ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

กรณีศึกษาชุมชนในจังหวัดลำปาง

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ได้รับการสนับสนุนจาก

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

ธันวาคม 2554

บทสรุปผู้บริหาร

ปัจจุบันประชากรในประเทศไทยมีอายุยืนยาวขึ้นและกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาระทางการเงินทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรง คือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ทางอ้อม คือ การสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วคือบุคคลในครอบครัวนั่นเอง ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในปีงบประมาณ 2553 ของสำนักงานวิจัยหลักประกันสุขภาพไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลสูงสุดเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุทั้งการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลระยะยาวมากขึ้น ส่งผลให้สังคมต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น เพื่อให้การปรับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุนี้มีความยั่งยืนทางการเงินการคลัง จำเป็นต้องมีการศึกษาต้นทุนของการดำเนินการตามแนวทางใหม่นี้ควบคู่ไปด้วย เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถกำหนดการชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับบริการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ ที่ทำในสถานพยาบาลและชุมชน นอกจากนั้นยังต้องศึกษาถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การศึกษาแนวทางการวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กรณีศึกษาชุมชนในจังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและกระบวนการทำงาน รวมถึงข้อมูลอื่นที่จำเป็น และออกแบบเครื่องมือในการทำต้นทุนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเพื่อศึกษาแนวทางการต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนในจังหวัดลำปาง ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย รวมถึงผู้บริหารและบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลห้างฉัตร ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนแนวความคิด พัฒนาและทดลองใช้แบบสำรวจในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการทำวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ 5

1.1 ที่มาและความสำคัญ 5

1.2 วัตถุประสงค์ 6

1.3 ขอบเขตการศึกษา 6

1.4 ศัพท์เฉพาะและความหมาย 6

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม 8

2.1 ความสำคัญของการดูแลระยะยาวในชุมชน 8

2.2 ข้อดีของการจัดบริการระยะยาวในชุมชน 9

2.3 ปัญหาของการดูแลระยะยาวในชุมชน 10

2.4 ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 12

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย 14

3.1 ประชากรในการศึกษา 14

3.2 ขนาดตัวอย่างและวิธีการเลือกตัวอย่าง 14

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 15

บทที่ 4 ผลการศึกษา 17

4.1 ข้อมูลพื้นฐาน/ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 17

4.2 รายได้ผู้สูงอายุ 24

4.3 ต้นทุนค่าใช้จ่าย 25

4.4 ต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแล 27

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ 31

5.1 สรุปการศึกษา ..... **Error! Bookmark not defined.**

บรรณานุกรม 35

ภาคผนวก ก: แบบสอบถาม 36

ภาคผนวก ข: แนวทางการประมาณการต้นทุนโดยสมการค่าจ้าง 43

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบัน การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและความก้าวหน้าทางการแพทย์ของประเทศไทยมีความก้าวหน้ามากขึ้น ส่งผลให้ประชากรมีมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาวขึ้นและกำลังก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ สิ่งที่ตามมาคือ ค่าใช้จ่าย อันเนื่องมาจากการใช้บริการรักษาพยาบาลในกรณีเจ็บป่วย ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปีงบประมาณ 2553 ของสำนักงานวิจัยหลักประกันสุขภาพไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลสูงสุดเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุทั้งการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อีกทั้งผู้สูงอายุมีสัดส่วนการนอนในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 เดือนเกือบร้อยละ 40 เพิ่มจากปีงบประมาณ 2552 ถึงร้อยละ 2 ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลระยะยาวมากขึ้น ทำให้สังคมต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ได้ริเริ่มจัดทำโครงการพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบ/ระบบการให้บริการทางการแพทย์แบบต่อเนื่อง (Continuum Care) สำหรับผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงการให้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล การเยี่ยมบ้าน (Home health care) และการดูแลในชุมชน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการดูแลภาวะพึ่งพิงโดยบุคคลในครอบครัว อาสาสมัคร หรือ ผู้ดูแล (Informal care giver)

รายงานการศึกษานี้มุ่งเน้นการศึกษาต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการคาดประมาณค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อเป็นเครื่องมือทางการเงินสำหรับการบริหารกองทุนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความยั่งยืนทางการเงินการคลัง และสามารถบริหารจัดการดูแลภาวะพึ่งพิงได้ด้วยคนในชุมชนเอง

1.2 วัตถุประสงค์

1. วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและกระบวนการทำงาน รวมถึงข้อมูลอื่นที่จำเป็น ในการจัดทำต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับชุมชน ของจังหวัดลำปาง
2. การจัดทำต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับชุมชน ในจังหวัดลำปาง
3. ออกแบบเครื่องมือในการทำต้นทุนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับชุมชน

1.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนในจังหวัดลำปาง นั้น จะศึกษาโดยมีประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และ เขตตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร

1.4 ศัพท์เฉพาะและความหมาย

งานวิจัยนี้ใช้คำจำกัดความของการดูแลระยะยาวของ OECD (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011) ดังนี้ คือ

การดูแลระยะยาว (Long-term care) หมายถึง การบริการสำหรับผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตัวเองลดลงทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา และต้องการการช่วยเหลือในกิจกรรมพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต (basic activities of daily living …ADL) เป็นการต่อเนื่อง การบริการดูแลตัวบุคคล (personal care) นี้มักให้บริการร่วมกับการให้บริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (basic medical services) เช่น การพยาบาล (ตัวอย่างเช่น การทำแผล การระงับอาการปวด การให้ยา การติดตามภาวะสุขภาพ) การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการให้การช่วยเหลือตามอาการ (palliative care) การดูแลระยะยาวนี้สามารถให้บริการร่วมกับการช่วยเหลือพื้นฐานในเรื่องกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (domestic help) ซึ่งเรียกกันว่า instrumental activities of daily living (IADL).

การดูแลระยะยาวที่บ้าน หมายถึง การให้บริการดูแลระยะยาวที่จัดบริการที่บ้านให้กับผู้รับบริการซึ่งมีภาวะพึ่งพิง โดยรวมถึงการจัดบริการดูแลระยะยาวในสถาบันแบบชั่วคราวเพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การจัดบริการดูแลระยะยาวในชุมชน ศูนย์ดูแลช่วงกลางวัน(day-care centres) รวมถึงการดูแลในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต (respite care) การดูแลระยะยาวที่บ้านยังรวมถึงการออกแบบระบบบริการอย่างต่อเนื่องที่จะช่วยเหลือหรือปรับวิธีการใช้ชีวิตในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดูแลตนเองได้

การดูแลระยะยาวในสถาบัน หมายถึง การจัดบริการดูแลระยะยาวและที่พักในสถานพยาบาลหรือบ้านพักสาธารณะสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลด้านการแพทย์และการพยาบาล เนื่องจากภาวะโรคเรื้อรัง และการต้องการความช่วยเหลือในเรื่องกิจกรรมพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต (ADL) ซึ่งรวมถึงการจัดบริการอื่นเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่มีการพึงพิงปานกลางและงผู้ที่มีการพึงพิงมาก

ผู้ดูแล (Caretaker) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ และอยู่ในภาวะพึ่งพิง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2547)

ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) บางครั้งเรียกว่าผู้ดูตามธรรมเนียม หมายถึง การให้ความดูแลโดยไม่ต้องชำระค่าบริการให้กับผู้สูงอายุที่อ่อนแอที่ต้องพึ่งพาหรือมีความต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งได้แก่ ญาติ เพื่อนหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ นอกเหนือจากการดูแลแล้วยังเป็นกำลังใจสำคัญให้กับผู้สูงอายุด้วย

ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติหรือเพื่อน เพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิง โดยได้รับค่าตอบแทนหรือผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อนและได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health Care Assistant)

ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการระยะยาว (long-term care spending) หมายถึง ค่าใช้จ่ายรวมของค่าใช้จ่ายจากบริการระยะยาวในส่วนบริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการจัดบริการระยะยาวในส่วนบริการด้านสังคม

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

2.1 ความสำคัญของการดูแลระยะยาวในชุมชน

การดูแลระยะยาวในประเทศไทยเกือบทั้งหมดเป็นการดูแลระยะยาวในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดูแลโดยเครือญาติ จากการสำรวจ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) (สุวรรณระดา, 2552)พบว่า มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 9.6-10.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมดมีความจำเป็นที่ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ห้องสุขา การทำความสะอาดใบหน้า การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้าการเคลื่อนย้ายจากนอนมานั่ง การเคลื่อนที่ในห้องหรือในบ้าน และการขึ้นลงบันได ในภาพรวมของประเทศผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลร้อยละ 91 มีญาติเป็นผู้แล การสำรวจในกรุงเทพมหานคร ก็พบว่าการดูแลระยะยาวโดยครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 92 ใกล้เคียงกับการสำรวจภาพรวมของประเทศ โดยมีการจ้างผู้ดูแลประมาณร้อยละ 2 และผู้สูงอยุเหล่านี้เคยใช้บริการสถานบริการแบบค้างคืนเพียงประมาณร้อยละ 0.2

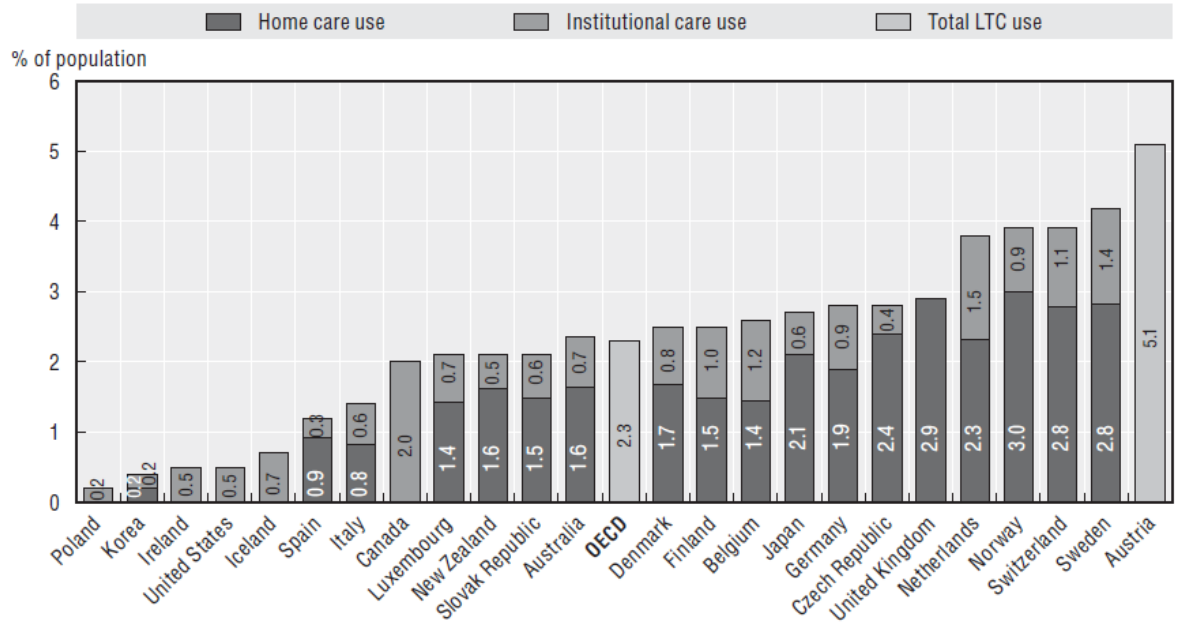
ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 1.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ไม่มีผู้ดูแลทั้งที่ต้องการมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลแต่ต้องการผู้ดูแลของทุกช่วงวัยมีสัดส่วนใกล้เคียงกันอยู่ในระหว่างร้อยละ 0.9 – 1.4 และจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างจากการสำรวจครั้งก่อนๆ นอกจากนี้มีรายงานว่า ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งจะอยู่ในครอบครัวเดี่ยวที่มีผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคู่สมรสโดยลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 14.6 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 17.0 ในปี พ.ศ.2550(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

แม้ในประเทศพัฒนาแล้ว เช่นประเทศในกลุ่ม OECD ซึ่งมีการดูแลระยะยาวในสถาบันอย่างเป็นระบบ การดูแลระยะยาวส่วนใหญ่ก็ยังเป็นการดูแลโดยเครือญาติ งานวิจัยของ OECD ในปี 2553 (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลจากประเทศสมาชิก 23 ประเทศที่มีข้อมูลเรื่องการดูแลระยะยาว พบว่า โดยเฉลี่ยร้อยละ 70 ของผู้ได้รับบริการดูแลระยะยาวเป็นการดูแลระยะยาวที่บ้าน โดยสองในสามของผู้ดูแลเป็นผู้หญิง ซึ่งต้องดูแลบิดามารดา หรือคู่สมรส โดยประเทศเบลเยี่ยมมีอัตราการให้บริการระยะยาวที่บ้านต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 55 และอัตราการใช้บริการสูงที่สุดอยู่ที่ร้อยละ 80% ในประเทศสาธารณรัฐเชค สาเหตุความแตกต่างนั้นขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ โครงสร้างประชากร วัฒนธรรม การให้คุณค่าทางสังคม นโยบายสังคม (Roit, 2010) ที่สำคัญคือ

กฎหมายที่กำหนดให้บุตรต้องดูแลบิดามารดา และระบบประกันสังคมหรือสวัสดิการสังคมสำหรับการดูแลระยะยาว

จากงานวิจัยดังกล่าวยังพบด้วยว่าประเทศในกลุ่ม OECD มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงนโยบายเรื่องการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงโดยโดยพยายามให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านตนเองให้มากที่สุด มีการจัดทีมบริการไปให้บริการที่บ้าน เพิ่มความเข้มงวดใน การกำหนดเงื่อนไขการรับไว้เป็นผู้ป่วยในและควบคุมราคามากขึ้น ในกรณที่จำเป็นต้องใช้บริการการดูแลระยะยาวในสถาบันแบบค้างคืนก็จะผลักดันให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใช้บริการสถานบริบาลที่ตั้งขึ้นมาดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง (Ferlie et al. 2007) ทั้งนี้เพื่อการลดภาระทางการคลังของรัฐ และสร้างความยั่งยืนทางการคลัง (Hutten and Kerkstra 1996; Jacobzone et al. 1999)

ภาพที่ 2.1 การดูแลระยะยาวในกลุ่มประเทศ OECD



Note: Data for Canada, Luxembourg, Denmark, Belgium and the Netherlands refer to 2007; data for Spain refer to 2009. Data for Japan refer to 2006. Data for Japan underestimate the number of recipients in institutions because many elderly people receive long-term care in hospitals. According to Campbell *et al.* (2009), Japan provides public benefits to 13.5% of its population aged over 65 years. Czech home-care users include 300 000 recipients of the attendance allowance. Polish data underestimate total LTC users. Austrian data represent recipients of cash allowances.

2.2 ข้อดีของการจัดบริการระยะยาวในชุมชน

การที่การดูแลระยะยาวในชุมชนโดยเฉพาะที่บ้านเป็นทางเลือกหลักในทุกประเทศ เนื่องจากเป็นวิธีการดูแลที่ทุกฝ่ายได้รับประโยชน์ กล่าวคือ

1. สำหรับผู้สูงอายุที่ที่ต้องพึ่งพิง นั้น บ้านเป็นสถานที่ซึ่งเป็นที่คุ้นเคย ผู้ดูแลซึ่งเป็นคนในครอบครัว เครือญาติ หรือเพื่อนย่อยเข้าใจและสามารถตอบสนองผู้สูงอายุได้ตรงตามต้องการของผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลที่ไม่รู้จัก
2. สำหรับผู้ดูแลนั้น การได้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งมักเป็นบุพการีหรือญาติผู้ใหญ่หรือผู้ที่เคารพนับถือ นั้นถือเป็นการแสดงความกตัญญูรู้คุณ ที่มีคุณค่าทางจิตใจ แม้ว่าจะเป็นภาระทางการเงิน หรืออาจทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางสุขภาพ หรือ ขาดโอกาสในการใช้ชีวิตในสังคมไปบ้างก็ตาม
3. สำหรับรัฐบาล นั้น การที่ผู้สูงอายุใช้บริการดูแลระยะยาวในชุมชน ซึ่งมักเป็นการดูแลโดยครอบครัว โดยครอบครัวจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแล ถ้าถ้ารัฐต้องรับภาระทั้งหมดก็จะเป็นภาระการคลังสาธารณะที่สูงมาก งานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริการพบว่ามูลค่าทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการในครอบครัวนั้นสูงถึง 2.7% ของ GDP หรือ USD 375 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ

2.3 ปัญหาของการดูแลระยะยาวในชุมชน

แม้ว่าการให้ความช่วยเหลือระยะยาวโดยผู้ช่วยเหลือที่ไม่เป็นทางการมักเป็นการให้บริการโดยไม่มีการจ่ายค่าบริการ แต่ในทางเศรษฐศาสตร์การให้บริการดังกล่าวไม่ใช่ “ของฟรี” โดยมีงานวิจัยชี้ให้เห็นประเด็นปัญหาของการดูแลระยะยาวในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน (Zandbergen 1995) โดยการให้สิทธิประโยชน์ที่เป็นเงิน และ การให้คำปรึกษา

1. ภาระที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันมาก นั้น ครอบครัวต้องให้เวลากับการดูแลผู้สูงอายุคิดเป็นจำนวนชั่วโมงดูแลต่อวันนั้นมากตามไปด้วย ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดได้รับการดูแลจากผู้ดูแลตลอดเวลามากถึงร้อยละ 35.4 และอีกร้อยละ 58 นั้นผู้ดูแลหลักใช้เวลาในการดูแลประมาณ 6-15 ชั่วโมงต่อวัน โดยเฉลี่ยจำนวนเวลาที่ต้องใช้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลระดับน้อย ปานกลาง มาก และ พึ่งพาทั้งหมด อยู่ที่ 13 ชั่วโมง 20 ชั่วโมง 23.5 ชั่วโมง และ 27 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ตามลำดับ

การวิจัยเปรียบเทียบระบบดูแลระยะยาวในประเทศ OECD พบว่า ประเทศที่มีพัฒนาการจัดระบบการดูแลสวัสดิการสังคมที่ดี ภาระที่เพิ่มขึ้นของครอบครัวจะเป็นภาระงานมีความยากลำบากในการดูแลไม่มากนัก ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้มีความยากลำบากในการดูแลตัวเองประมาณ 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และ แต่ประเทศที่ยังมีระบบการดูแลสวัสดิการสังคมที่มีระดับการ

พัฒนาระบบบริการสังคมแบบการดูแลระยะยาวในสถาบันน้อยกว่านั้น ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในรูปแบบที่ซับซ้อน และเป็นภาระงานที่หนักกว่าเช่น ประเทศยุโรปตอนใต้ สาธารณรัฐเชค และ โปแลนด์นั้น ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการประมาณร้อยละ 30 ต้องใช้เวลาดูแลผู้มีความยากลำบากในการดูแลตัวเองมากกว่า 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ประเทศสเปญมากกว่าร้อยละ 50 และ ประเทศเกาหลีใต้มากกว่าร้อยละ 60% ต้องใช้เวลาดูแลผู้ความยากลำบากในการดูแลตัวเองมากกว่า 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Daatland 1990; Ogg and Renault 2006; Igel et al. 2009; Albertini et al. 2007).

ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการดูแลตัวเองมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากค่าใช้จ่ายปกติ เช่น ค่ายา ค่าวัสดุสิ้นเปลืองค่าเดินทาง และค่าปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องมีการดูแลชีวิตประจำวันจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มโดยเฉลี่ย 5,67 บาทต่อคนต่อปี กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องมีการรักษาพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มโดยเฉลี่ย 26,323 บาทต่อคนต่อปี ครอบครัวที่มีการซ่อมแซมบ้านมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเฉลี่ย 5,445 บาทต่อคนต่อปี ในกรณีที่ต้องจ้างผู้ดูแลค่าใช้จ่ายอยู่ประมาณ 85,000 – 129,000 บาทต่อคนต่อปี

ประเทศในกลุ่ม OECD มีแนวทางในการจัดการปัญหาภาระของครอบครัวใน 2 รูปแบบ คือ ในรูปแบบแรกนั้น ในบางประเทศ เช่น ประเทศเยอรมันนี ผรั่งเศส กำหนดให้สมาชิกครอบครัวต้องช่วยจ่ายค่าดูแลระยะยาวในกรณีที่ผู้ที่ต้องพึ่งพิงมีฐานะยากจน ในรูปแบที่สอง เป็นการจัดระบบประกันสังคมและสวัสดิการสังคมสำหรับการดูแลระยะยาว โดยให้ความช่วยเหลือเป็นเงินเพื่อช่วยการดูแลระยะยาวในครอบครัวทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้น

2. ปัญหาความยากจนของผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหลักซึ่งมีงานประจำที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง อาจต้องลาออกจากงานประจำ หรือเปลี่ยนงาน หรือลดระยะเวลาทำงาน ซึ่งมีผลต่ออนาคตความก้าวหน้าในงาน รวมทั้งปัญหาความยากจน เนื่องจากมีรายได้ไม่เพียงพอ และ ไม่มีรายได้สะสมในอนาคตเพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในยามชราของตนเอง

3. ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล

โดยเฉลี่ยผู้ดูแลซึ่งมีภาระการดูแลที่ใช้เวลามากหรือซับซ้อนมากมีโอกาสมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลตั้งแต่ร้อยละ 20 จนถึงร้อยละ 70-80 ใน Australia, the United States และเกาหลี

4. ผลกระทบต่อตลาดแรงงาน

ในทางทฤษฎี การดูแลระยะยาวในชุมชนนั้นมีผลต่อกำลังแรงงานได้ในสองรูปแบบ (Schulz, 2004) คือ ในรูปแบบแรกเป็นผลจาก Substitution effect ผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบการดูแล

ระยะยาวให้กับผู้สูงอายุ ตัดสินใจเลือกการลาออกหรือลดเวลาทำงาน ซึ่งจะส่งผลให้มีการลดลงของการเข้าร่วมกำลังแรงงาน (Labour market participation) ส่วนรูปแบบที่สอง เป็นผลของ Income effect เกิดจากครอบครัวมีภาระทางการเงินมากขึ้นจากการที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องทำงานหนักขึ้น เพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

งานวิจัยในประเทศเยอรมันนีแสดงให้เห็นภาพนี้ชัดเจน โดยพบว่า เมื่อมีความต้องการการดูแลระยะยาวในครอบครัว หญิงที่แต่งงานแล้วมีความเป็นได้สูงที่จะลาออกจากงาน (Schneider, Drobnic & Blossfeld 2001) ในขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างผู้มีงานประจำเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำงานไม่เต็มเวลา พบว่า ผู้ที่ทำงานไม่เต็มเวลาหรือผู้ที่ไม่มีงานทำมีแนวโน้มที่เปลี่ยนมาเป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการมากกว่า

5. ความเหลื่อมล้ำ

การจัดบริการระยะยาวโดยชุมชน ซึ่งมักมีการอุดหนุนบางส่วนจากรัฐ โดยเฉพาะการอุดหนุนโดยรัฐบาลท้องถิ่น ตามนโยบายกระจายอำนาจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาในประเทศยุโรป ในเรื่องที่ท้องถิ่นจะมีวิธีการตีความแนวทางของประเทศไปต่าง ๆกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่แตกต่างกันทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ (Hanssen 1997; Kroger 1997; Trydegard and Thorslund 2001). (Trydegard 2003). (Simonen and Kovalainen 1998).

2.4 ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุในส่วนที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายนั้นประกอบด้วยค่าใช้จ่ายทั้งส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวันที่ไม่ใช่การรักษาพยาบาล และ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนั้นผู้ดูแลยังมีต้นทุน ที่ทางเศรษฐศาสตร์เรียกว่า “ต้นทุนค่าเสียโอกาส” (Opportunity cost) ซึ่งหมายถึงผู้ดูแลต้องเสียเวลาในการทำกิจกรรมอื่น เช่น การทำงานประจำ หรือเวลาพักผ่อน ดังนั้นการประเมิน “ต้นทุนเชิงคุณค่า” ของผู้ดูแลต้องประเมินต้นทุนค่าเสียโอกาสในเรื่องการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการลดลงของแรงงาน และ มูลค่าของเวลาพักผ่อนของผู้ดูแล

การประมาณการต้นทุนของผู้ดูแลซึ่งไม่ได้มีการจ่ายค่าจ้างโดยตรง นั้นมีวิธีการประเมินอยู่ 3 วิธี (Access Economic Pty Ltd, 2010) คือ

■ วิธีหาต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity cost method) โดยการประเมินว่า เวลาที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีการพึ่งพิง นั้น สามารถสร้างผลผลิตคิดเป็นเงินได้เท่าไร ถ้าผู้ดูแลใช้เวลานั้นในการทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนผลผลิตภาพ ตัวอย่างเช่น การวิจัยค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร (สุวรรณระดา, 2552) ใช้สมการค่าจ้างวิเคราะห์จากข้อมูลดิบจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรปี พ.ศ. 2545 ไตรมาสที่ 3 ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์โดยเฉลี่ยระหว่างค่าจ้างรายสัปดาห์กับเพศ อายุของบุคคลหนึ่งๆ ระดับการศึกษา และ ที่อยู่ตามภาค (สุวรรณระดา, 2552) มาใช้ในการประมาณการต้นทุนค่าเสียโอกาส โดยนำเอาผลลัพธ์ที่ได้เป็นค่าจ้างที่ประมาณการได้จากความสัมพันธ์ข้างต้นปรับเป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสต่อปี และปรับมูลค่าในปีพ.ศ. 2545 เป็นมูลค่าในปีที่ศึกษาโดยใช้อัตราเงินเฟ้อ และปรับด้วยสัดส่วนของเวลาต่อวันที่ใช้ดูแลผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลตอบในแบบสอบถาม

■ วิธีประเมินโดยตัวผู้ดูแลเอง (Self-valuation method) เป็นวิธีการประมาณการโดยให้ผู้ดูแลหลักประเมินด้วยตัวเองว่า ถ้างานดูแลระยะยาวที่ทำนี้ควรได้รับค่าจ้างเท่าไร

เช่น งานวิจัยในไอร์แลนด์ใช้วิธีนี้ในการประเมินต้นทุนการดูแลผู้พึ่งพิงที่เป็นโรคสมองเสื่อม พบว่ามีต้นทุนอยู่ระหว่าง 2 – 4 ปอนด์ต่อชั่วโมง (O'Shea, 2000).

■ วิธีแทนค่าด้วยราคาตลาด (Replacement cost method) เป็นการประมาณต้นทุน โดยพิจารณาว่า บริการดูแลระยะยาวที่ผู้สูงอายุได้รับนั้น ถ้าต้องใช้บริการดูแลระยะยาวในสถาบัน จะมีค่าใช้จ่ายเป็นเท่าใด

วิธีการหาต้นทุนในแต่ละแบบจะได้ต้นทุนของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการที่แตกต่างกัน โดยในประเทศออสเตรเลียใช้วิธีดูต้นทุนค่าเสียโอกาสเป็นต้นทุนขั้นต่ำ และวิธีแทนด้วยราคาตลาดเป็นต้นทุนขั้นสูง

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 ประชากรในการศึกษา

การศึกษาต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนในจังหวัดลำปาง นั้น ประชากรเป้าหมายคือ ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และเขตตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร

3.2 ขนาดตัวอย่างและวิธีการเลือกตัวอย่าง

ขั้นที่ 1 หาขนาดประชากรผู้สูงอายุตัวอย่าง เพื่อสามารถใช้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรในการศึกษา ได้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีนี้ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้สูตร คือ

$$n = \frac{Nk^2PQ}{(k^2PQ + NE^2)}$$

โดย n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากร

k คือ ค่าคงที่ของระดับความเชื่อมั่นที่ 1-

P คือ สัดส่วนของประชากรที่สนใจศึกษา

Q คือ 1 - P

E คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง (0.05)

จากสูตรดังกล่าว

- จำนวนผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปางทั้งสิ้น 9,774 คน ต้องการความเชื่อมั่นประมาณ 95% ความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% จำนวนตัวอย่างที่ได้คือ 89 คน
- จำนวนผู้สูงอายุในเขตตำบลห้างฉัตร ทั้งสิ้น 1,478 คน คน ต้องการความเชื่อมั่นประมาณ 95% ความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% จำนวนตัวอย่างที่ได้คือ 85 คน

ขั้นที่ 2 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิง

จากข้อมูลพื้นฐานพบว่า กลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการการดูแลระยะยาวสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยังแข็งแรงดีสามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (ติดสังคม) กลุ่มที่เริ่มมีข้อจำกัดต้องอยู่กับบ้านเป็นส่วนใหญ่ (ติดบ้าน) และ กลุ่มที่ต้องการพึ่งพาสูง (ติดเตียง) ทั้งนี้กลุ่ม “ติดเตียง” มีจำนวนไม่มาก แต่เป็นกลุ่มที่น่าจะมีต้นทุนการดูแลระยะยาวสูง ถ้าแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามขนาดสัดส่วนประชากรแต่ละกลุ่ม ตัวอย่างของกลุ่ม “ติดเตียง” น้อยเกินว่าจะเป็นตัวแทนที่ดี คณะผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีแบ่งการสุ่มประชากรทั้งสามกลุ่มเป็นสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน (ตารางที่ 3.1) แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีถ่วงน้ำหนัก และปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็น 90 ราย

ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

		ชุมชนในความรับผิดชอบของ รพ. ลำปาง			ชุมชนตำบลห้างฉัตร	
		จำนวนผู้สูงอายุที่ได้ทำการสำรวจ	ประมาณจำนวนผู้สูงอายุ	คิดเป็นสัดส่วนเท่าๆกัน	จำนวนผู้สูงอายุ	คิดเป็นสัดส่วนเท่าๆกัน
กลุ่มที่ 1	ติดสังคม	4,104	N/A	30	871	28
กลุ่มที่ 2	ติดบ้าน	526	N/A	30	554	28
กลุ่มที่ 3	ติดเตียง	150	N/A	30	53	28
รวม		**4,780**	**9,774**	**90**	**1,478**	**85**

แหล่งข้อมูล ข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลำปาง และ โรงพยาบาลห้างฉัตร

หมายเหตุ โรงพยาบาลลำปางยังมีชุมชนบางส่วนที่ยังไม่ได้สำรวจในรายละเอียดของภาวะพึ่งพิง ในงานวิจัยนี้จะใช้สมมุติฐานว่าสัดส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มต่างๆ ของประชากรผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง ไม่แตกต่างจากสัดส่วนที่ได้จากชุมชนที่สำรวจไปแล้ว

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับการศึกษาต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนในจังหวัดลำปาง นั้น ใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และ แบบสอบถามที่โรงพยาบาลลำปาง และ โรงพยาบาลห้างฉัตรใช้ในการติดตามผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งปรับปรุงบางส่วน

จากแบบสอบถามของรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการ “การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยในชั้นแรก วางแผนให้เป็นเครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุข แต่จากการทดลองใช้ พบว่าเป็นภาระกับอาสาสมัครสาธารณสุขมากเกินไป และมีปัญหาเรื่องคุณภาพข้อมูลที่ได้ จึงปรับปรุงแบบสอบถามใหม่ร่วมกับนักวิจัยในพื้นที่ ปรับวิธีการเก็บข้อมูลใหม่ โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูล โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน (ผนวก 1) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 รายได้ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 รายจ่ายผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผู้ดูแลหลัก

วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จะทำการเก็บข้อมูลทั้งค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และ ค่าเสียโอกาส โดยค่าเสียโอกาสจะทำการคำนวณจะใช้ทั้งสามวิธีเปรียบเทียบกัน สำหรับวิธีการคำนวณโดยดูค่าเสียโอกาสจากการทำงานประจำอื่นนั้นจะใช้วิธีสมการค่าจ้างของ วรเวศม์ สุวรรณระดา โดยใช้จำนวนชั่วโมงการดูแล และระดับการศึกษา ส่วนอีกสองวิธี คือ การประเมินค่าจ้างของตัวเองถามจากแบบสอบถาม ส่วนราคาตลาดใช้วิธีตรวจสอบราคาค่าใช้จ่ายในสถานบริการเอกชนในจังหวัดลำปาง

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 ข้อมูลพื้นฐาน/ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ของชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 59 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 41 ในขณะที่ชุมชนห้างฉัตร มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66 และ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 34

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

เพศ	ลำปาง	ห้างฉัตร
ชาย	41	34
หญิง	59	66
รวม	100	100

เมื่อจำแนกเพศของผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชายในทุกประเภทของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และ Barthel Index17

Barthel Index	ลำปาง			ห้างฉัตร		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
กลุ่ม 1 ติดสังคม	43	57	100	39	61	100
กลุ่ม 2 ติดบ้าน	24	76	100	29	71	100
กลุ่ม 3 ติดเตียง	29	71	100	18	82	100

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปางและห้างฉัตร โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงแยกตามรายกลุ่มอายุที่ได้ทำการสำรวจ มีเพียงผู้สูงอายุของชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ที่มีสัดส่วนเพศชายสูงกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ลำปาง			ห้างฉัตร		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
60-69 ปี	25	75	100	43	57	100
70-79 ปี	56	44	100	21	79	100
80+ ปี	40	60	100	34	66	100

ตารางที่ 4 ร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ และ ระดับการพึ่งพิง

เพศ	อายุ	ลำปาง				ห้างฉัตร			
		กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (*N*=4,104)	กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (*N*= 526)	กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (*N*= 150)	รวม	กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (*N*= 871)	กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (*N*= 554)	กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (*N*= 53)	รวม
ชาย	60-69 ปี	23	54	23	100	64	27	9	100
	70-79 ปี	13	62	25	100	62		37	100
	80+ ปี	25	37	37	100	20	20	60	100
หญิง	60 -69 ปี	52	24	24	100	59	29	12	100
	70-79 ปี	19	62	19	100	25	50	25	100
	80+ ปี	10	30	60	100	17	30	52	100

หมายเหตุ : คำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก

จากตารางข้างต้น พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 60- 69 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเช่นเดียวกับอายุ 70-79 ปี ในขณะที่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุประเภทติดเตียงสูงคิดเป็นร้อยละ 37 ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง และร้อยละ 60 อาศัยอยู่ในชุมชนห้างฉัตร

และผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60- 69 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเช่นเดียวกับอายุ 70-79 ปี ในขณะที่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุประเภทติดเตียงสูงคิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง และ ร้อยละ 52 อาศัยอยู่ในชุมชนห้างฉัตร ทั้งนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ติดเตียง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ระดับการศึกษา

ชุนชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปางมีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 รองมาคือ ไม่ได้ศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 47 ไม่ได้รับการศึกษา รองมาคือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44 และกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษา คิดเป็นร้อยละ43 รองมาคือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 29 ขณะที่ชุมชนห้างฉัตรผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา

ตารางที่ 4 ร้อยละของระดับการศึกษา จำแนกตามระดับการศึกษา

	ลำปาง			ห้างฉัตร		
	กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (*N*= 4,104)	กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (*N*= 526)	กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (*N*= 150)	กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (*N*= 871)	กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (*N*= 554)	กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (*N*= 53)
ไม่ได้ศึกษา	23	47	43	7	11	39
ประถมศึกษา	50	44	29	79	82	61
มัธยมหรืออนุปริญญา	20	6	21	14	7	-
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	3	7	-	-	-
รวม	100	100	100	100	100	100

หมายเหตุ : คำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก

ลักษณะการอยู่อาศัย

ผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง และชุมชนห้างฉัตรโดยส่วนใหญ่ มีผู้อยู่ร่วมอาศัยด้วยอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร และเมื่อพิจารณาผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 3 ติดเตียง พบว่า มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 7 ที่อาศัยอยู่คนเดียว ทั้งในเขตเทศบาลลำปางและชุมชนห้างฉัตร

	ลำปาง			ห้างฉัตร		
	กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (*N*= 4,104)	กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (*N*= 526)	กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (*N*= 150)	กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (*N*= 871)	กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (*N*= 554)	กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (*N*= 53)
อาศัยอยู่คนเดียว	13	6	7	11	7	7
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร	37	35	39	50	46	29
อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น	3	15				7
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง	10	6		18	7	
อาศัยอยู่กับบุตร	37	38	54	21	39	57
รวม	100	100	100	100	100	100

หมายเหตุ : คำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก

ระดับการพึ่งพิง

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แต่ละข้อจำแนกคะแนนเป็น 0-2 คะแนน และคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

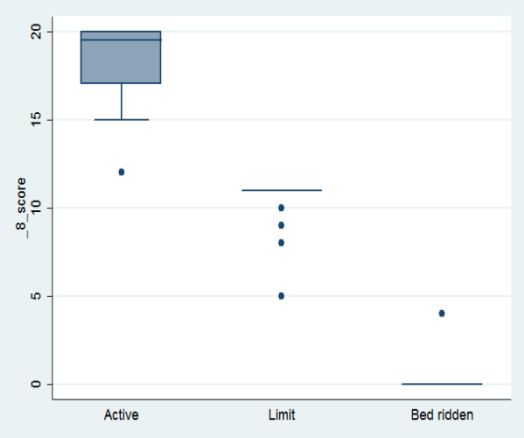
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้(กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง(กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

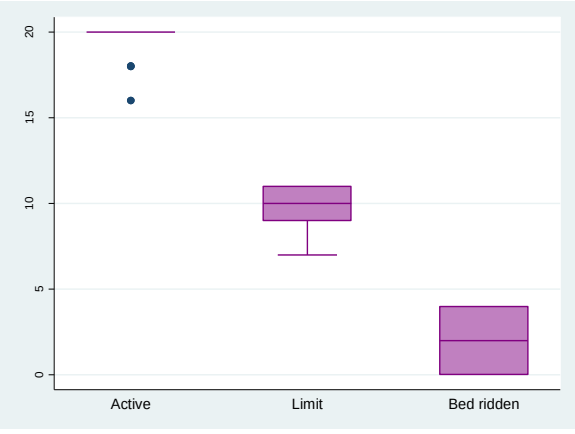
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง พบว่า กลุ่มที่ 1 ติดสังคม มีค่ามัธยฐานของระดับการพึ่งพิง เท่ากับ 19.5 กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีค่ามัธยฐานของระดับการพึ่งพิง เท่ากับ 11.0 คะแนน และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีค่ามัยธฐานของระดับการพึ่งพิง เท่ากับ 0 คะแนน ในขณะที่ระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนห้างฉัตร พบว่า กลุ่มที่ 1 ติดสังคม มีค่ามัธยฐานของระดับการพึ่งพิง เท่ากับ 19.5 กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีค่ามัธยฐานของระดับการพึ่งพิง เท่ากับ 9.71 คะแนน และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีค่ามัยธฐานของระดับการพึ่งพิง เท่ากับ 0 คะแนน

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มติดเตียง ซึ่งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องอาศัยการดูแลจากคนในครอบครัวหรือเจ้าหน้าที่ พบว่า ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้อาศัยอยู่ลำพัง/ ไม่มีคนในครอบครัวคอยดูแล คิดเป็นร้อยละ 7ง



ลำปาง

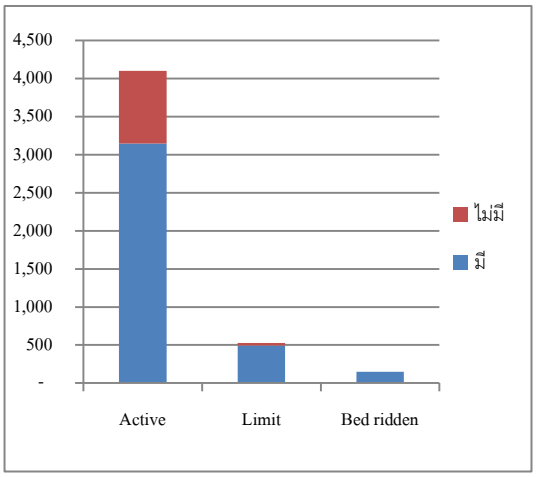


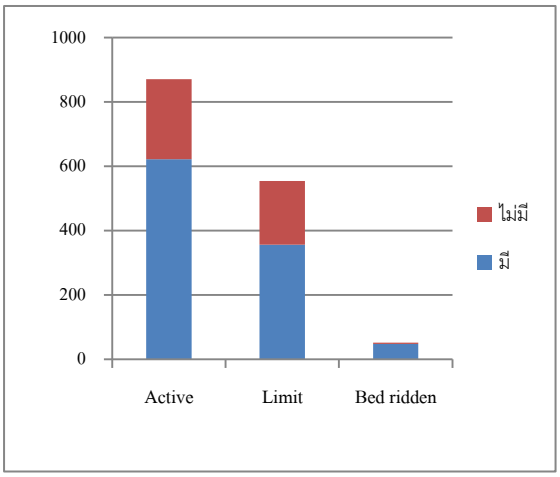
ห้างฉัตร

โรคประจำตัว

ชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยของผู้สูงอายุทั้งหมด มีโรคประจำตัวคิด พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่ม1 ติดสังคม มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 77 และกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 94 และ กลุ่มผู้สุงอายุในกลุ่มที่3 ติดเตียง มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 100

ชุมชนห้างฉัตร ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยของผู้สูงอายุทั้งหมด มีโรคประจำตัวคิด พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่ม1 ติดสังคม มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71 และกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 64 และ กลุ่มผู้สุงอายุในกลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 93





หมายเหตุ : คำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก

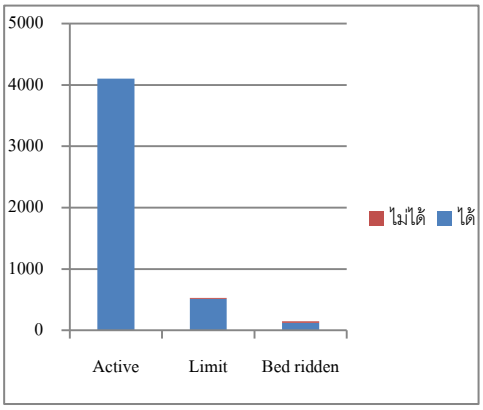
ลำปาง

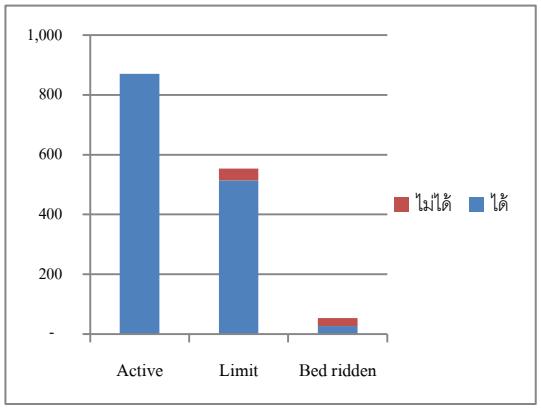
ห้างฉัตร

การสื่อสารกับบุคคลอื่น

ชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่สามารถสื่อสารของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นได้ คิดเป็นร้อยละ 99 มีเพียงผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 1 ที่ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ และเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ในกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน และ กลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ คิดเป็นร้อยละ 18 และ 1 ตามลำดับ

ชุมชนห้างฉัตร ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่สามารถสื่อสารของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นได้ คิดเป็นร้อยละ 96 มีเพียงผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 4 ที่ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ และเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ในกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน และ กลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ คิดเป็นร้อยละ 7 และ 50 ตามลำดับ





หมายเหตุ : คำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก

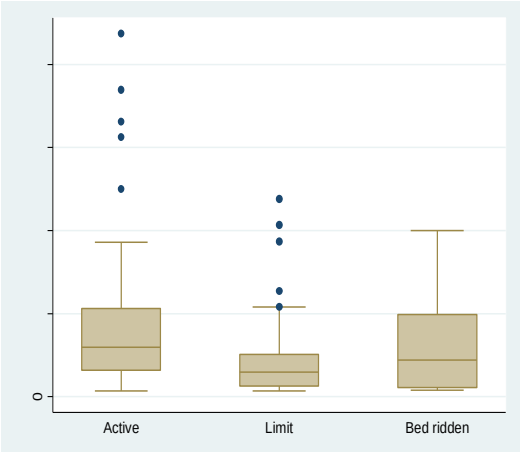
ลำปาง ห้างฉัตร

4.2 รายได้ผู้สูงอายุ

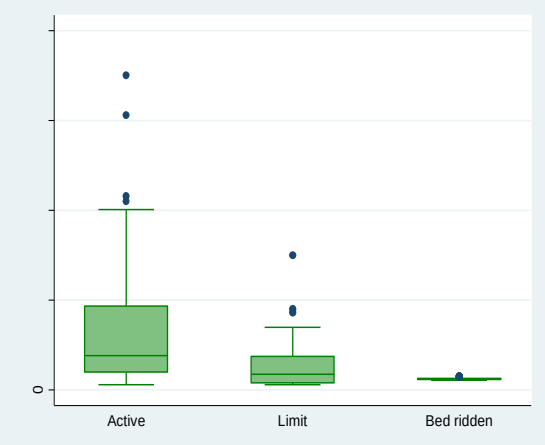
รายได้รวมเฉลี่ย

รายได้รวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่1 ติดสังคม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,396 บาท ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,896 บาท และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน 5,789 บาท

ในขณะที่รายได้รวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุในชุมชนห้างฉัตร พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่1 ติดสังคม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,789บาท ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,028บาท และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน 1,278 บาท



ลำปาง



ห้างฉัตร

4.3 ต้นทุนค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวัน

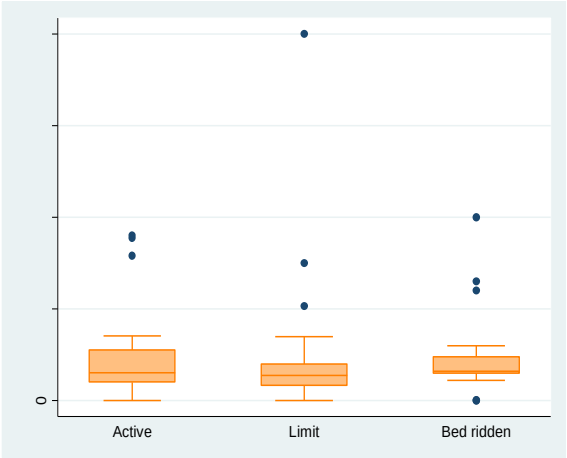
ค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่บริการสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มมีค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพน้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่บริการสุขภาพ โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ติดบ้านของชุมชนห้างฉัตรไม่มีค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเกิดขึ้นเลยในรอบปีที่ผ่านมา และผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดเตียงของชุมชนในความรับผิดชอบของลำปาง มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนห้างฉัตร

		ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ			ค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่บริการสุขภาพ					รวม
		ค่าบริการสถานบริการทางสาธารณสุข	ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้ที่บ้าน	กายอุปกรณ์	ค่าใช้จ่ายในกิจวัตรประจำวัน	ค่าปรับปรุงที่อยู่อาศัย	ค่าจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	บริการสถานบริบาลผู้สูงอายุ	อื่นๆ	
ลำปาง	กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (*N* = 4,104)	62	-	-	4,053	358		10	205	4,688
	กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (*N* = 526)	110	63	3	3,265.00	29	265	449	112	4,296
	กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (*N* = 150)		235	-	3,314	1,579		-	-	5,128
ห้างฉัตร	กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (*N* = 871)	65.00	-	-	3,873	193	-	7	11	4,149
	กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (*N* = 554)	-	-	-	2,554	119	-	-	-	2,673
	กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (*N* = 53)	110.71	-	-	1,571	-	536	271	500	2,989

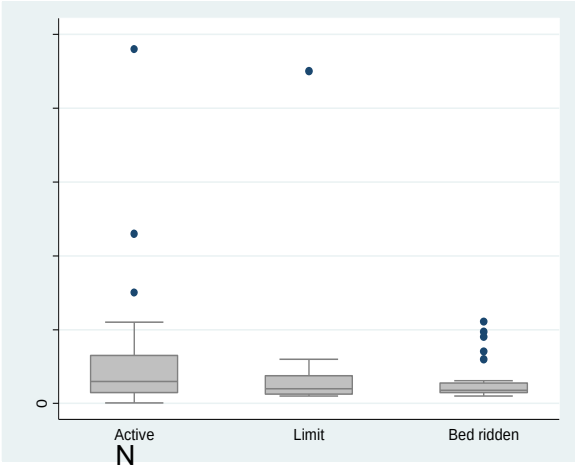
หมายเหตุ: การคำนวณค่าใช้จ่ายเฉลี่ยข้างต้นในแต่ละรายการทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่บริการสุขภาพข้างต้นเป็นภาพรวมของผู้สูงอายุทั้งหมด

ค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ย

จากการศึกษา พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปางกลุ่มที่ 1 ติดสังคม มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 4,688 บาท กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 4,296 บาท และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 5,128 บาท ในขณะที่ชุมชนห้างฉัตร ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 1 ติดสังคม มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 4,149 บาท กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,673 บาท และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 2,989 บาท



ลำปาง



ห้างฉัตร

4.4 ต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแล

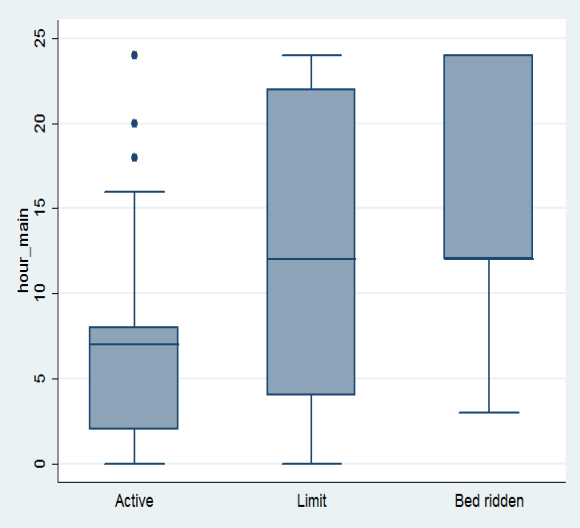
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหลักในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงระดับประถามศึกษา รองมาคือระดับมัธยม/อนุปริญญา ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุใน กลุ่มที่ 1 ติดสังคมมีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52 รองมาคือ มัธยม/อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 52 ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุในกลุ่ม 2 มีระดับการศึกษา มัธยม/อนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 47 รองมาคือประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 และผู้ดูแลหลักในกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่ม 3 มีการศึกษาอยู่ในระดับการศึกษา ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 7

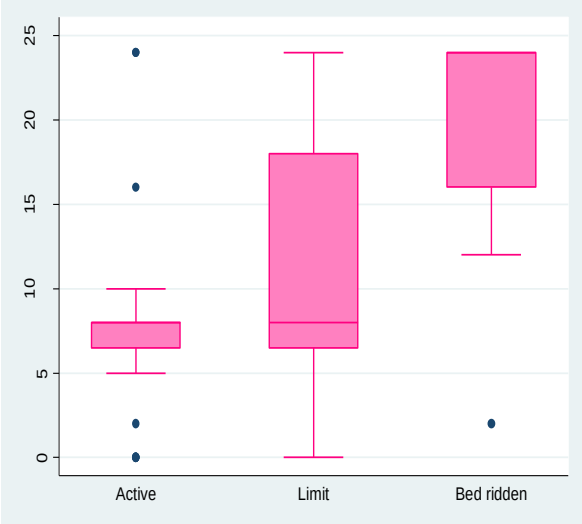
		ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก				
		ไม่ได้ศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยม/อนุปริญญา	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	รวม
ลำปาง	กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (N= 4,104)	4	28	48	20	100
	กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (N= 526)	13	35	32	19	100
	กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (N= 150)		43	46	11	100
ห้างฉัตร	กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (N= 871)	14	46	25	14	100
	กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (N= 554)	4	43	36	18	100
	กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (N= 53)	4	86	4	7	100

ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ดูแลหลักใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง พบว่า ผู้ดูแลหลักใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่1 ติดสังคม และใช้เวลาเฉลี่ยในการดูแล 7 ชั่วโมงต่อวัน โดยกลุ่มที่2 ติดบ้านใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อวัน ขณะที่กลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีจะใช้เวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้สูงอายุ 16 ชั่วโมงต่อวัน ในขณะที่ชุมชนห้างฉัตร พบว่า ผู้ดูแลหลักใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่1 ติดสังคม ประมาณ 8 ชั่วโมง ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน 11 ชั่วโมงและ ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ติดเตียง 21 ชั่วโมง



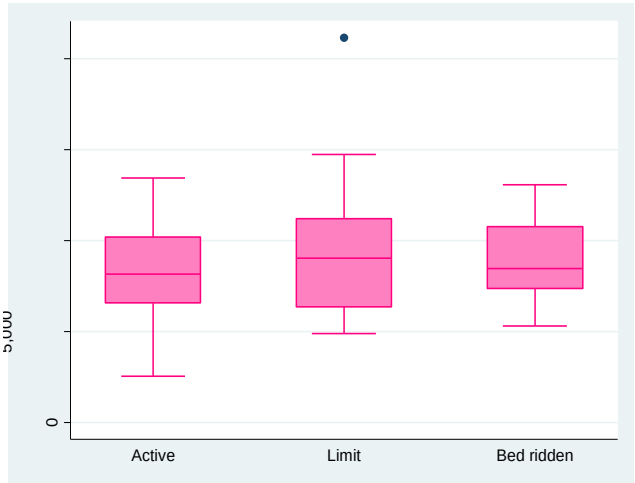
ลำปาง



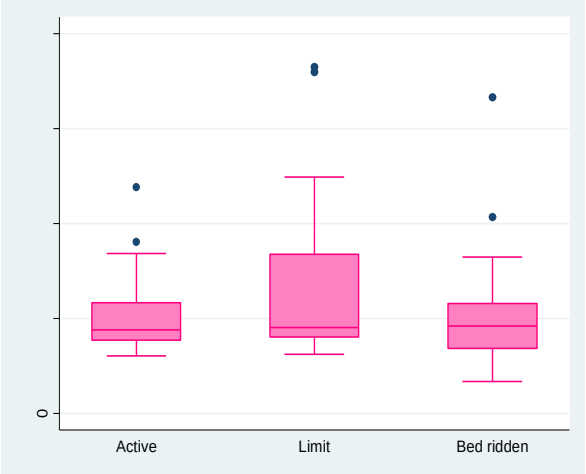
ห้างฉัตร

■ วิธีหาต้นทุนค่าเสียโอกาส (Opportunity cost method)

ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายมีต้นทุนค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ฟังค์ชั่นค่าจ้างจากการศึกษาของวรเวศม์ สุวรรณระดา (2547) แยกรายละเอียดตามกลุ่มของผู้สูงอายุได้ดังนี้ ต้นทุนค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่1 ติดสังคม เท่ากับ 8,527 บาท กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน เท่ากับ 9,557 บาท และ 8,936 บาทสำหรับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง ในขณะที่ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุของชุมชนห้างฉัตร มีต้นทุนค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่1 ติดสังคม เท่ากับ 10,593 บาท กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน เท่ากับ 13,205 บาท และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง เท่ากับ 10,335 บาท



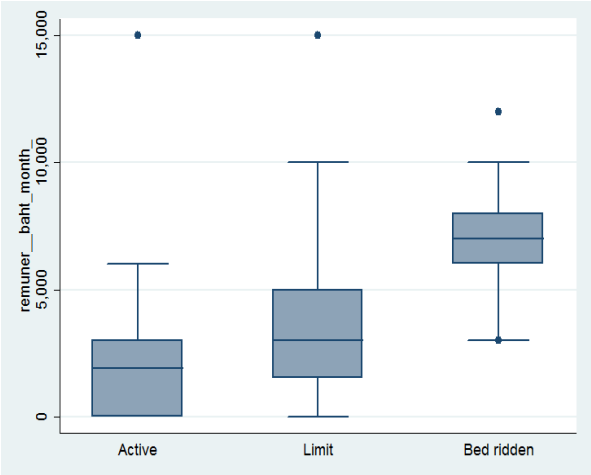
ลำปาง



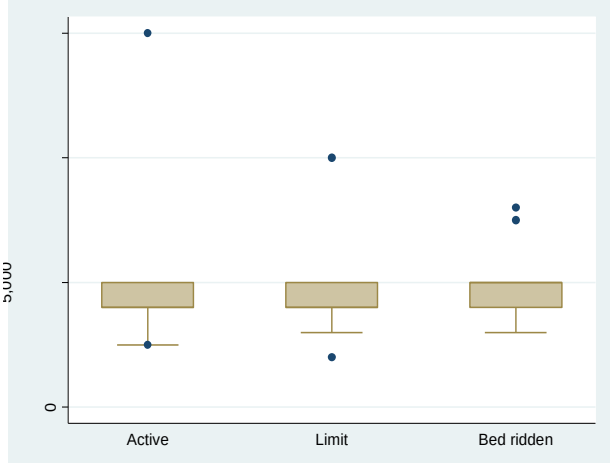
ห้างฉัตร

■วิธีประเมินโดยตัวผู้ดูแลเอง (Self-valuation method)

ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 ติดสังคม ประเมินค่าเสียโอกาส 2,293 บาท กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน ประเมินค่าเสียโอกาส 3,603 บาท ในขณะที่กลุ่มที่ 3 ติดเตียง ประเมินค่าเสียโอกาส 6,889 บาท ในขณะที่ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุของชุมชนห้างฉัตร ประเมินค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่1 ติดสังคม ประเมินค่าเสียโอกาส 3,902 บาท กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน ประเมินค่าเสียโอกาส 4,446 บาท ในขณะที่กลุ่มที่ 3 ติดเตียง ประเมินค่าเสียโอกาส 4,571 บาท



ลำปาง



ห้างฉัตร

■ วิธีแทนค่าด้วยราคาตลาด (Replacement cost method)

ในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้สูงอายุเพียงรายเดียวที่ใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน ซึ่งใช้บริการมากว่า 3 ปี และเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มติดบ้าน (อยู่ในชุมชนลำปาง) โดยผู้ดูแลหลักมีค่าเสียโอกาสเท่ากับ 15,000 บาท และจากสอบถามไปยังสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดลำปาง พบว่า มีอัตราค่าบริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ในอัตราวันละ 600 - 800 บาท ดังตาราง

วิธีแทนค่าด้วยราคาตลาด		ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลหลัก (บาท)				
		ไม่ได้ศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยม/อนุปริญญา	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	รวม
กลุ่มที่ 1	ติดสังคม	รายวัน วันละ 600 บาท				
กลุ่มที่ 2	ติดบ้าน	รายวัน วันละ 700 บาท				
กลุ่มที่ 3	ติดเตียง	รายวัน วันละ 800 บาท				

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาแนวทางการวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กรณีศึกษาชุมชนในจังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและกระบวนการทำงาน รวมถึงข้อมูลอื่นที่จำเป็น การจัดทำต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวระดับชุมชน ในจังหวัดลำปาง และออกแบบเครื่องมือในการทำต้นทุนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในระดับชุมชน ทั้งนี้ได้ทำการศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนตำบลห้างฉัตรและชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง (เขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามซึ่งได้จัดทำร่วมกับนักวิจัยในพื้นที่และดำเนินการจัดเก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่ และแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) รายได้ผู้สูงอายุ 3)รายจ่ายผู้สูงอายุ 4)แบบสอบถามผู้ดูแลหลัก

ทั้งนี้ ผลการศึกษาสรุปเป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

- สถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลห้างฉัตรและชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปางและชุมชนห้างฉัตรโดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่เช่นกัน ด้านลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุทั้งสองชุมชน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร รองมาคือ อาศัยอยู่คนเดียว ซึ่งพบว่า ยังมีผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 7 อาศัยอยู่เพียงลำพัง และค่ามัธยฐานของระดับการพึ่งพิงของทั้งสองชุมชนมีค่าใกล้เคียงกัน แตกต่างกันในกลุ่มที่ 2 ติดบ้านของชุมชนห้างฉัตรมีค่ามัธยฐานของระดับการพึ่งพิงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง และด้านการสื่อสารกับบุคคลอื่น ยังพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน และ ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 3 ติดสังคม ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้

จากผลการศึกษาข้างต้น พบว่า ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้อาศัยอยู่ลำพัง คิดเป็นร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุทั้งสองชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ติดเตียงมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ/การดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- รายได้และค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ

รายได้รวมเฉลี่ย

รายได้รวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง เท่ากับ 10,396 บาท 4,896 บาท และ 5,789 บาท ตามลำดับ ในขณะที่รายได้รวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุในชุมชนห้างฉัตร มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,789บาท ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,028บาท และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ติดเตียง มีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน 1,278 บาท

ค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายในการดูแลชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มมีค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพน้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่บริการสุขภาพ โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในกิจวัตรประจำวัน เมื่อพิจารณาทางด้านค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปางมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 4,688 บาท 4,296 บาท และ 5,128 บาท ตามลำดับ ในขณะที่ชุมชนห้างฉัตร มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เท่ากับ 4,149 บาท 2,673 บาท 2,989 บาท ตามลำดับ

จากการศึกษารายได้เฉลี่ยและค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้สูงอายุทั้งสองชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปางมีความสามารถในการรับภาระค่าใช้จ่ายได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับชุมชนห้างฉัตร โดยผู้สูงอายุทุกกลุ่มมีรายได้สูงกว่าค่าใช้จ่าย ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มที่3 ติดเตียงที่อาศัยอยู่ในชุมชนห้างฉัตร มีรายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ไม่สามารถทำงานได้และไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ และจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานราชการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแล

วิธีหาต้นทุนค่าเสียโอกาส

ต้นทุนค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ฟังค์ชั่นค่าจ้างจากการศึกษาของวรเวศม์ สุวรรณระดา (2547) ของชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง พบว่า ต้นทุนค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่1 ติดสังคม เท่ากับ 8,527 บาท กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน เท่ากับ 9,557 บาท และ 8,936 บาท กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง ขณะที่ชุมชนห้างฉัตร มีต้นทุนค่าเสียโอกาสเท่ากับ 10,593 บาท 13,205 และ 10,335 บาทตามลำดับของกลุ่มผู้สูงอายุ

วิธีประเมินโดยตัวผู้ดูแลเอง

การศึกษาต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ดูแลด้วยวิธีการประเมินด้วยตัวผู้ดูแลเอง พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ประเมินค่าเสียโอกาส เท่ากับ 2,293 บาท 3,603 บาท และ 6,889 บาท ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุของชุมชนห้างฉัตร ประเมินค่าเสียโอกาสในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เท่ากับ 3,902 บาท 4,446 บาท และ 4,571 บาท ตามลำดับ

วิธีแทนค่าด้วยราคาตลาด

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน เพียงหนึ่งรายที่ใช้บริการสถานพยาบาลเอกชนมามากว่า 3 ปี และเสียค่าใช้จ่ายเดือนละ 15,000 บาท ทั้งนี้จากการสอบถามเพิ่มเติมไปยังสถานบริการสถานพยาบาลเอกชนเกี่ยวกับอัตราค่าบริการการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม มีอัตราค่าบริการรายวันเท่ากับ 600 บาท 700 บาท และ 800 บาท ตามลำดับ

การคำนวณต้นทุนค่าเสียโอกาสทั้ง 3 วิธี ประกอบด้วย ต้นทุนค่าเสียโอกาสโดยใช้ฟังค์ชั่นค่าจ้าง วิธีประเมินโดยตัวผู้ดูแลเอง และวิธีแทนค่าด้วยราคาตลาด พบว่า ผู้ดูแลหลักประเมินค่าเสียโอกาสของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับวิธีอื่นๆ อีกทั้งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับวิธีการหาต้นทุนค่าเสียโอกาสด้วยสมการฟังค์ชั่นค่าจ้าง ซึ่งมีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 9,007 บาท สำหรับชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง และค่าเฉลี่ย เท่ากับ 13,378 บาท สำหรับชุมชนห้างฉัตร

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ติดเตียง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ยังมีผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังทั้ง 2 ชุมชนข้างต้นนั้นต้องได้รับการดูแลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนห้างฉัตรซึ่งมีรายจ่ายสูงกว่ารายได้และไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินมาได้ ควรได้รับการช่วยเหลือทั้งจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเร่งด่วน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้
2. การดูแลผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลและเอาใจใส่อย่างดีจากผู้ดูแลหลัก ซึ่งเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร เพื่อสร้างภาวะโภชนาการที่ดีและมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง

3. ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ คนกลุ่มนี้เป็นบุคลากรที่สำคัญที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านตนเอง การมีกำลังใจที่ดีและไม่เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญเช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะสร้างกำลังใจที่ดีและให้คำปรึกษา คำแนะนำกับผู้ดูแลหลักเสมือนผู้สูงอายุเช่นกัน

ข้อจำกัดของการศึกษานี้

เนื่องจากการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ โดยใช้วิธีแบ่งการสุ่มประชากรทั้งสามกลุ่มเป็นสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน อันเนื่องมาจากตัวอย่างของผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ติดเตียงมีจำนวนน้อยเกินกว่าจะเป็นตัวแทนที่ดีแทนการใช้วิธีการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามขนาดสัดส่วนประชากรแต่ละกลุ่ม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวอาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรของชุมชนทั้งสองแห่งได้อย่างแท้จริง ดังนั้นการสรุปผลและตีความข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์จึงควรเป็นไปอย่างระมัดระวัง

บรรณานุกรม

Access Economic Pty Ltd. (2010). *The economic value of informal care in 2010.* Australia: Carers Australia.

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long Term Care.* Retrieved from http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en.

Roit, B. D. (2010). *Strategies of Care Changing Elderly Care in Italy and the Netherlands.* Amsterdam: Amsterdam University Press.

Schulz, E. (2004). *Use of Health and Nursing Care by the Elderly.ENEPRI RESEARCH REPORT NO. 2.* ENEPRI.

Sundström, G., Johansson, L., & Hassing, L. B. (2002). The Shifting Balance of Long-Term Care in Sweden. *Gerontologist, 42*(3), 350-356.

Wittenberg, R., & Malley, J. (2007). Financing Long-term Care for Older People in England. *Ageing Horizons*(6), 28-32.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis.* New York: Harper & Row.

วรเวศม์ สุวรรณระดา. (2552). *การเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.* กรุงเทพมหานคร: คณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545.* กทม: โรงพิมพ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและวิชาการสถิติ กลุ่มระเบียบวิธีสถิติ

ภาคผนวก ก: แบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ

โครงการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนในจังหวัดลำปาง

<u>คำชี้แจง</u> ในการสัมภาษณ์

1. ผู้สัมภาษณ์แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าแบบสัมภาษณ์นี้ใช้ประกอบการวิจัยของโครงการ “ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน” เพื่อศึกษาถึง ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของจังหวัดลำปาง
2. อธิบายให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับ และไม่มีผลเสียแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์แต่อย่างใด
3. แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 7 หน้า ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

    ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

    ส่วนที่ 2 รายได้ผู้สูงอายุ

    ส่วนที่ 3 รายจ่ายผู้สูงอายุ

    ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่าง 1. เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นสมาชิกในครัวเรือน และต้องสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกคน

2. หากผู้สูงอายุไม่สามารถตอบข้อคำถามได้ สามารถให้ผู้ดูแลที่เป็นญาติตอบแทนได้

3. ในกรณีที่พบผู้สูงอายุอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นผู้ถูกว่าจ้างเพียง 2 คน ต้องสอบถามผู้สูงอายุให้ได้มากที่สุด

<u>คำชี้แจง</u> ในการกรอกข้อมูล

กรุณาเขียนเครื่องหมาย X หรือ / ลงในช่องสี่เหลี่ยม และเขียนข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้อย่างชัดเจนและตรงกับความเป็นจริงในทุกส่วนของแบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุ……..
2. ที่อยู่อาศัย บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล..... .....ถนน …….....
   อำเภอ.....จังหวัด.....
3. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
4. อายุ.....ปี(เต็มปีตัดเศษเดือนออก)
5. จบการศึกษาสูงสุด
   - ☐ 1. ไม่ได้ศึกษา
   - ☐ 2. ประถมศึกษา
   - ☐ 3. มัธยมหรืออนุปริญญา
   - ☐ 4.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
6. ลักษณะการอยู่อาศัย
   - ☐ 1. อาศัยอยู่คนเดียว
   - ☐ 2. อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร
   - ☐ 3. อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น
   - ☐ 4. อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง
   - ☐ 5. อาศัยอยู่กับบุตร
7. โรคประจำตัว
   - ☐ 1. มีระบุ.....
   - ☐ 2. ไม่มี
8. ระดับการพึ่งพิง
   - ☐ 1. ระดับหนึ่ง “ติดสังคม” Barthel Index …….. คะแนน
   - ☐ 2. ระดับสอง “ติดบ้าน” Barthel Index …….. คะแนน
   - ☐ 3. ระดับสาม “ติดเตียง” Barthel Index …….. คะแนน
9. การพูดสื่อสารกับบุคคลอื่น
   - ☐ 1. พูดสื่อสารได้
   - ☐ 2. พูดสื่อสารไม่ได้

ส่วนที่ 2: รายได้ ผู้สูงอายุสามารถมีรายได้ทั้งจากการทำงาน (ข้อ 10) และจากแหล่งอื่นที่ไม่ใช้การทำงาน (ข้อ 11) หรือ ข้อใดข้อหนึ่ง

10. ในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมาผู้สูงอายุทำงาน ในฐานะนายจ้าง ลูกจ้าง การรวมกลุ่ม หรือทำงานเองที่บ้าน

☐ 1. ทำ มีรายได้เฉลี่ย ..... บาทต่อเดือน

☐ 2. ไม่ได้ทำ

11. ผู้สูงอายุได้รับเงินจากแหล่งอื่นที่ไม่ใช่การทำงานหรือไม่ หากได้รับเป็นจำนวนเงินเท่าใด (หากไม่ได้รับ ให้ระบุเป็น 0)

☐ 1. เงินที่ได้รับจากบุตร (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

☐ 2. เงินที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

☐ 3. บำเหน็จ (ระบุ)..... บาท

☐ 4. บำนาญ (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

☐ 5. เบี้ยยังชีพ (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

☐ 6. เบี้ยผู้พิการ (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

☐ 7. รายรับจากการให้เช่าที่ดิน และทรัพย์สินอื่นๆ (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

☐ 8. ดอกเบี้ย เงินปันผลจากการลงทุน แชร์ ให้กู้ (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

☐ 9. รายได้อื่น (ระบุ)..... (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

ส่วนที่ 3: รายจ่าย ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายดังนี้ (หากไม่ได้มีการจ่ายในรายการนั้นให้ระบุเป็น 0)

12. ค่าใช้จ่ายในกิจวัตรประจำวัน ที่บ้าน เช่น อาหาร เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม

(ระบุ)..... บาทต่อเดือน

13. ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้ที่บ้าน เช่น สายให้อาหาร (NG) สายดูดเสมหะ (Suction)

(ระบุ)..... บาทต่อเดือน

14. กายอุปกรณ์ที่ซื้อภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา เช่น ไม้เท้า

(ระบุ)..... บาท

15. ค่าปรับปรุงที่อยู่อาศัยภายใน1 ปีที่ผ่านมา เพื่อความสะดวกในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การปรับปรุงห้องนอน ห้องน้ำ ราวจับเดิน ทางลาด เป็นต้น

(ระบุ)..... บาท

16. ค่าจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

17. ใช้บริการสถานบริบาลผู้สูงอายุแบบไปเช้าเย็นกลับ และแบบค้างคืน

1. ค่าห้องพัก ค่าอาหาร รวมซักรีด (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

2. ค่าบริการการดูแล (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

3. ค่าเดินทาง ทั้งกรณีใช้บริการรถพยาบาลของสถานบริการรับส่ง และ/หรือ รับส่งโดยครอบครัว (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

18. ค่าบริการสถานบริการทางสาธารณสุขแบบไปเช้าเย็นกลับ และแบบค้างคืน รวมค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าวัสดุ ค่ายาที่จ่ายเอง (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

19. อื่นๆ (ระบุ)..... บาทต่อเดือน

ส่วนที่ 4: แบบสอบถามผู้ดูแลหลัก

<u>หมายเหตุ</u> ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ดูแลที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าคนอื่นๆ ไม่ใช่ผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการดูแล

20. ปัจจุบันนี้ใครเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก (ตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก)

☐ 1. ไม่มีคนดูแล (หากตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบคำถามข้อ 21-36)

☐ 2. คนในครอบครัว (ญาติ)

☐ 3. ลูกจ้าง

☐ 4. จิตอาสา

☐ 5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

☐ 6. สถานบริบาลผู้สูงอายุ / สถานพยาบาล

21. เพศของผู้ดูแลหลัก

☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

22. อายุของผู้ดูแลหลัก (ระบุอายุเต็ม).....ปี (ตัดเศษเดือนออก)

23. ผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุหรือไม่

☐ 1. อยู่ ☐ 2. ไม่ได้นอนค้างประจำ

24. ระดับการศึกษาสูงสุดที่เรียนจบของผู้ดูแลหลัก

☐ 1. ไม่ได้ศึกษา ☐ 3. มัธยม/อนุปริญญา

☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 4.ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

25. สถานภาพสมรสของผู้ดูแลหลัก

☐ 1.สมรส ☐ 2. โสด ☐ 3.หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

26. อาชีพของผู้ดูแลหลัก

☐ 1.ไม่ได้ทำงาน ☐ 2.รับจ้าง ☐ 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

☐ 4.ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ ☐ 5. รัฐวิสาหกิจ

☐ 6. เกษตรกรรม ☐ 7. อื่นๆ

27. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จากงานประจำ หรือ งานประจำที่ทำครั้งสุดท้าย ..... บาท/เดือน

28. ผู้ดูแลหลักทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว.....ปี

29. ลักษณะการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลักเป็นอย่างไร

☐ 1. ดูแลคนเดียวเท่านั้นไม่มีผู้ช่วย

☐ 2. ดูแลบางเวลา (มีผู้ช่วย)

☐ 3. อื่นๆ ระบุ.....

30. ผู้ดูแลหลักดูแลผู้สูงอายุประมาณ.....ชั่วโมง/วัน

31. ผู้ช่วยใช้เวลาดูแลผู้สูงอายุประมาณ..... ชั่วโมง/วัน (หากไม่มีผู้ช่วย ให้ระบุเป็น 0)

32. กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลทำให้กับผู้สูงอายุ (แบบบันทึกบัญชีชุมชน 4)

☐ ดูแลอาหารการกิน

☐ ดูแลเรื่องยา

☐ ทำความสะอาดร่างกาย/แต่งตัว

☐ ช่วยเหลือออกกำลังกาย

☐ ช่วยจัดสภาพที่อยู่ให้เมาะสม

☐ พาไปพบแพทย์

☐ ไปเยี่ยมไข้ที่บ้าน

☐ ไปเยี่ยมไข้ที่โรงพยาบาล

☐ พาไปพักผ่อนนอกบ้าน

☐ พาไปร่วมกิจกรรมในชุมชน

☐ พาไปประชุมหมู่บ้าน

☐ ความดันโลหิต/ชีพจร/การหายใจ

☐ ให้บริการกายภาพบำบัด

☐ พูดคุยให้คำปรึกษา

☐ เยี่ยมเยียนดูแลทุกข์สุข

☐ ให้ความรู้เกียวกับสิทธิและการเข้าถึงบริการ

☐ ประสานหน่วยงานให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ

33. ได้รับค่าจ้างสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ หรือไม่

☐ 1. ได้รับ ตอบเฉพาะข้อ 14

☐ 2. ไม่ได้รับ ตอบเฉพาะข้อ 15

34. ค่าจ้างสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ…….. บาท/เดือน(หากไม่ได้ ให้ระบุเป็น 0)

35. ในความเห็นของผู้ดูแล ค่าตอบแทนในระดับที่เหมาะสมกับภาระงานของผู้ดูแลควรเป็น ..... บาท/เดือน

36. จากการพิจารณาของผู้ดูแล คิดว่าผู้สูงอายุมีอุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพียงพอหรือไม่

☐ 1. เพียงพอแล้ว ☐ 3. ขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างมาก

☐ 2. ไม่เพียงพอ แต่ก็ไม่ขาดแคลน ☐ 4. อื่นๆ ระบุ.....

****

ภาคผนวก ข: แนวทางการประมาณการต้นทุนโดยสมการค่าจ้าง

ต้นทุนค่าเสียโอกาสจะคำนวณจากเพศ อายุ และระดับการศึกษาสุดท้ายของผู้ดูแลดังกล่าว การประมาณต้นทุนค่าเสียโดยใช้ฟังก์ชั่นค่าจ้างจากการศึกษาของวรเวศม์ สุวรรณระดา (2547) ซึ่งใช้ข้อมูลดิบจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรปี พ.ศ. 2545 ไตรมาสที่ 3 เพื่อการประมาณการฟังก์ชั่นค่าจ้าง ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์โดยเฉลี่ยระหว่างค่าจ้างรายสัปดาห์กับเพศ อายุของบุคคลหนึ่งๆ และระดับการศึกษา ดังนี้

Ln (wage) = CONSTANT + 0.04529 (อายุ) – 0.000523 (อายุกำลังสอง)

+ 0.1827 (เพศ; ชาย=1หญิง=0)

- 0.0487 (การศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

+ 0.0866 (จบระดับประถมศึกษา; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

+ 0.0983 (จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

+ 0.1812 (จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

+ 0.2749 (จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายอาชีวะ; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

+ 0.6289 (จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายการศึกษา; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

+ 0.2765 (จบระดับอนุปริญญาสายวิชาการ; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

+ 0.3602 (จบระดับอนุปริญญาสายอาชีวะ; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

+ 0.3656 (จบระดับอนุปริญญาสายการศึกษา; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

+ 0.6391 (จบระดับปริญญาตรีสายวิชาการขึ้นไป; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

+ 0.6196 (จบระดับปริญญาตรีสายอาชีวะขึ้นไป; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

+ 0.4334 (จบระดับปริญญาตรีสายการศึกษาขึ้นไป; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

- 0.3426 (จบการศึกษาประเภทอื่นๆ; ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0)

โดย CONSTANT ของ กรุงเทพและปริมณฑล = 6.2043319

ภาคกลาง = 6.01959194

ภาคเหนือ = 5.74290494

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ = 5.64437294

ภาคใต้ = 5.9657894

ค่าจ้างรายสัปดาห์ที่ประมาณการได้จากความสัมพันธ์ข้างต้นปรับเป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสต่อปี และปรับมูลค่าในปีพ.ศ. 2545 เป็นมูลค่าในปีพ.ศ. 2555 โดยใช้อัตราเงินเฟ้อ และปรับด้วยสัดส่วนของเวลาต่อวันที่ใช้ดูแลผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลตอบในแบบสอบถาม