ไม่ซับซ้อน<sup>30</sup>

การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็น การให้บริการในรูปแบบใด ผู้ประกอบการจะเก็บค่าบริการเพื่อตอบแทนการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ค่าบริการนี้จะแตกต่างกันตามขอบเขตและประเภทของการบริการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ค่าบริการจะรวมค่าที่พัก ค่าอาหาร 3 มื้อ ค่ากิจกรรมนันทนาการ ค่าดูแล ซึ่งไม่รวมค่ายารักษาโรค ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่น ๆ และเครื่องใช้ส่วนตัว เช่น ค่าผ้าอ้อม แปรงสบู เป็นต้น<sup>31</sup> โดยอัตราค่าบริการจะแบ่งตามประเภทของห้องพัก ซึ่งห้องพักประเภทห้องเดี่ยวที่มีเครื่องปรับอากาศจะมีค่าบริการสูงที่สุด<sup>32</sup> ส่วนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ประกอบการจะเรียกเก็บเฉพาะค่าดูแลเท่านั้น ส่วนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าอาหาร ค่ายา ค่าเครื่องใช้ส่วนตัว ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบเอง โดยอัตราค่าบริการจะแบ่งตามเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ดูแลที่ไปปฏิบัติงาน ผู้ดูแลที่ได้รับใบประกาศนียบัตรจะมีค่าบริการที่สูงกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีประกาศนียบัตรแต่มีประสบการณ์หรือศูนย์จัดส่งอบรม นอกจากนี้ ผู้ประกอบการยังกำหนดค่าบริการ โดยใช้เกณฑ์ลักษณะอาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการด้วย ในกรณีของผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ค่าบริการจะต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย<sup>33</sup> ซึ่งในปัจจุบันนี้ ปรากฏว่ายังไม่มีการควบคุมอัตราค่าบริการของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในกรณีของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ และการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน<sup>34</sup> การคิดค่าบริการของผู้ประกอบการจึงเป็นไปตามกลไกการตลาด

ดังนั้น จากลักษณะของการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ความมุ่งหมายของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวในการเข้าไปใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแล โดยการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจะต้องถูกต้องตามหลักวิธี เหมาะสมกับผู้สูงอายุและช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดี ส่วนความมุ่งหมายของผู้ประกอบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ คือ ให้การดูแลผู้สูงอายุเพื่อตอบแทนกับบริการที่จะได้รับ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุนั้น ไม่ว่าจะ

<sup>30</sup> สำนักส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจ. (2553). *ธุรกิจบริการผู้สูงอายุ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.dbd.go.th/mainsite/index.php?id=22486>. [2563, 2 พฤศจิกายน].

<sup>31</sup> กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. *อสังแล้วเชิงอรรถที่ 12*. หน้า 37.

<sup>32</sup> วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. *อสังแล้วเชิงอรรถที่ 18*. หน้า 78.

<sup>33</sup> วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. *อสังแล้วเชิงอรรถที่ 18*. หน้า 80.

<sup>34</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณปะภรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. *อสังแล้วเชิงอรรถที่ 19*. หน้า 184.

เป็นการดูแลส่วนบุคคลหรือการพยาบาลต่างต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จึงจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือผู้สูงอายุเองอาจไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ผู้รับบริการจึงยากที่จะตรวจสอบได้ว่าการให้บริการของผู้ประกอบการนั้นเป็นไปตามหลักวิธีและเหมาะสมกับผู้สูงอายุหรือไม่ อีกทั้งลักษณะของบริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งการดูแลส่วนบุคคลและการพยาบาลเป็นบริการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นการประกอบธุรกิจที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้

จากรูปแบบการให้บริการจากที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อพิจารณาจากสถานที่ให้บริการดูแลแก่ผู้สูงอายุ สามารถแบ่งการให้บริการผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงได้เป็น 2 ประเภท คือ การให้บริการผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง ที่สถานบริการ และที่บ้าน<sup>35</sup> ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียง

### 2.3.1 การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ เป็นการให้บริการที่พักรักษาตัว พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เป็น เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เตียงนอน เป็นต้น และการดูแลช่วยเหลือให้แก่ผู้สูงอายุที่พักในสถานบริการ โดยอาจเป็นการให้การดูแลส่วนบุคคลหรือการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการการดูแลอันเนื่องมาจากความชราภาพหรือเนื่องมาจากความเจ็บป่วย<sup>36</sup>

เมื่อพิจารณาจากระดับของการดูแลที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่พักในสถานบริการ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการสามารถแบ่งได้อีก 2 ระดับ ได้แก่ สถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐานและสถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูง<sup>37</sup> ดังนี้

สถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐาน สถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐานเป็นสถานบริการที่มีการให้บริการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) แก่ผู้สูงอายุ การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดและการเคลื่อนไหว เป็นต้น

<sup>35</sup> ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2554). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานบททวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 63.

<sup>36</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำวิภากรเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะโกยะ. (2552). *ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า 13.

<sup>37</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณระปภรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 19. หน้า 180-181.

โดยไม่เน้นการรักษาจากแพทย์ การดูแลในระดับนี้ส่วนใหญ่จะไม่มีแพทย์ประจำ เจ้าหน้าที่ประจำ จะเป็นนักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ผู้สูงอายุที่พักในสถานบริการประเภทนี้จะต้องช่วยเหลือตนเองได้ หากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วย จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อทำการวินิจฉัยและรักษาอาการเจ็บป่วยดังกล่าว<sup>38</sup>

สำหรับสถานบริการที่ให้การดูแลระดับพื้นฐาน ได้แก่ บ้านพักคนชรา (Residential Home) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (Retirement Communities) และสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living Setting) ซึ่งสถานบริการแต่ละชนิดมีลักษณะ ดังนี้

บ้านพักคนชรา (Residential Home) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (Retirement Communities) เป็นสถานบริการที่ให้บริการห้องพักสำหรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตนเองได้<sup>39</sup> ผู้สูงอายุที่พักในสถานดูแลประเภทนี้จะต้องช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ และไม่ต้องการการพยาบาล ผู้ประกอบการจะให้บริการช่วยเหลือในด้านการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) เช่น การทำความสะอาดเสื้อผ้าและที่พังกาอาศัย การเตรียมอาหาร เป็นต้น และบริการห้องพักแก่ผู้สูงอายุ สถานบริการดูแลผู้สูงอายุประเภทนี้จัดว่าเป็นสถานบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับการดูแลต่ำที่สุด<sup>40</sup>

สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living Setting) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตเป็นสถานบริการที่ให้บริการที่พักและการดูแลส่วนบุคคลหรือการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ<sup>41</sup> โดยไม่ได้มีการให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ผู้สูงอายุในสถานดูแลประเภทนี้จะเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถพังกาอาศัยอยู่บ้านได้อย่างปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่ต้องมีคนคอยกำกับดูแล และไม่ต้องการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางด้านการแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งในสถานที่แห่งนี้จะให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตมีห้องสำหรับประทานอาหารและระบบขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน<sup>42</sup> ดังนั้น สถานบริการประเภทนี้จะมีระดับการดูแลที่สูงกว่าบ้านพักคนชรา หรือชุมชนคนเกษียณอายุ แต่ต่ำกว่าสถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูง เนื่องจากไม่ได้ให้การดูแลทางด้านพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ตลอด 24 ชั่วโมง

<sup>38</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 19. หน้า 181.

<sup>39</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 19. หน้า 11.

<sup>40</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะไถยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 13.

<sup>41</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะไถยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 13.

<sup>42</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 19. หน้า 12.

สถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูง สถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูงเป็นสถานบริการที่ให้การดูแลด้านพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงซึ่งผู้สูงอายุที่ใช้บริการสถานบริการประเภทนี้มักเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย มีโรคเรื้อรังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความพิการทางกายหรือทางด้านเชาวน์ปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง<sup>43</sup> สถานบริการที่ให้การดูแลระดับสูงได้แก่ สถานบริบาล (Nursing Home) โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว (Long-stay Hospital) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งสถานบริการแต่ละชนิดมีลักษณะดังนี้

สถานบริบาล (Nursing Home) เป็นสถานที่ที่ให้บริการด้านห้องพักและด้านการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน การดูแลสนับสนุนทางการแพทย์ เช่น กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การดูแลส่วนบุคคล การดูแลทางด้านจิตใจและสังคม สถานบริบาลส่วนใหญ่จะให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านสุขภาพจิต (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง โดยผู้สูงอายุที่มาใช้บริการมักจะมีอาการเจ็บป่วยร่วมด้วย แต่ไม่ใช่อาการเจ็บป่วยรุนแรงขนาดที่จะต้องรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว (Long-stay Hospital) เป็นสถานบริการที่ให้การรักษาพยาบาลทั่วไป และมีบริการดูแลรักษาระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไปร่วมด้วย หากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยก็จะถูกส่งไปรักษาอีกแผนกหนึ่งของโรงพยาบาล<sup>44</sup> โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาวนี้มีการให้บริการในลักษณะเดียวกับสถานบริบาล จะแตกต่างกันแต่เพียงสถานบริบาลไม่มีแผนกรักษาพยาบาลทั่วไปร่วมด้วย

สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสถานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุก่อนเสียชีวิตเพื่อช่วยดูแลอาการเจ็บป่วย หรืออาการอื่น ๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบายและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อน ๆ เป้าหมายของการดูแลในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุจากไปอย่างสงบในวัยสุดท้ายของชีวิต โดยไม่มีการรักษาให้หายจากโรคดังกล่าว<sup>45</sup>

ดังนั้น การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการประกอบไปด้วย บ้านพักคนชรา (Residential Home) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (Retirement Communities) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted Living Setting) สถานบริบาล (Nursing Home) โรงพยาบาลที่ให้บริการ

<sup>43</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 19. หน้า 181.

<sup>44</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เตือนใจ ภักดีพรหม เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 10. หน้า 32.

<sup>45</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 180-181.



ดูแลระยะยาว (Long-stay Hospital) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) ซึ่งสถานบริการแต่ละประเภทให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาทางด้านร่างกายแตกต่างกัน โดยเรียงระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่พักในสถานบริการดังกล่าวจากต่ำไปหาสูงสุด กล่าวคือ บ้านพักคนชราเป็นสถานบริการที่มีระดับการดูแลต่ำที่สุดและสถานดูแลระยะสุดท้ายเป็นสถานบริการที่มีระดับการดูแลสูงสุด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในปัจจุบันไม่มีกฎหมายกำหนดประเภทของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุและระดับการดูแลของสถานบริการแต่ละประเภทไว้ชัดเจน สถานบริการหลาย ๆ แห่ง เช่น บ้านพักคนชรา และสถานบริบาล เป็นต้น มีการบริการในหลายระดับปะปนกัน ตั้งแต่การช่วยเหลือส่วนบุคคลไปจนถึงการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางด้านการพยาบาล โดยไม่มีการแบ่งระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่รับบริการตลอดจนอายุของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ<sup>46</sup> สถานบริการทุกประเภทให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการช่วยเหลือตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปจนถึงระดับสูงสุด<sup>47</sup>

### 2.3.2 การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Residential Care) โดยทั่วไป หมายถึง การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้ประกอบการทำหน้าที่จัดส่งผู้ดูแลไปยังบ้านหรือที่พักของผู้สูงอายุ โดยผู้ประกอบการไม่ได้ให้ที่พักแก่ผู้สูงอายุ<sup>48</sup>

การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หมายถึง การประกอบกิจการที่ผู้ประกอบการให้บริการจัดส่งผู้ดูแลไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ณ สถานที่ของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะเป็นบ้านหรือที่พักอื่นของผู้สูงอายุ โดยผู้ประกอบการไม่ได้ให้บริการที่พำนักแก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ประกอบการจะมีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการหรือมีสถานที่ฝึกอบรมผู้ดูแลด้วยหรือไม่ก็ตาม สถานที่ปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการให้บริการลักษณะนี้ จึงได้แก่ บ้านหรือที่พักของผู้สูงอายุหรือสถานที่ที่ผู้สูงอายุกำหนด

การประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอาจมีชื่อเรียกที่แตกต่างกันออกไป เช่น ศูนย์จัดส่งผู้ดูแล ศูนย์จัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์บริการจัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์บริการจัดส่งผู้ดูแลตามบ้าน

ในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ประกอบการดำเนินการเป็นศูนย์จัดส่งผู้ดูแลไปปฏิบัติงาน ณ สถานที่ของผู้สูงอายุ ตามระยะเวลาที่ได้ตกลงกัน อาจจะเป็นการ

<sup>46</sup> วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 18. หน้า 74.

<sup>47</sup> ศิริพันธ์ ศาสัตย์ ทศนา ชูวรรณปะภรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 174.

<sup>48</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธ์ ศาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะโกยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 18.

ให้บริการดูแลแบบอยู่ประจำและค้างคืน แบบเข้าไป-เย็นกลับ หรือแบบดูแลเฉพาะในเวลากลางคืน<sup>49</sup> บุคคลที่ประสงค์จะใช้บริการดูแลผู้สูงอายุจะติดต่อและเจรจาตกลงกับศูนย์จัดส่งผู้ดูแลเกี่ยวกับรายละเอียดของบริการ เช่น ค่าบริการ วันทำงาน วันหยุด และขอบเขตการทำงานของผู้ดูแล เป็นต้น โดยศูนย์จัดส่งผู้ดูแลจะเก็บค่าบริการตามระยะเวลาที่ผู้รับบริการตกลงใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ หากผู้รับบริการไม่พอใจผู้ดูแลที่ถูกจัดส่งมา ผู้รับบริการสามารถติดต่อกับศูนย์จัดส่งผู้ดูแลเพื่อขอเปลี่ยนผู้ดูแลได้ ศูนย์ให้บริการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นผู้ควบคุมคุณภาพการบริการดูแลผู้สูงอายุที่ให้แก่ผู้รับบริการ<sup>50</sup> ในส่วนของเครื่องใช้จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ผู้รับบริการเป็นฝ่ายจัดเตรียม ส่วนใหญ่ศูนย์จัดส่งผู้ดูแลจะไม่ได้จัดเตรียมให้ผู้รับบริการ จึงทำหน้าที่เพียงจัดส่งผู้ดูแลไปปฏิบัติงานเท่านั้น ทั้งนี้ เว้นแต่ศูนย์จัดส่งผู้ดูแลและผู้รับบริการจะได้ตกลงกันไว้เป็นอย่างอื่น

นอกจากนี้ ยังมีกรให้บริการอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งผู้ประกอบการทำหน้าที่เพียงแนะนำและหาผู้ดูแลให้แก่ผู้รับบริการ กล่าวคือ บุคคลที่ประสงค์จะใช้บริการดูแลผู้สูงอายุจะแจ้งความประสงค์ไว้กับศูนย์จัดส่งผู้ดูแล จากนั้นศูนย์จัดส่งผู้ดูแลจะติดต่อประสานงานและส่งผู้ดูแลให้แก่ผู้รับบริการ โดยผู้รับบริการจะตกลงทำสัญญากับผู้ดูแลเอง โดยตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ขอบเขตของการดูแล ค่าบริการ วันทำงานและวันหยุด เป็นต้น โดยศูนย์จัดส่งผู้ดูแลไม่ได้มาเกี่ยวข้องในการทำสัญญาระหว่างผู้รับบริการกับผู้ดูแล เมื่อผู้รับบริการได้ตกลงทำสัญญากับผู้ดูแลเรียบร้อยแล้ว ศูนย์จัดส่งผู้ดูแลจึงจะได้รับค่าบริการจากหารประสานงานดังกล่าว<sup>51</sup> การให้บริการในลักษณะนี้ ผู้ดูแลไม่ขึ้นตรงต่อศูนย์จัดส่งผู้ดูแล<sup>52</sup>

สำหรับผู้ดูแลที่จัดส่งไปปฏิบัติงานดูแลที่บนของผู้สูงอายุมีทั้งผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุจากโรงเรียนสอนผู้ดูแล และผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมจากผู้ประกอบการ นอกจากนี้ บุคลากรที่จัดส่งไปดูแลผู้สูงอายุอาจเป็นพยาบาลวิชาชีพก็ได้ตามที่ผู้ประกอบการกับผู้รับบริการจะได้ตกลงกัน อย่างไรก็ตาม การจัดส่งพยาบาลวิชาชีพไม่มากนัก เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีค่าบริการสูงอีกทั้ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลเองก็ไม่ประสงค์จะปฏิบัติงานในลักษณะนี้ ด้วยเหตุที่ว่าการดูแลผู้สูงอายุมีขอบเขตการทำงานที่ไม่ชัดเจน บางที่ต้องทำงานอื่นๆ ที่นอกเหนือจาก

<sup>49</sup> วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 18. หน้า 75.

<sup>50</sup> วาทีณี บุญชะลักษณะมี และยุพิน วรสิริอมร. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 36-37.

<sup>51</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, สิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะไถยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 83.

<sup>52</sup> ปิยะ เนอร์สซิงโฮม. (2553). *ศูนย์เบทเทอร์แคร์-เนอร์สซิงโฮม, บริการ*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.bettercarenursing.home.com/condition.html>. [2563, 1 พฤศจิกายน].

การดูแลผู้สูงอายุด้วย เช่น ชักผ้า ล้างจาน เป็นต้น ซึ่งจะไม่มีเพื่อน และค่าตอบแทนที่ได้รับต่ำกว่าการทำงานในสถานพยาบาล ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ บุคคลดังกล่าวจะต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528<sup>53</sup> ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กฎหมายและสภาการพยาบาลกำหนด

สำหรับหลักเกณฑ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่รับบริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ประกอบการ ไม่ได้กำหนดอายุของผู้รับบริการไว้รวมถึงไม่ได้กำหนดระดับความช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ผู้ประกอบการจะรับดูแลผู้สูงอายุเกือบทุกกลุ่มอายุ<sup>54</sup> ในการพิจารณาผู้สูงอายุผู้ประกอบการจะใช้วิธีสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุจากผู้ที่มาติดต่อขอรับบริการ เช่น อายุ น้ำหนักและส่วนสูง และสุขภาพและอาการของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ไหม อยู่ในสภาพติดเตียงหรือไม่ ต้องมีการให้อาหารทางสายยางหรือไม่ เป็นต้น เพื่อประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุและใช้ในการกำหนดผู้ดูแลที่จะส่งไปปฏิบัติหน้าที่และกิจกรรมการดูแลสำหรับผู้สูงอายุนั้น และค่าบริการที่จะเรียกเก็บจากผู้รับบริการ โดยไม่มีการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการแต่อย่างใด ซึ่งอัตราค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เลยหรือต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุที่ต้องให้อาหารทางสายยางหรือต้องดูดเสมหะ เป็นต้น ค่าบริการจะสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ต้องดำเนินการดังกล่าว<sup>55</sup>

ส่วนขอบเขตของการดูแลที่ให้แก่ผู้สูงอายุในการบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยส่วนมากแล้วจะมีทั้งการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) และการพยาบาล (Nursing Care) เช่น การอาบน้ำ ป้อนอาหาร เดินทางไปนอกบ้าน การทำแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว การดูแลเกี่ยวกับการให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ เป็นต้น<sup>56</sup> ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น

<sup>53</sup> พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528. มาตรา 27

“ห้ามมิให้ผู้ใดซึ่งมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ หรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กระทำการพยาบาล หรือการผดุงครรภ์ หรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิประกอบวิชาชีพดังกล่าว โดยมีได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต”.

<sup>54</sup> วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. อ่างแล้วเชิงอรุณที่ 18. หน้า 75.

<sup>55</sup> วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. อ่างแล้วเชิงอรุณที่ 18. หน้า 78.

<sup>56</sup> ศิริพันธ์ สาสัตย์ ทศนา ชูวรรณะปกรณณ์ เตือนใจ ภักดีพรหม เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. อ่างแล้วเชิงอรุณที่ 10. หน้า 40.

สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ เพียงใด มีอาการเจ็บป่วยด้วยหรือไม่ และการตกลงกันของผู้ประกอบการกับผู้รับบริการ

ในปัจจุบันนี้ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านกำลังเป็นที่นิยมและเติบโตอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการใช้บริการประเภทนี้ไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปยังสถานที่อื่น ผู้สูงอายุได้พักอยู่ที่บ้าน และอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่คุ้นเคย ซึ่งเป็นผลดีแก่สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ<sup>57</sup> อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวยังสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิด โดยไม่มีความรู้สึกท้อแท้ของผู้สูงอายุเพียงแต่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับค่านิยมและวัฒนธรรมไทย

ดังนั้น การให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ คือ การให้บริการที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุ โดยในสถานที่ดังกล่าวจะมีผู้ดูแลให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน คือ การให้บริการจัดส่งผู้ดูแลไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุยังที่พักของผู้สูงอายุนอกจากนี้ ยังมีบริการอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งผู้ประกอบการให้บริการเพียงแนะนำผู้ดูแลให้แก่ผู้บริการเท่านั้น เมื่อพิจารณาลักษณะการให้บริการทั้ง 2 ประเภทแล้วจะพบว่า การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีทั้งส่วนที่เหมือนและต่างกัน สำหรับส่วนที่เหมือนกัน คือ การให้บริการทั้ง 2 ประเภทเป็นการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุโดยตรง อันอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุได้ สำหรับส่วนที่แตกต่างกัน คือ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ ผู้ประกอบการจะให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุด้วย ส่วนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้ประกอบการไม่ได้ให้ที่พักแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุยังพักอยู่ในที่พักของตนเอง ดังนั้น การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการผู้ประกอบการจึงต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของอาคารสถานที่ที่ใช้เป็นสถานบริการด้วย

## 2.4 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุและสถานะทางกฎหมาย

ในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการดูแล ผู้สูงอายุในสถานบริการหรือการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จะมีผู้ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจดังกล่าว โดยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายผู้ให้บริการและฝ่ายผู้รับบริการ ดังต่อไปนี้

<sup>57</sup> วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). *การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา. หน้า 60.

### 2.4.1 ฝ่ายผู้ให้บริการ

ฝ่ายผู้ให้บริการเป็นฝ่ายของผู้ที่ประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินกิจการเกี่ยวกับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุเพื่อได้รับค่าบริการหรือผลประโยชน์อื่นเป็นการตอบแทน ซึ่งในฝ่ายผู้ให้บริการจะประกอบด้วย ผู้ประกอบการและผู้ดูแล

ผู้ประกอบการ คือ ผู้เป็นเจ้าของกิจการหรือผู้ลงทุนในธุรกิจให้บริการดูแล ผู้สูงอายุ โดยผู้ประกอบการอาจเป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลที่จัดตั้งขึ้นตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ก็ได้ เช่น บริษัท หรือห้างหุ้นส่วนจำกัด เป็นต้น<sup>58</sup> ซึ่งในกรณีที่ผู้ประกอบการเป็น นิติบุคคล นิติบุคคลนั้นเป็นอีกบุคคลหนึ่งแยกต่างหากจากบุคคลธรรมดาที่ก่อตั้งนิติบุคคลดังกล่าว สิทธิ หน้าที่ และความรับผิดชอบก็จะแยกจากบุคคลธรรมดา<sup>59</sup>

ในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ประกอบการอาจประกอบธุรกิจในรูปแบบของการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ เช่น บ้านพักคนชรา โรงพยาบาลที่ให้บริการ ดูแลระยะยาว สถานบริบาล เป็นต้น หรือให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้ได้รับค่าบริการเป็นสิ่งตอบแทนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ประกอบการจะมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันและ/หรือการพยาบาล ซึ่งบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอาจได้รับค่าตอบแทนตามระยะเวลาการทำงาน เช่น รายเดือน จากผู้ประกอบการ หรืออาจได้รับค่าตอบแทนเป็นอย่างอื่นเมื่อได้ปฏิบัติกรดูแลผู้สูงอายุตามที่ผู้ประกอบการมอบหมาย โดยผู้ประกอบการเป็นผู้ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ในกรณีที่ผู้ดูแลปฏิบัติงานบกพร่องหรือไม่เหมาะสม ผู้ประกอบการอาจดำเนินการเปลี่ยนตัวผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปตามที่ผู้ประกอบการ ได้ตกลงกับผู้รับบริการ นอกจากนี้ ผู้ประกอบการอาจให้บริการในรูปแบบของการเป็นนายหน้าจัดหาผู้ดูแลให้แก่ผู้รับบริการก็ได้ กล่าวคือ ผู้ประกอบการจะเป็นผู้แนะนำและประสานงานระหว่างผู้รับบริการกับผู้ดูแล เมื่อผู้รับบริการตกลงกับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุได้แล้ว ผู้ประกอบการจึงจะได้รับค่าบริการในการประสานงานและจัดหาผู้ดูแลจากผู้รับบริการ<sup>60</sup> ซึ่งในกรณีนี้ ผู้ประกอบการไม่ได้ควบคุมการทำงานของผู้ดูแลแต่อย่างใด

<sup>58</sup> กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 12. หน้า 18.

<sup>59</sup> ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. มาตรา 65 และ 66.

<sup>60</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ ศาสต์ย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นางลักษณ์ พะโกยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 83.

ผู้ดูแล คือ บุคคลผู้ให้การดูแลหรือให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ โดยการดูแลนี้จะต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่อง<sup>61</sup> ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุนี้อาจเป็นการปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการหรือที่บ้านของผู้สูงอายุก็ได้

สำหรับผู้ดูแลที่ปฏิบัติงานในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาจากคุณสมบัติของผู้ดูแลแล้ว สามารถแบ่งผู้ดูแลได้เป็น 3 ประเภท คือ (1) ผู้ดูแลที่ได้รับ ประกาศนียบัตรรับรองจากโรงเรียนสอนผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล ผู้สูงอายุตามที่กฎหมายกำหนด (2) ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากโรงเรียนสอนผู้ดูแล แต่มีประสบการณ์ทางการดูแลมาก่อน ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน และ (3) ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับประกาศนียบัตร รับรองจากโรงเรียนสอนผู้ดูแล และไม่ได้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน แต่ทางผู้ประกอบการฝึกอบรมให้ ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ได้ในการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลและไม่เคยทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน โดยก่อนที่จะออกปฏิบัติงานผู้ประกอบการได้ฝึกอบรมให้แก่ผู้ดูแลเอง<sup>62</sup> โดยอัตราค่าบริการสำหรับผู้ดูแลแต่ละประเภทจะแตกต่างกัน สำหรับผู้ดูแลที่ได้รับ ประกาศนียบัตรจะมีอัตราค่าบริการสูงสุด ส่วนผู้ดูแลที่ไม่ได้รับประกาศนียบัตรรับรองจากโรงเรียนสอนผู้ดูแลและไม่ได้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุมาก่อนจะมีอัตราค่าบริการต่ำสุด

โดยทั่วไปแล้ว การดูแลที่ผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การจัดหาอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การจัดหาและดูแล เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ตลอดจนดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเกี่ยวกับการขับถ่าย การดูแลเกี่ยวกับการเคลื่อนที่ เช่น การช่วยเหลือการเดิน การป้องกันการ หกล้ม การดูแลเกี่ยวกับทำแผล การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลเกี่ยวกับออกซิเจน การดูแลเสมหะ เป็นต้น<sup>63</sup> การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลจึงมีทั้งส่วนที่เป็นการดูแลส่วนบุคคลและส่วนที่เป็นการพยาบาล<sup>64</sup> หากการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลมีลักษณะเป็นการพยาบาลตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ผู้ดูแลจะต้อง

<sup>61</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ทศนา ชูวรรณะปกรณม์ เตือนใจ ภักดีพรหม เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 10. หน้า 4

<sup>62</sup> วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 18. หน้า 75.

<sup>63</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์ ทศนา ชูวรรณะปกรณม์ เตือนใจ ภักดีพรหม เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 10.

<sup>64</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะโกยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 40.

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันนี้ ยังไม่มีการกำหนดขอบเขตของการพยาบาลอย่างชัดเจนว่ากิจกรรมใดบ้างที่เป็นการพยาบาลตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และกิจกรรมใดบ้างที่ไม่ใช่การพยาบาล ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนของขอบเขตการทำงานของบุคคลที่ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุ และอาจส่งผลให้เกิดการก้าวล่วงวิชาชีพการพยาบาลได้<sup>65</sup>

ในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลอาจเป็นผู้ดูแลประจำของผู้ประกอบการ โดยได้รับค่าตอบแทนจากผู้ประกอบการโดยตรงซึ่งค่าตอบแทนนี้จะคำนวณตามระยะเวลาการทำงานของผู้ดูแล เช่น รายเดือน หรือผู้ดูแลอาจเป็นเพียงผู้ดูแลในสังกัดของผู้ประกอบการ กล่าวคือ เมื่อผู้ประกอบการตกลงให้บริการดูแลผู้สูงอายุกับผู้รับบริการแล้ว ผู้ประกอบการจะมอบหมายงานให้แก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลจะได้รับค่าตอบแทนการดูแลผู้สูงอายุจากผู้ประกอบการโดยตรงต่อเมื่อผู้ดูแลได้ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุแล้ว โดยที่ผู้ดูแลไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตกลงให้บริการดูแลผู้สูงอายุระหว่างผู้ประกอบการกับผู้รับบริการและจะไม่ทราบถึงค่าบริการทั้งหมดที่ผู้ประกอบการเรียกเก็บจากผู้รับบริการ<sup>66</sup> ในกรณีนี้หากผู้ดูแลไม่ได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติงาน ผู้ประกอบการได้จัดเตรียมที่พักและอาหารให้แก่ผู้ดูแล ซึ่งในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติงานตามที่ผู้ประกอบการมอบหมายและภายใต้การจัดการของผู้ประกอบการ

นอกจากนี้ ผู้ดูแลอาจเข้าตกลงกับผู้รับบริการเองโดยตรงก็ได้ กล่าวคือ ผู้ดูแลกับผู้รับบริการจะตกลงเกี่ยวกับรายละเอียดของการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ค่าบริการ ขอบเขตของการทำงาน วันทำงาน วันหยุด เป็นต้น โดยผู้ประกอบการจะเป็นเพียงผู้แนะนำและประสานงานระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับบริการเท่านั้น ในกรณีนี้ผู้ดูแลจะได้รับค่าบริการจากผู้รับบริการโดยตรง<sup>67</sup>

#### 2.4.2 ฝ่ายผู้รับบริการ

ฝ่ายผู้รับบริการ คือบุคคลที่ประสงค์จะได้รับการดูแลผู้สูงอายุจากฝ่ายผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นผู้สูงอายุเองหรือบุคคลอื่นที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ จึงสามารถแยกพิจารณาได้ ดังนี้

<sup>65</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะโกยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 5.

<sup>66</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). *ระบบการประกันคุณภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันและที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. หน้า 4-6.

<sup>67</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา คำริการเลิศ, อุบล หลิมสกุล และ นงลักษณ์ พะโกยะ. อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 36. หน้า 5.

สมาชิกในครอบครัว ในการใช้บริการธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยมากสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน คู่สมรสของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความประสงค์ที่จะให้ผู้สูงอายุในครอบครัวได้รับการดูแล มักเป็นผู้ติดต่อสอบถามรายละเอียดต่าง ๆ ของบริการดูแลผู้สูงอายุและเข้าตกลงกับผู้ประกอบการเพื่อให้ผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งอาจเป็นบุพการีหรือญาติได้รับการดูแล เนื่องมาจากตนเองไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เอง โดยสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้เสียค่าบริการให้แก่ผู้ประกอบการเพื่อตอบแทนการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ<sup>68</sup> ดังนั้น ในกรณีนี้ สมาชิกในครอบครัวจึงเป็นผู้ซื้อบริการดูแลผู้สูงอายุจากผู้ประกอบการ โดยที่ผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วมเป็นผู้ซื้อบริการในการตกลงระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ประกอบการ ผู้สูงอายุจึงเป็นเพียงบุคคลผู้ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามที่สมาชิกในครอบครัวได้ตกลงไว้

ผู้สูงอายุคือ บุคคลที่ได้รับการดูแลจากฝ่ายผู้ให้บริการ ซึ่งเมื่อพิจารณาสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับบริการดูแลผู้สูงอายุแล้ว สามารถแบ่งผู้สูงอายุได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเนื่องจากความชราภาพ โดยไม่ได้มีอาการเจ็บป่วย และผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเนื่องจากความชราภาพ โดยที่ไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) หรือการช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวันเท่านั้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะต้องการการดูแลทั้งในระดับของการดูแลส่วนบุคคล (Personal Care) และในระดับของการพยาบาล (Nursing Care) ดังนั้น การดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม และแต่ละรายจึงแตกต่างกัน

ในการประกอบธุรกิจให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากฝ่ายผู้ให้บริการตามที่สมาชิกในครอบครัวได้ตกลงไว้กับฝ่ายผู้ให้บริการ โดยที่ผู้สูงอายุเองมิได้เข้าตกลงซื้อบริการดูแลผู้สูงอายุจากฝ่ายผู้ให้บริการแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม ในบางกรณี เช่น กรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีบุตรหลาน หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุอาจมีความประสงค์และเข้าตกลงซื้อบริการดูแลผู้สูงอายุจากฝ่ายผู้ให้บริการด้วยตนเองก็ได้<sup>69</sup>

<sup>68</sup> สืบพงศ์ บิรสุทธิบัวทิพย์. (2546). *การวิเคราะห์กฎหมายในเชิงเศรษฐศาสตร์ กรณีศึกษา: ธุรกิจดูแลผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายเศรษฐกิจ, คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 26.

<sup>69</sup> กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. *อ่างแล้วเชิงอรรถที่ 12*. หน้า 11.



## 2.5 แนวคิด การคุ้มครองผู้บริโภค

กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคมี 2 แนวคิด แนวคิดแรกเห็นว่า การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นส่วนหนึ่งของการค้าที่ไม่เป็นธรรม (Unfair Trade Practices) จึงถือว่า การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายที่กำกับการแข่งขันทางการค้า เช่น เครือรัฐออสเตรเลีย เป็นต้น แต่อีกแนวคิดหนึ่งเห็นว่าการคุ้มครองผู้บริโภคต้องใช้มาตรการเฉพาะ จึงแยกออกมาเป็นกฎหมายอีกฉบับหนึ่งต่างหาก เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ไทย เป็นต้น อย่างไรก็ตามไม่ว่ากฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคตามแนวคิดใด การให้ความคุ้มครองผู้บริโภคของทุกประเทศจะมีลักษณะสำคัญร่วมกัน 2 ประการ คือ

ประการแรก การผลักภาระการพิสูจน์ (Onus of Proof) ในเรื่องทางเทคนิคให้แก่ผู้ผลิตหรือ ผู้ขายสินค้า โดยผู้บริโภคมีหน้าที่พิสูจน์เพียงว่าตนได้รับความเสียหายจากสินค้าที่ชำระคบกพร่องหรือไม่ปลอดภัยอย่างไรเท่านั้น

ประการที่สอง การให้รัฐมีอำนาจดำเนินคดีแทนผู้บริโภค

มาตรการคุ้มครองผู้บริโภค มาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคแบ่งออกได้ 2 มาตรการ คือ มาตรการก่อนที่สินค้าจะ เข้าสู่ตลาด (Pre-market Control Measure) กับมาตรการหลังจากที่สินค้าเข้าสู่ตลาดแล้ว (Postmarket Control Measure)

สำหรับมาตรการก่อนที่สินค้าจะเข้าสู่ตลาด (Pre-market Control Measure) นั้น ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานจริยธรรม (Code of Conduct) ของผู้ประกอบการ และการกำหนดมาตรฐาน (Standard) ของกระบวนการผลิตและมาตรฐานของสินค้าที่จะผลิตขึ้น ซึ่งบังคับให้ ผู้ผลิตจะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดเท่านั้น เทคนิคในการกำหนดมาตรฐานสินค้านั้นแบ่งออกได้เป็น 2 เทคนิค คือ การกำหนดมาตรฐานสินค้าตามประเภทของสินค้า (by item) และ การกำหนดมาตรฐานสินค้ากลาง (general standard)

สำหรับการกำหนดมาตรฐานสินค้าตามประเภทของสินค้าจะทำให้รัฐหรือ หน่วยงานกำหนดมาตรฐานเอกชนต้องทำงานตลอดเวลาเนื่องจากสินค้านั้นมีจำนวนมาก และเป็นการดำเนินงานในลักษณะกำหนดมาตรฐานหลังจากที่มีการผลิตสินค้านั้นขึ้นแล้ว แต่การกำหนดมาตรฐานสินค้ากลางจะลดภาระดังกล่าวได้มาก ทั้งยังกระตุ้นให้ผู้ผลิตพัฒนากระบวนการผลิตสินค้าไปในตัว ตัวอย่างของมาตรฐานกลางที่ใช้กันอยู่ เช่น<sup>70</sup> ที่กำหนดว่าสินค้าที่จะวางจำหน่ายในท้องตลาดได้ต้องเป็นสินค้าที่ปลอดภัย เท่านั้น (Only safe product can be placed on the market) เป็นต้น ส่วนมาตรการหลังจากที่สินค้าเข้าสู่ตลาดแล้ว (Post-market Control Measure) นั้น แยกเป็นการควบคุมระบบการจัดจำหน่าย (Supply chain) การตรวจสอบคุณภาพของสินค้า (Product Quality

<sup>70</sup> EU Directive on Product Safety (1995).

Control) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าอย่างถูกต้องและพอเพียง (Product Information Labeling) การควบคุมการโฆษณา การคุ้มครองอิสระในการตัดสินใจซื้อสินค้าของผู้บริโภค การเรียกค่าเสียหายอันเกิดจากความชำรุดบกพร่องของสินค้า (Compensation) และ การเรียกคืนสินค้าที่ไม่ปลอดภัยคืนจากผู้บริโภค (Product Recall Measure)

ในด้านการค้าระหว่างประเทศ มาตรการคุ้มครองผู้บริโภคมีผลอย่างสำคัญต่อความเชื่อถือของผู้บริโภคในภาวะที่โลกไร้พรมแดนเช่นในปัจจุบัน เพราะหากมาตรฐานการคุ้มครองผู้บริโภคของประเทศเป็นที่ยอมรับในระดับโลก ผู้บริโภคทั้งในและต่างประเทศย่อมมั่นใจในคุณภาพของสินค้าที่ผลิตขึ้น อันเป็นผลดีต่อภาคการผลิตและศักยภาพในการแข่งขันของประเทศโดยตรง บางประเทศ เช่น เครือรัฐออสเตรเลีย ถึงกับห้ามการส่งสินค้าที่ไม่ได้มาตรฐานหรือที่ไม่ปลอดภัย ออกไปขายต่างประเทศด้วยซึ่งเป็นการยกระดับสินค้าของเครือรัฐออสเตรเลียในตลาดโลกในทางอ้อม นอกจากนี้มาตรการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้บริโภคในประเทศ ช่วยส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในทางอ้อมด้วย ปัจจุบันเมื่อโลกเจริญมากขึ้นทั้งในด้านวิทยาศาสตร์ด้านอุตสาหกรรม และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้ระบบเศรษฐกิจ การค้าขายหรือการบริการต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปมีกระบวนการผลิตที่สลับซับซ้อนมากขึ้น การผลิตสินค้าใช้วัตถุดิบในการผลิตที่ทันสมัยเกินกว่าความรู้ธรรมดาของผู้ใช้หรือผู้บริโภคจะตามได้ทัน ผู้ผลิตต่างก็หาวิธีที่จะลดค่าใช้จ่ายในการผลิตและเพิ่มผลกำไรให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในบางกรณีการขยายกำลังการผลิตทำให้ความละเอียดรอบคอบและคุณภาพของสินค้าลดลง ประกอบกับการขยายตัวของการค้าพาณิชย์กว้างออกไปจากระดับหมู่บ้าน เมือง ไปสู่ระดับระหว่างประเทศ ทำให้สินค้าในตลาดมีการแพร่กระจายและเพิ่มประเภทหรือชนิดมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม ผู้ซื้อในฐานะผู้บริโภคไม่อาจปรับตัวให้ทันกับความเจริญทางเทคโนโลยีต่าง ๆ ได้ความระมัดระวังในระดับธรรมดาไม่อาจช่วยให้ผู้ซื้อหรือผู้บริโภคได้รับผลตอบแทนคุ้มค่ากับเงินที่เสียไป ซ้ำร้ายยังอาจทำให้เกิดอันตรายจากการบริโภคสินค้าที่ซื้อมาโดยคาดไม่ถึงด้วย

เมื่อสภาพความเป็นอยู่ของคนในสังคมเปลี่ยนไป กฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในสมัยอดีตก็เริ่มมีช่องว่างหรือขาดความเหมาะสม เนื่องจากกฎหมายในสมัยก่อน บัญญัติขึ้นเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาของสังคมในสมัยนั้นอันเป็นสังคมแคบและวิธีการผลิตยังไม่สลับซับซ้อนเท่าสังคมในปัจจุบัน ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความเปลี่ยนแปลงของลักษณะการดำรงชีวิตในสังคม ทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในทางกฎหมายและการปรับปรุงบทบัญญัติของกฎหมายให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงในการ “บริโภค” สินค้าและบริการ ซึ่งในแต่ละประเทศมีวิธีการและบทบัญญัติที่เรียกว่า “กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค” ขึ้นใช้บังคับ นอกเหนือไปจาก

หลักเกณฑ์เดิม ๆ ที่มีอยู่ในกฎหมายทั่วไป ลักษณะของกฎหมายคุ้มครอง ผู้บริโภคอาจแตกต่างกัน มากบ้างน้อยบ้าง ขึ้นอยู่กับสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความเจริญทาง เทคโนโลยี สำหรับการ คุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย นับแต่เปลี่ยนแปลงการปกครองมาเป็น ระบอบประชาธิปไตยนั้น เป็นมาตรการที่เน้นการป้องกันและปราบปราม โดยการออกกฎหมาย ให้หน่วยงานของรัฐควบคุม กำกับ แต่ไม่ได้เน้นวิธีการเยียวยาชดใช้ความเสียหายเป็นพิเศษ นอกเหนือไปจากการฟ้องร้อง เรียกค่าเสียหายตามที่ได้บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและ พาณิชย์ลักษณะสัญญาหรือ ลักษณะละเมิด

แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการการคุ้มครองผู้บริโภค ในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของประชาชนมีความเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค หลายด้าน เช่น อาหาร เครื่องสำอาง ยา และผลิตภัณฑ์เครื่องใช้มีสารปนเปื้อนและไม่มีความปลอดภัยกับผู้บริโภค รวมทั้ง การใช้บริการ และการทำสัญญากับผู้ประกอบการที่มีลักษณะของ สัญญาต่างตอบแทนมีการ เอาเปรียบผู้บริโภค ทั้งนี้แม้จะมีหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบและทำ หน้าที่ดูแล แต่ก็ไม่สามารถ คุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างทั่วถึง โดยมีสาเหตุดังนี้

1) กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคยังมีความบกพร่อง จึงต้องมีการปรับปรุง แก้ไข โดยเปิด โอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ใช้กฎหมาย รวมทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนมี ส่วนร่วม ในการพิจารณากฎหมายด้วย

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค

3) การพัฒนาผู้บริโภคกับการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคไม่มีความสอดคล้องกัน ทำให้การบังคับใช้กฎหมายยังไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ

แนวคิดในการให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภค ได้เริ่มพัฒนาขึ้นอย่างช้า ๆ ภายหลังจาก ปฏิวัติอุตสาหกรรมในสมัยศตวรรษที่ 18 เนื่องจากก่อนหน้านี้สินค้าต่าง ๆ ที่มีขายกันในท้องตลาด ล้วนเป็นสินค้าที่ผลิตขึ้นอย่างง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน เช่น มิด ขวาน จาน ชาม ช้อน โอง ไห เสื้อผ้า ฯลฯ ผู้ซื้อซึ่งเป็นผู้บริโภคสินค้าเหล่านี้จึงสามารถที่จะตรวจสอบความชำรุดบกพร่องของสินค้าได้ง่าย ๆ ด้วยตนเอง วิธีปฏิบัติเช่นนี้ได้กลายมาเป็นหลักประการหนึ่งของกฎหมายว่าด้วยการซื้อขาย นั่นคือ หลัก “ผู้ซื้อต้องระวัง” (Caveat emptor) โดยหากผู้ซื้อไม่ตรวจสอบสินค้าที่จะซื้อขายให้ดีหรือ เห็นได้ชัดเจนว่าสินค้านั้นมีความชำรุดบกพร่องแต่ก็ยังซื้อสินค้านั้นไป ถือว่าผู้ซื้อนั้นขาดความ ระมัดระวังเอง ผู้ขายไม่ต้องรับผิดชอบ หลักกฎหมายดังกล่าวปรากฏอยู่ในมาตรา 473 แห่งประมวล กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ภายหลังจากการปฏิวัติอุตสาหกรรม กระบวนการผลิตสินค้าต่าง ๆ เริ่มมี ความซับซ้อนมากขึ้น และมีการนำเทคโนโลยีที่ซับซ้อนมาใช้ในกระบวนการผลิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ในปัจจุบันที่มีการนำเทคโนโลยีนาโน (Nanotechnology) เข้ามาใช้ในกระบวนการผลิตอย่างแพร่หลาย ซึ่งทำให้ผู้บริโภคไม่สามารถทราบได้เลยว่าสินค้านั้นมีความชำรุดบกพร่องหรืออาจไม่ปลอดภัย ในขณะที่ซื้อหรือไม่ โดยความชำรุดบกพร่องหรือความไม่ปลอดภัยของสินค้าเหล่านี้อาจเกิดขึ้นจากวัตถุดิบที่ใช้ไม่ได้คุณภาพ หรือความบกพร่องในกระบวนการผลิตเอง หรือวิทยาการในขณะที่ผลิตสินค้านั้นไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าความชำรุดบกพร่องนั้นจะเกิดขึ้น (State of the art) นอกจากนี้ การเพิ่มจำนวนการผลิตเพื่อประหยัดต้นทุนการผลิต (Economic of Scale) และการขยายตัวอย่างรวดเร็วของตลาดโดยไม่มีพรมแดน ทำให้สินค้าหลากหลายชนิดกระจายไปยังผู้บริโภคอย่างรวดเร็ว ซึ่งในจำนวนนี้มีสินค้าที่ชำรุดบกพร่องและไม่ปลอดภัยอยู่ด้วยเป็นจำนวนมาก ผู้บริโภคจึงอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ<sup>71</sup>

การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทยเริ่มเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น หลังจากที่รัฐบาลมีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา โดยกำหนดให้มีองค์กรของรัฐในการให้ความคุ้มครองแก่ผู้บริโภค ได้แก่ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ทำหน้าที่พิจารณา เรื่องร้องทุกข์จากผู้บริโภคที่ได้รับความเดือดร้อนจากการกระทำของผู้ประกอบธุรกิจ และคณะกรรมการเฉพาะเรื่อง เช่น คณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา ดูแลไม่ให้ใช้ข้อความโฆษณาที่ไม่เป็นธรรม (เช่น เป็นเท็จเกินจริงก่อให้เกิดความเข้าใจผิดหรือเกิดความแตกแยก) คณะกรรมการว่าด้วยฉลากดูแลให้มีการเปิดเผยคุณสมบัติและลักษณะของสินค้าในฉลาก (เช่น ชื่อและเครื่องหมาย การค้าของผู้ผลิต ราคา ปริมาณและวิธีใช้) และคณะกรรมการว่าด้วยสัญญา กำหนดให้มีสัญญา มาตรฐานเพื่อความเป็นธรรมต่อผู้บริโภค (เช่น สัญญาบัตรเครดิตสัญญาเช่าซื้อ) รวมทั้งมีการจัดตั้ง สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ขึ้น เพื่อปฏิบัติงานตามนโยบายของรัฐ และ คำสั่งของคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงดูแลผู้บริโภคที่ถูกละเมิดสิทธิก่อนนำเสนอ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้เนื่องจากสภาพการค้าและระบบเศรษฐกิจที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วใน ปัจจุบัน กอปรกับมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการผลิตและบริการมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ผู้บริโภคส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องคุณภาพของสินค้าและบริการ อีกทั้งยังขาดอำนาจต่อรองใน การเข้าทำสัญญาเกี่ยวกับสินค้าและบริการ ทำให้ผู้บริโภคถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้ประกอบการอยู่เสมอ ด้วยเหตุนี้ ภาครัฐจึงได้ตระหนักถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 นับเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคไว้โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 57 “สิทธิของบุคคลซึ่งเป็น

<sup>71</sup> ปกรณ์ นิลประพันธ์. (2548). *การพัฒนามาตรการคุ้มครองผู้บริโภค*. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.lawreform.go.th>. [2563, 4 พฤศจิกายน].

ผู้บริโภคมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ...” แม้รัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวจะถูกยกเลิกโดยคณะปฏิรูปการปกครองระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข แต่ภาครัฐยังคงให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งจะเห็นได้จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ยังคงมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค โดยได้บัญญัติไว้ใน มาตรา 61 “สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองในการได้รับข้อมูลที่เป็นจริง...”

## 2.6 แนวคิดด้านคุณภาพการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุที่อย่างมีคุณภาพการนั้นควรดูแลควบคู่กับการดูแลคุณภาพ สถานบริการด้วย เนื่องจาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัย ดังนั้นการให้บริการการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ ในสถานบริการต้องคำนึงถึงคุณภาพการดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ในประเด็นต่อไปนี้

คุณภาพการดูแล (Quality of care) หมายถึง การดูแลที่สนองความต้องการหรือมากกว่าความต้องการของผู้รับบริการตามมุมมองที่กำหนด โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ผู้รับบริการครอบคลุม ผู้ป่วย ครอบครัว

คุณภาพการดูแล เป็นการดูแลที่คาดหวังว่า มีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความอยู่ดีและความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้เป็นผลจากการประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้ผลเสียอันเป็นผลติดตามจากการดูแลนั้น ประกอบไปด้วย 3 มิติ คือ

มิติการเปรียบเทียบผลที่ได้และผลที่เสียหายหรือความเสี่ยงทางสุขภาพ มิติทางบุคคล ความคาดหวัง ถึงผลผลที่ได้และผลที่เสียหายและ มิติด้านสังคม ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล

คุณภาพของการบริการ หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกคำโดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย<sup>72</sup> ความถูกต้องตามมาตรฐาน ความถูกต้องตรงตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้รับบริการ

### องค์ประกอบและมิติของคุณภาพ

ด้วยคุณภาพการดูแล มีองค์ประกอบหรือมิติที่หลากหลายแตกต่างกันไป สามารถสรุปองค์ประกอบและมิติของคุณภาพ ตามมุมมองด้านวิชาชีพ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและตามผลการปฏิบัติงาน ได้ดังนี้

<sup>72</sup> อังคณา คัมภ์เอกคุณ. (2545). *คุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คุณภาพการดูแลตามมุมมองจากผู้ประกอบวิชาชีพ อาจมองได้จาก 2 ด้าน คือด้านคุณภาพทางเทคนิค (Technical quality) เป็นคุณภาพที่ประเมินจากความถูกต้องของ บริการและความชำนาญของผู้ให้บริการ เป็นต้น ส่วนคุณภาพระหว่างบุคคลหรือคุณภาพการทำงาน (Interpersonal or functional quality) ประเมินจากคุณภาพการสื่อสาร ความเห็นอกเห็นใจ ห่วงใย ivotต่อความเปลี่ยนแปลง

คุณภาพการดูแลตามมุมมองและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการจะถูกมองและคาดหวังในด้านกระบวนการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล การดูแลในหอผู้ป่วย รวมถึงการดูแลและบริการทั่วไป เช่น ห้องพัก สถานที่ อาหาร

คุณภาพการดูแลตามทฤษฎีระบบ ของ Donabedian (1985)<sup>73</sup> เป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพ ประกอบด้วย

โครงสร้าง (Structure) คุณลักษณะของบุคลากรทางสุขภาพ เช่น จำนวนและความสามารถของบุคลากร อาคาร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

กระบวนการ (Process) ส่วนประกอบต่าง ๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย เช่น ทรัพยากร รูปแบบการจัดการ งบประมาณ

ผลลัพธ์ (Outcome) สภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ

คุณภาพการดูแลตามผลการปฏิบัติงาน (Performance) ตัวชี้วัดประกอบด้วย

- 1) การเข้าถึงการบริการ (Accessibility)
- 2) ระยะเวลา (Timeline)
- 3) ประสิทธิภาพ (Effectiveness)
- 4) ความสามารถ (Efficacy)
- 5) ประสิทธิภาพ (Efficiency)
- 6) ความเหมาะสม (Appropriateness)
- 7) ความต่อเนื่อง (Continuity)
- 8) การดูแลปฐมภูมิ (Primacy of Care)
- 9) การเก็บความลับ (Confidentiality)

การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว (Participation of patient and family in caring) ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในการดูแล (Safety of Care environment)

---

<sup>73</sup> Donabedian, A. (1985). Twenty year of research on the quality of medical care: 1964-1984. *Eval Health Prof*, 8, pp. 243-65.

การประกันคุณภาพ หมายถึง กลไก (Mechanisms) และกระบวนการ (Processes) ต่าง ๆ ที่นำไปสู่การรักษาและปรับปรุงคุณภาพของผลลัพธ์เพื่อช่วยให้ผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholders) มั่นใจในวิธีควบคุม คุณภาพและมั่นใจในมาตรฐานของผลผลิต รวมทั้งเป็นการรับประกันหรือรับรองว่าจะได้มาตรฐานตามที่ระบุ เพื่อให้บริการดูแลที่มีคุณภาพ สามารถกำกับดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการพัฒนา มาตรฐานสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขึ้นมา ซึ่งอาจต้องมีการประเมินและขั้นตอนการประเมินซ้ำ

มาตรฐาน หมายถึง กรอบในการพัฒนาการดูแลของสถานบริการ เพื่อให้ผู้พักอาศัยมีความผาสุก ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ภายในสิ่งแวดล้อมที่ผู้พักอาศัยมีสิทธิของตนเอง โดยมี เป้าหมายสูงสุดก็คือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัยในสถานบริการ

การกำหนดกรอบมาตรฐานด้านคุณภาพบริการ มีองค์ประกอบที่ครอบคลุม ทั้งด้านมาตรฐานเชิงโครงสร้างและด้านสิ่งแวดล้อม มาตรฐานกระบวนการและการดำเนินงานต่าง ๆ และ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกจากนี้มาตรฐานจะต้องสอดคล้องกัน ระหว่างมาตรฐานคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Perceive Quality) และมาตรฐานเชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ (Quality of Conformance)

มาตรฐานการดูแลในประเทศไทย ได้มีการพัฒนามาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มาอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มาตรฐานเดิมประกอบไปด้วย 5 มาตรฐาน ได้แก่

มาตรฐานการบริหารจัดการ สุขภาพ ผู้ใช้บริการด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัยและ ระบบมาตรฐานภายในซึ่งระบบมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์เป็นไป เพื่อการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินงานโดยตนเองเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ จึงได้ออก “ข้อกำหนดคณะกรรมการส่งเสริมการจัด สวัสดิการสังคมแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2550” และระเบียบคณะกรรมการ ส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ว่าด้วยการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2550 รวมทั้งให้ความเห็นชอบตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้านการจัดสวัสดิการสังคมขององค์กรสวัสดิการสังคมนักสังคมสงเคราะห์และอาสาสมัคร

## 2.7 แนวคิดการดูแลระยะยาว

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว<sup>74</sup> ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ป่วยเรื้อรัง มีความพิการ หรือทุพพลภาพ ทำให้เกิดการสูญเสีย ความสามารถในการทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง ในด้านต่าง ๆ ที่ต้องใช้ระยะเวลาต่อเนื่อง ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น การกินอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ที่เกิดขึ้นที่บ้าน โดยครอบครัวเป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และมีการสนับสนุนอย่างเป็นทางการ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะยาว ในการดูแล พื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ และมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) มีปัจจัยดังต่อไปนี้ คือการสร้างระบบค่านิยม การมองประโยชน์ผู้อื่น ปลูกฝังความรักและความเมตตา และ จิตใจที่สงบมั่นคงทั้งกับตัวเองและผู้อื่นซึ่งเป็นพื้นฐานของความรัก การสร้างความศรัทธาและความหวัง การมีชีวิตอยู่กับความจริง ซึ่งเป็นการสร้าง ความหวังและศรัทธา ความเชื่อในการดำเนินชีวิตบนโลกทั้งของตนเองและของผู้อื่นการปลูกฝังความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ปลูกฝังการปฏิบัติ ทางจิตวิญญาณ การสร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ แห่งการช่วยเหลือเพื่อการดูแล การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความเข้าใจต่อผู้สูงอายุติดเตียง ความเห็นอกเห็นใจในการมีปฏิสัมพันธ์ อย่างอบอุ่นกับผู้สูงอายุที่ดูแลส่งเสริมและยอมรับความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ การแลกเปลี่ยน ความรู้สึก และเตรียมตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและทางลบ การแก้ปัญหาและตัดสินใจ อย่างเป็นระบบ ให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล ที่เชื่อมโยงกับความสามารถในการดูแล ด้วยความรัก ส่งเสริมการเรียนการสอน การเรียนรู้ประสบการณ์ ซึ่งกันและกัน ให้มีความสำคัญกับ ความเป็นหนึ่งเดียวกัน เอาใจใส่และคิดถึงความรู้สึกของผู้อื่น ประคับประครอง สนับสนุน และ แก้ไขสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จิตสังคม และ จิตวิญญาณ การสร้างสรรค์ สภาพแวดล้อมแห่งการ บำบัด ความพึงพอใจต่อการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการ และการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ที่เกี่ยวกับการมีชีวิตและความตาย

<sup>74</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โขทรนวมินช์ และธนิกันต์ ศักดาพร. (2552). ตัวแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวชุมชนในชนบทไทย. *วารสารพฤกษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10 (3), หน้า 13-24.



การดูแลระยะยาวเป็นการดูแลที่สำคัญของระบบสุขภาพและบริการทางสังคม ผู้ดูแลจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลระยะยาว โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 กำหนดปรัชญาหลักในการดูแลไว้ 3 ด้าน คือ<sup>75</sup>

ประการแรก ผู้สูงอายุมิใช่ผู้ด้อยโอกาส ควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ให้ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

ประการที่สอง ผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐ อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ประการที่สาม สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อีกทั้งได้กำหนด ยุทธศาสตร์หลัก ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของประชากร การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ระบบคุ้มครองทางสังคม การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางาน และพัฒนานุเคราะห์ด้านผู้สูงอายุ การประมวล พัฒนาและเผยแพร่ องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตาม

## 2.8 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน

Watson<sup>76</sup> กล่าวว่า การดูแลเป็นกระบวนการหรือปรากฏการณ์ที่มีอยู่แล้ว ในตัวมนุษย์ การดูแลนอกจากเป็นศาสตร์และศิลป์ แล้วยังเป็นธรรมชาติของมนุษย์ในโลกที่มี สัมพันธภาพ เชื่อมต่อกัน (Connectedness) เป็นหนึ่งเดียวกัน (Unity)

Leininger<sup>77</sup> กล่าวว่า การดูแลเป็นปรากฏการณ์สากลเพื่อการอยู่รอดของมนุษยชาติ ให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุนคำจูน การอำนวยความสะดวก และการสร้างความสามารถ ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกเพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่ง การมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินที่ผาสุก

คำว่า “Family caregiver” คือ ผู้ดูแลหรือ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน หรือ ผู้ดูแล ในครอบครัว นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา หรือ “Carers” นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร เครือรัฐออสเตรเลีย และราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย<sup>78</sup>

<sup>75</sup> ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2556). *ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

<sup>76</sup> Watson, J. (2000). Reconsidering caring in the home. *Journal of Geriatric Nursing*, 21(6), p. 330.

<sup>77</sup> Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: Theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

<sup>78</sup> ยูพาพิน สิริโพธิงาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามธิบดีเวชสาร*, 20 (10), หน้า 41-46.

ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่าง ๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ

ผู้ดูแล คือ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีความสัมพันธ์กันแบบญาติ ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทน การดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย

สรุป ผู้ดูแล คือ สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วย พิการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน

การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวนั้นรัฐบาลได้สนับสนุนนโยบายโดยดำเนินการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยเน้นการดูแลที่บ้าน ซึ่งได้ใช้คำว่า “Family caregiver” หรือ “Informal caregiver” หมายถึง สมาชิกครอบครัว ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ<sup>79</sup> ซึ่งมีการให้ความสำคัญในการดูแล ทั้งการดูแลโดยญาติผู้ดูแล อาจเป็น สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้สูงอายุติดเตียงเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะโรค ความพิการ หรือความเสื่อมของร่างกายที่บกพร่องจิตใจ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันหรือ มีความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยต้องได้รับการตอบสนองหรือ ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างหรือรางวัล การให้การช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้านหรือในชุมชน ในแหล่งที่อยู่อาศัยที่ไม่ใช่ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

## 2.9 แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

แนวคิดที่เชื่อว่าครอบครัวเป็นระบบ เกื้อหนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุ เป็นสถาบันหนึ่งของสังคมที่ทำหน้าที่ในการปกป้องสมาชิก รวมทั้ง เป็นตัวแทนเรียกร้อง และจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญ ที่จะตอบสนองความต้องการของ สมาชิกในครอบครัว โดยทั่วไปครอบครัวจะมีบทบาทในการช่วยเหลือสมาชิกอย่างเป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค และที่เป็นนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยอมรับ การแสดงความเคารพ เป็นต้น<sup>80</sup> ซึ่งการให้การดูแลที่บ้านโดยครอบครัวนั้นสามารถจำแนกความรับผิดชอบในการช่วยเหลือได้ดังนี้

<sup>79</sup> สัมฤทธิ์ ศรีธีรวงศ์. (2557). *ทิศทางนโยบายด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

<sup>80</sup> ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Primary caregiver หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

Secondary caregiver หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ช่วยในการดูแล ซึ่งอาจจะช่วยทำกิจกรรม บางอย่าง ทำเป็นครั้งคราว ไม่ได้ช่วยให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ หรือเป็นประจำ

การแบ่งภาระการดูแลตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้การดูแล<sup>81</sup> ได้แก่

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง โดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในภาวะที่ผู้สูงอายุ เจ็บป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรืออาจคิดเป็นชั่วโมงการดูแลต่อวันที่สูงสุดหรือ ยอมรับว่าตนเป็นผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลรอง หมายถึง ผู้ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล โดยอาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม บางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือมีระยะเวลาของการดูแลคิดเป็นชั่วโมงน้อยกว่า ผู้ดูแลหลัก เช่น ให้การดูแลแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น

การผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยครอบครัวยังเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลา การจัดบริการการดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม ในการดำเนินงานการดูแล ได้มีการแบ่งประเภทของผู้ดูแลไว้ดังนี้

ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregivers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ให้การดูแลช่วยเหลือ การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับ ผู้สูงอายุที่รับการดูแล การดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน สำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจ ของการดูแลอาจมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัว ยังคงมีส่วนที่ใหญ่มากที่สุดของการดูแลระยะยาว เช่น ลูก หลาน ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้านโดยมุ่งเน้น การดูแลที่ไม่มีค่าตอบแทน

ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregivers) หมายถึง ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเฉพาะ และ การศึกษาสำหรับการดูแลโดยเฉพาะ ทั้งทางคลินิก ทางสังคม และการบริการทางสาธารณสุข ตามมาตรฐานการดูแล ซึ่งอาจจัดบริการให้ทั้งที่บ้าน ในชุมชนหรือในสถานบันต่าง ๆ การดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านนั้น โดยสังคมไทย มองว่าควรเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติ หรือสมาชิกใน ครอบครัว โดย National Center of Health พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านจะตกเป็นหน้าที่รับผิดชอบ

<sup>81</sup> ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2553). ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 19 (1), หน้า 107-119.

ของสมาชิกครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ โดยเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (Family Caregiver) ปัจจัยในการรับบทบาทผู้ดูแลที่บ้านของสมาชิกในครอบครัว<sup>82</sup> มีดังนี้

ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดมา โดยส่วนใหญ่ ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และร่วมเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด โดยเฉพาะเพศหญิง จะได้รับการอบรมให้เป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแล สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งคำสั่งสอนให้บุตรต้องดูแลบิดามารดา ในยามแก่ชรา หรือ ป่วยไข้ ซึ่งหากบุตรคนใดเพิกเฉยหรือละเลยหน้าที่ ก็จะได้รับคำตำหนิจากสังคมภายนอกได้สัมพันธ์ภาพบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ จะมีความเห็นใจ สงสาร และ ห่วงใย ในการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อป่วยนอนติดเตียง

ศักยภาพของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจตัวผู้สูงอายุ ที่ต้องดูแลเข้าในการดำเนินของโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น บุตรเป็นแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ก็มีแนวโน้มว่าจะต้องเป็นผู้ดูแลมากกว่าบุคคลอื่น ๆ

การยอมรับของผู้สูงอายุที่สามารถบอกเพื่อเลือกผู้ดูแลจากสมาชิกในครอบครัว

เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล ที่สามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายใน เช่น อายุ สถานภาพสมรส งานประจำ เช่น ผู้ที่ต้องทำงานประจำ สถานที่ทำงานอยู่ไกล ย่อมไม่ค่อยมีเวลาและให้เวลาในการดูแลน้อยกว่าบุตรที่ทำงานอยู่ใกล้

ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำ มักต้องเป็นผู้รับบทบาทในการดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ครอบครัวน้อยลง

จากการทบทวนสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใด จะเป็นผู้ที่เหมาะสมหรือเป็นผู้รับบทบาทการผู้ดูแลที่บ้านประกอบด้วย ปัจจัยทาง อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ มีผลต่อความสามารถ ความพร้อม เวลา และความสะดวกในการดูแล จากการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตร เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การดูแลเป็นหน้าที่ของญาติ โดยบทบาทที่ถูกกำหนดไว้

<sup>82</sup> ชูชื่น ชิวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลาม*. คุษฎีนิพนธ์พยาบาลศาสตร คุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำหรับเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นแม่บ้าน ผู้ดูแลจะอยู่ในวัยกลางคนมากกว่าวัยอื่น ๆ ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านนั้นสามารถสรุปองค์ประกอบการดูแลได้ ดังนี้<sup>83</sup>

ความรู้ (Knowledge) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้มีความเกี่ยวกับบุคคลที่ให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้น และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ ความจริงใจ (Honesty) ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจ และแสดงออกถึงความรู้สึก ที่แท้จริงของตนเอง ที่ต้องการจะให้ความช่วยเหลือ ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน คือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความอดทน (Patience) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้คิด ตัดสินใจ ด้วยตนเอง และให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ความหวัง (Hope) เป็นการมองไปในอนาคต ของผู้ให้การดูแล เพื่อเป็นแรงกระตุ้น ให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึก อ่อนน้อมถ่อมตน จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้ป่วยอีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้ป่วย ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้อง ศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

แนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythms) ผู้ดูแลต้องแก้ปัญหา หลายแนว มีการประเมินการดูแล และปรับปรุงเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอและในการดูแลผู้สูงอายุที่ ต้องการการพึ่งพิงนั้นต้องให้การดูแลช่วยเหลือ ดูแลให้มีชีวิต ความเป็นอยู่ที่มีความสุขและมี คุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสามารถแบ่งการดูแลได้ 5 ด้าน<sup>84</sup>

ด้านแรก ด้านการดูแลเป็นการดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ดูแลสิ่งแวดล้อมในการจัดของ เครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ด้านที่สอง ด้านการช่วยเหลือ เป็นการให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุ ไม่สามารถทำได้ เช่น การป้อนอาหาร การเคลื่อนย้าย การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

<sup>83</sup> วรรณรัตน์ ลาวัจ, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล และเวชกา กลิ่นวิชิต. (2547). *สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาค ตะวันออก*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

<sup>84</sup> เขียมจิต แสงสุวรรณ และพรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2544). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

ด้านที่สาม ด้านการประทับประคอง เป็นการประทับประคองทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลผู้สูงอายุในการรับประทานอาหารและน้ำ การเลือกใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสมตามฤดูกาล การประทับประคองทางจิตใจ เช่น การปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจ เอาใจใส่ใน การดูแล เป็นต้น

ด้านที่สี่ ด้านการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรม จัดสิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุต่าง ๆ ตามที่สามารถทำได้ ให้คำชมเชย ยกย่อง และสามารถทำกิจกรรมได้สะดวกและปลอดภัย

ด้านที่ห้า ด้านการเป็นผู้ประสานและเชื่อมโยงระหว่างสมาชิก ผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

## 2.10 ทฤษฎีครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง การให้ความหมายครอบครัวโดยสมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย<sup>85</sup> ได้ให้ความหมายตามลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ ลักษณะทางชีววิทยา ครอบครัวถือเป็นกลุ่มชนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิต ส่วนลักษณะทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกันถึงแม้จะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน ลักษณะทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหะสถานเดียวกันมีปฏิสัมพันธ์ และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกันโดยไม่จำเป็นต้องเป็นสายเลือดเดียวกัน และลักษณะ ทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัวที่กฎหมายยอมรับ หมายถึง ครอบครัวที่ ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของ บิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตร ที่มีต่อกัน และกำหนดสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย

โครงสร้างบทบาทครอบครัว (Role structure) เป็นการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่สามารถบอกถึงบทบาทและสถานภาพ ที่เป็นอยู่ เป็นการหล่อหลอมพฤติกรรมของบุคคล โครงสร้างบทบาทภายในครอบครัวที่สำคัญ จำแนกเป็นบทบาทเชิงเครื่องมือ (Expressive role) ได้แก่ บทบาทในการรับผิดชอบเกี่ยวกับระบบ เศรษฐกิจภายในครอบครัวและความรับผิดชอบโดยตรงต่อการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้สมาชิก ในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น บทบาทของสามีหรือพ่อ และบทบาทเชิงอารมณ์เป็นบทบาท เกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย รวมทั้งการให้ การสนับสนุนด้านจิตใจ ครอบครัวที่ดีจำเป็นต้องมีโครงสร้างบทบาทที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการของสมาชิก และสามารถตอบสนอง

<sup>85</sup> รุจา ภูไพบูรย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิเจพรินต์.

ความต้องการได้ ระบบย่อยของครอบครัว เป็นการแสดงปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่มีการกำหนดค่านิยมบทบาทเฉพาะในครอบครัวทำให้เกิดระบบย่อยขึ้นในครอบครัว ซึ่งจำแนกตามบทบาทที่สังคมกำหนด และการทำหน้าที่เฉพาะ ได้แก่

ระบบย่อยคู่สามีภรรยา เป็นระบบที่บุคคล 2 คนมีความสัมพันธ์ กันในลักษณะของกลุ่มสมรส และในลักษณะที่ร่วมกันเป็นบิดามารดา ระบบย่อยบิดามารดาและบุตร เป็นระบบย่อยที่มีการแสดงบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาที่จึงแสดงต่อบุตร และที่บุตรแสดงต่อบิดามารดา ระบบย่อยพี่น้อง เป็นระบบย่อยที่ลูก ๆ สัมพันธ์กันเอง โดยการแสดงบทบาทหน้าที่ของพี่น้องน้อง ระบบย่อยอื่น ๆ (Other subsystem) เป็นระบบย่อยที่มีลักษณะความสัมพันธ์เฉพาะ เช่น ยายกับหลาน สะใภ้กับมารดาของสามี ลูกกับหลาน เป็นต้น

ความรู้สึกร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ขึ้นอยู่กับความหมายที่แสดงออกถึงพฤติกรรม โดยทั่วไป จะแปลความหมายผ่านกระบวนการคิด การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ผ่านการยืนยันความหมาย จากการกระทำต่อผู้อื่น เมื่อมองในแง่การปฏิสัมพันธ์ การสื่อความหมาย ส่วนใหญ่เป็นผลของการใช้สัญลักษณ์ร่วมกัน ซึ่งมีทั้งที่เป็นตัวอักษร คำ และที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การแสดงกริยาท่าทาง

## 2.11 ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Developmental family theory)

ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงนั้น มีทุกช่วงระยะพัฒนาการของครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลต้องรับบทบาทหน้าที่ทั้งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง และรับบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ตามระยะพัฒนาการของครอบครัว ซึ่งต้องทำให้มีภาระหน้าที่ บทบาท และการปรับตัวที่ต่างกัน โดยระบบครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีลักษณะที่เป็นพลวัต (Dynamic) กล่าวคือ ชีวิตครอบครัวมักเริ่มต้นที่การแต่งงานของหญิงชายและสิ้นสุดลงเมื่อคู่แต่งงานสิ้นชีวิต ในช่วงของการดำเนินชีวิตครอบครัว ลักษณะของสมาชิกครอบครัวจะกำหนด กิจกรรมต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ ซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่จะผ่านระยะต่าง ๆ และกิจกรรมหลักที่คล้ายคลึงกัน แต่จะแตกต่างกันถ้าลักษณะ โครงสร้างของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน ระยะต่าง ๆ ของครอบครัว เรียกว่า วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) ในระยะต่าง ๆ ของชีวิตครอบครัวก็จะมี

กิจกรรมต่าง ๆ จนเข้าสู่วัยชราเหมือนกันทุกครอบครัว ในการแบ่งวงจรชีวิตครอบครัวแตกต่างตาม ลักษณะของการศึกษา โดยแบ่งพัฒนาการครอบครัวออกเป็น 8 ระยะ ดังนี้<sup>86</sup>

ระยะแรก ครอบครัวระยะเริ่มต้น (Marital stage) เป็นการเริ่มครอบครัวใหม่หนุ่มสาวปรับตัว ในการอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส

ระยะที่สอง ครอบครัวระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร (Early childbearing families) เริ่มตั้งแต่มีบุตรคนแรก จนบุตรอายุ 30 เดือนหรือ 2 ขวบครึ่ง

ระยะที่สาม ครอบครัวระยะมีบุตรก่อนวัยเรียน (Families with preschool children) ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ 2 ปี 6 เดือน ถึง 5 ปี

ระยะที่สี่ ครอบครัวระยะบุตรวัยเรียน (Families with school children) ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ 6 ปี ถึง 13 ปี

ระยะที่ห้า ครอบครัวระยะบุตรวัยรุ่น (Families with teenagers) ระยะบุตรคนแรกอายุ 13 ปี ถึง 20 ปี

ระยะที่หก ครอบครัวระยะบุตรแยกจากครอบครัว (Launching center families) ระยะช่วงบุตรคนแรกถึงคนสุดท้ายแยกครอบครัวออกจากพ่อแม่ ซึ่งอาจเกิดภาวะ “รังร้าง” คือ เหลือแต่พ่อแม่

ระยะที่เจ็ด ระยะครอบครัววัยกลางคน (Families of middle years) เป็นช่วงที่บุตรแยกครอบครัว ออกหมดแล้ว พ่อแม่อยู่ในช่วงอายุ 45-55 ปี หรือจะเริ่มเข้าสู่วัยเกษียณ

ระยะที่แปด ครอบครัวระยะวัยชรา (Aging families) เป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการครอบครัว เป็นช่วงที่เข้าสู่วัยชรา เริ่มสูญเสียคู่สามีภรรยา ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจากปัญหาทางสุขภาพและความเสื่อมของสมอง

กล่าวโดยสรุป การศึกษาเรื่องครอบครัวนั้นเป็นที่ยอมรับกัน โดยทั่วไปว่า ความพึงพอใจในชีวิตสมรส ของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงชีวิตในลักษณะรูปตัวยู (U-SHAPE) ตามวงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) กล่าวคือ สามีภรรยาจะมีความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวมากที่สุดเมื่อเริ่มต้น ชีวิตครอบครัว จากนั้นความพึงพอใจจะเริ่มลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อมีบุตรคนแรก และลดลง อย่างเรื่อย ๆ จนถึงระยะบุตรอยู่ในวัยเรียน และลดลงต่ำที่สุดเมื่อบุตรอยู่ในช่วงวัยรุ่น หลังจากนั้น ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวจะเริ่มมากขึ้นจนถึงระยะที่บุตรเริ่มมีครอบครัวและออก

<sup>86</sup> Duvall, E. M. (1977). *Marriage and families relationships* (5" ed.). Philadelphia: Lippincott. and Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones. E. G. (2003). *Family nursing Research, theory & Practice* (5 "ed.). NJ: Pearson Education.



จากบ้านไป จากทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวที่กล่าวมาข้างต้นนี้ สามารถชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผน ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวในช่วงระยะต่าง ๆ

จากรูปแบบการให้บริการจากที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อพิจารณาจากสถานที่ให้บริการดูแลแก่ผู้สูงอายุ สามารถแบ่งการให้บริการผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ป่วยติดเตียงได้เป็น 2 ประเภท คือ การให้บริการผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุติดเตียง