

(2) กองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

โครงการโรงพยาบาลตำบลของตำบลบุงคล้า อำเภอหล่มสัก จ.เพชรบูรณ์ ได้กลายเป็นโครงการนำร่องสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ได้เข้ามาศึกษาดูงาน และนำฐานคิดดังกล่าวกลับไปพัฒนาโรงพยาบาลของตน ตัวอย่างหนึ่งของโรงพยาบาลตำบลที่ได้ดำเนินการตามโครงการดังกล่าวโดยใช้ชื่อว่า “โรงพยาบาล 2 บาท” ได้แก่ สถานพยาบาลชุมชนของชาวตำบลศรีฐาน โครงการโรงพยาบาลตำบลศรีฐาน อำเภอป่าดัว จ.ยโสธร หรือชาวบ้านรู้จักกันอีกชื่อว่า “โรงพยาบาล 2 บาท” นั้นได้เกิดขึ้นจากการที่ทีมผู้นำท้องถิ่นและชาวบ้านตำบลศรีฐานได้เดินทางไปดูงานโรงพยาบาลหล่มสัก จ.เพชรบูรณ์ ตามแนวคิดและการดำเนินงาน “โรงพยาบาลตำบล” ของนายแพทย์พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก และได้มีการนำข้อมูลกลับมาหารือกันในที่ประชุมประชาคม และหลังจากนั้นจึงร่วมกันสร้างโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กขึ้น โดยได้ใช้เงินทุนจำนวนทั้งสิ้น 6 แสนบาท สำหรับต่อเติมอาคารสถานีอนามัย เป็นห้องตรวจโรค ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน, ห้องพักรักษาผู้ป่วยใน, ห้องจ่ายยา, ห้องแพทย์แผนไทย, มุมพัฒนาการเด็กเล็ก และปรับได้ทุนอาคารเป็นที่นั่งพักของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งปรับปรุงภูมิทัศน์บริเวณโดยรอบเป็นสนามหญ้า รวมถึงบริเวณของลานแอโรบิคสำหรับการพักผ่อนและออกกำลังกาย ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลแห่งนี้มีค่าใช้จ่ายด้านงานบุคลากร ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ และอื่นๆ ปีละ 800,000 บาท โดยปีแรกได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.)ยโสธร, องค์การบริหารส่วนตำบลศรีฐาน และจากเงินบริจาค แต่ก็ยังขาดงบประมาณในการบริหารจัดการอีกประมาณ 133,200 บาท ด้วยเหตุนี้จึงได้ให้ประชาชนร่วมรับภาระ โดยคำนวณจากจำนวนประชากรทั้งหมด 6,950 คน คิดเป็นค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยคนละ 24 บาทต่อปี หรือคนละ 2 บาทต่อเดือน จึงเป็นที่มาของชื่อ “โรงพยาบาล 2 บาท” ในการนี้องค์การบริหารส่วนตำบลศรีฐานได้มีการสนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาลปีละ 3 แสนบาท เป็นระยะเวลา 4 ปีติดต่อกัน รวมทั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) ยโสธรยังได้ให้การสนับสนุนงบประมาณเป็นจำนวน 2 แสนบาท พร้อมกับรถ 1 คัน เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย คาดหมายว่า โรงพยาบาลศรีฐานจะสามารถเป็นโรงพยาบาลตำบลนำร่องของจังหวัดยโสธร รวมถึงภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนืออีกด้วย (<http://www.bantakhospital.com/modules.php?Name=News&file=article&sid ,241>)

กล่าวโดยสรุป แหล่งที่มาของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐานมาจาก

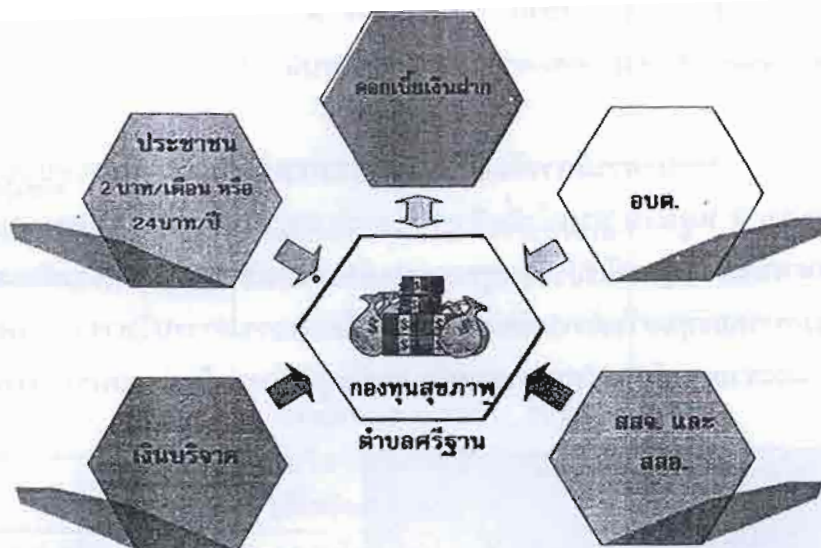
1. ประชาชนจ่ายคนละ 2 บาทต่อเดือน หรือ 24 บาทต่อปี
2. เงินบริจาค
3. องค์การบริหารส่วนตำบลอุดหนุน
4. สาธารณสุขอำเภอและสาธารณสุขจังหวัดอุดหนุน
5. ดอกเบี้ยเงินฝาก

- โดยกองทุนนี้คณะกรรมการบริหารได้นำไปใช้จ่ายเกี่ยวกับ

1. การจัดให้มีระบบส่งต่อการรักษา
2. การดูแลประชาชนในตำบล

3.การปรับพฤติกรรมบริการของบุคลากร

4.การจ้างบุคลากร



แผนภาพ ที่มาของกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน จ.ยโสธร

ส่วนการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพ มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหาร เรียกว่า คณะกรรมการกองทุนระดับหมู่บ้าน ๗ละ 3 คน (9 หมู่บ้าน) โดยแต่ละหมู่บ้านมีผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้แทนโดยตำแหน่งและตัวแทนที่ชาวบ้านเลือกอีก 2 คน รวมกันเป็นคณะกรรมการระดับตำบล 27 คน มีการแต่งตั้งประธาน รองประธาน กรรมการ เหนรัญญิก และเลขานุการ

คณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน

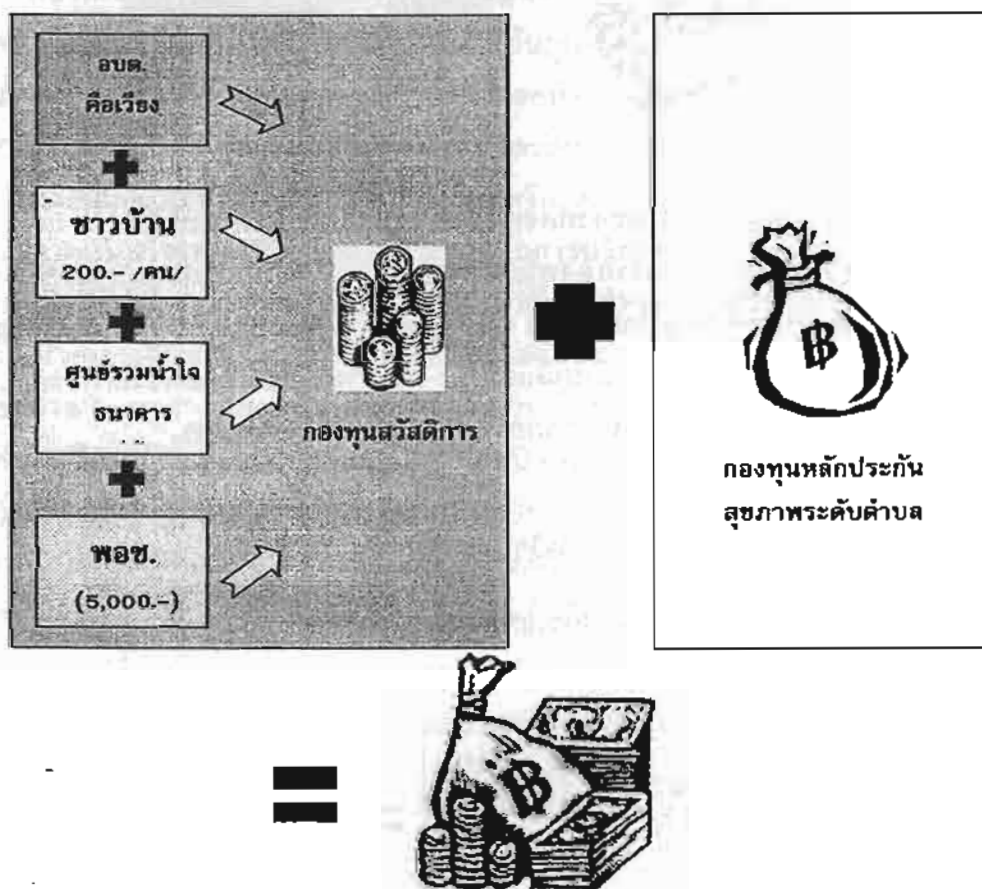


การคัดสรรตัวแทนบริหารกองทุนสุขภาพ

(3) กองทุนสวัสดิการชุมชน ตำบลคือเวียง

เริ่มต้นในลักษณะเดียวกับกองทุนอื่น ๆ โดยองค์การบริหารส่วนตำบลคือเวียง อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา ได้สมทบเงิน 100,000 บาท สมาชิกในชุมชนสมทบคนละ 200 บาทต่อปี ศูนย์รวมน้ำใจธนาคารหมู่บ้านสมทบ 5,000 บาท ต่อหมู่บ้าน (9 หมู่บ้าน รวม 45,000 บาท) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน) สมทบอีก 5,000 บาท รวมกันเป็นเงินสวัสดิการชุมชน

การบริหารมีการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชน ซึ่งมาจากตัวแทนธนาคารหมู่บ้าน 9 หมู่บ้าน ทำหน้าที่บริหาร โดยมีบทบาทหน้าที่เสนอโครงการ ดำเนินงาน และสรุปผล ต่อมาเมื่อกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลเข้ามา คณะกรรมการชุดนี้จึงเปลี่ยนเป็น คณะอนุกรรมการกองทุนสวัสดิการชุมชน อยู่ภายใต้คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบล และรวมทุนกับกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพระดับตำบลบริหารงานร่วมกัน



แผนภาพที่มา กองทุนสวัสดิการชุมชน ตำบลคือเวียง

ตารางเปรียบเทียบที่มาของแหล่งงบประมาณในการดำเนินการของกองทุนสวัสดิการชุมชน

กองทุน แหล่งที่มาของเงิน ทุนและการแสวงหาเงินทุน	แหล่งที่มาของเงิน	การแสวงหาแหล่งทุนเพิ่ม
กองทุนสุขภาพชุมชน - กองทุนสุขภาพตำบล โครงการ สองบาทร่วมลงขัน	- การระดมทุนเพื่อการพัฒนาจาก การร่วมลงขันของประชาชนใน ชุมชนคนละ 24 บาทต่อปี - อบต. - โรงพยาบาล (CUP) ในฐานะ ผู้บริการเงินต่อหัวประชากรที่ ได้รับจัดสรรจากรัฐบาล	
- กองทุนสุขภาพ ต.ศรีฐาน	- งบประมาณสนับสนุนจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด (สสจ. ยโสธร) - ดอกเบี้ยเงินฝาก - งบประมาณสนับสนุนจาก อบต.ศรีฐาน - ประชาชนจ่ายคนละ 24 บาทต่อปี	- เงินบริจาค
- กองทุนสวัสดิการชุมชน ต.คือเวียง	- งบประมาณสนับสนุนจาก อบต. - สมาชิกในชุมชนสมทบคนละ 200 บาทต่อปี - การสมทบจากศูนย์รวมน้ำใจ ธนาคารหมู่บ้าน	- การสมทบจากสถาบันพัฒนา องค์กรชุมชน

จากรูปแบบของการบริหารจัดการด้านงบประมาณของกองทุนที่กล่าวมานั้น ทำให้เห็นได้
ว่า ในการพัฒนาองค์กรโดยการอาศัยความร่วมมือจากชุมชนในการร่วมมือกันระดมทุนเพียงคนละ
เล็กน้อย ก็สามารถที่จะก่อให้เกิดเงินทุนในการต่อยอดเพื่อการสร้างสาธารณะประโยชน์สำหรับ
ชุมชนได้เป็นอย่างดี และยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมในการเป็นเจ้าของร่วมกันของคนในชุมชนอีก
ด้วย ซึ่งหากมองในมุมกว้างสิ่งที่เกิดจากการมีส่วนร่วมย่อมเป็นพลังที่จะทำให้ชุมชนนั้นได้รับการ
พัฒนาไปในแนวทางที่ดีและเหมาะสม ซึ่งในวิธีการของกองทุน 3 แห่งที่ได้มีการระดมทุนโดยการ
ลงขันด้วยเงินเพียงเล็กน้อยจากคนทุกคนนั้น สามารถที่จะเป็นฐานคิดที่ดีอีกรูปแบบหนึ่ง
ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการบริหารจัดการด้านงบประมาณในศูนย์อเนกประสงค์
โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากในการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุสามารถที่จะกระตุ้นให้
คนในชุมชนเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุมากขึ้นและสามารถทำให้ทุกคนเห็นว่า
การลงทุนเพียงเล็กน้อยเพียงคนละบาทสองบาทจะนำมาซึ่งการสร้างระบบการจัดบริการ

สวัสดิการชุมชนเพื่อชุมชนและโดยชุมชนที่มีความมั่นคงและสามารถพึ่งตนเองและเลี้ยงตนเองได้เป็นอย่างดี หรืออาจเปรียบได้กับการสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตให้กับคนทุกคนในชุมชนในอนาคตนั่นเอง

5. การจัดการแหล่งทุนโดยการสนับสนุนจากภาครัฐและท้องถิ่น

การจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เกิดขึ้นจากแนวคิดการบริหารการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของไทย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในระดับฐานราก หรือในระดับท้องถิ่น ประกอบด้วย บุคคล ชุมชน องค์กร (ทั้งราชการและเอกชน) รวมถึงสภาพแวดล้อมวัฒนธรรมประเพณีที่มีอยู่ในท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งเป็นการดำเนินการตามมาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้มีมติออกประกาศ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนตำบลและเทศบาล ดำเนินงาน และบริหารจัดการระดับหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ของหน่วยบริการ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของบุคคลในท้องถิ่นหรือพื้นที่ รวมถึงการส่งเสริมให้กลุ่มที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ สามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างทั่วถึง อย่างน้อยตามสิทธิประโยชน์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ในการนี้ กองทุนดังกล่าวได้มีเป้าหมายที่จะดำเนินการจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลนำร่องแนวทางการจัดตั้งกองทุนประมาณ 800 แห่งทั่วประเทศ ในปี 2549 (อำเภอละประมาณ 1 แห่ง) และในปี 2550 สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่มีความพร้อม และภายในปี 2551 จะทำการขยายสู่องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลทุกแห่งทั่วประเทศ ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพนั้นมีแนวทางในการแสวงหาทุนจากหลายแหล่ง แต่โดยหลักเงินทุนสนับสนุนจะมาจากการสมทบกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามสัดส่วนที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

1. เงินค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในหมวดบริการส่งเสริมป้องกัน (จัดสรรให้เป็นรายปีตามจำนวนประชากร คนละ 37.5บาท)
2. เงินอุดหนุนหรืองบประมาณจาก องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล (จัดสรรตามสัดส่วนที่ สปสช. กำหนด/เป็นรายปี)
3. เงินสมทบจากชุมชนหรือกองทุนชุมชน (สมทบตามมติของกลุ่ม)
4. รวมทั้งรายได้อื่น และทรัพย์สินที่เกิดจากกิจการกองทุน รวมทั้งเงินอุดหนุนจากหน่วยงานต่างๆ

สำหรับอัตราส่วนของการสมทบเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และพื้นที่นั้น มีการกำหนดโดยขนาดขององค์กร ตามกฎหมายว่าด้วยสภาพัฒนาการบริหาร ส่วนตำบล หรือกฎหมายว่าด้วยเทศบาล อาทิ การกำหนดอัตราส่วนของการสมทบเงินจาก อบต. ขนาดใหญ่หรือเทศบาล สมทบไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 อบต. ขนาดกลางสมทบไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 และอบต. ขนาดเล็กสมทบไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น โดยองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลที่จะสามารถดำเนินการจัดตั้ง กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและพื้นที่นั้น จะต้องเป็นองค์กรที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นอบต. หรือเทศบาลที่มีความประสงค์ร่วมบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ
2. เป็นอบต. หรือเทศบาลที่มีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อนแล้ว และมีการจัดทำแผน และดำเนินการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆในพื้นที่
3. เป็นอบต. หรือเทศบาลที่มีความพร้อมในการอุดหนุนเงินหรืองบประมาณตามอัตราส่วนที่กำหนด

ตัวอย่าง การดำเนินงานของชุมชนตามหลักการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีดังนี้ (วณิ ปิ่นประทีป และคณะ, 2550)

ตัวอย่างที่ 1 กองทุนสุขภาพชุมชน ตำบลบ้านเป่า อ.เมือง จ.ลำปาง

ที่มางบประมาณ

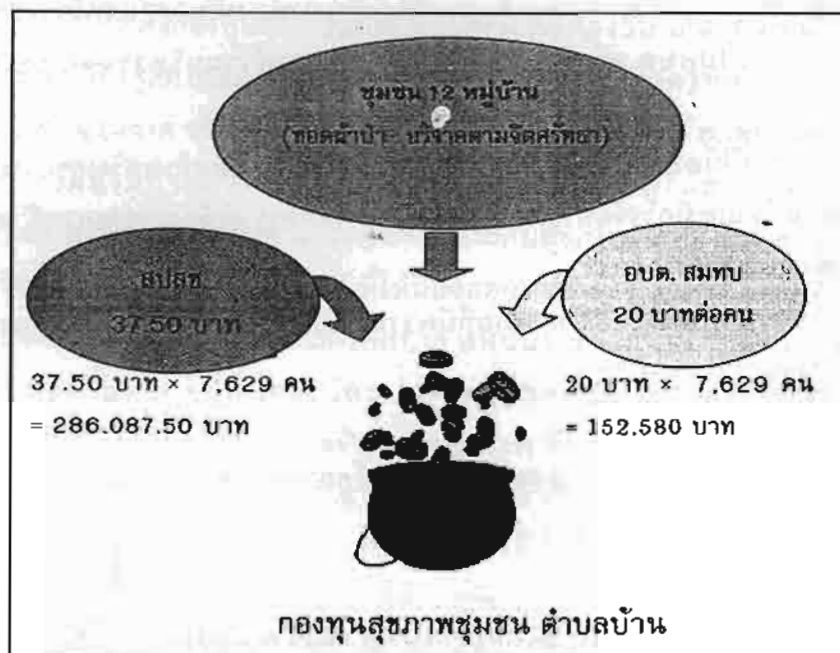
1. การสนับสนุนจาก สปสช. 37.50 บาท x จำนวนประชากร 7,629 คน = 286,087.50 บาท
2. อบต. สมทบ 20 บาท ต่อคน (20 บ. x 7,629 คน) เท่ากับ 152,580 บาท
3. ชุมชน 12 หมู่บ้าน (ทอดผ้าป่า : บริจาคตามจิตศรัทธา)

การบริหาร มีคณะกรรมการที่ปรึกษากองทุน และคณะกรรมการบริหาร โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ทารกในครรภ์- 5ขวบ/ เด็กและเยาวชน/ กลุ่มแม่บ้าน/ กลุ่มพ่อบ้าน/ ผู้สูงอายุ/ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

กิจกรรม ได้แก่

- กิจกรรมให้ความรู้แก่มารดาในการเลี้ยงดูเด็ก
- ค่ายเยาวชน (ยาเสพติด/เพศสัมพันธ์/การป้องกันโรค/ผู้นำกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชน)
- กิจกรรมเกี่ยวกับอาหารการกิน (อาหารปลอดภัย ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่เป็นอาหาร)

- ป้องกันปัญหาจากการทำการเกษตร (ให้ความรู้เรื่องโทษภัยของสารเคมี/ อบรม เรื่องปุ๋ยอินทรีย์ ปุ๋ยชีวภาพ)
- กิจกรรมดูแลสิ่งแวดล้อมในระดับตำบล
- ศูนย์สมุนไพรระดับตำบล (ถ่ายทอดความรู้ด้านสมุนไพร)
- ดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจ/ สังคม
- ดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจ



แผนภาพ ที่มาของกองทุนสุขภาพชุมชน ตำบลบ้านเป้า จ.ลำปาง

ตัวอย่างที่ 2 กองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตำบลบุงคล้า
อ.ห่มสัก จ.เพชรบูรณ์

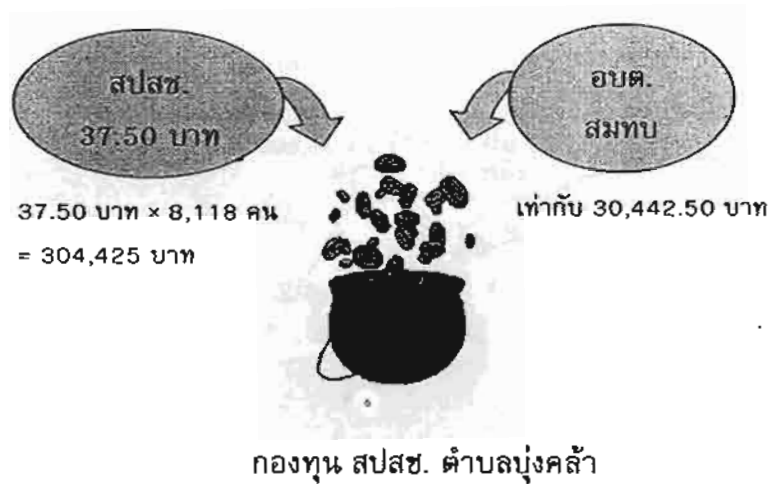
ที่มางบประมาณ

1. การสนับสนุนจาก สปสช. 37.50 บาท x จำนวนประชากร 8,118 คน = 304,425 บาท

2. อบต. สมทบร้อยละ 10 เท่ากับจำนวน 30,442.50 บาท

การบริหาร มีคณะกรรมการบริหาร จำนวน 21 คน (หน้าที่ตามหลักเกณฑ์ของ สปสช.)

กิจกรรม มุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



แผนภาพ ที่มาของกองทุนสปสช. ตำบลบึงคล้า

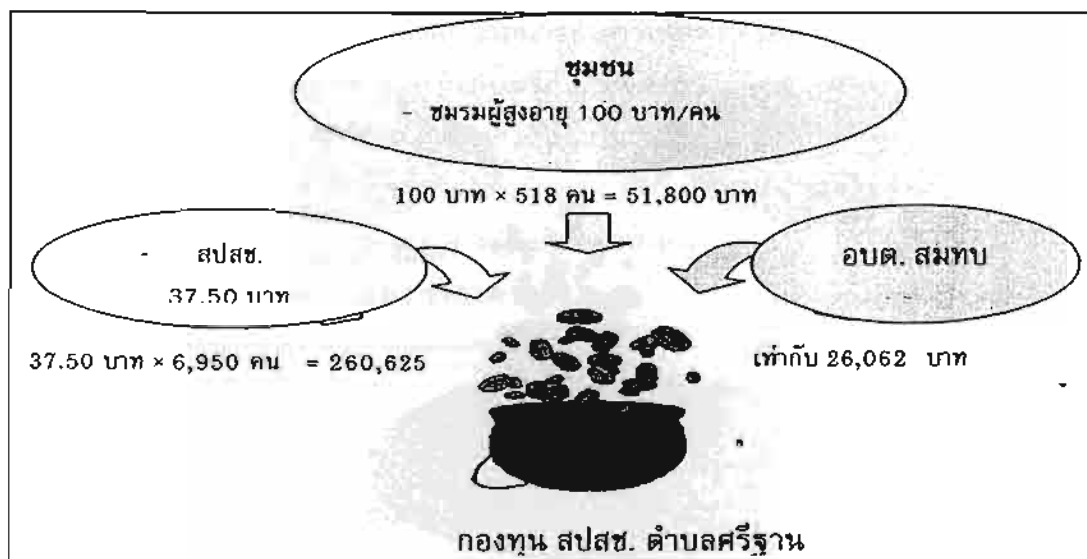
ตัวอย่างที่ 3 กองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตำบลศรีฐาน อ.ป่าติ้ว จ.ยโสธร

งบประมาณ

1. การสนับสนุนจาก สปสช. 37.50 บาท × จำนวนประชากร 6,950 คน = 260,625 บาท
2. อบต. สมทบร้อยละ 10 เท่ากับจำนวน 26,062 บาท
3. ชุมชนสมทบ ชมรมผู้สูงอายุสมทบ 100 บาทต่อคน × จำนวน 518 คน = 51,800 บาท
4. การจัดงานบุญประจำปี

การบริหาร มีคณะกรรมการบริหาร จำนวน 16 คน (บทบาทตามหลักเกณฑ์ สปสช.)

กิจกรรม มุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



แผนภาพ ที่มาของกองทุน สปสช. ตำบลศรีฐาน

ตัวอย่างที่ 4 กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพตำบลอ่าวลึกเหนือ อ.อ่าวลึก จ.กระบี่

งบประมาณ

1. สนับสนุนจาก สปสช. 37.50 บาท $\times$ จำนวนประชากร 6,056 คน = 227,100 บาท
2. อบต. สมทบร้อยละ 10 เท่ากับจำนวน 22,710 บาท
3. กองทุนออมทรัพย์ (ชุมชน) หมู่ 1- หมู่ 6 $(1,000 \times 6) = 6,000$ บาท
4. รายได้อื่นๆ เช่น เงินบริจาค

การบริหาร

1. มีอนุกรรมการหมู่ที่ 1-6 มาจากตัวแทนจากกองทุนออมทรัพย์ 6 หมู่บ้าน โดย 1 คน ต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนดมีบทบาทหน้าที่ ประสานงานกับ คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ จัดเก็บรายได้ และร่วมพิจารณาให้ความช่วยเหลือชาวบ้าน ร่วมพิจารณาการดำเนินงานของกองทุนฯ

2. คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

กิจกรรม ตรวจสุขภาพประจำปี, ซึ้ออุปกรณ์การแพทย์, การออกกำลังกาย , เสริมพัฒนาการเด็ก, ค่ารักษาพยาบาลในส่วนต่าง 30 บาท, อบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ และ ค่าเดินทางไปรักษาพยาบาลต่างจังหวัด เป็นต้น



ที่มา กองทุน สปสช. ต.อ่าวลึกเหนือ อ.อ่าวลึก จ.กระบี่

ดังที่ได้กล่าวมาในข้างต้นเกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพนั้น ทำให้เห็นได้ว่า การจัดตั้งกองทุนเพื่อการสนับสนุนดูแลในชุมชนนั้นสามารถที่จะดำเนินการพัฒนา ให้เป็นรูปแบบการจัดการของชุมชนเองได้ ซึ่งกองทุนที่จัดตั้งจะมีการบริหารจัดการ โดยมีการแบ่งสัดส่วนของงบประมาณตามความเหมาะสม และความจำเป็นในการจัดการตามพื้นที่ ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ ความช่วยเหลือและการสนับสนุนจาก ทั้งองค์กรภาครัฐ เอกชน และประชาชน ซึ่งศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนสามารถที่จะนำแนวคิดของกองทุนหลักประกันสุขภาพดังกล่าว มาปรับใช้กับศูนย์เนกประสงค์ได้ โดยการกำหนดสัดส่วนของงบประมาณจากงบประมาณด้านการบริการสาธารณะ บริการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกวัยของท้องถิ่น งบประมาณสนับสนุนจากรัฐ และการสมทบจากผู้สูงอายุและชุมชนได้เช่นเดียวกัน

ในที่นี้ได้นำเสนอให้เห็นถึงความเหมือน และความแตกต่างของแหล่งที่มาของเงินทุนในการบริหารจัดการกองทุนดังตารางต่อไปนี้

**ตารางเปรียบเทียบที่มาของแหล่งงบประมาณในการดำเนินการ
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น**

กองทุน แหล่งที่มาของเงิน ทุนและการแสวงหาเงินทุน	แหล่งที่มาของเงิน	การแสวงหาแหล่งทุนเพิ่ม
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น - กองทุนสุขภาพชุมชน ต.บ้านเป้า อ.เมือง จ.ลำปาง	- เงินทุนสนับสนุนมาจากการสมทบ กันระหว่าง อบต. กับกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	- หมู่บ้าน 12 หมู่บ้าน (ได้มาจากการ ทอดผ้าป่า : ขึ้นอยู่กับจิต ศรัทธา)
- กองทุนสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต.บึงคล้า อ.หล่มสัก จ. เพชรบูรณ์	- การสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) - การสนับสนุนจาก อบต.	
- กองทุนสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต.ศรี ฐาน อ.ป่าต้ว จ.ยโสธร	- การสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) - การสนับสนุนจาก อบต.	- การสมทบจากชุมชน - รายได้จากการจัดงานบุญประจำปี
- กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพ ต.อ่าวลึกเหนือ อ.อ่าวลึก จ.กระบี่	- การสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) - การสนับสนุนจาก อบต.	- เงินจากกองทุนออมทรัพย์(ชุมชน) - รายได้อื่น ๆ เช่น เงินบริจาค

จากเทคนิควิธีต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาในข้างต้น เป็นวิธีที่ทำให้กลุ่มองค์กรมีความเข้มแข็งและแข็งแกร่งเนื่องด้วยการพัฒนาความสามารถในการบริหารจัดการด้วยการพยายามค้นหาเทคนิคและแนวทางในการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อการทำให้องค์กรชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ และมีความยั่งยืนในการดำเนินการและเป็นการเอื้อประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน และจากการศึกษากรณีตัวอย่างของกองทุนชุมชนในหลาย ๆ แห่ง จึงทำให้พบจุดแข็งในการดำเนินการขององค์กรการเงินชุมชนในการบริหารจัดการองค์กร (อักษนิช ศรีดารัตน์ (บรรณาธิการ), 2547 และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน), 2547) ดังนี้

1. องค์กรที่เข้มแข็งจะต้องเป็นองค์กรที่มีฐานด้านการเงินของตนเองที่ทำให้สามารถคิดระบบสวัสดิการได้ตามปัญหาความต้องการและวงเงินที่มีอยู่ โดยไม่ต้องขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของแหล่งทุนจากภายนอก

2. เป็นองค์กรที่มีการขยายตัวเป็นไปได้ง่าย และสามารถแก้ปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้าของสมาชิกได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นจุดเริ่มของการนำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชนด้านอื่น ๆ เนื่องจากมีองค์กรการเงินในลักษณะที่คล้ายกันอยู่ในเกือบทุกจังหวัด จึงทำให้ง่ายต่อการเชื่อมโยงเข้าเป็นเครือข่าย
3. เป็นองค์กรที่มีความคล่องตัวในการดำเนินการทั้งในเรื่องของระเบียบกติกาสถาและการจ่ายสวัสดิการ
4. เป็นองค์กรที่ทำงานแบบองค์รวม คือการที่ทุกเรื่องทุกอย่างเชื่อมโยงเข้าหากัน คือกิจกรรมทุกอย่างสามารถก่อให้เกิดสวัสดิการได้ทุกเรื่อง มีการเชื่อมโยงกิจกรรมต่าง ๆ เข้าหากัน เชื่อมโยงคนให้มาทำกิจกรรมร่วมกัน ดูแลซึ่งกันและกัน

โดยภาพรวมจากการศึกษา กรณีตัวอย่างของกองทุนสวัสดิการชุมชนในรูปแบบที่แตกต่างกัน พบว่า แหล่งที่มาของเงินทุนในการจัดตั้งกองทุนนั้น ส่วนใหญ่จะมีวิธีการระดมทุนด้วยวิธีการที่อาจแตกต่างกันบ้างในบางประการ แต่ทว่า โดยพื้นฐานขององค์กรลักษณะดังกล่าวมักมีจุดเริ่มต้นของการระดมทุนมาจากภายในชุมชน ซึ่งหมายถึงการมีวิธีการแสวงหาเงินทุนที่เกิดจากรูปแบบการออมของคนในชุมชนเป็นหลัก เนื่องด้วยมีฐานคิดที่คล้ายคลึงกันว่า การออมจะช่วยให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทั้งด้านการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจ และด้านการจัดการระบบสวัสดิการภายในชุมชน ซึ่งผลพลอยได้ที่ตามมาจากการก่อตั้งกองทุนต่าง ๆ เหล่านี้คือ การมีรายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการหมุนเวียนเงินทุนในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นการนำไปสร้างให้เกิดรายได้ให้กับองค์กร ชุมชน รวมถึงการสร้างรายได้ให้กับสมาชิกขององค์กรด้วย แต่ถึงกระนั้น วัตถุประสงค์การแสวงหาเงินทุนเพื่อการก่อตั้งองค์กรการเงินชุมชน ก็เพื่อการสร้างองค์กรที่มีความเข้มแข็งยั่งยืน และสามารถช่วยกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนให้สามารถร่วมกันคิดหาทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ ด้วยการระดมทั้งพลังความคิด สติปัญญา รวมถึงสิ่งสำคัญคือ การระดมเงินทุนที่จะมาเป็นฐานสำคัญเพื่อการพัฒนาในก้าวต่อไปขององค์กร

ดังนั้นแล้วแหล่งที่มาของเงินทุนในการบริหารจัดการกองทุนสวัสดิการชุมชน ย่อมเป็นแหล่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้องค์กรเหล่านี้สามารถที่จะดำเนินงานต่อไปได้ในระยะยาว ซึ่งหากพิจารณาตามตารางเปรียบเทียบที่มาของแหล่งงบประมาณในการดำเนินการของกองทุนต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า หากเป็นองค์กรที่เกิดจากฐานชุมชนแล้วนั้น เงินทุนที่ได้มาในระยะเริ่มต้นจะเป็นลักษณะของการระดมทุนจากการออมเป็นหลัก แต่เมื่อเทียบกับองค์กรการเงินที่เป็นกองทุนในระดับท้องถิ่นหรือเป็นกองทุนการเงินเฉพาะที่มีการเริ่มต้นจากองค์กรภาครัฐเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดองค์กรดังกล่าวแล้วนั้น จะเห็นได้ว่าเงินทุนที่ได้มานั้น จะได้รับการสนับสนุนมาจากองค์กรภาครัฐเป็นหลัก และมีเงินทุนจากส่วนอื่นมาเป็นส่วนสนับสนุน อาทิ เงินทุนสนับสนุนจากองค์กรภาคเอกชนหรือแม้กระทั่งการบริจาคจากปัจเจกบุคคลหรือผู้ที่มีความสนใจจากภายนอก

แต่ทว่าในการบริหารจัดการกองทุนเพื่อการดำเนินการกองทุนนั้น พบว่า องค์กรที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ยึดเจตนาคือ องค์กรเหล่านี้ย่อมมีวิธีการที่จะแสวงหาเงินทุน

เพิ่มเติมจากแหล่งทุนต่าง ๆ เพื่อการพึ่งตนเองเป็นสำคัญ โดยลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นจะสามารถเอื้อให้เกิดการสร้างทุนต่อยอดจากทุนหลักได้เป็นอย่างดี อาทิ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชาชนจังหวัดนครราชสีมา ที่เป็นองค์กรในลักษณะการจัดโครงการบริการสังคมแบบเลี้ยงตนเองนั้น จะมีวิธีการแสวงหาเงินทุนด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยในการเสริมรายได้ให้กับองค์กรอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดทำโรงแรม บ้านเช่า สำหรับนักท่องเที่ยว หรือโครงการบ้านพักคนชรา (มูลนิธิสวนแก้ว) ที่มีการขายผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรและโครงการชูปเปอร์มาเกตผู้ยากไร้ เพื่อสร้างรายได้เพิ่มให้กับองค์กรเป็นต้น ซึ่งวิธีการแสวงหาแหล่งทุนเพิ่มเติมด้วยวิธีการต่าง ๆ จะช่วยให้องค์กรเหล่านี้สามารถดำเนินอยู่และเลี้ยงตนเองได้อย่างยั่งยืน

6. เทคนิคการบริหารจัดการกองทุนชุมชน

สำหรับเทคนิคการบริหารจัดการกองทุนชุมชน สิ่งสำคัญคือการแสวงหาแนวทางการบริหารจัดการ ที่ก่อให้เกิดสัมฤทธิ์ผลในการดำเนินการให้บริการสำหรับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล พร้อมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้เป็นอย่างดี ซึ่งการที่จะทำให้การบริหารจัดการกองทุนสามารถเป็นส่วนที่ช่วยในการสนับสนุนการบริหารงานกองทุนให้มีความยั่งยืนนั้น มิใช่เพียงการคิดหาวิธีการแสวงหาแหล่งทุนด้านงบประมาณเท่านั้น แต่เทคนิคต่าง ๆ ที่จะนำมาเป็นแนวทางในการแสวงหาทรัพยากรต้นทุน ย่อมเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ได้มาซึ่งแหล่งสนับสนุนทั้งด้านเงินทุนและทรัพยากรที่สำคัญ

เช่นเดียวกันในการแสวงหาเงินทุนหรือแหล่งสนับสนุนด้านงบประมาณในการจัดตั้งศูนย์เเนกประสงคสำหรับผู้สูงอายุนั้น รูปแบบของการระดมทุนที่เริ่มจากการเป็นกองทุนสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ อาจเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถกระทำได้ในขั้นเริ่มต้นสำหรับการหาเงินทุนเพื่อการก่อตั้งศูนย์เเนกประสงคสำหรับผู้สูงอายุขึ้นมา ซึ่งการระดมทุนเพื่อการจัดตั้งศูนย์เเนกประสงคก็เป็นการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนอีกรูปแบบหนึ่งที่มีวัตถุประสงค์ในการนำเงินทุนไปใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและเพื่อสร้างสวัสดิการที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

จากกรณีศึกษา พบว่า มีเทคนิคที่สำคัญอีกหลายประการ ในการบริหารจัดการกองทุนชุมชนที่เป็นกลไกที่ทำให้ระบบของสวัสดิการชุมชนมีความยั่งยืน และมีการบริหารจัดการที่ดีที่สามารถเป็นแบบอย่างในการบริหารจัดการเงินทุนงบประมาณในการจัดตั้งศูนย์เเนกประสงคได้ในระยะยาว ซึ่งเทคนิคเหล่านั้น เริ่มต้นจากการศึกษาถึงบทเรียนชุมชนก่อนการขับเคลื่อนขบวนการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้นำและคณะกรรมการมีความรู้ความเข้าใจในระบบการบริหารจัดการและการดำเนินการองค์กร เมื่องด้วยเป็นพื้นเพองสำคัญที่จะทำให้การดำเนินการบริหารจัดการองค์กรการเงินบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาองค์กร ซึ่งจะนำไปสู่การบริหารจัดการที่ดี มีความโปร่งใส (อักษนิช ศรีธารัตน์ (บรรณาธิการ) , 2547) ในการนี้ หากศูนย์เเนกประสงคได้มีการปรับประยุกต์ใช้วิธีการสร้างความมั่นคงขององค์กรจากฐานการเงินที่

มันคงเช่นเดียวกับกองทุนชุมชนเหล่านี้แล้ว ย่อมสามารถที่จะทำให้ศูนย์เนกประสงค์มีการบริหารจัดการงบประมาณในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนได้เป็นอย่างดี

จากกรณีตัวอย่างที่น่าเสนอ จะเห็นได้ว่า ชุมชนได้ใช้เทคนิคการจัดสวัสดิการโดยฐานองค์กรการเงิน (Community Welfare Based Saving Activity) เข้ามาใช้ ในการวางรากฐานการจัดการองค์กรชุมชนของตนเอง โดยเริ่มจากการสมทบเพื่อการพึ่งตนเอง และการใช้แผนชุมชนเป็นเครื่องมือการพัฒนา ซึ่งการเกิดกองทุนสวัสดิการชุมชนนั้นจะเกิดขึ้นได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมสร้างและพัฒนากระบวนการจัดการกองทุนด้วยตัวเอง ซึ่งฐานคิดนี้มองว่า กองทุนสวัสดิการชุมชนควรเกิดขึ้นเพื่อการดูแลชุมชนทั้งในภาวะวิกฤตและระยะยาว เพื่อสร้างระบบกลไกในการคุ้มครองช่วยเหลือและดูแลชุมชน และเพื่อเสริมสร้าง การมีหลักประกันในชีวิตของคนในชุมชน ซึ่งการร่วมมือในการสร้างระบบกลไกดังกล่าว จะทำให้เกิดการร่วมมือกันทำกิจกรรมการผลิต/การแปรรูป เพื่อชุมชนสามารถพึ่งตนเองลดรายจ่าย และยังเป็นการเพิ่มรายได้ให้กับชุมชน นำไปสู่การเป็นชุมชนเข้มแข็งและทำให้คนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมองเพียงว่า “เงิน” เป็นเพียงเครื่องมือ แต่การพัฒนา คือ เป้าหมายในการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชน โดยหัวใจสำคัญขององค์กรการเงินชุมชนที่จะทำให้เกิดความยั่งยืน คือ องค์กรการเงินชุมชนจะต้องไม่คิดเอาการเติบโตของเงินและกำไรเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดเหมือนกับสถาบันการเงินในระบบ แต่มองว่าเงินคือเครื่องมือที่จะทำให้คนในชุมชนมาร่วมมือร่วมใจกันและร่วมคิดเพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาครอบครัวและชุมชนให้ดีขึ้นบนพื้นฐานของความเอื้ออาทร อยากร่วมช่วยเหลือเกื้อกูลกันให้ครอบครัวและชุมชนเกิดความเข้มแข็ง รู้จักตนเอง เท้าทันสังคมและการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดขึ้น สามารถบริหารจัดการครอบครัวและชุมชนได้ในแนวทางการพึ่งตนเองบนฐานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (สิน สือสวน ,2549 ,น. 1-8)

จากฐานคิดดังกล่าว นำไปสู่กระบวนการเกิดกลุ่มกองทุนสวัสดิการชุมชนที่เป็นพื้นฐานในการจัดสวัสดิการสำหรับคนในชุมชนโดยชุมชน ซึ่งพบว่า องค์กรการเงินที่มีความมั่นคงยั่งยืน มีความสำเร็จโดดเด่น มักเป็นกลุ่มที่มีการดำเนินการโดยตัวขององค์กรชุมชนเองที่ผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาของชุมชนกับการจัดการเชิงระบบ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มกองทุนใดที่ได้รับเงินทุนมาจากภายนอก ไม่ว่าจะเป็นเงินจากองค์กรภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งหมดหรือมากกว่าเงินออมของสมาชิกภายในชุมชน มักจะล้มง่ายและเติบโตน้อยกว่ากลุ่มที่มีเงินออมเป็นของสมาชิกทั้งหมด เนื่องด้วยหากเป็นเงินออมของสมาชิกเอง สมาชิกจะปกป้องรักษาองค์กรการเงินได้ดีมากกว่า แต่ถึงแม้จุดเริ่มต้นในการตั้งองค์กรการเงินจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน แต่ก็ได้มีการขยายวัตถุประสงค์และกิจกรรมเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันตามแต่ความต้องการของสมาชิก โดยเฉพาะเรื่องการจัดสวัสดิการให้แก่คนในชุมชน (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน, 2547)

ดังนั้น เมื่อกระบวนการสร้างกลุ่มกองทุนเกิดขึ้นในชุมชนแล้ว สิ่งที่มาคือหน้าที่หลักสำคัญที่กองทุนจะต้องมีในการบริหารจัดการกองทุนให้มีความยั่งยืน เกิดความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินการ ซึ่งพบว่า กลุ่มกองทุนที่ประสบผลสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนส่วนใหญ่มีเทคนิควิธีในการทำให้กองทุนสามารถที่จะยืนหยัด

และเป็นที่พึ่งต่อชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งหากการก่อตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุได้นำเทคนิคต่าง ๆ ของกองทุนชุมชนมาประยุกต์ใช้กับแนวทางในการแสวงหาทุนเพื่อการพึ่งตนเองของศูนย์อเนกประสงค์แล้วนั้น เทคนิคต่าง ๆ ที่สามารถกระทำได้และมีพื้นฐานจากแนวคิดการจัดตั้งองค์การการเงินชุมชนดังกล่าวย่อมทำให้ศูนย์อเนกประสงค์ฯ สามารถมีรายได้ในการที่จะเลี้ยงดูตนเองได้ในระดับหนึ่ง นอกเหนือจากการรับการสนับสนุน และการช่วยเหลือจากองค์กรต่าง ๆ ซึ่งเมื่อนำเทคนิคในการแสวงหาเงินทุนมาประยุกต์เข้ากับแนวคิดการบริหารจัดการของศูนย์อเนกประสงค์ฯ แล้วนั้น สามารถสรุปเทคนิคในการบริหารจัดการกองทุนสวัสดิการได้ (อภิชัย ศรีธารัตน์ (บรรณาธิการ), 2547 และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน), 2547) ดังนี้

1. ในการจัดตั้งกองทุนเพื่อการจัดสวัสดิการชุมชนหรือเพื่อการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์นั้น ชุมชนจะต้องมีการศึกษาถึงบทเรียนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนการขับเคลื่อนขบวนการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทั้งมีกองทุนเพื่อการจัดสวัสดิการดังกล่าวจะต้องมีการสร้างระบบการบริหารจัดการที่ดี มีความโปร่งใส และสามารถให้สมาชิกตรวจสอบได้ รวมทั้ง มีการประสานงาน การติดตามประเมินผล และปรับปรุงพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง
2. มีการเสริมสร้างความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการแก่องค์กร เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว อาทิ มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้นำและคณะกรรมการมีความรู้ความเข้าใจในระบบการบริหารจัดการและการดำเนินการองค์กร
3. มีการพึ่งตนเองในการหาทุนหมุนเวียนเพิ่มตลอดเวลา โดยการนำเงินส่วนหนึ่งไปลงทุนกับวิสาหกิจชุมชนที่มีการขยายตัวแบบค่อยเป็นค่อยไป รวมทั้งมีการระดมทุนเพิ่ม โดยการทำกิจกรรมพัฒนาที่ส่งเสริมรายได้ให้กับองค์กร
4. เน้นการพัฒนาความสามารถและการสะสมทุนของชุมชน โดยเน้นการสร้างวินัยการออม เพื่อการลดภาระหนี้และมีการส่งเสริมการประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับคนในชุมชน
5. มีการสร้างเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นคงให้กับองค์กร ส่งเสริมบทบาทของเครือข่ายและกลุ่มประชาคมในระดับต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องร่วมกัน
6. มีการนำผลกำไรที่ได้จากการบริหารจัดการกองทุนการเงินไปสู่การจัดสวัสดิการให้กับสมาชิกตั้งแต่เกิดจนตาย โดยเป็นการจัดให้บริการสวัสดิการที่ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่สมาชิกได้ครบวงจร

นอกจากนี้ การบริหารจัดการกองทุนการเงินในส่วนของการจัดสวัสดิการให้กับสมาชิกกองทุนก็เป็นเทคนิคประการหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นให้สมาชิกกองทุน เห็นถึงความสำคัญของการออมเพื่ออนาคต นอกเหนือจากการออมเพื่อการลงทุนหรือต่อยอดเงินทุนเท่านั้น แต่สิ่งที่ได้กลับมาจากการบริหารจัดการกองทุนการเงินที่นับว่าเป็นผลดีที่สุดของรูปแบบการบริหารกองทุน

การเงิน คือ การได้รับความร่วมมือและการมีบทบาทร่วมในการทำงานของสมาชิกและชุมชนกับเครือข่ายนั้น ๆ เช่นเดียวกันกับศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุที่จะต้องมีการกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการผู้สูงอายุ ซึ่งศูนย์เนกประสงค์ฯ นั้นสามารถที่จะเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญในการจัดสวัสดิการเพื่อชุมชนได้อีกทางหนึ่ง แม้ว่ากลุ่มเป้าหมายในการให้บริการจะเป็นผู้สูงอายุก็ตาม แต่กิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นภายในและภายนอกศูนย์เนกประสงค์ย่อมเอื้อให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชนในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะในด้านความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวของผู้สูงอายุและชุมชนที่ต้องมีการเข้าร่วมกิจกรรมกัน

จากที่ได้กล่าวมาในข้างต้น สรุปได้ว่า เทคนิคการบริหารจัดการกองทุนชุมชนนั้น มิใช่เพียงการที่องค์กรต้องมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านการเงินเท่านั้น แต่ทว่า ความมั่นคงและความยั่งยืนขององค์กรการเงิน ย่อมประกอบด้วยหลายปัจจัยที่เป็นส่วนสำคัญ อาทิ ผู้บริหารจัดการองค์กรจะต้องมีความรู้ ทั้งทางด้านระบบบริหารจัดการองค์กร ระบบการบริหารเงินทุน รวมไปถึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร ให้มีความรู้ความเข้าใจในระบบการบริหารจัดการและการดำเนินการองค์กรอยู่เสมอ เป็นต้น นอกจากนี้ อาจมีปัจจัยอื่นอีกหลายประการที่เป็นส่วนเสริมหนุนให้องค์กรการเงินชุมชนสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง และสามารถพึ่งตนเองได้ในด้านงบประมาณด้วยเช่นกัน ถึงแม้ว่าการก่อกำเนิดและแนวทางการบริหารจัดการของกองทุนฯ จะเป็นผลมาจากการรับเอาความคิด กฎ กติกา ของเครือข่าย มาปฏิบัติ โดยเฉพาะในส่วนของการจัดตั้งกองทุนหมุนเวียน กองทุนสวัสดิการคนทำงาน และกองทุนสวัสดิการชุมชน แต่ทางกองทุนก็ได้มีการประยุกต์ พัฒนาและค้นคิดความรู้ใหม่ ๆ มาใช้ในการบริหารจัดการกองทุนอยู่เสมอ ตัวอย่างรูปแบบที่สะท้อนให้เห็นแนวทางการดำเนินการของกองทุนฯ ที่พยายามจะร้อยรัดสมาชิกในชุมชนให้มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันให้มากที่สุดนั้น เริ่มตั้งแต่เรื่องของสถานที่ ซึ่งมีการใช้เป็นจุดนัดพบในการออม ทั้งนี้ก็เพื่อให้สมาชิก(บางส่วน) ที่มาออมได้มีโอกาสมาเข้าวัด มาพูดคุย สอบถามสารทุกข์สุกดิบกัน สำหรับในส่วนของคณะกรรมการนั้น เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนและสูงอายุจึงพยายามที่จะปรับวิธีการทำงาน (การจัดการกับเงินออม) ให้เสร็จภายในหนึ่งวัน รวมทั้งยังมีการนำบุตรหลานหรือผู้ที่ว่างงานเข้ามาเป็นคณะกรรมการ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้เรียนรู้วิธีการทำงาน เห็นคุณค่าในตัวเอง และยังเป็นกระบวนการ ที่ทำให้สมาชิกได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานของกองทุนฯ มากยิ่งขึ้น ซึ่งศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนควรปรับใช้เทคนิคเหล่านี้ในการบริหารจัดการและการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

7. แหล่งทุนจากแหล่งอื่น ๆ

นอกจากการจัดทำกองทุนต่าง ๆ ในชุมชนแล้ว ศูนย์เนกประสงค์สามารถแสวงหาแหล่งทุนจากกองทุนอื่น ๆ เช่น กองทุนการจัดสวัสดิการแห่งชาติ กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กองทุนผู้สูงอายุ และกองทุนอื่น ๆ โดยแต่ละกองทุนมีรายละเอียดในการสนับสนุนทุนดังนี้

7.1 กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้น เพื่อเป็นทุนในการใช้จ่ายในการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม สำหรับองค์กรสาธารณประโยชน์ที่ประสงค์จะจัดกิจกรรมที่มีลักษณะเป็นโครงการด้านการจัดสวัสดิการสังคมที่มีผลต่อการป้องกัน การแก้ไข ปัญหา และการพัฒนาสังคม ซึ่งการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ เป็นโครงการหนึ่งที่อยู่ในขอบเขตของโครงการลักษณะนี้

กองทุนนี้มุ่งเน้นมาตรการสำคัญในการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม ดังนี้

(1) การเสริมสร้างสำนึกและความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น การผลักดันกระแส การให้การแบ่งปัน การเอื้ออาทรของคนในสังคมและการเข้ามามีบทบาทช่วยเหลือสังคมในรูปแบบ ต่าง ๆ เช่น การเป็นอาสาสมัครทั้งในลักษณะปัจเจกบุคคลและลักษณะกลุ่ม

(2) การคุ้มครองทางสังคม

(3) การสร้างความเข้มแข็งของหุ้นส่วนทางสังคม เช่น การเสริมสร้างศักยภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการสังคมและทำแผนสวัสดิการสังคมของท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพขององค์กรชุมชนในการจัดทำแผนชุมชนโดยเฉพาะในการจัดสวัสดิการชุมชน การพัฒนาศักยภาพขององค์กรสวัสดิการสังคม และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของหน่วยงาน ของรัฐและองค์กรสาธารณประโยชน์ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวในการ คุ้มครองดูแลสมาชิกและจัดการกับปัญหา

(4) การพัฒนาภาคความร่วมมือในงานด้านสวัสดิการสังคมทั้งในระดับ หน่วยงานความร่วมมือระหว่างรัฐกับรัฐ เอกชนกับเอกชน ในประเทศและภาคความร่วมมือระหว่าง ประเทศ

7.2 กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกองทุนจัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 หน้าที่หลัก คือ ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชน มีพฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพ และลด ละ เลิกพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพกาย แข็งแรง สุขภาพจิตสมบูรณ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ มีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

(1) ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบาย สุขภาพแห่งชาติ

(2) สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมความเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือ สารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพและสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ

(3) สนับสนุนการณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลาย สุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(4) ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรมหรือดำเนินการให้มีการ ประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

(5) พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือ องค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

(6) สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาให้เป็นประโยชน์และลดบริโภคสุรายาสูบ หรือสาร หรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547)

7.3 กองทุนผู้สูงอายุ เป็นกองทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุ โดยหลักเกณฑ์และเงื่อนไขอื่นที่ให้การสนับสนุนทางการเงินจากกองทุนผู้สูงอายุ ตามประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ กำหนดรายการค่าใช้จ่าย และวงเงินที่กองทุนผู้สูงอายุให้การสนับสนุนหลายรายการ โดยใน 1 รายการนั้น กำหนดให้การส่งเสริมและพัฒนาการดำเนินงานศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ไว้อย่างชัดเจน

ลักษณะงบประมาณที่กองทุนผู้สูงอายุสนับสนุนมีดังนี้

(1) เงินสนับสนุนแผนงาน และโครงการในการส่งเสริมการพัฒนาดตนเอง ทั้งทางด้านการศึกษา สังคม ศาสนา ข้อมูลข่าวสาร อาชีพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การส่งเสริมบทบาทอาสาสมัคร การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายชุมชน

(2) เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง รวมทั้งประสบปัญหาความเดือดร้อนเรื่องที่พักอาศัย หรือเครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น

(3) เงินกู้ให้ผู้สูงอายุได้กู้ยืมเงินเพื่อเป็นทุนประกอบอาชีพ

(4) เงินอุดหนุนองค์กรที่ดำเนินการเกี่ยวกับการให้คำแนะนำปรึกษา หรือดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี รวมทั้งการแก้ไขปัญหาครอบครัว (รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ, ครั้งที่ 1/2549)

จำนวนเงินที่แต่ละกองทุนสนับสนุนขึ้นอยู่กับขนาดของโครงการ โดยแบ่งขนาดโครงการเป็น 3 ระดับคือ

1. โครงการขนาดเล็ก หมายถึง โครงการที่ขอสนับสนุนในวงเงินที่ไม่เกิน 50,000 บาท
2. โครงการขนาดกลาง หมายถึง โครงการที่ขอสนับสนุนในวงเงินเกิน 50,000 ถึง 300,000 บาท
3. โครงการขนาดใหญ่ หมายถึง โครงการที่ขอสนับสนุนในวงเงินเกิน 300,000 บาท ขึ้นไป (รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ, ครั้งที่ 1/2549)

ซึ่งโครงการเหล่านี้ ชมรมผู้สูงอายุและสมาชิกในศูนย์อเนกประสงค์สามารถรวมกลุ่มกันเพื่อจัดทำโครงการหรือกิจกรรมที่คาดว่าจะดำเนินงานในศูนย์ เสนอขอรับการสนับสนุนได้ เป็นการแสวงหาแหล่งทุนวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในศูนย์อเนกประสงค์มากยิ่งขึ้น

ตัวอย่างโครงการที่สามารถขอรับการสนับสนุนจากกองทุน

- โครงการด้านการส่งเสริมการพัฒนาตนเองของผู้สูงอายุ เช่น โครงการทางด้านการศึกษา การฝึกอาชีพและการส่งเสริมรายได้ การถ่ายทอดภูมิปัญญาผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้สูงอายุ กีฬาและนันทนาการ ศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรม เป็นต้น

- โครงการด้านการส่งเสริมกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุในลักษณะเครือข่ายในระดับกลุ่ม / ชุมชน / ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งเครือข่ายในระดับจังหวัด และระดับชาติ (รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ, ครั้งที่ 1/2549) หรือหากสมาชิกของศูนย์ฯ มีความประสงค์จะจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมาใช้บริการที่ศูนย์ได้ สามารถเขียนโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนผู้สูงอายุได้เช่นกัน โดยเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าน้ำมันรถ ค่าเบี้ยเลี้ยง (สำหรับอาสาสมัคร) ค่าของเยี่ยมเล็กน้อย

กรณีที่ประสงค์จะประกอบอาชีพ สามารถกู้ยืมเงินจากกองทุนได้รายละไม่เกิน 15,000 บาท (ผ่อนชำระระยะเวลา 3 ปี โดยไม่มีดอกเบี้ย) แต่หากประสงค์จะรวมกลุ่มประกอบอาชีพ (กลุ่มฯหนึ่งไม่ต่ำกว่า 5 คน) สามารถกู้ยืมเป็นกลุ่มได้ไม่เกิน 100,000 บาท หรือสามารถจัดทำเป็นโครงการฝึกอบรมด้านอาชีพโดยไม่ต้องใช้เงินคืนได้เช่นกัน

ซึ่งจะเห็นว่า กองทุนผู้สูงอายุ มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนาตนเองของผู้สูงอายุมากกว่าการสงเคราะห์เฉพาะราย กองทุนทั้งหลายต้องเขียนโครงการทุนสนับสนุน

8. การระดมทุน

สำหรับวิธีการพึ่งตนเองด้านงบประมาณของศูนย์อเนกประสงค์ฯ วิธีการหนึ่งที่องค์กรต่าง ๆ ใช้ในการแสวงหาทุนเพิ่มเพื่อการพึ่งตนเองด้านงบประมาณขององค์กร ส่วนหนึ่งที่เป็นวิธีที่นิยมกันคือ การหาวิธีการระดมทุนด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งการระดมทุนนั้น หมายถึง การแสวงหาทุนและทรัพยากรจากแหล่งอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนองค์กรหรือเฉพาะโครงการนั้น ๆ รวมไปถึงการชักชวนบุคคล หรือองค์กรให้มาสนับสนุนด้านการเงิน เพื่อการจัดโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ (Levy and Cherry, 1992, p.72 และ Brown, 1993, p.1042) ดังนั้นการพึ่งตนเองด้านงบประมาณของศูนย์อเนกประสงค์ฯเอง ย่อมมีความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้และหารูปแบบ หรือวิธีการแสวงหาทุนเพิ่มเพื่อการดำรงอยู่ขององค์กร การที่จะมีทุนในการสนับสนุนการจัดบริการและกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งศูนย์อเนกประสงค์ฯ เองจะต้องมีวิธีการบริหารจัดการเงินกองทุนที่มีอยู่ให้สามารถเลี้ยงองค์กรได้ในระยะยาว

แต่ทั้งนี้เนื่องด้วยศูนย์อเนกประสงค์ฯนั้น มิได้เป็นองค์กรที่แสวงหากำไรเหมือนเช่นองค์กรที่ให้บริการอื่นที่เป็นในรูปแบบของเอกชนที่จะสามารถเรียกเก็บอัตราค่าบริการในราคาที่สูงได้ ดังนั้น ศูนย์อเนกประสงค์ฯ จึงต้องมีวิธีการที่ใช้หาทุนสนับสนุนเพื่อการบริหารจัดการองค์กรซึ่งวิธีการระดมทุนโดยหลักแล้วสามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธีการ คือ

1. **วิธีการระดมทุนโดยตรง** คือ วิธีการที่มีการติดต่อโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ เช่น การพูดคุยสนทนาตัวต่อตัว การขอรับบริจาคตามบ้าน การจัดงานการกุศล การขายของที่ระลึก การทอดผ้าป่า และการตั้งกองบุญ เป็นต้น

2. **วิธีการระดมทุนโดยทางอ้อม** คือ วิธีการที่ไม่ได้มีการติดต่อโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาจใช้วิธีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งรูปแบบการระดมทุนที่พอจะกระทำได้ในหลายวิธีดังต่อไปนี้

1. **การรับบริจาคทั่วไป** เป็นรูปแบบของการบริจาคเงินตามความศรัทธา โดยมิได้มีการระบุวัตถุประสงค์เฉพาะไว้ อาทิ การตั้งกล่อง หรือตู้รับบริจาคเงินไว้ในที่ต่างๆ หรือเป็นในลักษณะของการบริจาคค่าบำรุงอาหารรายได้ เพื่อการบำรุงศูนย์เนกประสงค์ เป็นต้น

2. **การจัดเก็บค่าธรรมเนียมการให้บริการ** ในที่นี้ศูนย์เนกประสงค์อาจต้องมีการเก็บค่าธรรมเนียมในการให้บริการ แต่เป็นการกำหนดอัตราค่าบริการที่ต่ำกว่าของเอกชนโดยทั่วไป ทั้งนี้เพื่อเป็นค่าบำรุงศูนย์เนกประสงค์ในการบริหารจัดการบ้างในบางประการ เนื่องด้วยศูนย์เนกประสงค์เองอาจมิได้มียอดเงินบริจาคเป็นจำนวนที่มากพอในการบริหารจัดการในระยะยาว ดังนั้นแล้วบางรายจึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดเก็บค่าธรรมเนียม

3. **การจัดทำแผนกิจกรรมทางสังคม** ซึ่งอาจเป็นกิจกรรมที่เป็นในลักษณะของการประชาสัมพันธ์ให้มีการบริจาคเงินหรือสิ่งของต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อศูนย์เนกประสงค์

4. **การขายของที่ระลึกต่างๆ** ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะกระทำได้ หากศูนย์นั้นตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวอยู่แล้ว วิธีการนี้อาจเป็นการช่วยเสริมรายได้ให้ศูนย์ได้วิธีหนึ่ง

5. **การส่งจดหมายเชิญชวน** เป็นวิธีการส่งจดหมายเชิญชวนถึงตัวบุคคลโดยตรง ซึ่งอาจเป็นบุคคลชั้นนำในสังคม หรือผู้ที่มีจิตศรัทธาเพื่อการกุศล รวมถึงกลุ่มประชาชนโดยทั่วไป

6. **หนังสือพิมพ์และโทรทัศน์** เป็นอีกวิธีหนึ่งในการประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วไป เพื่อการระดมทุนอีกวิธีหนึ่ง โดยการกระจายข่าวสารให้ทราบหากศูนย์เนกประสงค์จะมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อสังคมที่ต้องอาศัยทุนในจำนวนมาก ดังนั้น ช่องทางที่จะได้ทุนสนับสนุนเพิ่มเติมอาจกระทำได้ด้วยวิธีการดังกล่าว

7. **การรับบริจาคโดยทางอินเทอร์เน็ต** เป็นวิธีการประชาสัมพันธ์อีกวิธีหนึ่งที่ทำได้ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายต่ำ อีกทั้งยังสามารถเชิญชวนทั้งได้ในรูปแบบของเว็บไซต์และจดหมายข่าวอิเล็กทรอนิกส์

8. **การออกเรียงรายตามบ้านเรือน** เป็นลักษณะการหาเงินบริจาคโดยการส่งเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครขององค์กรออกเรียหรือขอรับการบริจาคจากประชาชนทั่วไป

9. **การจัดงานการกุศล** เป็นวิธีการแสวงหาทุนโดยอาศัยการจัดงานเพื่อการรับบริจาคโดยตรงจากบุคคลที่มาร่วมงานหรือบุคคลที่มีจิตศรัทธาที่จะบริจาคเงินเพื่อสมทบทุนในการบริหารจัดการขององค์กร ซึ่งเป็นการนำเงินรายได้จากการจัดงานที่ได้มอบให้แก่องค์กร เช่น การจัด

งานนิทรรศการ, งานลีลาศการกุศล, เดินแฟชั่นการกุศล, งานเลี้ยงอาหารค่ำ, งานออกร้านขายของตามงานต่าง ๆ เป็นต้น

10. การรับบริจาคเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ เช่น การรับบริจาคเพื่อซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับศูนย์เนกประสงค์ อุปกรณ์ที่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจอาศัยวิธีการประชาสัมพันธ์เพื่อการรับบริจาคตามสื่อทั่วไป/ที่สาธารณะ หรือการเสนอขอรับบริจาคจากผู้ประกอบการหน่วยงานโดยตรง หรือการขอบริจาคจากหน่วยงานอื่นที่ให้การสนับสนุนเงินทุนขององค์กรอยู่แล้ว

จากที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้นเกี่ยวกับวิธีการและรูปแบบการแสวงหาทุนหรือการระดมทุนนั้น ในที่นี้ขอยกตัวอย่างศูนย์เนกประสงค์และศูนย์บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ได้มีการดำเนินการแสวงหาและระดมทุนในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งของต่างประเทศ กล่าวคือ

ศูนย์เนกประสงค์เมืองฟลอริดา ได้อธิบายวิธีการในการเพิ่มทุนว่า สามารถหาได้จากหลายแหล่ง อาทิ การเพิ่มทุนทางอินเทอร์เน็ตเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะสามารถหาแหล่งเงินทุนสนับสนุนได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยการเชิญชวนให้ผู้เข้ามาดูงานของกองทุน เพื่อทราบถึงการทำงานและการประสานประโยชน์กับชุมชน โดยอาศัยการเชิญชวนในรูปแบบของเว็บไซต์และจดหมายข่าวอิเล็กทรอนิกส์เป็นแหล่งรายได้สำคัญ เนื่องจากผู้บริจาคหลายรายเลือกที่จะบริจาคทางออนไลน์มากกว่า ปัจจุบันหลาย ๆ องค์กรชุมชนมีการแสวงหาวิธีพึ่งตนเองจากแหล่งเงินทุนในลักษณะดังกล่าวนี้ เนื่องจากรวดเร็วและเสียค่าใช้จ่ายน้อย (The Florida Conference on Aging 2006: Workshop by Track, p.1) นอกจากนี้ ทุนต่าง ๆ อาจได้มาจากการได้การสนับสนุนจากรัฐบาล เงินทุนสนับสนุนจากกองทุนเอกชน เงินทุนสนับสนุนผู้อุปถัมภ์ เงินทุนสนับสนุนปัจเจกบุคคล และประชาชน หรือแม้แต่การหารายได้จากงานพิเศษ อื่น ๆ เช่น ค่าสมาชิก และค่าเข้าร่วมโครงการ ค่าเช่าสาธารณูปโภคจากผู้สูงอายุ เงินสงเคราะห์จากทางรัฐบาล รายได้จากการจัดทัศนจร, กิจกรรมพิเศษและจากผู้จัดหาทุน การแลกเปลี่ยนสินค้า ของขวัญ รับบริจาค รายได้จากการสนับสนุน เป็นต้น (Low Country Senior Center Roper St. Francis Health Care , p.3-4)

นอกจากนี้ ความสามารถที่จะก่อให้เกิดเงินทุน (เงินรายได้) ของศูนย์เนกประสงค์นั้นขึ้นอยู่กับการพัฒนาของคณะผู้จัดการองค์กรที่เข้มแข็ง รวมไปถึงการชี้แจงวิสัยทัศน์เกี่ยวกับกลยุทธ์ทางการตลาดและส่วนแบ่งทางการตลาดขององค์กร ความสำคัญของคณะกรรมการบริหารมีส่วนในการช่วยเพิ่มทุนในการดำเนินการ (How to implement a resource development audit) ซึ่งผู้จัดการองค์กรแต่ละองค์กรจะต้องรู้ว่าควรทำอย่างไรถึงจะพัฒนากลยุทธ์ในการพัฒนาทรัพยากรอย่างครอบคลุมเพื่อองค์กร (The Florida Conference on Aging 2006: Workshop by Track, p.2) หลักการเกี่ยวกับการเพิ่มงบประมาณอาจมีความแตกต่างกัน ตามแต่ละองค์กรที่พยายามจัดให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ และแตกต่างกันตามโครงสร้างงบประมาณที่สมเหตุสมผล โดยขึ้นกับค่าใช้จ่ายที่แท้จริง และความต้องการของโครงการต่าง ๆ ที่แตกต่างกันไป ควรจะมีการตั้งเป้าให้ตรงกับอัตราของแต่ละหน่วยของงบประมาณในการพัฒนา และควรพิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียในขณะดำเนินการตามเป้าหมายที่แตกต่างกันไปขณะที่ต้องจัดการกับข้อบังคับจาก

ภายนอกที่มีผลต่อกระบวนการต่างๆขององค์กร (The Florida Conference on Aging 2006 : Workshop by Track p.2) ซึ่งงบประมาณต่างๆที่ต้องจัดสรรสำหรับองค์กรนั้น หลักๆ แล้วก็เพื่อการนำไปบริหารจัดการงบประมาณด้านค่าใช้จ่าย (ค่าน้ำ , ค่าไฟ , ค่าเอกสาร และค่าวัสดุอุปกรณ์สำนักงานต่างๆ) ค่าตอบแทนพนักงาน และค่าใช้จ่ายสิ่งปลูกสร้างรวมถึงค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรม และการฟื้นฟูโครงการอย่างต่อเนื่อง (Low Country Senior Center Roper St.Francis Health Care p.3-7)

กล่าวโดยสรุป การพึ่งตนเองด้านงบประมาณของศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องขอความร่วมมือร่วมใจ จากทุกภาคส่วนในชุมชน ที่จะต้องเสียสละและเห็นแก่ประโยชน์ของส่วนรวม ว่ามีความสำคัญเท่ากับประโยชน์ส่วนบุคคลหรือตนเอง

การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต ขึ้นอยู่กับการเตรียมพร้อมเตรียมการตั้งแต่วัยเยาว์ การแสวงหาวิธีการพึ่งตนเองด้านงบประมาณโดยใช้ลักษณะของกองทุนชุมชน เป็นกระบวนการเตรียมพร้อมเพื่อเป็นสวัสดิการของตนเอง และเป็นวิธีการพึ่งตนเองรูปแบบหนึ่งที่ได้มีการทดลองและพบว่า ประสบผลสำเร็จ สามารถนำไปสู่การจัดสวัสดิการชุมชนรูปแบบต่างๆ ได้หลากหลาย ดังนั้น การแสวงหางบประมาณ หรือการพึ่งตนเองของศูนย์เนกประสงค์ฯ จะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการตระหนักรู้ของคนในชุมชนที่จะมีการเตรียมการเพื่อตนเองทั้งปัจจุบันและอนาคต รูปแบบกองทุนและสวัสดิการชุมชนที่น่าเสนอเป็นรูปแบบที่เหมาะสม ที่ควรพิจารณาดำเนินการเพื่อการแสวงหาวิธีการพึ่งตนเองด้านงบประมาณของศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุต่อไป

บทที่ 6

การบูรณาการบริการด้านสุขภาพ และสังคมโดยศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

การบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมยังคงเป็นวัตถุประสงค์หลักอีกประการหนึ่งของศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องให้ความสำคัญ นอกจากจะมุ่งช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่รอบด้านแล้ว ยังมุ่งลดปัญหาความไม่ทั่วถึงของบริการ ความซ้ำซ้อนหรือการได้รับบริการเพียงด้านเดียว ตลอดจนช่วยในการรวมทรัพยากรของหน่วยงานอีกด้วย ซึ่งรากฐานดั้งเดิมของการบูรณาการบริการเกิดขึ้นจากแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge plan) ออกจากโรงพยาบาล แล้วมีบริการต่อเนื่องถึงที่บ้าน เมื่อบริการขยายขึ้นจึงพัฒนาสู่รูปแบบบริการที่บ้านและชุมชน ที่เน้นการให้บริการแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่สุขภาพมาก ๆ จนกระทั่งปัญหาความต้องการของผู้ป่วยขยายไปสู่ผู้ดูแลและครอบครัว จึงมีการพัฒนาและขยายขอบเขตบริการสู่ความรับผิดชอบของชุมชนมากยิ่งขึ้น อาจกล่าวได้ว่า รูปแบบบริการพัฒนาไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และครอบครัวที่มีการแสวงหารูปแบบและวิธีการต่าง ๆ ที่จะรับกับสภาพปัญหาและความต้องการให้เหมาะสมนั่นเอง ดังนั้นเนื้อหาในบทนี้จึงประกอบด้วย

1. การบูรณาการผ่านการจัดการดูแล
2. การบูรณาการระบบบริการ
3. แนวทางและกลวิธีการบูรณาการระบบบริการ
4. ตัวอย่างการบูรณาการบริการระบบสุขภาพและสังคมของบางประเทศในยุโรป
5. กรณีศึกษาการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมในประเทศไทย
6. การประยุกต์รูปแบบบูรณาการในประเทศไทย
7. การพัฒนาระบบบูรณาการในศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

การขยายขอบเขตบริการผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน ได้พัฒนาเข้าสู่การบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ทั้งนี้ เนื่องจากนักวิชาชีพพิจารณาว่า การให้บริการกับปัจเจกบุคคลนั้นต้องผสมผสานกาย จิต ปัญญา และสังคมเข้าด้วยกัน การให้บริการแบบแยกส่วน ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ที่สมบูรณ์ต่อผู้สูงอายุ ดังนั้นการบูรณาการบริการจึงเป็นกลวิธีที่สำคัญต่อการให้บริการ

จากการศึกษาและทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการบูรณาการในระดับประเทศ พบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนมากนัก การศึกษากรณีต่างประเทศซึ่งมีการดำเนินงานมาก่อนเป็นเวลานาน พอจะอธิบายถึงวิธีการ แนวทาง อุปสรรค และผลสำเร็จของการดำเนินงาน ซึ่งการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ การบูรณาการผ่านการจัดการดูแล และการบูรณาการผ่านระบบบริการ

1. การบูรณาการผ่านการจัดการดูแล (Integration through Care)

การจัดการดูแลเป็นวิธีการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการแก้ไขปัญห เฉพาะรายในงานสังคมสงเคราะห์ (Case Work) ที่นักสังคมสงเคราะห์มุ่งให้บริการและช่วยเหลือแก่ ผู้รับบริการที่ไปรับบริการยังหน่วยงาน ต่อมาได้พัฒนาสู่การให้คำแนะนำและปรึกษาผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการดำเนินงานที่มุ่งสู่ชุมชนและบ้านในขอบเขตของการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และได้เกิด ปัญหาในการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความไม่เพียงพอของบุคลากร และการให้บริการที่ไม่ เป็นรูปธรรม ซึ่งผู้ที่ปฏิบัติทุกฝ่ายต่างยอมรับว่าการดูแลเฉพาะรายและการจัดการดูแล เป็นรูปแบบ ที่เหมาะสมในการให้บริการกับผู้สูงอายุ เพียงแต่ควรมีการปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน ดังนั้นแนวคิด การบูรณาการโดยผ่านวิธีการจัดการดูแลจึงเกิดขึ้น

การจัดการดูแล (Care Management) เป็นลักษณะของการบริหารการดูแลสำหรับผู้ที่มี ปัญหาและผู้เจ็บป่วย ทั้งทางกายและทางจิต เพื่อแสวงหาความร่วมมือในการช่วยเหลือ การวางแผน อำนวยความสะดวก และการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อช่วยให้บุคคลได้บรรลุถึงความต้องการ ภายใต้ ทรัพยากรที่มีอยู่ โดยการจัดการดูแลมีพื้นฐานมาจากการจัดเตรียมบริการ เพื่อตอบสนองความ ต้องการของบุคคลทั้งภายในองค์กรและระหว่างองค์กร เป็นกิจกรรมที่เป็นการประสานงาน และเป็น กิจกรรมพิเศษที่ต่างไปจากบริการปกติ ซึ่งได้รับการประยุกต์ใช้ในหลากหลายหน่วยงานและ หลากหลายลักษณะงาน เช่น การดูแลในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลประชาชนที่พิการและมี ปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเฉียบพลัน รวมถึงบริการสวัสดิการเด็กและเยาวชน และ บริการสำหรับกลุ่มผู้ถูกคุมประพฤติและผู้ถูกควบคุมตามคำสั่งของศาลด้วย

ลักษณะงานของการจัดการดูแลประกอบด้วย การคัดกรองผู้รับบริการ การวางแผนการ ให้ความช่วยเหลือ และการดูแล ซึ่งได้แก่ การประสานและส่งต่อผู้รับบริการไปยังแหล่งบริการ การช่วยเหลือด้านคลินิกกรณีเจ็บป่วยหรือกรณีฉุกเฉิน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนถึง บริการเสริมต่าง ๆ การติดตามประเมินผลและการพิทักษ์สิทธิ์ ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการดูแล ได้แก่ กลุ่มนักสังคมสงเคราะห์ กลุ่มนักวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือผู้ซึ่งมี ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมดังกล่าวมานาน และได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินงานด้านนี้ การจัดการดูแลเป็นบริการที่สำคัญที่รวมทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน เป็นความ พยายามของผู้ให้บริการที่จะพัฒนาบริการให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการ อย่างเหมาะสม กรณีตัวอย่างการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมผ่าน การจัดการดูแล มีดังนี้

ตัวอย่าง การบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมผ่านการจัดการดูแล มีดังนี้

1. ประเทศอังกฤษ

ตั้งแต่ปี 1986 เป็นต้นมา ประเทศอังกฤษ ประสบปัญหาด้านการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านการประสานการให้บริการดูแลในชุมชน ในปี 1989 รัฐบาลได้

ประกาศใน White Paper ว่า รัฐบาลมีเป้าหมายที่จะจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุให้ตรงกับความต้องการ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดความเป็นอิสระมากที่สุด โดยมุ่งให้บริการกับผู้สูงอายุในบ้านมากกว่าผู้อาศัยในสถาบันและสถานบริการ ดังนั้นจึงมีการปฏิรูประบบการดูแลในชุมชน ในปี 1990 เพื่อสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งของการดูแลในชุมชน เพื่อช่วยลดปัญหาค่าใช้จ่ายของการดูแลในสถาบัน ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและมุ่งให้บุคคลได้มีทางเลือกและโอกาสที่จะอยู่ในที่อยู่อาศัยมากขึ้น ในปี 1993 จึงมีรูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุรูปแบบใหม่เกิดขึ้น องค์ประกอบของรูปแบบใหม่ได้แก่

- สร้างกระบวนการประเมินผู้สูงอายุที่จะรับบริการอย่างเป็นทางการ
- สร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะบุคคล
- สร้างระบบการประสานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน องค์การการกุศลและหน่วยงานบริการสังคมของรัฐ

ซึ่งรูปแบบนี้เป็นการให้บริการเฉพาะราย (Case work) ในแต่ละบุคคลเป็นหลัก โดยผสมผสานการประเมินจากทุกฝ่ายเข้ามาด้วยกัน ให้น้องงานเพียง 1 หน่วยทำหน้าที่ประเมินคุณสมบัติของผู้รับบริการเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการรับบริการแต่ละประเภท ก่อนเข้าสู่กระบวนการให้บริการ

ในปี 2000 รัฐบาลอังกฤษ ได้มีการขยายบริการออกไป โดยได้มีการสนับสนุนงบประมาณจำนวนมากสำหรับบริการการดูแลชั่วคราวหรือการดูแลระยะสั้น (Short-Term Care Service) โดยมุ่งช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงญาติหรือผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแลเป็นครั้งคราว กรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ จากการศึกษารูปแบบในการดูแล พบข้อสังเกตดังนี้

1. ในข้อเท็จจริงพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเป็นผู้ที่ไม่มีความจำเป็นต้องรักษาโดยแพทย์แต่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย

2. กลวิธีสำคัญของโครงการคือ การสร้างความมั่นใจแก่ญาติและผู้ดูแลว่าผู้ป่วย/ผู้สูงอายุจะได้รับบริการทันที กรณีที่เกิดการเจ็บป่วยกะทันหันหรือต้องการการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ผู้ที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาลที่อยู่ในแผนการติดตามหลังจำหน่าย มีบริการดูแลฉุกเฉินโดยเฉพาะ ซึ่งบริการดังกล่าวช่วยลดปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลลงและยังทำให้การใช้เตียงในโรงพยาบาลลดน้อยลงอีกด้วย

3. การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่การบริการดูแลที่บ้านมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการส่งผลดีต่อผู้รับบริการและเป็นวิธีการที่จะเข้าถึงคนไข้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

รูปแบบการดูแลในชุมชนของอังกฤษถูกวิพากษ์วิจารณ์ ประเด็นของมุมมองด้านการเงิน Malcolm Paper (Bomat et al, p.284) ได้กล่าวว่า ระบบการจัดการดูแลของอังกฤษได้เปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นไปได้ที่จะเป็นการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์แนวใหม่ ในฐานะที่ทำหน้าที่เสริมพลังและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติหรือเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนระหว่างผู้รับบริการและหน่วยงาน การจัดการดูแลสำหรับวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แนวใหม่ ได้ให้ความสำคัญกับการ

ควบคุมค่าใช้จ่าย การประเมิน และการกำหนดขอบเขตอย่างเข้มงวด โดยระบบราชการและกลไกการตลาด

2. ประเทศสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศที่มีชื่อเสียงด้านความสามารถในการจัดการดูแลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านได้เป็นอย่างดี ซึ่งบริการโดยทั่วไปในชุมชนมีหลากหลายประเภท เช่น ศูนย์เฝ้าระวังประสาธน์สำหรับผู้สูงอายุ บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง บริการดูแลกลางวัน รวมทั้งบริการสนับสนุนต่อการแก้ไขปัญหของผู้สูงอายุ และให้คำวินิจฉัยก่อนจะส่งไปรับบริการยังหน่วยงานเฉพาะด้านต่อไป

การทบทวนกฎหมาย The Older Americans Act ในปี 2000 ได้ให้ความสำคัญกับโครงการใหม่เรียกว่า The National Family Caregiver Support Program เป็นโครงการที่มีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดิ้นรนแสวงหาการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย หรือพิการในบ้าน โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการดูแลระยะยาวของประเทศ และเชื่อมประสานกับหน่วยงานด้านผู้สูงอายุและชุมชน โดยงบประมาณการดำเนินงาน ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ซึ่งมีตัวอย่าง เช่น การปฏิบัติงานของอายุรแพทย์ที่เป็น Best Practice ในการบูรณาการบริการผ่านการจัดการเฉพาะรายของ South Carolina Hospital Association โครงการ “การพัฒนาคุณภาพของการสนับสนุนผู้ดูแลและโครงการดูแลชั่วคราว” (Peg Lahmeyer และคณะ) เนื้อหาการดำเนินงานร่วมกันของโครงการ The Ark Adult Respite Care Program และโครงการ Caregiver Alternatives to Running or Empty (C.A.R.E) เป็นความพยายามที่จะก้าวออกจากกรอบของการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว โดยเพิ่มการสนับสนุนแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การให้กำลังใจแก่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์และสมองเสื่อม เมื่อการทดลองผ่านไป 3 ปี ผลประเมินพบว่า โครงการมีอัตราส่วนของอาสาสมัครที่เพิ่มขึ้น และผลการสำรวจความพึงพอใจมีค่าระดับที่สูงด้วยเช่นกัน โครงการนี้พัฒนาไปสู่โครงการการให้ความรู้ที่บ้าน เพื่อเตรียมความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และสอนเรื่องกลยุทธ์การใช้ทรัพยากรในชุมชนด้วย

พัฒนาการของโครงการขยายต่อไปยังครอบครัวผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ โดยได้รับการสนับสนุนจากกองทุน Aging Alzheimer’s Disease และเป็นการบูรณาการทำงานร่วมกันกับ 6 หน่วยงาน การดำเนินการมีเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน เข้าไปเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วย และเมื่อพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยรายใดมีภาวะเครียด และมีปัญหาที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน ก็จะส่งตัวเข้ารับการรักษาหรือเข้าให้ความช่วยเหลือทันที การให้คำปรึกษาแนะนำโดยตรงของผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการสนับสนุน การพิทักษ์สิทธิ์ การสอนงาน และการให้ความรู้ที่ให้กับผู้ดูแลเป็นที่พอใจ และสอดคล้องกับความต้องการของครอบครัว โดยส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสม และชอบวิธีการนี้มากกว่าการส่งผู้ป่วยไปในสถานพยาบาลหรือรับบริการในชุมชน

3. ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นนับเป็นประเทศที่ต้องเผชิญกับปัญหาการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุรุนแรงกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคนี้ สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของญี่ปุ่นเป็นระบบการดูแลระยะยาว (Kaigohodken) โดยมีกฎหมาย Public Long-Term Care Insurance Law ประกาศใช้ในปี ค.ศ. 2000 ซึ่งเป็นระบบประกันตนแบบบังคับ (Compulsory system) สำหรับผู้สูงอายุ 40 ปีขึ้นไป ภายใต้การดำเนินงานของหน่วยงานด้านสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (Health and Welfare Bureau for The Elderly) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ (Ministry of Health, Labor and Welfare) (Japan Aging Research Center, 2000, p.113) บริการสำหรับผู้สูงอายุจึงเน้นให้บริการด้านสุขภาพ และศูนย์ดูแลกลางวัน เป็นลักษณะของบริการที่บ้าน เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในระดับสูง

บริการการดูแลในชุมชนได้เริ่มพัฒนาตั้งแต่ปี 1998 ได้แก่ การช่วยเหลือที่บ้าน การดูแลทั่วไป การบริการช่วยอาบน้ำสำหรับผู้สูงอายุ บริการให้อิมเครื่องมือ เช่น แก้วน้ำเข็นคนไข้ และการต่อเติมบ้าน งานประกันสุขภาพแบบดั้งเดิม เช่น บริการให้การดูแลผู้ป่วยตามบ้าน งานฟื้นฟูสมรรถภาพ และการจัดการทางการแพทย์ และบางบริการที่หาได้จากทั้งสองส่วน เช่น การดูแลผู้ใหญ่ในช่วงกลางวัน และการพักอยู่ในสถานประกอบการดูแลชั่วคราวเข้ากับบริการแบบใหม่ เช่น บริการดูแลเคลื่อนที่ ที่เข้าถึงบ้านตลอด 24 ชั่วโมง การส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์บริการขนาดเล็ก เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้คำปรึกษาแบบครบวงจร การส่งเสริมการรักษาพยาบาลที่บ้าน โดยการปรับปรุงมาตรฐานความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสำหรับแพทย์ การประเมินคุณภาพบริการจากผู้ใช้บริการ รวมทั้ง การส่งเสริมการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายสำหรับผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายสุดท้ายมุ่งหวังที่จะส่งเสริมมาตรการในการเติมเต็มความเป็นอยู่ที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

4. ประเทศเดนมาร์ก

การให้บริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้ ถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของรัฐสวัสดิการของเดนมาร์ก แต่ละพื้นที่มีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับความเหมาะสม และประเภทของบริการที่ควรจัดให้มีขึ้น การดูแลที่บ้าน ทั้งงานพยาบาล การตรวจเยี่ยมทางสุขภาพ การช่วยเหลืองานบ้าน เป็นบริการที่จัดให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ซึ่งปัจจุบันองค์กรท้องถิ่นเกือบทั้งหมดได้จัดให้มีบริการดูแลที่บ้านตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนั้น ผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป จะได้รับสิทธิการเยี่ยมเยียนดูแลจากเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อประเมินความต้องการวางแผนช่วยเหลือและบำบัดรักษา ทั้งนี้อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

การให้บริการจะมีความเท่าเทียมกันทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านและในสถาบัน โดยทุกฝ่ายจะได้รับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหาร ที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ รวมทั้งบริการช่วยเหลือ เช่น การจัดหาอาหาร ระบบเตือนภัย การจัดสวนและการกวาดหิมะ เป็นต้น Litwit and Lightman (1996, p.691-708) กล่าวถึง เหตุผลสำคัญของการดูแลในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องว่าเป็นที่นิยมในประเทศตะวันตก ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากร และต้นทุนด้าน

สวัสดิการที่ขยายเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อก้าวถึงการดูแลในชุมชน องค์ประกอบหลักของบริการเกี่ยวกับการพัฒนาบริการตามความจำเป็นของรายบุคคล การกระจายบริการในระดับท้องถิ่นไปยังที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น ผู้จัดการบริการการดูแลในชุมชนมีความเชื่อว่า การรวมทรัพยากรอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นทางเลือกในการดำเนินงานที่คุ้มค่าและเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการงบประมาณของรัฐเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

5. ประเทศไทย

การบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมยังไม่เด่นชัดนัก ส่วนใหญ่การจัดการดูแลเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัย และอาสาสมัคร ซึ่งเป็นการเชื่อมโยง ติดตามผลหลังการรักษาในโรงพยาบาล และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพทั่วไป ทางด้านสังคม บริการการจัดการดูแลเกิดขึ้นในสถาบันที่ให้บริการ เช่น สถานสงเคราะห์ หรือสำนักงานด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือ การติดตามเยี่ยมเยียนถึงที่อยู่อาศัยมีน้อยมาก ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยยังไม่มีจัดการดูแลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์และครบถ้วน

จากข้อมูลบริการดูแลในชุมชนของประเทศต่าง ๆ ที่นำเสนอ จะเห็นว่าบริการดูแลในชุมชนที่เข้าถึงบ้านเน้นบริการด้านสุขภาพเป็นหลัก และมุ่งให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยบริการต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นบริการของรัฐร่วมกับท้องถิ่นเป็นหลัก ความสำเร็จของบริการอยู่ในการบูรณาการต่าง ๆ เข้าด้วยกัน โดยยึดผู้รับบริการหรือผู้สูงอายุเป็นหลักกว่าบุคคลเหล่านี้ มีปัญหาและความต้องการด้านใด แล้วจึงจัดบริการตามความต้องการโดยใช้ระบบการส่งต่อและ การกระจายบริการให้ความสำคัญกับทุกหน่วยงานเท่าเทียมกัน

2. การบูรณาการผ่านระบบบริการ (Integration Through Service System)

รูปแบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชน เป็นวัตถุประสงค์หลักของศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และเป็นรูปแบบหนึ่งที่มุ่งช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการดูแลระยะยาวที่แตกต่างกัน แต่จุดร่วมที่สำคัญคือ การดูแลระยะยาว เป็นการจัดการบริการสำหรับบุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถ ให้สามารถกระทำหน้าที่ทางสังคม มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังนั้น การบูรณาการระบบบริการจึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีและเหมาะสม การศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง เพื่อแสวงหาวิธีลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 6 เรื่อง ของ Sulch และ Kabra (2000) สรุปได้ว่า การบูรณาการวิธีการดูแลให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะทำให้เกิดผลดีในด้านการรักษาพยาบาลก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการและลดค่าใช้จ่ายลงมาก อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาทั้ง 2 ได้ระบุถึงข้อจำกัดในการศึกษาเรื่องนี้ว่าหลักฐานสนับสนุนงานวิจัยยังมีน้อยและไม่แน่นอน หากนำไปปฏิบัติจริง ควรมีหลักฐานสนับสนุนมากกว่านี้ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยยังไม่ปรากฏภาพที่เด่นชัดนัก นอกจากแนวคิดที่

หลายฝ่ายเห็นพ้องต้องกันว่า การแก้ไขปัญหาและการให้บริการ ไม่ควรแยกประเภทระหว่างสุขภาพและสังคม ควรมีการให้บริการในภาพรวม โดยเน้นผู้รับบริการเป็นหลัก และกำลังอยู่ระหว่างการแสวงหารูปแบบที่เหมาะสม แต่หากจะนำการบูรณาการระบบบริการมาใช้นั้น ได้มีการศึกษาและแบ่งประเภทของการบูรณาการระบบบริการไว้ 2 ประเภท ดังนี้

การบูรณาการที่จะให้เกิดผลสำเร็จได้นั้น Stone (2000) ได้ยกตัวอย่างของประเทศสหรัฐอเมริกาในการบูรณาการระบบบริการ (Service systems) ว่า แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การบูรณาการแนวตั้ง โดยการรวมสถานพยาบาล ศูนย์ฟื้นฟูกายภาพ หน่วยงานดูแลสุขภาพที่บ้านเข้าด้วยกัน เพื่อรวมกันเป็นบริการต่อเนื่องประสงค์ในชุมชน

2. การบูรณาการแนวระนาบ ตามความสามารถและทักษะในการพยาบาลและ ตามลักษณะหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพ โดยสร้างความตกลงระหว่างโรงพยาบาล กลุ่มอายุแพทย์ นักพัฒนา นักสังคมสงเคราะห์และผู้ทำหน้าที่ให้บริการระดับชุมชน

ในความเห็นของ Stone (2000) ได้ระบุถึงความสำคัญของการบูรณาการบริการ ว่าควรเน้นหนักไปที่การดูแลผู้สูงอายุ การหาวิธีการสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นหลัก ซึ่งเป็นการเน้นบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและพึ่งตนเองได้น้อย ซึ่งการจะบูรณาการให้ได้ผลดีนั้น จะต้องมีการมองด้านการตลาดหรือความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นปัจจัยสำคัญอยู่ด้วย

3. แนวทางและกลวิธีการบูรณาการระบบบริการ

แนวคิดการบูรณาการระบบบริการ เกิดจากสภาพปัญหาในการให้บริการหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านการบริหารจัดการ ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

การที่แต่ละหน่วยงานมีงบประมาณสำหรับให้บริการเพียงเล็กน้อย ทำให้จัดบริการได้ไม่เต็มที่ เกิดภาพที่ไม่เหมาะสมต่อระบบบริการ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้

1. การมีความรู้เฉพาะด้านของผู้ให้บริการที่ไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาของผู้รับบริการอย่างรอบด้าน

2. การขาดความรู้ ข้อมูล และการฝึกอบรมที่จำเป็นในกลุ่มผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แต่ละฝ่ายมีความรู้ด้านวิชาชีพของตน แต่ขาดความรู้ด้านการประสานงาน และการบริหารบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. การขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการบริหารระบบดูแลสุขภาพโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบการส่งต่อผู้รับบริการที่มีภาวะของอาการเจ็บป่วยเรื้อรังจากบ้านไปโรงพยาบาล และจากโรงพยาบาลไปยังบ้าน

สภาพปัญหาดังกล่าว เกิดจากการที่แต่ละหน่วยงาน ต่างแยกการให้บริการด้านสุขภาพและสังคมออกจากกัน ในขณะที่ผู้รับบริการมีปัญหาและความต้องการที่หลากหลาย และควรได้รับ

บริการแบบองค์รวมไปพร้อมๆกัน ดังนั้น การแสวงหาแนวทางและวิธีการบูรณาการระบบบริการจึงเกิดขึ้น Butler และคณะ (1998) ได้เขียนบทความเกี่ยวกับ แนวทางการแก้ไขปัญหาการไม่บูรณาการบริการสำหรับประเทศต่างๆ สรุปได้ว่าควรมีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางในการชี้แนวทางของนโยบายและทรัพยากร มุ่งเน้นการบริหารจัดการการดูแลในท้องถิ่นเป็นหลัก มีการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม สนับสนุนการให้บริการแบบบูรณาการ (Service Mix) สร้างความเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการกับการดูแลภายในครอบครัว

บทความของ Butler (1998) และคณะนี้ แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงนโยบายหลักของประเทศ และการจัดการระบบต่างๆ ต้องผสมผสานกันอย่างเหมาะสม โดยต้องเริ่มจากหน่วยงานหลัก แล้วจึงเชื่อมโยงสู่ชุมชนและครอบครัว และเน้นความต้องการของผู้สูงอายุ อย่างรอบด้าน ส่วน Coleman (1995) ได้เสนอบทความเรื่อง รูปแบบของยุโรปในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่บ้านและชุมชน (European Model of Long-Team Care in the Home and Community) ว่ารัฐบาลกลางของประเทศสวีเดน เดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักรได้พัฒนา ระบบการดูแลระยะยาว โดยแก้ไขปรับปรุงคุณภาพการดูแล มีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ และควบคุมค่ารักษาพยาบาลให้ต่ำลงโดยมียุทธวิธีในการดำเนินการดังนี้

1. ไม่สนับสนุนการสร้างสถานพยาบาลเพิ่มเติมแต่หันไปสนับสนุนการพัฒนาให้เกิดทางเลือกในการดูแลที่บ้านมากขึ้น
2. ถ่ายโอนความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาวไปยังส่วนการปกครองท้องถิ่น เพื่อที่จะสามารถให้บริการได้อย่างใกล้ชิดและตรงตามความต้องการ
3. พัฒนาเทคนิคในการบริหารจัดการการดูแล ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละรายได้
4. ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลแต่ละประเภท เพื่อให้เกิดการพัฒนาการกระจายบริการ และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุ

แนวทางและกลวิธีดังกล่าว ให้ความสำคัญกับการมีหน่วยงานประสานบริการ ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและทรัพยากร โดยให้ความสำคัญกับหน่วยงานที่ใกล้ชิดผู้รับบริการมากที่สุด คือ หน่วยงานระดับท้องถิ่นควรเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ประสานบริการเหล่านี้ สำหรับหน่วยงานที่ให้บริการอยู่แล้ว ควรมีการบูรณาการบริการต่างๆ เข้าด้วยกัน ให้เป็นบริการทางเลือกสำหรับผู้รับบริการในหลายๆ ทาง และพัฒนาระบบการให้บริการร่วมกัน และควรมีการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างบริการในสถาบัน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งประสานระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ดูแลและผู้รับบริการด้วย

4. ตัวอย่างการบูรณาการบริการระบบสุขภาพและสังคมของบางประเทศในยุโรป

ตัวอย่างที่ 1 ประเทศเดนมาร์ก

เมือง Skaevinge เป็นเมืองชนบทที่มีประชากร 5,000 คน ได้เปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลให้มีการบริหารจัดการรูปแบบใหม่ โดยจัดตั้งทีมบริการขึ้นใหม่ ทีมของโครงการมาจากตัวแทนของกลุ่มผู้ดูแลที่บ้าน กลุ่มพยาบาลที่บ้าน กลุ่มอนามัย/ สาธารณสุขและกลุ่มสถานพยาบาลมาดกลงร่วมกันในการให้บริการพยาบาลทั่วทั้งชุมชนตลอด 24 ชั่วโมง มีการแบ่งบทบาทและประสานบริการซึ่งกันและกัน และมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมของสถานพยาบาล เช่น ห้องน้ำ ห้องส้วม และเครื่องอำนวยความสะดวกในการประกอบอาหาร และจัดหาที่พักสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่จะเข้าอยู่อาศัยต้องจ่ายเงินจากเงินเลี้ยงชีพที่ตนมีอยู่ และจ่ายค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายส่วนตัวและยา ซึ่งรูปแบบนี้เป็นการบูรณาการโดยใช้บริการด้านสุขภาพเป็นต้นนำ

ตัวอย่างที่ 2 ประเทศเนเธอร์แลนด์

The Individual Care Subsidy for the Elderly project in Rotterdam เป็นโครงการสาธิตในระยะเวลา 3 ปี โดยมีผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในบัญชีรายชื่อรอคอยบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 75 คนร่วมโครงการ ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มควบคุมขึ้นจำนวนหนึ่งเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มจัดตั้งที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน กระบวนการบูรณาการที่สำคัญ มีดังนี้

1. การเชื่อมประสานการดูแลโดยมีผู้ประสานงานหน้าที่รับผิดชอบรวมไปถึงการพัฒนาแผนการบริการและประสานงานการบริการ

2. การกำหนดงบประมาณการดูแลเฉพาะบุคคล ได้แก่

- 2.1 งบประมาณดูแลส่วนบุคคลเป็นการส่งเสริมการดูแลรายบุคคล โดยจัดหาการบริการแบบครอบคลุม ไม่เพียงเฉพาะแต่บริการที่ได้จากรัฐตามระบบสวัสดิการเท่านั้น แต่เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการอย่างสมเหตุสมผล

- 2.2 การจัดงบประมาณในการช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยงบประมาณทั้งหมดได้ถูกกำหนดให้เป็นงบประมาณ 1 ใน 4 ส่วนของค่าใช้จ่ายรายปีของโครงการดังกล่าว

จากการทดลองโครงการสาธิตในข้างต้น เมื่อทำการเปรียบเทียบผลการทดลองพบว่า ร้อยละ 38 ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองนั้นได้ย้ายไปพักอาศัยที่บ้านพักคนชราหรือสถานพยาบาลในช่วงระยะเวลา 3 ปี ส่วนที่เหลือยังคงอาศัยอยู่ในบ้านพักของตนเอง อีกทั้งในด้านค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าครองชีพในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ในกลุ่มทดลองยังมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน และจากการประเมินโดยใช้ ADLs และ IADLs ในการทดลองพบว่า ผลการทดลองในรอบแรก ไม่พบความแตกต่างของดัชนีของผู้พิการ แต่ในการทดลองในรอบที่สาม พบว่า ในกลุ่มควบคุมนั้นกลับมีดัชนีที่เพิ่มขึ้น แต่ในกลุ่มทดลองยังคงมีดัชนีคงที่

ตัวอย่างที่ 3 โครงการการดูแลที่บ้านในชุมชนชนบทของ Groningen เนเธอร์แลนด์

1. การทดลองได้เริ่มขึ้นโดยองค์กรผู้สูงอายุในชุมชน โดยรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณ พื้นที่ทดลองเป็นภาคตะวันออกเฉียงใต้ของเมือง Groningen เป็นพื้นที่ชนบทของเมืองเนเธอร์แลนด์ ซึ่งมีประชากร 49,000 คน ร้อยละ 17 เป็นผู้สูงอายุ มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จุดประสงค์ของโครงการนี้ ก็คือ การบูรณาการการดูแลในชุมชน ตลอดถึงความเป็นหนึ่งเดียวในการบริการดูแลถึงที่บ้าน

2. ก่อนเริ่มการทดลองได้กำหนดพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ไว้แต่แรก เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลที่บ้านและสถานพยาบาล

3. การประสานงานในพื้นที่นั้นได้มีการจัดตั้งทีมท้องถิ่นขึ้นเพื่อทำหน้าที่เชื่อมโยงระบบต่าง ๆ

4. การเริ่มต้นเริ่มจากการประเมินความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะเข้าโครงการ โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทดลองและขณะเดียวกันมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีได้อยู่ในข่ายรับบริการเป็นกลุ่มควบคุม ผลการประเมินตอนท้ายพบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและผู้พิการ “เลือกที่จะอาศัยอยู่ในบ้านของตนและอยู่อาศัยอย่างมีคุณภาพที่ดี จากบริการดังกล่าว”

ตัวอย่างที่ 4 การบูรณาการของเมือง Norwegian เนเธอร์แลนด์

1. เทศบาลนคร Norwegian มีประชากรประมาณ 60,000 คน ซึ่งเป็นเมืองที่ตั้งอยู่ใจกลางของประเทศเนเธอร์แลนด์ วัตถุประสงค์ของโครงการนี้ ก็คือ ต้องการที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นโดยความร่วมมืออย่างเข้มแข็งของผู้ให้บริการด้วยกัน

2. มีการจัดตั้งทีมบริหารโดยมาจากตัวแทนของกลุ่มชุมชน 5 กลุ่ม ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายองค์กรเพื่อดูแลเอาใจใส่และให้การบริการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือถึงที่บ้าน และมีอายุ 75 ปีขึ้นไป

3. ตัวแทนชุมชนแต่ละกลุ่มยังคงเป็นกลุ่มอิสระคือไม่สังกัดองค์กรใดแต่กลุ่มนี้ทำงานร่วมกันในการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อการวางแผนให้บริการและการกระจายความร่วมมือเข้าไปถึงผู้สูงอายุที่บ้าน

4. งบประมาณได้ถูกนำมารวมกันเป็นกองกลางเพื่อการให้บริการและบำบัดดูแลผู้สูงอายุเหล่านั้น การจัดการขององค์กรเครือข่ายเหล่านี้จะมีเจ้าหน้าที่ในการจัดสรรงบประมาณตามความต้องการบริการ และประเภทของบริการที่ผู้สูงอายุต้องการ

5. ผู้สูงอายุทุกคนที่ต้องการผู้ช่วยเหลือ หรือให้คำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ สามารถติดต่อศูนย์บริการโดยใช้โทรศัพท์ได้ทุกเรื่อง/ ทุกประเภท เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่รับโทรศัพท์เป็นผู้ที่ผ่านการฝึกฝนมา เพื่อที่จะประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ และทราบถึงความเหมาะสมของการช่วยเหลือช่วยเหลือแต่ละประเภท และสามารถส่งต่อไปยังจุดบริการนั้น ๆ ได้

6. สำหรับบริการนั้นบางครั้งมีการส่งพยาบาลไปยังบ้านของผู้สูงอายุเพื่อตรวจเยี่ยมและประเมินเป็นเบื้องต้น บริการที่จะช่วยเหลือได้ในเบื้องต้น คือ บริการให้ที่อยู่อาศัยและการพยาบาลเบื้องต้น

7. กรณีที่จำเป็นต้องส่งเข้ารับรักษาในสถานพยาบาล ให้คณะกรรมการท้องถิ่นมีอำนาจในการตัดสินใจ โดย คณะกรรมการกลุ่มนี้ ประกอบไปด้วย นักจิตวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชน

8. สถานภาพของผู้สูงอายุในการทดลองได้นำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม (ตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุ สถานะการอยู่อาศัย และสภาพปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่ต่าง ๆ ของชุมชน การช่วยเหลือที่บ้าน การพยาบาลที่บ้านหรือบริการในสถาบันของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม จะถูกกำหนดเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองโดยตรง

9. ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ผู้พิการ) ที่จัดอยู่ในกลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลถึงที่บ้าน และการบำบัดรักษาที่ได้รับตรงตามที่เป้าหมายที่วางไว้ มากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มควบคุม

10. ผลการดำเนินงาน 3 ปี พบว่า ความต้องการที่อยู่อาศัยและบริการจากสถานพยาบาลของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ความต้องการของกลุ่มควบคุมยังคงเท่าเดิม

11. และนอกจากนั้น การให้บริการการดูแลถึงที่บ้านและการบริการอาหาร ยังคงเป็นที่ต้องการของกลุ่มทดลองมาตลอด 3 ปี แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าอาสาสมัครในการช่วยเหลือได้เพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 20 โดยเฉพาะอาสาสมัครสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่พิการ ในขณะที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม

12. นอกเหนือจากบริการเหล่านี้ สถานพยาบาลในประเทศเนเธอร์แลนด์ยังมีการทดลองเพิ่มเติมอีก โดยเปิดบริการรักษาในเวลากลางคืน สุดสัปดาห์ รายวันและการดูแลในระยะสุดท้าย

จากตัวอย่างการบูรณาการบริการระบบสุขภาพและสังคมของประเทศต่าง ๆ ที่นำเสนอ จะเห็นได้ว่า แต่ละประเทศได้มีการบูรณาการรูปแบบการจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การบูรณาการแนวคิดในการบริการ ที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาระบบการให้บริการ โดยในที่นี้ประเทศต่าง ๆ ได้มีการแสวงหาวิธีการทำงานในลักษณะการประสานความร่วมมือกัน ทั้งจากทีมสหวิชาชีพ ชุมชน องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมไปถึงการประสานความร่วมมือกับผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ซึ่งการทำงานในลักษณะดังกล่าว มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงได้มี การบูรณาการทั้งวิธีการทำงาน และการบูรณาการทางความคิดของผู้ให้บริการ พร้อมทั้งได้มีการแบ่งบทบาทและหน้าที่ในการทำงานที่ชัดเจน ซึ่งจากภาพรวมจะเห็นว่า ทุกวิธีการที่นำเสนอของแต่ละประเทศต่างมีเป้าหมายเดียวกัน คือ เพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ในการดำเนินการและการบริหารจัดการนั้น แต่ละประเทศต่างได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ

เป็นหลักในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดระบบการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นสำคัญ

5. กรณีศึกษาการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมในประเทศไทย

การบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมของประเทศไทย ยังปรากฏไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่หลักในการให้บริการสุขภาพ คือ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่ให้บริการด้านสังคม คือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ยังทำงานในลักษณะแยกส่วน โดยใช้ฐานของหน่วยงานที่แยกจากกันเป็นหลักในการดำเนินงาน โดยมิได้ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของการบริการ ดังนั้นลักษณะกิจกรรมของกระทรวงทั้งสองที่เข้าไปถึงชุมชนและครอบครัวที่นำมาเป็นกรณีศึกษาในที่นี้มีดังนี้

5.1 การให้บริการด้านสุขภาพ

การดำเนินงานให้บริการด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นตามวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จึงได้มีการดำเนินการโครงการ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน” (Home Health Care) เกิดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ในการดำเนินโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นการลดอัตราเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมถึงเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งการดูแลในลักษณะดังกล่าวนี้จะช่วยประหยัดในด้านของค่าใช้จ่ายที่รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าเสียโอกาสของญาติ และผู้ดูแล อีกทั้งเป็นการลดจำนวนเตียงผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มการหมุนเวียนของอัตราเตียงว่างเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินอีกด้วย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2548 น.1-2)

สำหรับการให้บริการดูแลที่บ้านนั้น ผู้ป่วยสูงอายุโดยมากเป็นผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล และ/หรือเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น เป็นผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง มีท่อสายยางติดตัว, เป็นผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ, เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งการให้บริการโดยทั่วไปของโครงการดังกล่าว คือ การจัดบริการโปรแกรมดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) การตรวจสุขภาพ การแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การบริการพยาบาลผู้ป่วย รวมถึงมีการบริการสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ ทั้งนี้ ในการให้บริการดังกล่าวจะเป็นลักษณะการทำงานแบบบูรณาการ โดยทีมสหวิชาชีพเพื่อการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีบริการให้ยืมหรือให้เช่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งมีบริการให้การปรึกษานำแนะแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และมีบริการฝึกอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชนด้วย

จากที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น ขอยกตัวอย่าง โรงพยาบาลแม่อาว จังหวัดเชียงใหม่ เป็นตัวอย่างของโรงพยาบาลชุมชนที่มีการดำเนินการที่ดี (Best Practice) และมีการทำงานในลักษณะของการบูรณาการบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคม ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาด 30 เตียง และถือว่าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในชุมชนที่เป็นหน่วยบริการในลักษณะที่มีทีมแพทย์และพยาบาลออกไปให้บริการในชุมชนสำหรับคนไข้ที่มีอาการเล็กน้อย โดยไม่ต้องเข้ามารับการบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งการให้บริการในลักษณะดังกล่าวของโรงพยาบาลแม่นั้นเป็นบริการที่เน้นในเรื่องสุขภาพของคนในชุมชนเป็นหลัก (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2548, น.14-18) ในที่นี้บริการที่โรงพยาบาลได้มีการจัดให้บริการสำหรับผู้ป่วยในชุมชน คือบริการการดูแลถึงที่บ้าน ทั้งนี้การดำเนินการดังกล่าวได้แบ่งกลุ่มผู้รับบริการออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
2. กลุ่มคนไข้เรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแล
3. กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ ได้แก่ ผู้สูงอายุ และเด็กกำพร้า
4. เครือข่ายอาสาสมัคร

ในการให้บริการสำหรับกลุ่มประชากรทั่วไปนั้น บริการการดูแลถึงที่บ้าน (Home Health Care) มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของบริการปฐมภูมิในชุมชนมากขึ้น ซึ่งการให้บริการดังกล่าวเริ่มเข้ามามีบทบาทในชุมชนตั้งแต่ปี 2546 โดยเริ่มจากการมีแพทย์ประจำบ้านในอำเภอแม่อาว ที่ให้การดูแลครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดรวม 92 หมู่บ้าน มีเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ 100 กว่าคน ใน 1 หมู่บ้านจะมีเจ้าหน้าที่ดูแล 1 คน ซึ่งในอำเภอจะมีหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด 5 หน่วย โดยที่แต่ละหน่วยจะมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลชาวบ้าน 10,000 คน แต่ในความเป็นจริงแล้วหน่วยบริการหนึ่งหน่วยต้องรับภาระดูแลชาวบ้านถึง 20,000 คน เนื่องจากมีชาวบ้านตามเขตชายแดนที่เพิ่มจำนวนเข้ามา จึงเป็นเหตุที่ทำให้จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อจำนวนประชากรที่เข้ามารับบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

นอกจากนี้บริการการดูแลถึงที่บ้าน ยังได้มีบริการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ประจำบ้านในช่วงเวลาเย็นของทุกวันด้วย ซึ่งบริการเยี่ยมบ้านเป็นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่เพิ่งกลับออกไปจากการรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลจึงมีแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge plan) เพื่อเป็นการวางแผนการติดตามดูแลอาการของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยในที่นี่ได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่หายดีแล้ว ไม่ต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้าน
2. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. เป็นผู้ป่วยที่รักษาแล้วคาดว่าจะมีพยาธิสภาพต่อไป (ผู้ป่วยที่สามารถมีอาการของโรคนั้นๆ ได้อีก เช่น โรคเบาหวาน , โรคความดัน เป็นต้น)

สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มที่ 2 และ 3 นั้นจะต้องมีการลงไปเยี่ยมบ้านหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลจะต้องเขียนแผนที่บ้านเก็บไว้กับแพทย์ประจำบ้าน โดยในการนี้จะมีการส่งข้อมูลจากหอผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน และส่งต่อไปยังทีม

พยาบาลที่ทำหน้าที่ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต่อไป และในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใส่สายปัสสาวะ หรือใส่สายอาหาร จะมีการให้บริการโดยทีมพยาบาลของหน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งจะมีการออกเยี่ยมบ้าน และให้บริการในทุกบ่ายวันจันทร์

ในส่วนของการช่วยสุขภาพนั้น ภายในชุมชนได้มีการก่อตั้งชมรมรักสุขภาพขึ้นมา ทั้งในกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอสม. และกลุ่มอื่น ๆ โดยที่ทีมพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บริการในชุมชน อาทิ มีการออกหน่วยบริการสุขภาพ โดยในทุกวันศุกร์จะมีการสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ในวันพฤหัสบดีตอนเย็นจะมีการฉายภาพยนตร์เพื่อสอนเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ส่วนในตอนเช้าวันศุกร์จะมีการเปิดบริการเป็นห้องผู้ป่วยนอก (OPD) เพื่อให้บริการตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ โดยวิธีการประกาศด้วยเสียงตามสายในทุกเช้าอีกด้วย สำหรับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้น พบว่า ในชุมชนอำเภอแม่อาวนั้น ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนและมีลูกหลานเสียชีวิตเนื่องจากการติดเชื้อ HIV นั้น จะมีปัญหาการขาดผู้ดูแลมากที่สุด ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุในกรณีดังกล่าว มีอัตราการป่วยที่สูงขึ้นและไม่ค่อยได้เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เกิดอัตราการพึ่งพิงเจ้าหน้าที่สูงขึ้น แต่ถึงกระนั้นในชุมชนเองก็ได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยชมรมผู้สูงอายุจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และมีบริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการทำงานเพื่อทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้มีปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต และมีความรู้เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

จากที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น ทางโรงพยาบาลแม่อาว จ.เชียงใหม่ จึงได้มีโครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุเกิดขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ซึ่งได้มีการแบ่งประเภทของสูงอายุออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน มีโรคประจำตัว ขาดผู้ดูแลและมีที่อยู่อาศัยที่ไม่มั่นคงทางโรงพยาบาลจะให้การช่วยเหลือโดยมอบสิ่งของเครื่องใช้ ข้าวสาร อาหารแห้ง และเงินสงเคราะห์อีกรายละ 300 บาทต่อเดือน
2. ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน มีโรคประจำตัว แต่มีผู้ดูแล เช่น ญาติ ทางโรงพยาบาลจะให้การช่วยเหลือโดยมอบสิ่งของเครื่องใช้ ข้าวสาร อาหารแห้ง และเงินสงเคราะห์อีกรายละ 200 บาทต่อเดือน
3. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว แต่ยังมีสุขภาพดีและแข็งแรง

สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV นั้น การบริการเยี่ยมบ้านจะมีทีมสหวิชาชีพและแพทย์ประจำบ้านเข้าไปให้บริการ แต่ก็พบกับปัญหาค่อนข้างมาก ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงได้มีระบบบริการที่ให้ผู้ป่วยติดเชื้อสามารถเยี่ยมกันเองได้ เพราะเป็นผู้ที่เข้าใจถึงสภาพจิตใจของกันและกันมากที่สุด รวมถึงเข้าใจในวิถีการปฏิบัติตัว และการดูแลตัวเองเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคดังกล่าว ทั้งนี้โครงการเยี่ยมบ้านจึงได้มีการประสานความร่วมมือจากชุมชนด้วย ซึ่งได้รับความร่วมมือ เป็นอย่างดี

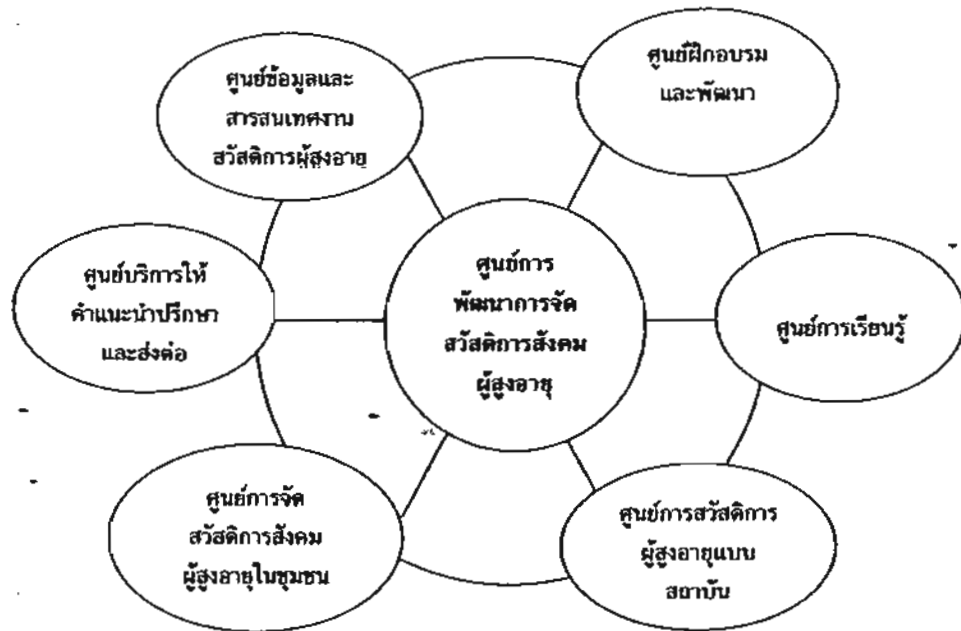
นอกจากนี้ปัญหาที่พบอีกประการหนึ่งก็คือ ปัญหาผู้สูงอายุขาดความรู้ในการประกอบอาชีพเพื่อการสร้างรายได้ ดังนั้นแล้วทางโรงพยาบาลจึงได้มีการเปิดอบรมผู้สูงอายุขึ้น โดยได้รับเงินงบประมาณในการดำเนินการจากองค์กรเอกชนที่ให้การสนับสนุน และมีการส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุเกิดขึ้นเพื่อการสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุ โดยในที่นี่ได้ทำในรูปแบบของสหกรณ์ ซึ่งมีการสอนทั้งในเรื่องของการเก็บค่าหุ้นและการปันผลกำไรให้แก่ผู้สูงอายุ ในการนี้ประเด็นผู้สูงอายุจึงได้มีการบรรจุเป็นภารกิจหลักในสำนักงานสุขภาพจิต ของโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีบุคลากร ในฝ่ายนี้ทั้งหมด 4 คน มีหน้าที่รับผิดชอบในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยแบ่งตามโซน เขต ซึ่งได้มีการประสานกับแพทย์ประจำบ้านในการออกไปให้บริการ และเนื่องด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลแม่นั้นเป็นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่อง และเป็นกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อชุมชนเป็นอย่างมาก ดังนั้นโรงพยาบาลแม่ข่ายจึงได้กลายเป็นโรงพยาบาลต้นแบบขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ในการเป็นโรงพยาบาลที่มีรูปแบบการให้บริการแบบบูรณาการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม

5.2 การให้บริการด้านสังคม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มอบหมายให้กรมพัฒนาสังคมและสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ เป็นผู้ดำเนินงานหลักในการกำหนดนโยบายและจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งหลังจากที่มีการปรับปรุงระบบราชการ และมีการถ่ายโอนบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (เบี้ยยังชีพและสถานสงเคราะห์ 13 แห่ง) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกรุงเทพมหานคร เมื่อปี 2546 กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ได้มีการปรับรื้อระบบการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้รับบริการและสอดคล้องกับระบบบริหาร ของประเทศ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้สูงอายุในชุมชน และครอบครัว มีบริการที่สำคัญ กล่าวคือ (ส่วนมาตรฐานการจัดบริการสวัสดิการสังคม สำนักบริการสังคม กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ , 2548 ;น.50-52) การปรับเปลี่ยนภารกิจของสถานสงเคราะห์คนชราที่ได้ถ่ายโอน จำนวน 7 แห่ง เป็นศูนย์การพัฒนากิจสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยศูนย์ฯ มีภารกิจ 6 ประการ คือ

1. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการผู้สูงอายุ
2. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา
3. ศูนย์การเรียนรู้
4. ศูนย์การสวัสดิการผู้สูงอายุแบบสถาบัน
5. ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน
6. ศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษาและส่งต่อ

รูปแบบของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ



ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับบริการในชุมชนและครอบครัว ที่สำคัญ คือ ภารกิจของศูนย์ ในการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน โดยมุ่งเน้น ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างความสัมพันธ์ ในครอบครัวและชุมชน ให้เกิดความผูกพัน เอื้ออาทรกันอย่างสม่ำเสมอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนดำเนินการในกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้สูงอายุ และประชาชนทั่วไป วิธีการดำเนินงาน ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สำรวจข้อมูลพื้นฐานทางครอบครัวของผู้สูงอายุ และทรัพยากรในเขตพื้นที่ให้บริการ โดยใช้แบบสอบถาม
2. จัดหน่วยงานเคลื่อนที่เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุตามบ้าน นำบริการ ข้อมูล ข่าวสารไปเผยแพร่
3. ประชุมเจ้าหน้าที่ เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานในชุมชนตามสภาพปัญหาที่พบ
4. ประสานงานหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ในการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว
5. ดำเนินกิจกรรม ได้แก่
 - บริการหน่วยเคลื่อนที่ ตามแผนปฏิบัติงาน
 - บริการซ่อมแซมที่พักอาศัย
 - ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างอาสาสมัครบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

- ส่งเสริมและสนับสนุนจัดกิจกรรมเสริมรายได้
- ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุกับบุคคลวัยอื่น
- ส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ

บริการดังกล่าวนี้ เชื่อมต่อกับบริการให้คำแนะนำปรึกษาและส่งต่อ ซึ่งเป็นบริการที่จัดทำในชุมชนและที่บ้านด้วยเช่นกัน โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บริการให้คำแนะนำ และปรึกษาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ผู้ประสบปัญหา และประชาชนทั่วไป

2. เพื่อประสานงาน และส่งต่อหน่วยงานต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาในลักษณะ One Stop Services

3. เพื่อสร้างเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มเป้าหมาย

รูปแบบของการให้บริการมีทั้งภายในภายนอกศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ โดยบริการภายใน ได้แก่ ให้บริการทางโทรศัพท์ จดหมาย อีเมล และการติดต่อด้วยตนเอง ส่วนบริการภายนอก เป็นบริการเคลื่อนที่และส่งต่อเครือข่าย ศูนย์ทำหน้าที่ประสาน และจัดทำข้อตกลงกับเครือข่าย ในการให้ความช่วยเหลือสำหรับกิจกรรมของศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษาและส่งต่อ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1. ให้คำแนะนำปรึกษาทางโทรศัพท์ จดหมาย อีเมล
2. ให้คำแนะนำปรึกษาในศูนย์
3. ออกปฏิบัติงานหน่วยให้คำปรึกษาเคลื่อนที่
4. สร้างเครือข่ายการให้บริการ

จากภาระหน้าที่ดังกล่าวนี้พบว่า หน่วยงานบริการด้านสังคมได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสู่การบูรณาการบริการมากยิ่งขึ้น

ในส่วนของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้มีการทดลองโครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตั้งแต่ปี 2546 เพื่อนำผลมาสังเคราะห์เป็นตัวแบบ (Model) ของการส่งเสริมให้เกิด “อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)” ต่อไป โครงการนี้มีปรัชญาพื้นฐาน เป็นการเสริมสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนของตนเอง (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546, บทคัดย่อ) ผลการดำเนินงานรวมทั้งการขยายผลใน 71 จังหวัด และมีการประเมินผลงานพบว่า โครงการประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหมาย คือ ผู้สูงอายุในชุมชนไม่ถูกทอดทิ้ง มีความเอื้ออาทรระหว่างกัน มีการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน รวมทั้งส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชนมีบทบาทในการจัดสวัสดิการทางสังคมในชุมชน

สรุปภาพรวมการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคม

ประเทศ	บริการ	บริการ	ค่าใช้จ่าย/งบประมาณ	ผู้ที่เกี่ยวข้อง
เดนมาร์ก	- จัดทีมบริการขึ้นใหม่มาจากตัวแทนของกลุ่มต่างๆ	- พยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง - ประสานบริการซึ่งกันและกัน - เปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมของสถานพยาบาล - จัดตั้งอำนวยความสะดวกต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ - การดูแลที่บ้าน - การตรวจเยี่ยมสุขภาพ - การช่วยเหลืองานบ้าน	- เงินเลี้ยงชีพของผู้สูงอายุ	- พยาบาล
เนเธอร์แลนด์	- พัฒนาแผนการบริการ	- ประสานงานการบริการ	- รักษาฟรี โดยใช้ 1 ใน 4 ของค่าใช้จ่ายรายปี	
ชุมชนชนบทของ Groningen	- บูรณาการการดูแลในชุมชน - ตั้งทีมท้องถิ่นขึ้น เพื่อทำหน้าที่เชื่อมโยงระบบต่างๆ	- ประสานงานการบริการ	- รัฐบาล	
เทศบาลนคร Norwegian	- จัดตั้งทีมบริหารจากตัวแทนกลุ่มต่างๆ - ประเมินความต้องการ ของผู้สูงอายุ	- ดูแลและให้บริการผู้สูงอายุที่พักอาศัยในเขตเทศบาลและผู้ต้องการความช่วยเหลือ - ให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ	- เทศบาลนคร - องค์กรเครือข่าย	- นักจิตวิทยา - พยาบาล - นักสังคมสงเคราะห์ - นักกายภาพบำบัด

สรุปภาพรวมการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคม (ต่อ)

ประเทศ	บริหาร	บริการ	ค่าใช้จ่าย/งบประมาณ	ผู้ที่เกี่ยวข้อง
เทศบาเลนคร Norwegian (ต่อ)	- กระจายความร่วมมือเข้าไปถึงผู้สูงอายุที่บ้าน - พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ	- ส่งพยาบาลไปตรวจเยี่ยม(พยาบาลเบื้องต้น) - บริการให้ที่อยู่อาศัยบริการอาหาร		- ตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชน - อาสาสมัคร
อังกฤษ	- การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะบุคคล	- การประสานบริการ - การดูแลฉุกเฉิน - การฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย	- รัฐบาล	
สหรัฐอเมริกา	- เชื่อมประสานกับหน่วยงานด้านผู้สูงอายุและชุมชน	- ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ - ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง - ดูแลกลางวัน - สนับสนุนเรื่องอื่นๆ	- ภาครัฐ - ท้องถิ่น - รัฐบาล	- นักสังคมสงเคราะห์
ญี่ปุ่น	- ประเมินคุณภาพบริการ - ส่งเสริมการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะรายสำหรับผู้สูงอายุ - ส่งเสริมมาตรการในการเพิ่มความเข้มแข็งของผู้สูงอายุ	- บริการด้านสุขภาพ - ศูนย์ดูแลกลางวัน - การช่วยเหลือที่บ้าน - ช่วยอาบน้ำ - ให้ยืมเครื่องมือ - ดูแลผู้ป่วยตามบ้าน - ฟื้นฟูสมรรถภาพ	- กระทรวงสาธารณสุข - แรงงานและสวัสดิการ	- ญี่ปุ่น

สรุปภาพรวมการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคม (ต่อ)

ประเทศ	บริหาร	บริการ	ค่าใช้จ่าย/งบประมาณ	ผู้เกี่ยวข้อง
ญี่ปุ่น (ต่อ)		- การจัดการทางการแพทย์ - การดูแลเคลื่อนที่ 24 ชั่วโมง - ส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์บริการขนาดเล็ก - ส่งเสริมการรักษาพยาบาล		- ญี่ปุ่น
ไทย	- ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	- ตรวจสุขภาพ - บริการเยี่ยมบ้าน - พยาบาลผู้ป่วย - แนะนำการปรับสภาพแวดล้อม - ให้ยืม/ให้เข้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ - ให้การศึกษาแนะนำ - ฝึกอบรมอาสาสมัคร	- กระทรวงสาธารณสุข	- พยาบาล - อาสาสมัคร

จากตัวอย่างกรณีศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมในประเทศไทยนั้น จะเห็นได้ว่า รูปแบบของการให้บริการนั้นอาจมีลักษณะการให้บริการที่เป็นการดำเนินการตาม แผนงานและพันธกิจหลักของแต่ละองค์กรที่รับผิดชอบในการให้บริการ แต่ทว่า หากพิจารณาตาม ตัวอย่างที่น่าเสนอ จะเห็นได้ว่า บริการที่จัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ทั้งสองส่วนจะมีส่วนที่ เชื่อมโยงกันอยู่ในกิจกรรมหรือบริการที่จัดขึ้นมา ซึ่งหากมองตามภาคตัดขวางจะพบว่า ในบริการ ด้านสุขภาพเองก็มีความพยายามที่จะดึงเอาอัตลักษณ์ของการมีความสัมพันธ์กันในวิถีชุมชนและ สังคมเข้ามาเป็นฐานในการจัดบริการเช่นเดียวกัน เป็นผลพลอยได้จากการจัดกิจกรรมเพื่อการ ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่สามารถทำให้ชุมชนตระหนักถึงการดูแลซึ่งกัน และกันภายในชุมชน นอกจากนี้ในส่วนของการให้บริการด้านสังคมเองก็เป็นลักษณะของการ ให้บริการและการดูแลคนในชุมชนในทุกด้านที่ควรได้รับการจัดสวัสดิการ ซึ่งกิจกรรมและบริการที่มี ล้วนเป็นฐานของการดูแลตัวเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข มีความอยู่ดีกินดี รวมถึงการมีสุขภาพกายและจิตที่ดีเช่นกัน ซึ่งวิธีการในการให้บริการอาจมีแตกต่างกันไปตามแต่ วัตถุประสงค์ของการจัดบริการ แต่ทั้งหมดนั้นก็เพื่อการให้การดูแลคนในชุมชนที่ครอบคลุมทุกด้าน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว หากสังคมไทยมีการบูรณาการบริการด้านสุขภาพและสังคมเกิดขึ้น อย่างแท้จริงและเป็นรูปธรรมมากขึ้น สิ่งที่ได้ก็คือ การที่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการ ให้บริการจะสามารถเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความต้องการและความเป็นอยู่มากขึ้น อีกทั้งยังก่อให้เกิดความยั่งยืนในการอยู่ร่วมกันในรูปแบบวัฒนธรรมชุมชน ลดปัญหาการบริการที่ ซ้ำซ้อน และสามารถให้บริการที่เป็นการอุดหนุนรัฐของปัญหาการรับบริการด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นใน ชุมชนได้มากยิ่งขึ้น เนื่องด้วยการผสมผสานวิธีการให้บริการในหลายรูปแบบเป็นวิธีการที่ดีที่จะสามารถ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชนได้ไม่มากนักน้อย ซึ่งแต่ละพื้นที่แต่ละชุมชนอาจมี ความต้องการรูปแบบการบริการที่แตกต่างกันไป แต่ก็ย่อมสามารถที่จะปรับเปลี่ยนรูปแบบการ ให้บริการได้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้ การบูรณาการ ในลักษณะการบูรณาการบริการอาจไม่ใช่ทางเลือกสุดท้ายเสมอไป แต่ก็ถือได้ว่าเป็นทางเลือกที่ดีทาง หนึ่งที่สามารถเอื้อประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้ในระดับหนึ่ง

6. การประยุกต์รูปแบบบูรณาการในประเทศไทย

การที่จะให้บริการด้านสุขภาพและสังคมทั้งในบ้านและชุมชนมีการบูรณาการ อย่าง เหมาะสมในประเทศไทยนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบูรณาการร่วมกัน กับรูปแบบศูนย์ อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานและบริการทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของพื้นที่นั้นด้วย (WHO, 2000) ได้ใช้ระดับทางเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ นั้น เป็นเกณฑ์ในการกำหนดบริการ โดยระบุว่า

1. ประเทศที่ยากจนจะมีงบประมาณให้กับผู้ที่ทำงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อย ดังนั้นอาสาสมัครในชุมชนจึงมีบทบาท โดยเริ่มจากการให้ความรู้เบื้องต้นด้านสุขภาพกับอาสาสมัคร

ท้องถิ่นในระดับหมู่บ้าน อาสาสมัครเหล่านี้จะให้คำแนะนำกับครอบครัวในเรื่องการใช้ยา, วัสดุ อุปกรณ์ และการบริการด้านสุขภาพ สมาชิก ครอบครัว เป็นผู้มีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักเป็นเครือข่าย การสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการ มีแนวโน้มที่จะให้การดูแลในชีวิตประจำวัน ส่วนเครือข่าย ที่เป็นทางการจะเป็นผู้ในการฝึกฝน และสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ นักวิชาชีพจะมีบทบาทเป็นผู้กำกับ ติดตามดูแล และให้คำปรึกษา

2. ประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศอินเดีย เคนยา และเปรู เจ้าหน้าที่องค์กรท้องถิ่น จะมีบทบาทให้บริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุแทนอาสาสมัคร โดยทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพการดูแล รักษา การพัฒนาชุมชน และได้รับการฝึกฝนอย่างจริงจังมากกว่าอาสาสมัครของชุมชน

3. ประเทศที่มีระดับรายได้ทางเศรษฐกิจอยู่ในขั้นปานกลาง เช่น ประเทศเกาหลี ระบบ การดูแลที่ไม่เป็นทางการโดยตรง มีเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านการดูแลระยะยาว ส่วนการดูแลที่บ้านมี นักวิชาชีพที่พยาบาลหรือแพทย์ได้จัดส่งไปถึงบ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังมีการพัฒนา สถาบันให้การดูแลให้มีปริมาณและคุณภาพมากยิ่งขึ้น

4. ประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจสูง มีการพัฒนาระบบการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ดูแลที่เป็นนักวิชาชีพเฉพาะด้านในระบบการดูแล การดูแลที่บ้าน การให้ความรู้ เรื่องการรักษาพยาบาลได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าประเทศจะอยู่ในลักษณะ ทางเศรษฐกิจระดับใด ครอบครัวในทุกประเทศยังคงเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลระยะยาว

สำหรับประเทศไทย อยู่ในกลุ่มที่ 2 และ 3 คือ ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่มี รายได้เศรษฐกิจอยู่ในขั้นปานกลาง การบูรณาการต้องใช้อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่บางระดับเป็น ผู้ดำเนินการร่วมกับท้องถิ่นและครอบครัว ซึ่งการประยุกต์ใช้รูปแบบนี้ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ สำคัญในการบูรณาการ ซึ่ง Stode ได้ระบุว่า ต้องมีการกำหนดระบบการดูแลในชุมชน ซึ่งได้แก่ การ ส่งต่อผู้ป่วย (ที่นอกเหนือจากระบบโรงพยาบาล) การจัดให้มีบริการผู้ป่วยเรื้อรังการดูแลเฉพาะราย และบริการเฉพาะด้าน ซึ่งบริการเหล่านี้บางประเภทได้มีอยู่ในชุมชนชนบทและท้องถิ่นของประเทศ ไทยอยู่บ้าง การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โครงการบริการปฐมภูมิ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ที่ ปรับเปลี่ยนสู่การบริการผสมผสานตามแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีแนวคิดของการให้บริการที่ ผสมผสานทั้งด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่ได้ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันนั้น น่าจะเป็นรูปแบบหนึ่งที่มีความสามารถเป็นแกนนำใน การบูรณาการบริการได้ เนื่องจากพื้นฐานแนวคิดของโครงการบริการปฐมภูมิและศูนย์เอกประสงค์ สำหรับผู้สูงอายุ มาจากแนวคิดการดูแลระยะยาว เช่นเดียวกัน

นอกจากนั้นลักษณะบริการได้ครอบคลุม หรือเข้าสู่พื้นที่ด้านสังคมค่อนข้างมาก หากแต่ผู้ ศึกษาไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะวินิจฉัยว่า การดำเนินงานได้บรรลุผลมากน้อยเพียงใด แต่หากยึดถือ ขุดโครงการวิจัยเรื่องระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ที่เป็นข้อมูลผลักดันและ สนับสนุนการดำเนินงานในเรื่องนี้ อาจกล่าวได้ว่า การให้บริการปฐมภูมิ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ยังไม่

สมบูรณ์มากนัก หากเพิ่มบุคลากรด้านสังคม และบริการบางประเภทด้านสังคมเข้าไปจะช่วยให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชนได้ เงื่อนไขสำคัญคือ ต้องมาตกลงกันในเรื่องการบริการ การวางแผนการดูแลและระบบการบูรณาการข้อมูล รวมทั้งการกำหนดคุณภาพ โดยมุ่งมั่นให้มีการตรวจสอบที่เป็นมาตรฐานในส่วนของผู้ปฏิบัติงานนั้น ควรมีผลตอบแทนที่ยืดหยุ่น กว้างขวาง ที่ครอบคลุม การดูแลเบื้องต้น การดูแลในภาวะเฉียบพลัน และการดูแลในระยะยาว ส่วนประเด็นสุดท้ายเป็นการพิจารณาจากทรัพยากร คือ การมีงบประมาณที่ยืดหยุ่น มีการจ่ายในรูปแบบเดียวกันและลดต้นทุนให้น้อยที่สุด

7. การพัฒนาระบบการบูรณาการในศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

การจะพัฒนาระบบการบูรณาการให้มีความเหมาะสมนั้น การศึกษาของ Brodsky และคณะ (2001, p.5) ซึ่งได้เขียนบทความครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาวในออสเตรเลีย เยอรมัน อิสราเอล เนเธอร์แลนด์ และญี่ปุ่น และนำเสนอยุทธวิธีที่ประเทศต่างๆ ได้นำไปใช้เพื่อการดูแลระยะยาวในประเทศของตน มีสาระสำคัญสรุปได้ว่า

1. ประเด็นเกี่ยวกับการจัดให้มีบริการที่เพียงพอเป็นเรื่องที่หลาย ๆ ประเทศได้ตระหนักถึงยุทธวิธีพื้นฐานที่ได้ดำเนินการเพื่อขยายบริการ คือการสนับสนุนหน่วยงานที่แสวงกำไร หรือกลุ่มธุรกิจให้เข้าไปสู่ตลาดการให้บริการระยะยาว เพื่อเป็นทางเลือกของกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้

2. ในขณะที่หน่วยงานที่ให้บริการมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การแข่งขันด้านคุณภาพก็เพิ่มขึ้น โดยแต่ละแห่งไม่คำนึงถึงราคาค่าบริการ (ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะกำหนดไว้ตายตัว) การแข่งขันด้านคุณภาพเช่นนี้ ทำให้บริการมีมาตรฐานและถูกตรวจสอบตลอดเวลา และบริการระหว่างคนรวยกับคนจนไม่ถูกแบ่งแยก

3. หลายประเทศใช้การจัดระดับของวิธีการให้บริการ เพื่อกำหนดค่าบริการ โดยกำหนดราคาระดับต่ำสุดสำหรับการให้บริการ และกำหนดระดับสูงสุดของสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ และการกำหนดผู้จ่ายค่าบริการร่วม นอกจากนั้นยังมีวิธีการอื่นๆ เช่น ประเทศอิสราเอลใช้การทดสอบระดับความเหมาะสม (Mean Test) เพื่อกำหนดราคาค่าบริการ ในขณะที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ได้นำเรื่องบทบาทการสนับสนุนของครอบครัวมาพิจารณาร่วมด้วย

4. ยุทธวิธีพื้นฐาน ที่ถูกนำมาใช้ในหลายประเทศ คือ การกระจายบริการให้ครอบคลุมจำนวนประชาชนให้มากที่สุด มากกว่าที่จะเน้นการให้บริการที่เน้นเฉพาะเรื่อง และใกล้ชิดสำหรับประชาชน กลุ่มเล็กๆ โดยไม่มีหลักฐานยืนยันว่า ผู้รับบริการจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและตรงตามความต้องการของเขา อย่างไรก็ตาม มีข้อยกเว้นสำหรับประเทศเนเธอร์แลนด์ซึ่งมีระบบการประเมินผลที่เหมาะสมในการสำรวจความต้องการของผู้รับบริการอยู่ตลอดเวลา

กล่าวโดยสรุป การบูรณาการสุขภาพและสังคมเข้าเป็นกิจกรรมของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ควรมีการดำเนินงาน ดังนี้

1. รูปแบบบริการบูรณาการควรพัฒนามาจากแนวคิดการผสมผสานระหว่างบริการสุขภาพและบริการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานอาสาสมัคร
2. การให้บริการอยู่ภายใต้การฝึกอบรม แนะนำ และ นิเทศงานโดยบุคลากรมืออาชีพ
3. ควรมีการรับรองคุณภาพ และการป้องกันการละเมิดต่อผู้รับบริการ
3. ศูนย์ต้องทำหน้าที่พัฒนาเครือข่าย หุ่นส่วนกับหน่วยงานบริการและองค์กรทางธุรกิจอื่นๆ
4. การจะบูรณาการได้สมบูรณ์นั้น ต้องมีผู้ทำหน้าที่หลักในการประสานงานต่างๆ ดังนั้น ผู้อำนวยการศูนย์ควรเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ประสานงานโครงการ
5. มีการประสานงานแผนงาน และงบประมาณด้านต่างๆ ให้บริการเข้าด้วยกัน
6. มีรูปแบบการประเมินผลและติดตามผลร่วมกัน

บทที่ 7

ลักษณะบริการและกิจกรรมในศูนย์เอนกประสงค์

ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุมีลักษณะเป็นศูนย์ที่มีความหมายเบ็ดเสร็จในตัวเอง เนื่องจากเป็นทั้งศูนย์บริการและศูนย์ในการเชื่อมประสานบริการให้แก่ผู้สูงอายุ โดยวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในศูนย์เอนกประสงค์ฯ คือ การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในภาวะปกติและที่อยู่ตามลำพัง การให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบริการทั้งภายในและภายนอกศูนย์ เป็นการสนับสนุนระบบการสร้างใจในในรูปแบบบริการดูแลระยะยาวอีกด้วย ดังนั้น กิจกรรมของศูนย์เอนกประสงค์ฯ ควรเป็นกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุแบบเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกวัยในชุมชน เพื่อแสวงหาความร่วมมือในการจัดกิจกรรม ดังนั้นหากกล่าวถึงลักษณะกิจกรรมในศูนย์เอนกประสงค์ฯ แล้ว ควรมีเนื้อหาครอบคลุมการบูรณาการบริการและลักษณะกิจกรรมที่ควรจัดโดยศูนย์เอนกประสงค์ฯ

การดำเนินงานที่ต้องมีการวางแผนและจัดวางรูปแบบกิจกรรมและบริการที่ลดความซ้ำซ้อนของบริการต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนนั้น เป็นหน้าที่หลักของศูนย์เอนกประสงค์ฯ เนื่องด้วยกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลและการให้บริการด้านสุขภาพและสังคม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการนำเสนอรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยที่กิจกรรมและบริการต่างๆ จะต้องเป็นบริการที่จัดหาได้ภายในชุมชน และเป็นกิจกรรมที่สามารถอาศัยครอบครัวและชุมชนเป็นตัวเสริมหนุนในการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยมีศูนย์เอนกประสงค์ฯ เป็นหน่วยในการประสานสนับสนุนและจัดกิจกรรมและการบริการเหล่านั้น ทั้งนี้ การบูรณาการกิจกรรมและการบริการต่างๆ ยังต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมงานและอาสาสมัครภายในศูนย์เอนกประสงค์ฯ รวมถึงองค์กรต่างๆ ที่มีส่วนช่วยในการสนับสนุนการขับเคลื่อนการทำงานของศูนย์เอนกประสงค์ฯ เป็นอย่างมาก เนื่องด้วยทีมงานและองค์กรที่มีคุณภาพจะสามารถพัฒนาการให้บริการที่มีประสิทธิภาพในการจัดบริการและการจัดกิจกรรมได้สูงสุด เพื่อให้สามารถตอบสนองเป้าหมายในการให้บริการของศูนย์เอนกประสงค์ฯ นั้นเอง ดังนั้นเนื้อหาบทนี้ จึงประกอบด้วย

1. รูปแบบกิจกรรมและการให้บริการ
2. ลักษณะกิจกรรมของศูนย์เอนกประสงค์ฯ
3. ตัวอย่างบริการภายในและภายนอกศูนย์เอนกประสงค์ฯ
4. ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดบริการกิจกรรมของศูนย์เอนกประสงค์ฯ
5. ตัวอย่าง มาตรฐานของศูนย์เอนกประสงค์ฯ

1. รูปแบบกิจกรรมในศูนย์เเนกประสงค์ฯ

เนื่องจากศูนย์เเนกประสงค์ฯ มีสถานภาพเป็นทั้งศูนย์บริการและศูนย์ประสานงาน ดังนั้น การจัดกิจกรรมและการบริการทั้งภายในและภายนอกศูนย์เเนกประสงค์ฯ อาจมีหลายรูปแบบ เนื่องด้วยกลุ่มผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่สามารถเข้ามารับบริการในศูนย์บริการได้ แต่ทว่า มีความต้องการรับบริการบางประเภทเช่นเดียวกับที่มีให้บริการภายในศูนย์เเนกประสงค์ฯ อาทิ ผู้สูงอายุที่พิการ เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยที่อาศัยอาสาสมัครเข้าไปช่วยดูแล หรือให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้สูงอายุถึงที่บ้าน หรือในกรณีกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล และต้องกลับไปอยู่ที่บ้านซึ่งในช่วงแรกอาจต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ ก็มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการบริการในลักษณะหรือในรูปแบบเดียวกันกับการบริการกิจกรรมที่มีภายในศูนย์เเนกประสงค์ฯ ได้ เช่น การตรวจสุขภาพเบื้องต้น, การให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพและด้านโภชนาการ เป็นต้น

ดังนั้น กิจกรรมที่เข้าไปถึงผู้สูงอายุในลักษณะดังกล่าวจึงเป็นรูปแบบกิจกรรมการบริการที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ด้วยเหตุนี้ในการจัดบริการกิจกรรมของศูนย์เเนกประสงค์ฯ จึงแบ่งกิจกรรมและการให้บริการได้เป็น 2 รูปแบบใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1.1 การจัดกิจกรรมและบริการภายในศูนย์เเนกประสงค์ฯ

กิจกรรมการให้บริการภายในศูนย์เเนกประสงค์ฯ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีความประสงค์ที่จะเข้ารับบริการในกิจกรรมต่างๆ ที่ได้มีการจัดให้บริการภายในศูนย์เเนกประสงค์ฯ ซึ่งกิจกรรมนั้นๆ ควรเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิต สังคม และปัญญา อีกทั้งเป็นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการสร้างเสริมความสามารถและสมรรถภาพของผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน อาทิ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทางร่างกาย, กิจกรรมนันทนาการ, กิจกรรมการส่งเสริมด้านการศึกษาและวัฒนธรรม และกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์แก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น (ศศิวัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2549) ซึ่งในบางกิจกรรมอาจต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการประกอบกิจกรรมนั้นๆ เช่น อุปกรณ์กีฬาและเครื่องออกกำลังกายต่างๆ และคอมพิวเตอร์ เป็นต้น จึงทำให้การบริการกิจกรรมดังกล่าวสามารถจัดให้บริการได้เฉพาะภายในศูนย์เท่านั้น

1.2 การจัดกิจกรรมและบริการภายนอกศูนย์เเนกประสงค์ฯ (บริการถึงบ้าน)

กิจกรรมการให้บริการภายนอกศูนย์เเนกประสงค์ฯ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเป็นลักษณะการออกไปให้บริการผู้สูงอายุถึงที่ เพื่อเป็นการนำบริการส่งถึงกลุ่มเป้าหมายในลักษณะการทำงานเชิงรุก ซึ่งกิจกรรมหรือการบริการในลักษณะดังกล่าวอาจไม่สามารถที่จะดำเนินการภายในบริเวณศูนย์ได้ จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครเป็นผู้ออกไปให้บริการหรือจัดกิจกรรมต่างๆ ซึ่งการจัดกิจกรรมและบริการที่จัดให้บริการภายนอกศูนย์เเนกประสงค์ฯ นั้น บางกิจกรรมหรือบางบริการอาจมีรูปแบบหรือมีลักษณะของกิจกรรมที่เหมือนกิจกรรมหรือบริการที่มีให้บริการภายในศูนย์เเนกประสงค์ฯ ได้

ซึ่งกิจกรรมและบริการที่จัดให้ภายนอกศูนย์นั้น ได้แก่ การออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำ และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

2. ลักษณะกิจกรรมของศูนย์อเนกประสงค์ฯ

กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุของศูนย์อเนกประสงค์ฯ นั้น เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อการช่วยเหลือ ส่งเสริม และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เกิดการเสริมสร้างศักยภาพทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์และจิตใจ ซึ่งในกิจกรรมต่างๆ มีทั้งกิจกรรมที่จัดขึ้นภายในและภายนอกศูนย์อเนกประสงค์ฯ โดยในที่นี้สามารถแบ่งลักษณะกิจกรรมของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ได้เป็น 9 ประเภทใหญ่ๆ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544, น.98-99) ได้แก่

1. การสมาคมและนันทนาการ (Social and Recreational Programs)

กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเสนอโอกาสสำหรับการรื่นเริง เพื่อความสนุกสนาน และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน สร้างการปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น เพื่อสอดคล้องกับสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ สร้างการพัฒนาบุคลิกภาพ และทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น โดยภาพรวมกิจกรรมนี้ มุ่งเน้นเสริมสร้างการปรับตัวทั้งทางสังคมและจิตใจแก่ผู้สูงอายุ

ลักษณะของกิจกรรมที่จัดขึ้น ได้แก่ การจัดงานรื่นเริง และฉลองในโอกาสวันสำคัญ เช่น วันชาติ วันเฉลิมพระชนมพรรษา วันสำคัญทางศาสนา และวันเกิดของสมาชิก นอกจากนี้ ยังมีการจัดกิจกรรมนันทนาการอื่นๆ เช่น การลีลาศ การร้องเพลง การเล่นดนตรี รวมทั้งการเล่นกีฬาในร่ม และการเล่นเกมต่างๆ ซึ่งลักษณะของกิจกรรมเหล่านี้ นับว่าเป็นกิจกรรมหลักของศูนย์อเนกประสงค์ฯ

2. การศึกษาและวัฒนธรรม (Educational and Cultural Programs)

- เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงความสามารถในการเรียนรู้ของตน ตลอดจนการจดจำและเรียนรู้ข้อเท็จจริง ที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตในสังคม ดังนั้น ความหมายของกิจกรรมเพื่อการศึกษาและวัฒนธรรมจึงหมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้ ความเข้าใจ การจดจำ การแก้ไขปัญหา และการพัฒนาทักษะต่างๆ ของผู้สูงอายุ กิจกรรมบางประการที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาและวัฒนธรรม ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองการปกครองของประเทศ การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้บริโภค เช่น ข่าวสารทางเศรษฐศาสตร์บริโภค การจัดการทางด้านทรัพย์สิน การกู้ยืมเงิน และกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค การให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการศึกษาเพื่อการพัฒนาตนเอง เช่น การเรียนภาษาต่างประเทศ คอมพิวเตอร์ การดูแลตนเองเบื้องต้น การฝึกหัดการเป็นผู้นำ บทบาทในการมีส่วนร่วมในชุมชนการแลกเปลี่ยนความรู้ รวมทั้งกิจกรรมทัศนศึกษา ยังแหล่งประวัติศาสตร์ ศาสนา และแหล่งท่องเที่ยวทั่วไป

3. สุขภาพอนามัย (Health Services Programs)

กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การช่วยให้สมาชิกดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด กิจกรรมนี้นับว่าเป็นกิจกรรมที่สมาชิกมีความต้องการศูนย์เนกประสงค์ฯ จะเชื่อมประสานบริการเหล่านี้จากแหล่งอื่น มาให้บริการแก่สมาชิกในศูนย์เนกประสงค์ฯ โดยบริการครอบคลุมกิจกรรม ดังนี้

1) การบริการตรวจรักษาสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจวัดความดัน ซึ่งในการให้บริการนี้ อาจจะจัดร่วมกับศูนย์บริการทางการแพทย์ สถานีนามัยหรือบริการทางการแพทย์ อาสาสมัครเคลื่อนที่ให้บริการตามชุมชนต่างๆ หรือการจัดกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำในการรักษาสุขภาพ เป็นต้น"

2) การให้คำปรึกษาแนะนำหรือการจัดกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจในตนเอง ทั้งสภาพร่างกาย และจิตใจ

3) การให้บริการด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบกระดูกกล้ามเนื้อ ระบบประสาท เช่น ปัญหาปวดกล้ามเนื้อหรือตามข้อต่อส่วนต่างๆ ในร่างกาย ฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ให้บริการการรักษาโดยนักกายภาพบำบัด พร้อมด้วยเครื่องมือที่ทันสมัยครบครัน และบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ

4) การให้บริการด้านการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย กีฬา และอนามัย รวมถึงกิจกรรมการงดดื่มสุรา และการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูงอายุ

5) การจัดกิจกรรมพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การให้บริการทางด้านกายภาพบำบัด ซึ่งมีการอำนวยความสะดวกโดยการจัดอุปกรณ์ในการทำกายภาพบำบัดต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย และการให้บริการด้านอาชีวบำบัด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยมีนักอาชีวบำบัดคอยดูแล

6) การอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ อนามัย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครและบุคคลทั่วไป ตลอดจนผู้สูงอายุให้มีความรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

7) บริการให้คำปรึกษา, ประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วย โดยใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา, ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ

4. การส่งเสริมด้านโภชนาการ (Nutrition Programs)

ปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากขาดความรู้ ขาดเครื่องอำนวยความสะดวกและขาดความสามารถในการจัดซื้อหรือในการเตรียมอาหารเพื่อตนเอง โดยกิจกรรมด้านโภชนาการนี้จะให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อยู่โดดเดี่ยวหรือยากจน และเป็นการประสานให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านโภชนาการตามที่คุณสูงอายุต้องการ ซึ่งการบริการด้านโภชนาการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้สูงอายุต้องได้รับอาหารที่ถูกต้องลักษณะหรือตามหลักโภชนาการ และเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ที่ไม่

แข็งแรงหรือไม่สามารถประกอบอาหารได้ด้วยตนเอง ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ ได้มีงานโภชนาการ คือ บริการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านโภชนาการ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะโภชนาการ, พฤติกรรมการบริโภค, การคำนวณพลังงาน แคลอรีที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย และการให้ความรู้ด้านโภชนาการ เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสัดส่วนเหมาะสมและตรงตามโรค เป็นต้น

ในต่างประเทศมีการให้บริการด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุหลายแห่ง เช่น ศูนย์เอนกประสงค์กลางวันสำหรับผู้สูงอายุ (Day Centers) ซึ่งมีบริการอาหารกลางวันและเครื่องดื่มแก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก หรือสโมสรอาสาสมัคร (Voluntary Social Clubs) ให้บริการอาหารกลางวันแก่สมาชิก หรือสโมสรที่ให้บริการอาหารกลางวัน (Luncheon Clubs) ซึ่งหมายถึง สโมสรที่จัดบริการอาหารกลางวันแก่ผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วหรือคนพิการที่ได้ลงทะเบียนไว้กับสโมสร ซึ่งผู้สูงอายุและคนพิการจะไปสโมสรดังกล่าวได้ในเวลากลางวัน และจะมีอาสาสมัครคอยให้ความช่วยเหลือ

กิจกรรมด้านโภชนาการควรเป็นการจัดส่งเสริมให้ความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ทั้งการจัดการภายในชุมชนและการจัดการที่บ้าน การส่งอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดแคลน หรือเป็นผู้พิการ หรือเป็นผู้ที่อยู่อาศัยเพียงลำพัง ซึ่งการจัดกิจกรรมด้านโภชนาการควรรวมไปถึง การดูแลสุขภาพทางร่างกายและอารมณ์ รวมถึงส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุด้วย

5. การส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์แก่ผู้สูงอายุ (Creative Thinking Program) และส่งเสริมภูมิปัญญา

การส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ขึ้นแก่ผู้สูงอายุนั้น เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ มีภาวะทุพพลภาพ เกิดการสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการสร้างความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีคุณค่า และยังสามารถกระทำการบางอย่างได้ด้วยตนเองอยู่นั้นจะเป็นสิ่งที่เหมาะสมและมีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งการแสดงออกถึงความคิดสร้างสรรค์นั้น สามารถกระทำได้หลายวิธี แต่จากงานวิจัยหลายเรื่องพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นหากได้สร้างสรรค์งานศิลปะต่าง ๆ แล้ว จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองว่า ตนมีกำลัง มีความสามารถที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ได้ นอกจากนั้น ยังเป็นการถ่ายทอดและอนุรักษ์ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังเป็นผู้ที่มีคุณประโยชน์ต่อผู้อื่นอยู่ กิจกรรมเพื่อการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์แก่ผู้สูงอายุ มีอยู่หลายประเภท ซึ่งได้แก่

1) การเขียน (Writing) เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดสร้างสรรค์ การเขียนโดยทั่วไปมักเน้นการเขียนตัวอักษรรูปแบบต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกหัดบังคับมือ การใช้สายตา ชัดเขียนตัวอักษรตามความคิดของตน ซึ่งการเขียนตัวอักษรไทยนั้น

สามารถเขียนได้หลายรูปแบบเป็นตัวประดิษฐ์ลากหาง หรือตัวคล้ายอักษรโบราณล้วนแต่ทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกหัดบังคับประสาทของตนเองทั้งสิ้น นอกจากนั้น การเขียนอาจรวมทั้งการเขียนจดหมาย การเขียนโคลงกลอน การเขียนอัตชีวประวัติ การเขียนบทความท่องเที่ยว เรื่องสั้น และนวนิยาย ซึ่งจากการเขียนจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาระลึกถึงความทรงจำในอดีต และให้ความสนใจกับสิ่งรอบๆ ตัว เพื่อนำมาใช้เป็นแหล่งทรัพยากรและวัตถุดิบในการเขียน

2) งานศิลปะ (Arts) เช่น การวาดรูป การระบายสี งานหล่อ งานปั้น งานประดิษฐ์ งานศิลปะ งานเซรามิค ตลอดจนงานศิลปะต่างๆ เช่น การวาดรูปหรือระบายสีจะทำให้ผู้สูงอายุได้ระบาย และสื่อสารความรู้สึกต่างๆ ออกมา นอกจากนั้น บางครั้งศิลปะเหล่านี้สามารถขาย และเป็นรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุได้อีกด้วย

3) ดนตรี (Music) การใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดรักษา เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ดนตรี ประกอบด้วย การร้องเพลง การเคาะเท้า การตบมือ การเต้นรำ หรือโยกตัว และเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย การเขียนเนื้อร้อง หรือทำนองเพลง หรือการเล่นเครื่องดนตรีร่วมกับบุคคลอื่นจะสร้างความรู้สึกละหลวมคลาย รวมถึงการใช้ความคิดจินตนาการที่สร้างสรรค์ เพราะดนตรีจะกล่าวถึงความนุ่มนวลของอารมณ์ เช่น อารมณ์รักที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เกิดกำลังใจ สามารถเผชิญและต่อสู้กับความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกกดดันจากการที่ต้องออกจากงาน หรือการที่อยู่ในวัยที่เข้าใกล้ความตาย นอกจากนั้น ดนตรีจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้รำลึกถึงความหลัง ปลอดภัย บำบัดรักษา ช่วยให้มีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างสมาชิก มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันที่ดีขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น ตลอดจนปรับปรุงด้านการหายใจ การไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท หลอดเสียง และการเคลื่อนไหว

4) การเล่นละคร (Dramatic) เป็นการให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมแสดงบทบาทต่างๆ ในเรื่องที่ได้เตรียมตัวและไม่ได้เตรียมตัว ซึ่งการแสดงละครจะเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนกลับให้เห็นถึงความวิตกกังวล ความเครียด อารมณ์ขั้นที่แสดงออกมา รูปแบบของการเล่นละครมีความแตกต่างและหลากหลายมาก เช่น การเป็นผู้เล่าเรื่องจากความทรงจำ การเล่าเรื่องจากหนังสือ การเล่นละครเวที ละครวิทยุ นวนิยาย หุ่นกระบอก ละครธรรมะ และละครจากชาดก เป็นต้น

5) การรำและเต้นรำ การรำและเต้นรำมีความสอดคล้องกับการใช้ดนตรี การรำและเต้นรำเป็นการเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรี ซึ่งนับได้ว่าเป็นความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและที่อยู่ในสถาบัน การดูแลต่างๆ การรำและเต้นรำจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพกาย เช่น ช่วยให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ดีอีกวิธีหนึ่ง ช่วยควบคุมน้ำหนัก ทำให้ระบบหมุนเวียนของโลหิตดีขึ้น ช่วยให้นอนหลับ และเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย นอกจากนั้น ยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพจิต ได้แก่ เสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้สูงอายุ ทำให้มีความจำที่ดีขึ้น ลดความเครียด สร้างความรู้สึกละหลวมคลาย ตลอดจน เป็นการเข้าร่วมสังคมกับบุคคลอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสัมผัสและได้สัมผัสผู้อื่น ซึ่งจะช่วยในการสร้างความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจและเป็นกำลังใจที่ดีต่อกัน นอกจากนั้น ยังช่วยอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมไทยไว้ด้วย

6. การสังคมสงเคราะห์ (Social Work Services Program)

การให้บริการทางด้านสังคมสงเคราะห์ เป็นความรับผิดชอบโดยตรงของนักสังคมสงเคราะห์ โดยในการให้บริการ ทั้งบริการเฉพาะราย (Case Work) และบริการเป็นกลุ่ม (Group Work) การให้บริการด้านนี้ เน้นเรื่องการพบปะกันทางสังคม การตอบสนองต่อความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในความทุกข์และปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการประเมิน วินิจฉัยสภาพปัญหา เพื่อตัดสินใจต่อบริการที่ผู้สูงอายุควรได้รับ และการส่งต่อไปรับบริการยังแหล่งอื่น สำหรับการให้บริการสังคมสงเคราะห์ โดยใช้กลุ่มนักสังคมสงเคราะห์จะทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มใช้กิจกรรม เพื่อแก้ไข และพัฒนาผู้สูงอายุ การพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ การช่วยให้เกิดการปรับตัวสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ากลุ่ม หรือเข้ารับบริการที่ศูนย์อเนกประสงค์เป็นครั้งแรก รวมทั้งทำหน้าที่ในการประสานแหล่งบริการต่างๆ ด้วย

7. การเยี่ยมเยียนตามที่อยู่อาศัย (Home visit Program)

เป็นบริการด้านการให้ข้อมูลและติดตามเยี่ยมเยียน พูดคุยในทุกข์สุขทั่วไปโดยอาสาสมัคร เป็นการให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล อาจมีการรับฟังปัญหาต่างๆ ของครอบครัว รวมทั้งความต้องการบริการ ซึ่งจะมีการส่งต่อและจัดหาบริการที่เหมาะสมต่อไป

8. การส่งต่อและการให้ความช่วยเหลือ (Referral and assistance)

บางครั้งผู้สูงอายุมีความจำเป็นและต้องการบริการเฉพาะด้าน หรือต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งบริการอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อส่งไปรับบริการยังสถานพยาบาลทุติยภูมิ นักสังคมสงเคราะห์หรืออาสาสมัครจะมีบทบาทในด้านนี้ อาทิ บทบาทการประสานงาน บทบาทของการให้คำปรึกษา เป็นต้น

9. การจัดการเฉพาะราย (Case Management Services)

เป็นบริการที่มุ่งให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ทั้งที่อยู่ที่บ้าน และรับบริการ ในศูนย์อเนกประสงค์ฯ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง การแสวงหาแหล่งทรัพยากรใหม่ๆ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และการประสานความร่วมมือไปยังองค์กรอื่นๆ

10. บริการดูแลโดยเพื่อนบ้าน (Neighbourhood Care)

เป็นการอุปการะผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ซึ่งดำเนินการโดยเพื่อนบ้าน และอาสาสมัคร

เพื่อให้เห็นถึงกิจกรรมและการบริการที่จัดขึ้นเพื่อให้บริการทั้งภายในและภายนอกศูนย์อเนกประสงค์ฯ ได้ชัดเจน จึงนำลักษณะบริการทั้งภายในและภายนอกศูนย์ มานำเสนอ ดังนี้

3. ตัวอย่าง บริการภายในศูนย์อเนกประสงค์และบริการภายนอกศูนย์อเนกประสงค์

บริการในศูนย์อเนกประสงค์	บริการภายนอกศูนย์อเนกประสงค์
➤ สุขภาพอนามัย เช่น - ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น (เช่น การให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ, วัดความดันโลหิต , ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น) - บริการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเบื้องต้น - การให้ความรู้ทางการแพทย์ - บริการคลินิกผู้สูงอายุ - บริการรับ และส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีความซับซ้อนของอาการของโรค - บริการด้านการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด เช่น มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อ หรือตามข้อต่อส่วนต่างๆในร่างกาย เป็นต้น - บริการพยาบาลและการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพกายและใจ - การให้ความรู้ด้านสุขศึกษา - การบริหารร่างกายในแบบต่างๆ - บริการที่ให้เป็นที่ปรึกษาในรูปแบบให้เปล่าหรือลดราคาให้ต่ำลง ได้แก่ บริการเกี่ยวกับสายตา ประคบแว่น, การทำฟัน, การรักษาโรคมือและเท้า - บริการให้คำปรึกษา, ประเมิน และวินิจฉัยผู้ป่วย โดยใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา - บริการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตด้านต่างๆ - บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ - บริการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้รับบริการผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม	➤ สุขภาพอนามัย เช่น - ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น(เช่น การให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ, วัดความดันโลหิต , ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น) - การติดตามผลหลังการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล - บริการด้านการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด เช่น มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อหรือตามข้อต่อส่วนต่างๆในร่างกาย เป็นต้น - บริการพยาบาลและการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพกายและใจ - การให้ความรู้ด้านสุขศึกษา - การบริหารร่างกายในแบบต่างๆ - บริการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตด้านต่างๆ
➤ กิจกรรมด้านศาสนา - การเทศน์ของผู้นำศาสนา - การปฏิบัติธรรม - การสันทนาธรรม - การทำบุญ / ตักบาตร	➤ กิจกรรมด้านศาสนา - การให้คำแนะนำ/สั่งสอนโดยผู้นำศาสนา - การปฏิบัติธรรม - การเทศน์

บริการภายในศูนย์อเนกประสงค์และบริการภายนอกศูนย์อเนกประสงค์ (ต่อ)

บริการในศูนย์อเนกประสงค์	บริการภายนอกศูนย์อเนกประสงค์
➤ การสมาคมและนันทนาการ เช่น - กิจกรรมด้านดนตรี (ร้องเพลง ,ดนตรีไทย, ร้องคาราโอเกะ, เครื่องดนตรี) - กิจกรรมด้านศิลปะ (เช่น วาดภาพ ,ปั้น และ กิจกรรมสร้างสรรค์อื่นๆ เช่น ละคร, เขียน นิยาย) - กิจกรรมบันเทิง ดูรายการโทรทัศน์, ภาพยนตร์ - บริการห้องสมุด - บริการที่อ่านหนังสือ	➤ การสมาคมและนันทนาการ เช่น - การท่องเที่ยว - ตั้งแคมป์ - กิจกรรมทางศาสนา
➤ สังคมสงเคราะห์ เช่น - ให้ความปรึกษา - การคุ้มครองสิทธิ	➤ สังคมสงเคราะห์ เช่น - จัดหารับส่งมายังศูนย์อเนกประสงค์ - การส่งต่อไปรับบริการ - การสงเคราะห์ด้านเงินทองและสิ่งของ
➤ โภชนาการ เช่น - จัดฝึกอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับด้าน โภชนาการ - บริการจัดอาหารให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับ บริการที่ศูนย์ฯ - การประเมินภาวะโภชนาการ - การให้คำแนะนำเรื่องพฤติกรรมบริโภค - การคำนวณพลังงาน (แคลอรี)ที่เหมาะสม กับสภาวะของผู้สูงอายุ	➤ โภชนาการ เช่น - การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ - บริการส่งอาหารตามบ้าน
➤ อาสาสมัคร เช่น - สอนคอมพิวเตอร์ - สอนภาษาอื่น เช่น ภาษาอังกฤษ - ให้ความปรึกษา - การเยี่ยมผู้อื่น	➤ อาสาสมัคร เช่น - การเยี่ยมเยียน - การดูแลที่บ้าน - จัดหาผู้ดูแลบ้าน/แม่บ้าน - ความช่วยเหลือด้านแรงงาน - การซ่อมแซมที่พักอาศัย - บริการให้คำแนะนำเพื่อความปลอดภัย - จัดส่งหนังสือไปให้อ่านที่บ้าน - บริการผู้ติดตาม (Escort)

บริการภายในศูนย์เนกประสงค์และบริการภายนอกศูนย์เนกประสงค์ (ต่อ)

บริการในศูนย์เนกประสงค์	บริการภายนอกศูนย์เนกประสงค์
➤ วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น - งานช่างฝีมือ (เช่น , แกะสลัก , สานตะกร้า) - ปั่นเครื่องปั้นดินเผา - การอนุรักษ์การถ่ายทอดภูมิปัญญา - การวาดภาพ - การเขียนโคลง, กาพย์, กลอน	➤ วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น - กิจกรรมตามประเพณี เช่น การรดน้ำ ต่ำหัว , ทำกระทงในวันลอยกระทง, - กิจกรรมด้านศาสนา เช่น การจัดงานวันสำคัญของชาติ-ศาสนา, การสดับพระธรรมเทศนา, การฝึกสมาธิ, ทอดผ้าป่า, กรฐิน, ห่อเทียนพรรษา เป็นต้น
➤ การให้ความรู้ด้านกฎหมาย เช่น - ให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย - การให้คำปรึกษาด้านประกันสุขภาพ - การให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาษี - การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค	➤ บริการด้านกฎหมาย เช่น - การให้คำปรึกษาด้านกฎหมาย - การพิทักษ์สิทธิ
➤ การเสริมรายได้และการฝึกอาชีพ เช่น - งานช่างไม้ - งานทำสวน - ทำอาหารแห้ง - งานทำดอกไม้ประดิษฐ์ - การปักผ้า, การฝีมือ, การตัดโครเชต์ - การทอของขวัญ, พับผ้าเช็ดหน้า - เป็นมัคคุเทศก์แนะนำประวัติศาสตร์ชุมชนประเพณีตามแหล่งท่องเที่ยวในชุมชน	➤ การเสริมรายได้และการฝึกอาชีพ เช่น - การส่งเสริมอาชีพ - การจัดหาอาชีพและการตลาดสำหรับสินค้า
➤ ระบบเฝ้าระวัง - ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ - การเรียกร้องสิทธิ/ปกป้องสิทธิให้ผู้สูงอายุ - การรายงานข้อมูลผู้สูงอายุ - การปรับข้อมูลของตนเอง - การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ใกล้เคียง	➤ ระบบเฝ้าระวัง - การติดตามเยี่ยมเยือน
➤ กีฬา - กีฬาในร่ม เช่น การเล่นหมากรุก , เล่นหมากฮอส,หมากล้อม และเล่นไพ่ เป็นต้น - กีฬากลางแจ้ง เช่น รำมวยจีน, ไท่เก๊ก, รำไม้พลอง, เล่นเปตอง, ปิงปอง	➤ กีฬา - กีฬาในร่ม เช่น การเล่นหมากรุก , เล่นหมากฮอส หมากล้อม และเล่นไพ่ เป็นต้น - กีฬากลางแจ้ง เช่น รำมวยจีน, ไท่เก๊ก, รำไม้พลอง, เล่นเปตอง, ปิงปอง - กีฬาพื้นบ้าน เช่น ปิดตาตีหม้อ, ขนไก่, จักรยานช้า, ตะปิบไกล เป็นต้น

ภาพกิจกรรมและบริการด้านสุขภาพที่ควรจัดขึ้นในศูนย์อเนกประสงค์



ที่มา : ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี

ภาพกิจกรรมและบริการด้านสุขภาพที่ควรจัดขึ้นในศูนย์อเนกประสงค์ (ต่อ)



ที่มา : ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี

ภาพกิจกรรมและบริการด้านสุขภาพที่ควรจัดขึ้นในศูนย์อเนกประสงค์ (ต่อ)



ที่มา : ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี

จากตัวอย่างดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า กิจกรรมและการบริการที่จัดให้บริการทั้งภายในและภายนอกศูนย์เอนกประสงค์นั้น โดยมากจะมีความแตกต่างกันเนื่องจากข้อจำกัดด้านต่าง ๆ อาทิ ข้อจำกัดด้านวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการ, สถานที่ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมหรือการบริการ รวมถึงลักษณะของกิจกรรมและการบริการ แต่ทว่า กิจกรรมและการบริการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นทั้งภายในและภายนอกศูนย์เอนกประสงค์ฯ มีเพื่อวัตถุประสงค์ในการช่วยเหลือส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงการบริการต่าง ๆ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้มากขึ้นจากการได้รับการบริการที่ทั่วถึง และเป็นบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ดังนั้น กิจกรรมและการบริการของศูนย์เอนกประสงค์ฯ อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม วัฒนธรรมและความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุและชุมชนเป็นสำคัญ

นอกจากนั้น ยังสามารถจัดขึ้นได้ตามความพร้อมของชุมชนและหน่วยงานให้บริการที่มีข้อตกลงการให้บริการร่วมกัน ดังนั้น เพื่อให้เกิดความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์ฯ ควรมีการแบ่งระยะเวลาการเกิดของกิจกรรม เป็นช่วง ๆ ดังนี้

ระยะที่หนึ่ง ควรเป็นการรวมตัวขององค์กรผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในชุมชน ที่มารวมกลุ่มและแสวงหาความต้องการลักษณะบริการที่ควรจัด ชุมชนผู้สูงอายุควรมีบทบาทในการดำเนินงาน และเป็นหน่วยงานแรกที่จะเข้าร่วมกิจกรรม หรือใช้ความสามารถของกลุ่มเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม/บริการเหล่านั้น

ในกลุ่มของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานบริการ หาข้อตกลงร่วมกันระหว่างองค์กรในการกำหนดกิจกรรม/บริการในศูนย์เอนกประสงค์ฯ รวมทั้งแสวงหาแนวทางที่ควรจะเป็นอื่น ๆ ด้วย ซึ่งการจัดกิจกรรม/บริการนี้ ควรพิจารณาจากสิ่งที่มีอยู่ในชุมชนก่อน และพิจารณาถึงความสามารถของผู้ให้บริการด้วย ซึ่งระยะนี้งานอาสาสมัครจะมีบทบาทอย่างมาก

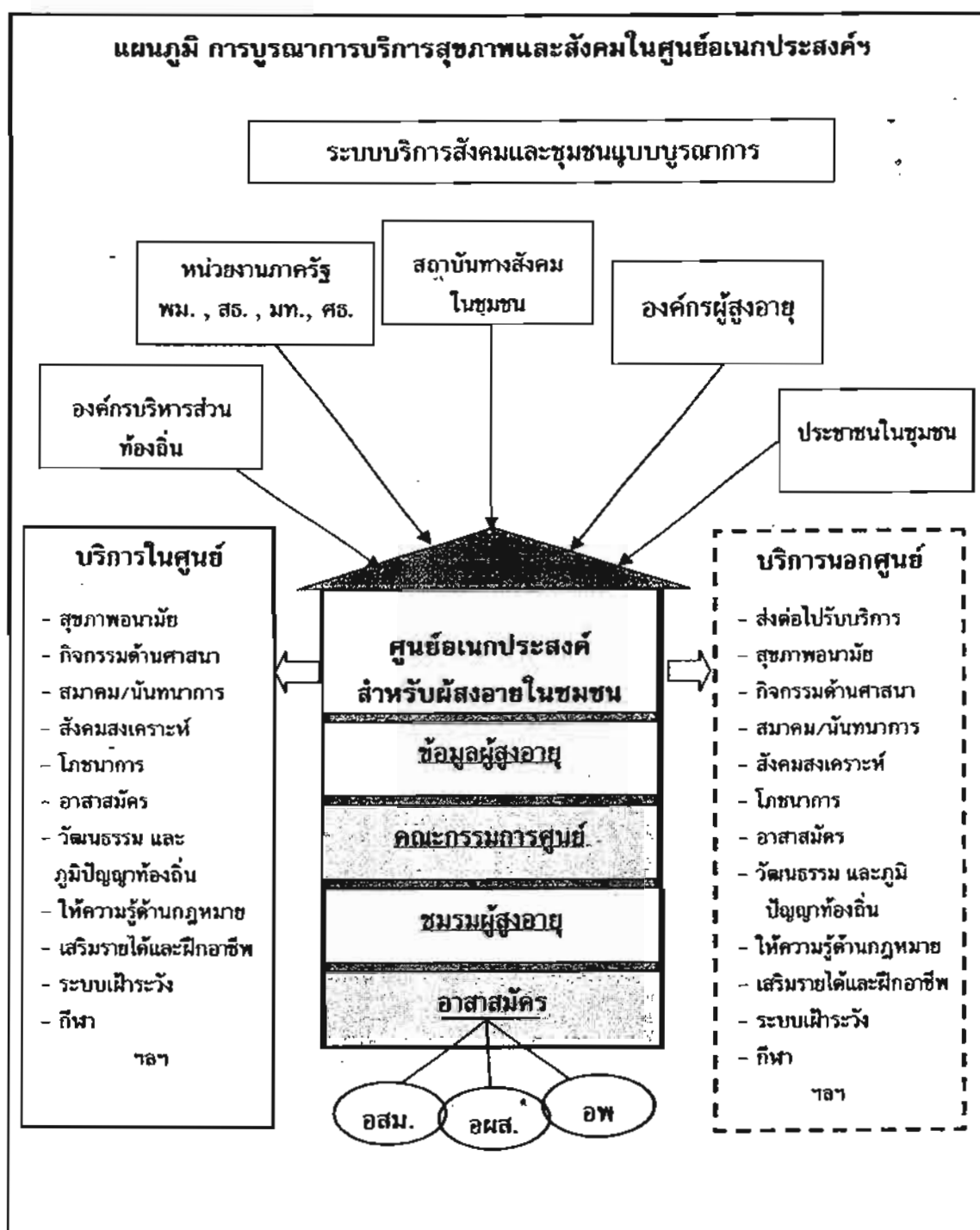
กระบวนการเริ่มต้น ควรเริ่มด้วยการประสานงานระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้บริการอยู่แล้ว เพื่อหาเครือข่ายและความร่วมมือ ซึ่งบริการเหล่านี้ในระยะแรก อาจเป็นบริการพื้นฐานที่เหมือนกันทั่ว ๆ ไปก็ได้ เช่น การรวมกลุ่มผู้สูงอายุ บริการของอาสาสมัครสุขภาพไปให้คำแนะนำด้านสุขภาพ กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ นันทนาการบางประเภท เป็นต้น

ระยะที่สอง เป็นช่วงระยะเวลาที่ต้องมีการประเมินบริการ/กิจกรรมที่เริ่มขึ้นในระยะต้น เพื่อนำผลมาปรับปรุงและขยายบริการ ในระยะนี้ควรเพิ่มบริการที่จัดการโดยนักวิชาชีพให้เป็นรูปธรรมและเป็นระบบ ผู้จัดการศูนย์เอนกประสงค์ฯ ควรทำหน้าที่ในการนำเสนอสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อนักวิชาชีพต่าง ๆ จะได้จัดบริการได้ตรงตามข้อเท็จจริง

ในระยะนี้ บริการการเยี่ยมเยียนตามที่อยู่อาศัยควรเริ่มขึ้น โดยอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมจากนักวิชาชีพ ขณะเดียวกันบริการส่งต่อควรมีความพร้อมในการให้บริการเช่นเดียวกัน

ระยะที่สาม เป็นช่วงเวลาที่ทุกฝ่ายได้มีการปรับตัวและเตรียมความพร้อมแล้ว ไม่ว่าจะเป็นแผนงาน งบประมาณและบริการ รวมทั้งการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการต่าง ๆ มีความสมบูรณ์และทำหน้าที่ตามที่ได้ถูกกำหนดไว้ได้อย่างเหมาะสม บริการและกิจกรรมบางอย่างอาจ

ปรับเปลี่ยน ทั้งยกเลิกและจัดหาเพิ่มเติม ซึ่งในระยะนี้ ศูนย์อเนกประสงค์ฯ ควรให้บริการที่กำหนดเป็นมาตรฐานอย่างน้อย 8 ชนิด (ตามมาตรฐานของต่างประเทศ) หรือที่ชนิดก็ได้ตามแต่จะตกลงกัน และแต่ละศูนย์ต้องไม่เหมือนกัน ควรขึ้นอยู่กับข้อมูลของแต่ละพื้นที่ที่สำคัญ แผนภูมิต่อไปนี้จะช่วยอธิบายลักษณะบริการ ที่มีการบูรณาการในศูนย์อเนกประสงค์ฯ



4. ข้อเสนอแนะสำหรับการจัดบริการกิจกรรมของศูนย์อเนกประสงค์ฯ

เพื่อให้การจัดบริการในศูนย์อเนกประสงค์ฯ มีการพัฒนาและเกิดความยั่งยืนนั้น ศูนย์อเนกประสงค์ฯควรดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. ศูนย์อเนกประสงค์ฯ ควรมีการเปิดให้บริการในเวลาที่มีความเหมาะสมเพื่อตอบสนองต่อผู้เข้ามาใช้บริการ ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุ และกลุ่มอาสาสมัครที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือด้านการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความต้องการ ที่จะให้ศูนย์อเนกประสงค์ฯ จัดให้มีบริการการออกกำลังกายในช่วงเช้าทุกๆ วัน ศูนย์อเนกประสงค์ฯควรที่จะเลือกเปิดการให้บริการในช่วงเวลาที่เร็วขึ้น เช่น ตั้งแต่ 6:00น.ถึง 14:00น.และถ้าหากศูนย์อเนกประสงค์ฯ ต้องการที่จะมีการให้บริการบางประเภทในเวลาช่วงเสาร์-อาทิตย์ หรือช่วงวันหยุด ศูนย์อเนกประสงค์ฯสามารถปรับเปลี่ยนเวลาได้ตามความเหมาะสม

2. นอกจากการให้บริการตามเวลาที่กำหนดแล้ว อาจมีข้อเสนอสำหรับการจัดบริการในช่วงเย็นหรือวันหยุด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินความต้องการใช้บริการของชุมชน เช่น ในช่วงเย็น อาจเปิดพิเศษสำหรับสมาชิกหนุ่ม-สาว มาใช้บริการเครื่องออกกำลังกาย โดยเก็บเงินค่าใช้บริการได้ หรืออาจเปิดห้องสมุดสำหรับสมาชิกอื่นและเยาวชนมาใช้บริการ ในวันหยุดได้เช่นกัน

3. ศูนย์อเนกประสงค์ฯ อาจมีการจัดบริการกิจกรรมด้านอื่นๆที่มีการเชื่อมประสานการให้บริการร่วมกับองค์กรเครือข่ายอื่นๆ เพื่อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

4. ผู้ใช้บริการระดับปฐมภูมิจะต้องได้รับบริการในโครงการของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ที่จัดให้มีบริการสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งบริการดังกล่าวเป็นการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ ครอบครัวของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้บริการที่จัดให้ นั้นจะต้องตอบสนองต่อผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนไม่ว่าผู้สูงอายุจะเข้ามาใช้บริการของศูนย์อเนกประสงค์ฯหรือไม่ก็ตาม

5. ศูนย์อเนกประสงค์ฯ อาจจะมีการกำหนดขอบเขตอายุสูงสุดสำหรับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการได้ อีกทั้งในกิจกรรมการให้บริการในพื้นที่บางประเภท ศูนย์อเนกประสงค์ฯ ควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาและกำหนดแผนการออกไปให้บริการในพื้นที่ด้วย รวมทั้งควรมีการพิจารณาบุคคลที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการรับบริการของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ดังนี้

- เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ซึ่งอยู่ในขอบเขตของการให้บริการของศูนย์อเนกประสงค์ฯ
- เป็นบุคคลที่มีความต้องการทางการเงิน (เน้นเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อย)
- เป็นบุคคลที่มีความต้องการทางด้านสังคม
- เป็นบุคคลที่มีความพิการขั้นรุนแรง (ไร้สมรรถภาพ หรือทุพพลภาพ)
- เป็นบุคคลที่มีความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับโรคความจำเสื่อม
- และเป็นบุคคลที่ต้องมีผู้ให้การดูแลอยู่ตลอดเวลา

ทั้งนี้ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกศูนย์เอนกประสงค์นั้น จะขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดหาบริการของศูนย์เอนกประสงค์ด้วย แต่ทว่า กิจกรรมบางอย่างยังมีข้อจำกัดเรื่องอายุของผู้เข้ามาใช้บริการด้วย นอกจากนี้ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้ามาใช้บริการที่ศูนย์เอนกประสงค์ได้ ทางศูนย์เอนกประสงค์ อาจมีการจ้างเจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการในพื้นที่เพิ่มเติมได้ ในกรณีที่เจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครมีไม่เพียงพอ

6. สมาชิกของชุมชน (ปัจเจกบุคคลและองค์กร) จะเป็นผู้ใช้บริการในระดับทุติยภูมิ ซึ่งจะได้รับผลประโยชน์จากการศึกษา และการเข้ามามีส่วนร่วมในบางกิจกรรม ที่ทำร่วมกัน

7. ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำจากคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย ผู้มีส่วนร่วมและปัจเจกบุคคลในชุมชนซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับความต้องการ และความสนใจของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน และเรื่องเกี่ยวกับทรัพยากรในชุมชน รวมถึงผู้ที่มีทักษะ และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะที่จะสามารถให้คำแนะนำแก่ศูนย์เอนกประสงค์ สำหรับผู้สูงอายุได้

8. ส่งเสริมให้ผู้เข้ามามีส่วนร่วมในศูนย์เอนกประสงค์ และผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการได้เข้ามาใช้บริการอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์เอนกประสงค์ โดยในที่นี้ อาจใช้วิธีการออกไปเชิญชวนประชาชนในชุมชน ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ถึงที่บ้าน หรือการออกไปเชิญชวนผู้ที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมน้อย ให้มีความสนใจและมีความต้องการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์เอนกประสงค์มากขึ้น

9. มีการสำรวจข้อมูลความต้องการ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการตลอดเวลา และนำข้อมูลมาปรับปรุงบริการ

10. มีระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน พร้อมทั้งจะนำเสนอประเด็นสำคัญ ที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย และแผนงานให้บริการได้ตลอดเวลา

11. ศูนย์เอนกประสงค์ ควรทำหน้าที่ในการเผยแพร่กิจกรรมในพื้นที่ อาทิ การลงข่าวโฆษณาในหนังสือพิมพ์, การแจกเอกสารแนะนำการบริการของศูนย์เอนกประสงค์ และการมีใบแจ้งข่าวและ/หรือปฏิทินงานและกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์เอนกประสงค์

12. ศูนย์เอนกประสงค์ อาจกำหนดกฎระเบียบและแนวทางการให้บริการ ในศูนย์เอนกประสงค์เพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบ อาทิ การคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม สำหรับการให้บริการ และให้ความช่วยเหลือ และต้องมีการแจ้งให้ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว ที่จะได้รับการบริการทราบด้วย

13. ศูนย์เอนกประสงค์ ควรมีการสำรวจผลการดำเนินการประจำปี (แบบสำรวจ ผนวก ค)

14. ศูนย์เอนกประสงค์ บางแห่ง ได้กำหนดเงื่อนไขการให้บริการว่า การให้บริการ ของศูนย์เอนกประสงค์ ควรมี 2 รูปแบบ คือ บริการที่จัดขึ้นภายในศูนย์เอนกประสงค์ และบริการที่จัดภายนอกศูนย์เอนกประสงค์ โดยศูนย์เอนกประสงค์ อาจประสานงานผ่าน เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งบริการของศูนย์เอนกประสงค์ นั้นควรมีบริการอย่างน้อย 10 บริการ (North Carolina Division of Aging, 2002, p.8) ดังนี้

1. การให้บริการถึงที่บ้าน (Outreach)
2. ข้อมูลและการส่งต่อ (Information and referral)
3. การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)
4. บริการทางสังคม (Social)
5. บริการทางโภชนาการ (Nutritional)
6. บริการด้านการศึกษา (Educational Services)
7. บริการด้านอาสาสมัคร (Volunteer Opportunities)
8. นันทนาการ (Recreational activities)
9. การให้ปรึกษา (Counseling) เช่น ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาษี, กฎหมาย, การประกัน เป็นต้น
10. บริการรถรับ-ส่ง (Transportation)

ข้อแนะนำต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เห็นว่า ศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ นั้นจะต้องมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา กิจกรรมต่างๆ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงและหมุนเวียนอยู่เสมอ รวมทั้ง การบริการ การเปิด-ปิด ศูนย์เนกประสงค์ฯ ต้องมีความยืดหยุ่น โดยต้องมีการพิจารณาความเหมาะสมร่วมกับบริบทของวัฒนธรรมชุมชน และความต้องการของผู้ใช้บริการก่อนสิ่งอื่นใด เนื่องด้วยเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้บริการของศูนย์เนกประสงค์ฯ นอกจากนั้น การจัดกิจกรรมและการบริการต่างๆ ของศูนย์เนกประสงค์ฯ นั้น ประกอบไปด้วยหลากหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการให้บริการ การดำเนินงานแต่ละส่วนจึงต้องมีมาตรฐานในการรับรองความสามารถของการให้บริการทุกด้านทั้งส่วนของโครงสร้างการดำเนินงาน การบริหารจัดการ และการบริการกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์เนกประสงค์ฯ

จากการศึกษาตัวอย่างศูนย์เนกประสงค์ฯ ของ SNOHOMISH COUNTY พบว่า ได้มีการกำหนดมาตรฐานของศูนย์เนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

5. ตัวอย่าง มาตรฐานของศูนย์อเนกประสงค์ SNOHOMISH COUNTY

วัตถุประสงค์

มาตรฐานที่พึงมีสำหรับการรับรอง

- 1.1 มีการนำเสนอพันธกิจให้พิจารณา กำหนดความหมายและปรัชญา
- 1.2 มีการนำเสนอแผนการดำเนินงาน พร้อมเอกสารประกอบ

1. ชุมชน

มาตรฐานที่พึงมีสำหรับการรับรอง

- 1.3 มีการประสานความร่วมมือกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน อย่างน้อย 2 แหล่ง สำหรับจัดบริการให้ผู้สูงอายุ
- 1.4 มีการเสนอความพร้อมของข้อมูลและระบบการส่งต่อที่ศูนย์อเนกประสงค์

2. การบริหาร

โดยมีการนำเสนอที่มีเนื้อหาอยู่ในข้อ 3.2 อย่างน้อย 8 ประเด็น ดังนี้

- 2.1 โครงสร้างการบริหารของศูนย์อเนกประสงค์ จะต้องจัดตั้งขึ้นเพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการดำเนินงาน
- 2.2 โครงสร้างการบริหารจะต้องเขียนเอกสารที่อธิบาย และกำหนดกระบวนการของสิ่งต่อไปนี้
 - 2.2.1 คุณสมบัติของคณะกรรมการบริหาร
 - 2.2.2 การเลือกตั้งและวาระการทำงานของเจ้าหน้าที่
 - 2.2.3 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่
 - 2.2.4 กำหนดวาระการประชุมปกติ (สามัญ) และการประชุมพิเศษ (วิสามัญ)
 - 2.2.5 คณะกรรมการ
 - 2.2.6 กระบวนการจัดการประชุม
 - 2.2.7 การกำหนดองค์ประชุม
 - 2.2.8 การบันทึกรายงาน
 - 2.2.9 การบริหารการเงิน
 - 2.2.10 การสิ้นสุดขององค์กร (กรณีที่เป็น)
 - 2.2.11 การระบุเงื่อนไขสัญญาต่าง ๆ ที่มีเอกสารรับรอง
- 2.3 โครงสร้างของการบริหารควรจะต้องถึง หรือกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

- 2.3.1 จัดให้มีการประชุมปกติ และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุม
- 2.3.2 มีการทบทวนภารกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์
- 2.3.3 การกำหนดนโยบาย กระบวนการ และระเบียบในการปฏิบัติงาน
- 2.3.4 การประเมินผลความพึงพอใจต่อกิจกรรมและบริการของศูนย์เอนกประสงค์อย่างสม่ำเสมอ
- 2.3.5 มีการรายงานบัญชีรายรับรายจ่ายอย่างสม่ำเสมอ มีรายงานแหล่งทุนที่ได้รับ และมีระบบการตรวจสอบความโปร่งใส
- 2.3.6 มีการว่าจ้างผู้จัดการศูนย์เอนกประสงค์และมอบหมายอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการศูนย์เอนกประสงค์ตามนโยบายและกระบวนการของศูนย์ฯ
- 2.3.7 มีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกด้านกายภาพให้มีความปลอดภัย
- 2.3.8 มีการประสานความร่วมมือระหว่างชมรมผู้สูงอายุกับองค์กรที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุต่าง ๆ ในการจัดหาบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
- 2.3.9 มีการวางแผนและดำเนินการเผยแพร่กิจกรรมสู่ชุมชน
- 2.3.10 มีการพิจารณาก่อตั้งองค์กรที่มีส่วนร่วม และหากเป็นไปได้ควรมีโครงสร้างการบริหารที่แบ่งบทบาทและความรับผิดชอบขององค์กรที่มีส่วนร่วม

3. การบริหารและบุคลากร

มาตรฐานที่พึงมีสำหรับการรับรอง

- 3.1 มีการอธิบายถึงคุณสมบัติ ทักษะ การฝึกอบรม และประสบการณ์ที่ผู้จัดการศูนย์เอนกประสงค์ควรจะมี
- 3.2 มีนโยบายด้านบุคลากร
- 3.3 มีนโยบายด้านอาสาสมัคร

4. การวางแผนการทำโครงการ

- 4.1 โครงการต้องระบุถึงความต้องการทางสังคม การพัฒนาทางด้านสติปัญญา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่ตอบสนองต่อความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ

- 4.2 โครงการต้องระบุถึง การสร้างเสริมภาวะความเป็นผู้นำ และการพัฒนา
ภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุ
- 4.3 มีการจัดทำโครงการร่วมกับองค์กรที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ
- 4.4 มีโครงการที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความต้องการเฉพาะ (เช่น
ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึง
บริการที่จัดให้)
- 4.5 มีบริการต่างๆ ที่จัดเตรียมไว้สำหรับผู้สูงอายุ
- 4.6 มีโครงการที่สร้างความสัมพันธ์ให้กับบุคคลต่างวัย (Intergenerational
Programs)
- 4.7 มีโครงการอื่นๆ ที่จะนำเสนอ

5. - การประเมินผล

มาตรฐานที่พึงมีสำหรับการรับรอง

- 5.1 มีการประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานโครงการ
- 5.2 การประเมินผลโดยวัดจากสัมฤทธิ์ผลที่ได้ (Outcome-Based)

6. การบริหารการเงิน

มาตรฐานที่พึงมีสำหรับการรับรอง

- 6.1 มีการรายงานและพิมพ์รายงานงบประมาณประจำปี
- 6.2 มีงบประมาณกลาง และมีการทำบัญชีรายงานในรูปแบบที่เหมาะสม
และได้มาตรฐาน

7. - บันทึกและรายงาน

มาตรฐานที่พึงมีสำหรับการรับรอง

- 7.1 มีการกำหนดรูปแบบมาตรฐานของการบันทึกการรายงาน
- 7.2 มีการบันทึกโครงการและการรายงานเกี่ยวกับการบริหารและการจัด
กิจกรรมที่ดำเนินการ
- 7.3 มีนโยบายเกี่ยวกับการรักษาความลับและการเผยแพร่บันทึกและ
รายงาน

8. สิ่งอำนวยความสะดวก

มาตรฐานที่พึงมีสำหรับการรับรอง

- 8.1 ศูนย์เอนกประสงค์ฯ มีการแก้ไขอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่
สอดคล้องกับมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด

กล่าวโดยสรุป ในการกำหนดมาตรฐานของศูนย์เเนกประสงค์นั้น ถือได้ว่าเป็นประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่งในการที่จะควบคุมคุณภาพของการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย แต่ทว่า ในจุดเริ่มต้นของการก่อตั้งศูนย์เเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น อาจมีข้อจำกัดหลายประการที่อาจทำให้การเริ่มต้นการดำเนินงานอาจไม่สามารถทำได้ตามมาตรฐานทุกประการดังเช่นตัวอย่างที่ได้นำเสนอ แต่ทั้งนี้ย่อมมีวิธีการแสวงหาแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงได้ในภายหลัง เพื่อให้การบริการในแต่ละส่วนนั้นมีมาตรฐานในการดำเนินงานและการให้บริการ เนื่องด้วยแต่ละชุมชนในประเทศไทยนั้นอาจมีความแตกต่างกันในหลายด้าน ทำให้การปรับรูปแบบการบริการให้ได้มาตรฐานนั้น อาจต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญมากมาย ซึ่งก็พบว่ายังมีบริบทที่มีความเข้มแข็งของชุมชนอยู่หลายประการที่จะสามารถช่วยให้การดำเนินการบริหารจัดการศูนย์เเนกประสงค์ฯ มีรูปแบบที่สนองต่อความต้องการของชุมชนได้ อาทิ การมีกระบวนการทัศน์ในการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อการพัฒนาชุมชนอยู่เสมอ ดังที่ได้นำเสนอตัวอย่างของกองทุนชุมชนสวัสดิการสังคมในรูปแบบที่แตกต่างกันไป ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ว่า การผสมผสานภูมิปัญญาความรู้ของชาวบ้านนั้นได้ก่อให้เกิดการรวมตัวของคนภายในชุมชน เครือข่ายต่างๆ ที่ร่วมกันสร้างแผนชุมชน ระดมทุนทางสังคมที่มีเพื่อการสร้างองค์กรที่มีการบริหารจัดการที่ดี ภายใต้ความสามารถในการบริหารของผู้นำชุมชนที่มีความรู้ความสามารถในการจัดสรรทรัพยากรทางสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน

ดังนั้นแล้ว การที่ศูนย์เเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุของไทยจะสามารถจัดตั้งและให้บริการที่ดีมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานที่กำหนดดังเช่นที่ได้ยกตัวอย่างมาแล้วนั้น อาจต้องอาศัยเวลาในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสิ่งสำคัญคือการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ ในสังคมเพื่อการเล็งเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์สูงสุดในการบริการแก่ภาคประชาชน โดยอาศัยภูมิปัญญาชาวบ้านเข้ามาร่วมตามบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกัน

2. การคำนึงถึงภูมิสังคม รูปแบบของศูนย์เอนกประสงค์ฯ จะเป็นเช่นใดนั้น ควรยึดหลัก ภูมิสังคม คือพิจารณาความแตกต่างของแต่ละบุคคล กลุ่ม และชุมชน ซึ่งเป็นความแตกต่างของความหลากหลายทางธรรมชาติ ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตามสภาพแวดล้อมของพื้นที่ ซึ่งแต่ละแห่งมีวัฒนธรรมของการรวมกลุ่ม การสังสรรค์ที่แตกต่างกัน และวิถีชีวิตของชุมชนและสังคม นั้น ดังนั้น ศูนย์เอนกประสงค์ฯ แต่ละแห่ง ควรมีความเป็นตัวตนที่แท้จริงของตน ที่สะท้อนบริบทของ วัฒนธรรมชุมชนนั้น ๆ อย่างชัดเจน

3. การทำงานประสานกันระหว่างหน่วยงานบริการด้านสุขภาพและสังคม ศูนย์เอนกประสงค์ฯ ที่มีความสมบูรณ์ ควรเป็นรูปแบบที่ถูกพัฒนาจากการประสานบริการทางสุขภาพ และสังคมในชุมชน ซึ่งหน่วยงานต่าง ๆ ควรมีกลวิธีในการประสานบริการที่เหมาะสม ภายใต้ความปรารถนาดีและความเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุทั้ง 6 ประการ ได้แก่ ด้านอารมณ์ สติปัญญา กาย สังคม จิต วิญญาณ และการพักผ่อนหย่อนใจ

4. มีระบบและระเบียบ ความล้มเหลวประการหนึ่งของศูนย์บริการผู้สูงอายุที่ผ่านมา คือ ความไม่แน่นอนของการเปิดบริการ ประเภทของกิจกรรมที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของสมาชิก รวมทั้งการขาดมาตรฐานบริการ ดังนั้น หากจะส่งเสริมให้ศูนย์เอนกประสงค์ฯ มีความยั่งยืน ควรมีการบริหารจัดการให้มีกฎระเบียบที่แน่นอน และพัฒนาให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นไป

5. การมีผู้นำเชิงสร้างสรรค์ คำว่า “ผู้นำชุมชน” ในที่นี้ มิได้หมายถึงผู้นำอย่างเป็นทางการในชุมชน แต่เป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ “เคลื่อนไหว” หรือ “ดำเนินการเชิงสร้างสรรค์” (PROMOTOR) กิจกรรมของชุมชนอยู่ตลอดเวลา เป็นเกาะติดงานโดยไม่ปล่อย เป็นผู้นำที่มีคุณสมบัติที่สำคัญ คือ การเข้าไปเป็นธุระในงานต่าง ๆ ของชุมชนอยู่เสมอ เป็นนักประชาสัมพันธ์ สามารถประสานงานกับผู้อื่นและทุกฝ่าย ทั้งภาคราชการและเอกชนได้ดี มีมนุษยสัมพันธ์ดี หรือหากกล่าวในความหมายของวิถีชุมชน คือ “คนที่รู้จักบ้านเหนือบ้านใต้” หรือ เป็นผู้ที่ชุมชนเห็นว่า งานของชุมชนจะขาดเขาผู้นั้นไม่ได้ บุคคลผู้นี้จะเป็นกุญแจสำคัญในการดำเนินงานของศูนย์เอนกประสงค์ฯ ซึ่งแต่ละชุมชนต้องมีการแสวงผู้นำเชิงสร้างสรรค์ มาเป็นผู้ผลักดัน และบริหารในศูนย์เอนกประสงค์ฯ

6. มีการสำรวจข้อมูลความต้องการของสมาชิกและมีการประเมินผลตลอดเวลา ความต้องการของสมาชิกศูนย์เอนกประสงค์ฯ เป็นปัจจัยสำคัญในการจัดกิจกรรมในศูนย์ ซึ่งศูนย์เอนกประสงค์ฯ ที่มีการปรับเปลี่ยนตนเองอยู่ตลอดเวลา จะสร้างความน่าสนใจให้กับสมาชิก ทำให้สมาชิกสนใจที่จะติดตาม และมีส่วนร่วม การสำรวจความต้องการของสมาชิกควรรวมถึงความต้องการของชุมชน โดยบางครั้งชุมชนอาจจัดกิจกรรมประเมินศูนย์เอนกประสงค์ฯ ในลักษณะของการสำรวจข้อมูลประจำปี การทำเวทีประชาคม การทำประชาพิจารณ์ หรือการสอบถามจากสมาชิก

บทที่ 8

บทส่งท้าย : ปัจจัยสู่ความยั่งยืน

การจัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เป็นเรื่องที่สามารถทำได้ หากทุกฝ่ายมีความเห็นพ้องต้องกันว่า ศูนย์เอนกประสงค์ฯ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่สิ่งที่ยากกว่าการจัดตั้งคือ การธำรงรักษาศูนย์เอนกประสงค์ฯ ให้มีการพัฒนาและเกิดความยั่งยืน ประสบการณ์ในการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศไทย หลายประการที่นำไปสู่ความไม่ยั่งยืน ได้แก่ สถานที่ตั้งของศูนย์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้บ้านพักส่วนบุคคล การสร้างในศาลาวัดทำให้ไม่มีความสะดวกในเรื่องห้องน้ำ/ส้วม และสถานที่บางแห่งอยู่ไกล สมาชิกไม่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้สะดวก ศูนย์ตั้งอยู่ในที่ไม่เหมาะสม ความขัดแย้งระหว่างสมาชิกและคณะกรรมการ หรือระหว่างสมาชิกในแต่ละหมู่บ้าน การบริหารงานที่ไม่เป็นธรรม และขาดการประสานงาน คณะกรรมการบริหารมีภารกิจในครอบครัวมาก และการขาดบุคลากรประจำในศูนย์ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการบริหารจัดการ ดังนั้นการจะก่อให้เกิดความยั่งยืนได้นั้นควรหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าว และเสริมสร้างกระบวนการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ชื่อนำต่อความยั่งยืนของศูนย์เอนกประสงค์ ของ The Mac Arthur Foundation Study (2002) และการศึกษาของในประเทศที่ผ่านมา ได้ระบุถึงปัจจัยความยั่งยืนของศูนย์เอนกประสงค์ฯ ดังนี้

1. การสนับสนุนจากรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการก่อตั้งในระยะเริ่มแรก เนื่องจากการบริหารในชุมชน ยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับประชาชน ประเทศไทยมีระบบการจัดบริการสวัสดิการโดยภาครัฐมาเป็นเวลาช้านาน และลักษณะบริการส่วนใหญ่เป็นการให้ความช่วยเหลือและการสงเคราะห์ผู้ประสบปัญหา ความคุ้นเคยและการรู้จักบริการจากรัฐ จึงเป็นลักษณะของการที่ประชาชนรอรับบริการหรือภาครัฐสั่งให้ทำ เป็นต้น แต่เมื่อกระบวนการทัศน์ของงานสวัสดิการสังคม เปลี่ยนเป็นสวัสดิการภาคชุมชน ซึ่งประชาชนต้องเสนอปัญหาและจัดบริการด้วยตนเอง จึงทำให้ชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ ศูนย์เอนกประสงค์ฯ เป็นรูปแบบสวัสดิการภาคประชาชนรูปแบบหนึ่ง ดังนั้น ภาครัฐควรมีบทบาทเข้ามาสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ และการดำเนินงาน

การสนับสนุนจากภาครัฐดังกล่าว ควรมีลักษณะของการสอนงานและทำควบคู่กันไป (Coaching) เพื่อเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และเสริมสร้างจุดอ่อนบางประการของชุมชนให้เข้มแข็งขึ้น ถึงแม้ศูนย์เอนกประสงค์ฯ จะเริ่มดำเนินการได้ด้วยตนเองแล้ว ภาครัฐก็ยังคงควรสนับสนุน และร่วมพัฒนาบริการต่อไปอีกระยะเวลาหนึ่ง จนกว่าศูนย์เอนกประสงค์ฯ จะสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองอย่างแท้จริง

และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนำผลมาพัฒนากิจกรรมของศูนย์เเนกประสงค์ฯ (ตัวอย่างแบบรายงานผลการดำเนินงานของศูนย์เเนกประสงค์ ผนวก ง)

7. การชี้ให้เห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์เเนกประสงค์ฯ กลวิธีเพื่อสร้างความยั่งยืนของศูนย์เเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุที่ใช้ในต่างประเทศ คือ การชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ที่มีต่อครอบครัว และประชาชนในชุมชน Ronald H . Aday (2003) ได้เขียนบทความระบุถึง ประโยชน์ที่เกิดกับสมาชิกของศูนย์หลายประการ เช่น ร้อยละ 99 ของผู้ให้บริการได้สะท้อนข้อมูลกลับว่า จะชักชวน-สนับสนุนเพื่อนให้มาใช้บริการ ร้อยละ 80 ระบุว่า ศูนย์เเนกประสงค์ได้เปลี่ยนแปลงชีวิตในทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 60 ระบุว่า ทำให้มีการเคลื่อนไหว กระปรี้กระเปร่า และร้อยละ 58 ระบุว่า ศูนย์เเนกประสงค์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิตของพวกเขา ผู้ดูแลและครอบครัว ผลที่ได้รับนี้ทางศูนย์ฯ ได้นำไปเผยแพร่ยังสาธารณะ และเป็นแรงจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชนมากยิ่งขึ้น

8. การตรวจสอบงบประมาณ และความโปร่งใสในการบริหารจัดการ ความยั่งยืนของศูนย์เเนกประสงค์ เกิดจากการบริหารตามหลักธรรมาภิบาล คือ ความถูกต้อง ความดีงาม และจริยธรรม ดังนั้น ในด้านงบประมาณควรมีความโปร่งใส ในการบริหารงบประมาณ การจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในส่วนต่างๆ ของศูนย์เเนกประสงค์ หรือกิจกรรม เพื่อการบริหารโครงการอย่างคล่องตัว และการจัดการประชุม หรือส่วนของของค่าตอบแทนผู้เชี่ยวชาญ และอาสาสมัคร ในการดำเนินงานของศูนย์เเนกประสงค์มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ สิ่งสำคัญที่สุดในการบริหารงบประมาณ คือ ในการจัดทำงบประมาณ จะต้องมีการจัดทำบันทึกและการรายงานการใช้จ่ายงบประมาณอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจมีการสรุปรายงานเป็นระยะ เช่น เป็นรูปแบบของการรายงานค่าใช้จ่ายเป็นประจำสัปดาห์ ประจำเดือน หรือประจำปี โดยการจัดทำเอกสารการเงินจะต้องมีการเก็บข้อมูลเอกสารไว้สำหรับการตรวจสอบและการตั้งเบิกจ่ายงบประมาณสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งในการทำบันทึกรายงานด้านงบประมาณ ควรมีทั้งในเรื่องของรายรับ รายจ่าย และตารางเวลาในการเบิกจ่าย ซึ่งการจัดทำบันทึกดังกล่าวมีไว้เพื่อการประเมิน ตรวจสอบงบประมาณตามกฎหมาย และการเผยแพร่ให้สมาชิกในชุมชนได้รับทราบ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารจัดการ และการแสวงหาความร่วมมือด้านงบประมาณต่อไป

9. การเชื่อมประสาน รวมบริการกับสมาคม ชมรม และเอกชนอื่น การขยายบริการและขยายบทบาทการเป็นผู้ประสานงานให้กว้างขวางครอบคลุมบริการสำหรับผู้สูงอายุต้องการให้มากยิ่งขึ้นจำทำให้ศูนย์เเนกประสงค์ฯ มีพัฒนาการและเคลื่อนไหวตลอดเวลา ผู้ให้บริการเกิดความพึงพอใจ และมีความรู้สึกที่ได้รับสิ่งแปลกใหม่ เป็นการจูงใจให้มาใช้บริการได้ประการหนึ่ง หน่วยงานที่ควรมีการเชื่อมประสาน เช่น สมาคมผู้ป่วยต่างๆ อาทิ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม โรคเฝ้า

และข้อ เป็นต้น หน่วยงานด้านวิชาการ หน่วยงานบริการซ่อมแซมที่อยู่อาศัย และหน่วยงานด้านกฎหมาย เพื่อเป็นภาคีเครือข่ายและขยายบริการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

10. การพัฒนาในระยะสุดท้ายและอนาคตของศูนย์ เมื่อศูนย์อเนกประสงค์ฯ ดำเนินงานไปจนถึงจุดๆ หนึ่ง ศูนย์ฯ ต้องสามารถเป็นจุดรวมของชุมชนในด้านกิจกรรมและข่าวสารสำหรับทุกคน รวมทั้งศูนย์ฯ ต้องเป็นศูนย์ปฏิบัติการทางสังคม (Social lab) สำหรับการวิจัยและเรียนรู้ของสมาชิกในชุมชน และสถาบันการศึกษาอื่นๆ การเป็นศูนย์ปฏิบัติการทางสังคม และศูนย์การเรียนรู้จะเป็นแรงผลักดันให้ศูนย์ฯ ได้ มีการตรวจสอบตนเอง รวมทั้งพัฒนาบริการและวิชาการด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาบริการของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ดังกล่าวนี้อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ

ในอนาคตศูนย์อเนกประสงค์ฯ อาจจะพัฒนาไปเป็นศูนย์ชุมชนหรือศูนย์อื่นใดก็ได้ ซึ่งมีได้หมายความว่า ศูนย์อเนกประสงค์ฯ จะมีความล้มเหลว แต่ทุกอย่างมีการพัฒนาตนเอง และปรับเปลี่ยนวิถีที่สอดคล้องกับความต้องการและความพึงพอใจของสมาชิก ดังนั้นในอนาคต โฉมหน้าของศูนย์อเนกประสงค์ฯ ควรมีการเปลี่ยนแปลงภายใต้บริบทของสังคมที่เกิดขึ้น

เงื่อนไขสู่ความยั่งยืนของศูนย์อเนกประสงค์ฯ



การที่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญ ข้อมูลทางประชากรระบุว่า ผู้สูงอายุไทยในอนาคตต้องพึ่งตนเองในทุกด้าน ดังนั้น แนวคิดด้านการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและมีความสำเร็จ รวมถึงความสามารถที่จะกระทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการพึ่งตนเอง เป็นเป้าหมายสูงสุดของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นโยบายเกี่ยวกับการกระจายการดูแลด้านสุขภาพ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายบริการด้านสังคมจะไม่ขัดติดกับแนวคิดในเรื่องการรักษาพยาบาล การจัดการเมื่อเจ็บป่วยหรือการสงเคราะห์เมื่อมีปัญหา แต่เป็นนโยบายที่มีการเตรียมการไว้แต่ต้นในทุกรูปแบบศูนย์เนกประสงค์ฯ จะเป็นสถานที่สำหรับชุมชนในการจัดกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทุกวัยและผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกัน เป็นสถานที่ ๆ ให้สมาชิกได้ผ่อนคลาย ได้พบปะเพื่อนใหม่ และสร้างความเข้มแข็งในระบบการสนับสนุนทางสังคม อันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองของประชาชนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและประสบความสำเร็จในที่สุด

บรรณานุกรม

หนังสือ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. โครงการ
นาร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. มปท., 2546.

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กรมประชาสงเคราะห์ กองสวัสดิการสงเคราะห์ กลุ่มงานวิจัย
และพัฒนา. รายงานการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ศูนย์บริการผู้สูงอายุ:
ชุมชนควรมีส่วนร่วมอย่างไร. ระหว่างวันที่ 1-2 ธันวาคม 2536.

กฤตยา อาชวนิจกุล และ ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ). ประชากรของประเทศไทย ณ
พ.ศ. 2548, กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2548.

จำนง อติวัฒนสิทธิ์ และคณะ. สังคมวิทยา, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,
2545.

ชอบ เข้มกลัด และโกวิทย์ พวงงาม. การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเชิงประยุกต์,
กรุงเทพมหานคร : เสมาธรรม, 2537.

ชัยวัฒน์ หน่อรัตน์. เศรษฐกิจและสวัสดิการชุมชน : การบริหารที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน,
กรุงเทพมหานคร : มปท., 2546.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. ชุมชนผู้สูงอายุ : การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม,
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิญญาน, 2539.

ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา, กรุงเทพมหานคร
: อุษากาพิมพ์, 2546.

ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542, กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์
พับลิเคชั่นส์, 2546.

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ. ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศสิงคโปร์, ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2545.

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศออสเตรเลีย, ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2545.

_____. ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศอังกฤษ, ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2545.

วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ. ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศญี่ปุ่น, ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2545.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ, สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.

_____. “โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ” ในชุดโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2549

_____. สวัสดิการผู้สูงอายุ : แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์, พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด, 2549

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. คุณลักษณะของชมรมที่ชมรมน้องและการประเมินการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านท่าंगไก, กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วน พี วี ที จำกัด, 2547.

_____. การประเมินการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านท่าंगไกและหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุเป็นแกนนำ ปีที่ 2, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2548.

_____. การบริหารจัดการของชมรมผู้สูงอายุในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ: โครงการประเมินการพัฒนาผู้สูงอายุในหมู่บ้านท่าंगไกและหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุเป็นแกนนำ ปีที่3, กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด, 2549.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และวรรณลักษณ์ เมียนเกิด . การบริหารจัดการและการขยายสาขาเครือข่าย
สภา: โครงการประเมินการพัฒนาคุณภาพ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ
สาขาสภา, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ ทิพย์เอ็น เพรส, 2549.

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. สรุปผลการสัมมนา: สวัสดิการชุมชนก้าวหน้ายิ่งขึ้น,
กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน, 2547.

_____ .องค์กรการเงินชุมชน: กองทุนการพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน, มปท. ,
มปป.

สมบัติ เสถกุล และคณะ. องค์กรภาคประชาชนกับกระบวนการทางปัญญา, กรุงเทพมหานคร :
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2547.

สุวัฒน์ คงแป้น (บรรณาธิการ). ทิศทางการพัฒนาสวัสดิการผู้สูงอายุแนวใหม่, กรุงเทพมหานคร
: มปท. , 2546.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. มหกรรมกีฬาพื้นบ้าน สำหรับชมรมผู้สูงอายุ
24 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่, มปท. , 2548.

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุที่บ้าน, กรุงเทพมหานคร : กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ, 2548.

อักษนิช ศรีคาร์ตัน (บรรณาธิการ). สวัสดิการผู้สูงอายุ: การจัดการแนวใหม่ เข้าใจภูมิปัญญา
คุณค่าคนชรา, กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิชุมชนไท, 2547.

บทความ

ชนินทร์ วะสินนท์. สวัสดิการชุมชนบูรณาการ : การเฝ้าระวังชุมชน. 2549. (เอกสารโรเนียว)

ประเวศ วะสี. “คุณภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา” การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ:
ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ, กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

มาลินี วงษ์สิทธิ์. ชุมชนกับการบริการผู้สูงอายุ : บทเรียนจากประสบการณ์, กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

สิน ลีอ้วน. องค์การการเงินฐานราก : กลไกเฝ้าระวังชีวิตและชุมชน, 2549. (เอกสารโรเนียว)

สุวัฒนา เลิศมนโรจน์ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. “บริการดูแลรักษาพยาบาลจากระบบประกันการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่น”. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ปีที่ 4, ฉบับที่ 1, มกราคม-มีนาคม, 2546.

วิทยานิพนธ์

ชยุต อินพรหม. “ทุนทางสังคมในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติของชุมชน : กรณีศึกษา สภาตำบลตะโหนด อำเภอดงหลวง จังหวัดพัทลุง” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคม-สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.

ไตรรัตน์ โภคพลากรณ์. “ทุนทางสังคมกับการบริหารการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : ศึกษากรณีองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยกะปิ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และองค์การบริหารส่วนตำบลเขาสามยอด อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี” วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2549.

พัทธมน ผลิพัฒน์. “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมระดมทุนของผู้บริจาค : กรณีศึกษา สำนักงานจัดหารายได้ สภากาชาดไทย” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.

เอกสารอื่น ๆ

กรมองค์การระหว่างประเทศ กองการสังคม. ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุของต่างประเทศ. 14 ธันวาคม 2549.

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาชุมชนและส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2547-2551, กรุงเทพฯ : กระทรวงมหาดไทย, 2547.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. การประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2549 . วันที่ 27 กรกฎาคม 2549.

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. การประชุมคณะอนุกรรมการด้านผู้สูงอายุ. วันที่ 12 มกราคม 2550.

อัญมณี บุณยานนท์ (บรรณาธิการ). วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ปีที่ 14, ฉบับที่ 1, มกราคม-มิถุนายน 2549.

การศึกษาเฉพาะกรณี

โครงการบ้านพักคนชรา มูลนิธิสวนแก้ว จ.นนทบุรี

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชาชนจังหวัดนครราชสีมา (วังน้ำเขียว) จ.นครราชสีมา

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี

การสัมภาษณ์

ครูชบ ยอดแก้ว

ครูมุกดา อินตะสาร

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำบลศรีฐาน อ.ป่าติ้ว จ.ยโสธร

เจ้าหน้าที่กลุ่มสัจจะลดรายจ่ายวันละหนึ่งบาท เพื่อทำสวัสดิการภาคประชาชนจังหวัดสงขลา

Books

Bornat, Joanna and others(Editor). *Community Care: A Reader*, 2 end, The Open University. Macmillan: London, 2002.

Butler, and others. *Emerging Issues for Australia in the Assessment of Older People: A Review of Recent International Literature*, 1998.

Coleman, B.J. *European models of long-term care in the home and community: International Journal of Health Services*, 1995.

Justin, Davis and Pat Gay. *Active ageing active communities*. Great Britain: Hobbs the Printers Ltd, Southampton, 2005.

Levy, and others. **The NSFRE Fundraising Dictionary** National Society of Fund Raising Executives. New York: Wiley. C, 1996.

Litwin, and others. "The Development of Community Care Policy for the Elderly: A Comparative Perspective", *International Journal of Health Services*, 1996.

Goldberg, Matilda A. and Connolly Naomi. **The Effectiveness of Social Care for the Elderly**. London: Heineman Educational Books, 1982

Henderson, Paul and Thomas, Savid N. **Skill in Neighbourhood Work**. London: New York, 2000.

Roper St. Francis Health Care. "Development and Operations of a Senior Center through of Community Collaborations" Paper presented Geriatric Best Practices Initiative, Charleston, 21 April 2004.

Stone, Robyn I. "Long-Term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century". Milbank Memorial Fund, 2000.

Sulch, and others. "Integrated care pathways in stroke management". *Age and Ageing*, 2000.

Taiez, and Litwink. Poper St. Francis Health Care, 2004

เว็บไซต์

คณิงนิจ อนุโรจน์. "ชุมชนเข้มแข็ง : ทางเลือกใหม่สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน."

<<http://www.gotoknow.org/file/anuroj48/HU801>> February 2007

Aged Care Literature Review Coordination and Integration of Services

<[http://www.moh.govt.nz/moh.nsh/Files/Aged Care Literature Review/File/Aged Care Literature Review.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsh/Files/Aged%20Care%20Literature%20Review/File/Aged%20Care%20Literature%20Review.pdf)> 25 January 2001.

Brown, "February 1993 FBDCA Meeting minutes." Newsletter spring & summer, French Bulldog Club of America Rescue League, Inc. : America, 2005.
< http://www.fbdcarl.org/index_files/fbdcarl_newsletter_files/NL0805.pdf>

Miltiades Helen B. and others. *"Understanding the Impact of Senior Community Center Participation on Elders' health well-Being."*
<<http://www.aging.state.pa.us/aging/lib/aging/SeniorCenterstudy.pdf>>.

"Multipurpose Senior Center." <<http://etches.net/seniors/msc.html>> 7 April 2006.

"Multipurpose Senior Centers (MSC) Services." <http://www.la4seniors.com/msc_services.htm>

"MultiPurpose Senior Center : MPSC." <<http://www.usdoj.gov/crt/ada/pubs/ada.txt>>.

"Older American Act (OAA)." <<http://www.aoa.gov/ABOUT/legbudg/oaa/OAA-compilation-unofficial.pdf>>

"Outline of the Report of the Commission on Human Security." <<http://www.humansecurity-chs.org/finalreport/Outlines/outline.html>> March 2007.

Ronald H.Aday, Ph.D. "Identifying important linkages between successful aging and senior center participation." <<http://www.aoa.gov/prof/aginet/seniorcenters/NISC.pdf>> March 2000.

Senior Center Operations. "North Carolina Division of Aging."
<www.ncdhhs.gov/aging/svcstd/scnters/scstd.pdf> January 2002.

Senior Centers Participant Survey. "Optional Questions."
<<http://www.gpra.net/surveys/scoptional/survey.pdf>> June 2004.

"Senior Center Operations." <<http://www.ncdhhs.gov/aging/svcstd/scnters/scstd.pdf>> January 2002.

"Service Title: Multipurpose Senior Center." <http://www.wiaaa.org/oaaservices/multipurpose_senior_center_oaaservices.pdf>

"The meaning of partnership." <[http://www.ciis.edu/faculty/articles/monturi/meaning of partnership.pdf](http://www.ciis.edu/faculty/articles/monturi/meaning_of_partnership.pdf)>

<<http://www.aoa.gov/prof/aginet/Seniorcenters/NISC.pdf>.>

<<http://www.bantakhospital.com/modules.php?name=News&file=article&sid=241>>

<www.ncdhhs.gov/aging/svcstd/sccnters/scstd.pdf.>

<www.ncdhhs.gov/aging/svcstd/senters/scstd.pdf.>

<www.nhso.go.th/new/cgi_bin/HOWTO/FILE/LHOMSAM.doc>

<http://user2.7host.com/phcvsite//ASA_ASM.mht>

ภาคผนวก

ผนวก ก

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชาชน
จังหวัดนครราชสีมา (วังน้ำเขียว)

แนวคิดการจัดตั้งศูนย์

เนื่องจากจังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ที่มีผู้สูงอายุอยู่ประมาณ 200,000 กว่าคน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท เหมือนกับผู้สูงอายุอื่นๆ ในทุกภาคของประเทศไทย ผู้สูงอายุเหล่านี้เมื่ออายุ 60 ปีแล้ว ไม่ได้มีการเตรียมการที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่จะช่วยให้การดำรงชีวิตในวัยสูงอายุสามารถดำเนินการไปได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา นายแพทย์สำเริง แห้งกระโทก เล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุและเห็นว่าแนวโน้มในอนาคตของประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมของผู้สูงอายุ การที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมเป็นการส่งเสริมรากฐานที่แข็งแรงให้ประเทศไทยด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่การสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และมีเครือข่ายผู้สูงอายุระดับจังหวัดที่เข้มแข็ง มีการดำเนินงานทั้งในเครือข่ายผู้สูงอายุและร่วมกับภาคีอื่นที่เกี่ยวข้องต่างๆ กระทั่งในปี 2547 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เห็นว่า ควรจะมีสถานที่ให้ผู้สูงอายุได้มาร่วมกันจัดกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้าน ชุมชนต่างๆ มีโอกาสที่จะเตรียมตัวรับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับลูกหลานและสังคมอย่างมีความสุข ดังนั้น จึงได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตที่อำเภอวังน้ำเขียว ซึ่งเป็นสถานที่ที่เหมาะสมกับการฟื้นฟูสุขภาพ และการจัดกิจกรรมในวัยสูงอายุ เพราะมีอากาศดี มีสิ่งแวดล้อมที่ร่มรื่นสวยงาม เหมาะกับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตที่อำเภอวังน้ำเขียว มีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้

การพัฒนาสุขภาพกาย มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพกาย ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรค การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การออกกำลังกาย ด้านอาหารและโภชนาการ การพัฒนาสุขภาพจิตและอารมณ์ มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตและอารมณ์ให้กับผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการนวด ประคบ อบสมุนไพร กิจกรรมการเดินเล่นการพัฒนาด้านสังคม มีการดำเนินกิจกรรมได้แก่ กิจกรรมคุณค่าชีวิต กิจกรรมดนตรีเพื่อคุณภาพชีวิต กิจกรรมสุขภาพดีวิถีไทย กิจกรรมการท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์

กระบวนการจัดตั้ง

เนื่องจากผู้สูงอายุมีสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาจึงได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบูรณาการหน่วยราชการต่างๆ มาดำเนินการร่วมกันตามนโยบายและแนวทางการบริหารงานของผู้ว่า CEO จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งอำเภอวังน้ำเขียวมีความเหมาะสมในการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมาเป็นอย่างมาก และจากการสำรวจสถานที่ที่อำเภอวังน้ำเขียวพ.สำเร็จ แหียงกระโทก ในปี 2545 ได้พบการก่อสร้างอาคารสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอวังน้ำเขียว ห่างจากโรงพยาบาลวังน้ำเขียว 3 กิโลเมตร อาคารเดิมนี้ได้เริ่มก่อสร้างตั้งแต่ปี 2536 สำเร็จไปแล้วประมาณ 60% แต่มีความจำเป็นบางประการต้องหยุดดำเนินการก่อสร้างตั้งแต่ปี 2538 และได้ทิ้งอาคารนี้ว่างไว้และผูกงลงเรื่อย ๆ ซึ่งจากการวิเคราะห์ของ นพ.สำเร็จ แหียงกระโทก พบว่า สถานที่นี้มีความเหมาะสมที่จะทำเป็นศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง จึงได้มีการประสานงานกับบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะได้ดำเนินการเปลี่ยนสำนักงานการประถมศึกษาเดิมแห่งนี้ จัดทำโครงการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชาชนจังหวัดนครราชสีมา (ศพน.) โดยมีเงื่อนไขข้อตกลงกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อ 8 ธันวาคม 2546 ได้แก่

คณะผู้เกี่ยวข้องกับการก่อสร้าง โดยจะมอบอาคารเดิมที่ก่อสร้างไว้แล้วให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อดำเนินการซ่อมแซมปรับปรุงพัฒนาให้เกิดศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องจัดการประสานงานกับกำนันตำบลวังน้ำเขียวในเรื่องหนี้สินของการก่อสร้างอาคารเดิม องค์กรครูอำเภอวังน้ำเขียว สามารถมาใช้อาคารของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้เพื่อดำเนินกิจกรรมของครู/นักเรียนหรือเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาอื่นๆ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จะให้โควตาพิเศษหลักสูตรการเรียนแพทย์หรือพยาบาลตามระเบียบที่จะเอื้ออำนวยให้ทำได้

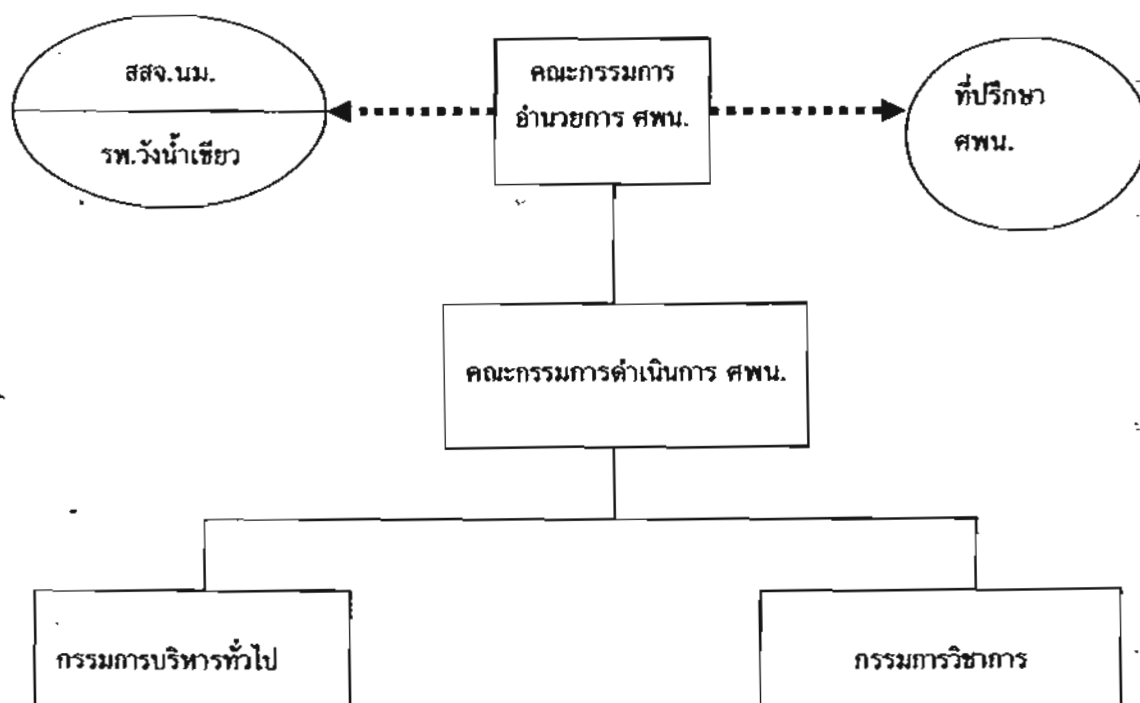
เมื่อการจัดสร้างศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเสร็จเรียบร้อยแล้ว นายอำเภอวังน้ำเขียว กำนันตำบลไทยสามัคคี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น จะจัดหาพื้นที่รอบๆ อาคารเพิ่มเติมไม่น้อยกว่า 200 ไร่ เพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์และจัดทำโครงการศูนย์สาธิตสมุนไพร เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รับมอบพื้นที่และอาคารเดิมแล้ว จะรับผิดชอบในการประสานการดำเนินงานเพื่อจัดหางบประมาณ เพื่อดำเนินการซ่อมแซมปรับปรุงพัฒนาอาคารเดิมและ/หรือสร้างอาคารใหม่ เพื่อการจัดระบบบริหารจัดการ และการจัดระบบการดูแลรักษาตลอดจนระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเปิดดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์โดยเร็ว

โดยภาพรวม กระบวนการจัดตั้งนั้นมีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติจากผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมาประสานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คณะครู ผู้นำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการขออาคารเช่าของสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอวังน้ำเขียว ประสานการขอใช้สถานที่กับ อบต.ไทยสามัคคี และ สปก. ในการอนุมัติดำเนินการปรับปรุงอาคารเดิมและก่อสร้างเพิ่มเติมตามแบบแปลนให้แล้วเสร็จ ดำเนินการจัดกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอวังน้ำเขียวและจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 243,966 คน ตามหลักสูตรการอบรมติดตามประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลโครงการและพัฒนากิจกรรมกับผู้สูงอายุให้ก้าวหน้ามากขึ้นเรื่อย ๆ ดำเนินการปลูกสวัสดิ์สนุนไพรและการสำรวจป่าบริเวณใกล้เคียง เพื่อสาคิตสนุนไพรในป่า ซึ่งเป็นการส่งเสริมสวนสนุนไพรและการเผยแพร่แพทย์แผนไทยในวงกว้างด้วยบริหารจัดการศูนย์ให้เป็นศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรต่าง ๆ ทั้งในและนอกหน่วยงานสาธารณสุขพัฒนาและบริหารจัดการภูมิทัศน์และอื่น ๆ ให้ศูนย์เป็นแหล่งท่องเที่ยว ทั่วรสุขภาพ ต่อไป

การบริหารจัดการ

จังหวัดนครราชสีมา ได้มีคำสั่งจังหวัดนครราชสีมาที่ 2/2724/2548 สั่ง ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2548 เรื่อง จัดโครงสร้างองค์กรและแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุละประชาชนจังหวัดนครราชสีมา (ศพน.) ทั้งนี้เพื่อที่จะให้ ศพน. ได้มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และคุณภาพโดยสามารถพึ่งตนเองได้ในอนาคตต่อไป ซึ่งโครงสร้างการบริหาร ศพน. มีดังนี้



ทั้งนี้โดยให้ ศพน. เป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา โดยอาจจะบริหารงานโดยตรง หรือบริหารผ่านโรงพยาบาลวังน้ำเขียว ซึ่งเป็น หน่วยงานในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ให้คณะกรรมการ ศพน.สามารถออก ระเบียบการจัดหางบประมาณและการบริหารจัดการเพื่อการดำเนินงานต่าง ๆ ให้ทั้งตนเองได้ในอนาคต โดยไม่ขัดต่อระเบียบและกฎหมายทางราชการ ซึ่งคณะกรรมการจะประกอบด้วย คณะกรรมการที่ ปรึกษา มีหน้าที่ให้นโยบายในการดำเนินงาน และเสนอข้อคิดเห็นต่อการแก้ไขปรับปรุงพัฒนา ศพน.รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณและการแก้ไขปัญหา/อุปสรรคต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

คณะกรรมการอำนวยการ มีบทบาทหน้าที่ในการประสานงานกับคณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อขอรับคำปรึกษา กำหนดแนวทางวิธีดำเนินงานและช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ พิจารณาและ กำหนดกิจกรรม รวมทั้งพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานตามที่เห็นสมควร คณะกรรมการ ดำเนินงาน ทำหน้าที่บริหารงานทั่วไป คณะกรรมการด้านวิชาการ ทำหน้าที่ วางแผนและจัดทำ หลักสูตรพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประสานงานกับฝ่ายทั่วไปของ ศพน. ในการเตรียมการอบรม รวมทั้งดำเนินการ อบรมตามแผนงาน เตรียมเอกสาร วัสดุที่ใช้ในการอบรม วางแผนและประสานการ ดำเนินงานด้านวิชาการในการอบรม สรุปและประเมินผลการจัดกิจกรรม

ตัวอย่างกำหนดการสัมมนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2549

รุ่นละ 3 วัน จำนวนผู้สูงอายุ 60 คน/รุ่น อำเภอละ 1 รุ่น

ณ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชาชน อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

วัน / เวลา	กิจกรรม
วันที่ 1	
0.600-08.00 น.	เดินทางไปศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอวังน้ำเขียว ลงทะเบียน
08.00-10.00 น.	และรับประทานอาหารเช้า / ทีมอำเภอ
10.00-12.00 น.	กิจกรรมทำความรู้จักทีมอำเภอ
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.00 น.	การนวดเพื่อสุขภาพ โดยแบ่งกลุ่มอบรม 5 กลุ่ม /ทีมวิทยากรภาคเอกชน 5
14.00-16.00 น.	ท่าน
16.00-17.00 น.	สาธิตอาหารเพื่อสุขภาพ / ทีมศูนย์ฯ
17.00-19.00 น.	ภารกิจส่วนตัวและรับประทานอาหารเย็น
19.00-21.00 น.	คุณค่าแห่งชีวิตและดนตรีบำบัด / ทีมอำเภอ

วัน / เวลา	กิจกรรม
วันที่ 2	
0.600-08.00 น.	เจาะเลือด HCT และDTX เก็บปัสสาวะ, ดื่มน้ำเต้าหู้, ออกกำลังกาย, รับประทานอาหาร / ทีมอำเภอ
08.00-10.00 น.	การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม วิญญาณ)
10.00-12.00 น.	
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.00 น.	แบ่งกลุ่มทำกิจกรรม การให้คำปรึกษา, ฝึกบริหารลมปราณเพื่อสุขภาพ, ฝึกปฏิบัติตนวัดตนเอง / ทีมแพทย์ และทีมอำเภอ
14.00-16.00 น.	
16.00-17.00 น.	สาธิตอาหารเพื่อสุขภาพ
17.00-19.00 น.	ภารกิจส่วนตัวและรับประทานอาหารเย็น
19.00-21.00 น.	สุขภาพดี วิถีไทย
วันที่ 3	
0.600-08.00 น.	ออกกำลังกาย และรับประทานอาหาร / ทีมอำเภอ
08.00-10.00 น.	ท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ / ทีมศูนย์
10.00-12.00 น.	
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.00 น.	ท่องเที่ยวเชิงนิเวศน์ / ทีมศูนย์
14.00-16.00 น.	
16.00-17.00 น.	สรุปผลการสัมมนา กิจกรรมล้าอา
17.00-19.00 น.	ภารกิจส่วนตัวและรับประทานอาหารเย็น
19.00-21.00 น.	เดินทางกลับ

แผนการดำเนินงาน

- ระยะการขยายตัวและความก้าวหน้าของ ศพน. เป็น 4 ระยะ คือ
 - ระยะที่ 1 (phase 1) Short Course - พัฒนาคุณภาพชีวิตช่วงสั้น ๆ บนอาคาร ศพน.
 - ระยะที่ 2 (phase 2) Home Stay - มีบ้านพักและมาพักเป็นกลุ่ม ๆ ที่บ้านนานขึ้น
 - ระยะที่ 3 (phase 3) Long Stay - มีบ้านพักและหอพักสำหรับญาติมาพักร่วมด้วยในระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น และจะมีสถานที่ท่องเที่ยวเพิ่มเติม
 - ระยะที่ 4 (phase 4) Life Stay - จะมีการมาพักตลอดชีวิต (Long Life Stay) ซึ่งเป็นการบริการให้ผู้สูงอายุหรือประชาชนมาฝากชีวิตกับ ศพน. โดยมีคณะกรรมการช่วยเหลือเสมือนเป็นพ่อแม่ญาติพี่น้อง จนผู้มาพักอาศัยเสียชีวิต บ้านพักจะเป็นมรดกของ ศพน. เพื่อให้บริการคนอื่นต่อไป

การดำเนินงานของ ศพน. ได้ดำเนินการมาแล้ว 1 ปี ปรากฏว่า มีผู้สูงอายุมาพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะสั้นๆ (3 วัน 2 คืน) กว่า 100 รุ่นๆ ละ 60 คน ดังนั้น จึงควรพัฒนา ศพน. สู่ระยะที่ 2 (phase 2) โดยจะมีการสร้างบ้านพักเป็นหลังๆ ในบริเวณพื้นที่ของ ศพน. เพื่อให้ผู้สูงอายุและประชาชนไปพักที่บ้านพักนี้ ในระยะเวลาที่นานขึ้น (Home Stay) โดยการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นจะมีทั้งโปรแกรมของ ศพน. และโปรแกรมที่ผู้ไปพักคิดค้นเองหรือช่วยตัวเอง อาจจะมีเรื่องศิลปวัฒนธรรม หรือการท่องเที่ยวต่างๆ ฯลฯ แต่การสร้างบ้านพักนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาไม่มีงบประมาณที่จะสร้างได้ ดังนั้น จึงต้องใช้วิธีการสร้างการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและประชาชนทั่วไป ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอต่างๆ ร่วมกับชมรม อสม. และชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งพ่อค้า ประชาชน ร่วมมือกันสร้างบ้านพักของอำเภอของตน แล้วให้กลุ่มคนต่างๆ จากอำเภอนั้นๆ ไปใช้บริการบ้านพัก (Home Stay) เป็นบ้านของตนเองที่สร้างขึ้นในบริเวณศพน. โดยจัดให้มีโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมไปด้วยและเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง

ความคาดหวัง / เป้าหมาย

มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอและประชาชน จังหวัดนครราชสีมา (ผู้สูงอายุ 243,966 คน) จำนวน 1 แห่ง ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสได้รับการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบคลุมทุกตำบลทุกอำเภอ โดยผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปทุกเศรษฐานะ สามารถใช้บริการที่ศูนย์นี้ได้ทุกคน มีภาคีเครือข่ายสร้างสุขภาพผู้สูงอายุครอบคลุมทุกหมู่บ้านของอำเภอวังน้ำเขียวและทุกตำบลของจังหวัดนครราชสีมา เพื่อเชื่อมประสานเป็นเครือข่ายสังคมผู้สูงอายุต่อไป

ปัญหา / อุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางการแก้ไข

ปัญหาที่สำคัญของศูนย์ฯ มี 2 ประการ ได้แก่

1. ปัญหาด้านงบประมาณ เนื่องจากงบประมาณส่วนใหญ่มาจากภาครัฐ และเป็นการขอรับการสนับสนุนมาจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อจัดสร้างอาคาร แต่ยังขาดอุปกรณ์ภายใน และการตกแต่ง จึงทำให้การให้บริการไม่สมบูรณ์นัก

2. ปัญหาด้านการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ สืบเนื่องจากการขาดแคลนงบประมาณ ส่งผลต่อการจ้างเจ้าหน้าที่ประจำ ทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ต้องทำงานหนักและให้บริการไม่เต็มที่

แนวทางการแก้ไข เร่งรัดการใช้อาคาร/พื้นที่ในเชิงธุรกิจ เช่น การจัดเป็นโรงแรม บ้านเช่า สำหรับนักท่องเที่ยวและสถานที่จัดประชุมสัมมนาเพื่อนำรายได้มาใช้จ่ายบริหารศูนย์ฯ ต่อไป

ภาคผนวก ข

โครงการบ้านพักคนชรา มูลนิธิสวนแก้ว

.....

สถานการณ์ปัจจุบันที่เร่ร่อน การแข่งขันในการทำงาน ทางธุรกิจ ส่งผลให้ลูกหลานต่างมีภาระต้องไปประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัว ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือ ลูกหลานไม่มีเวลาดูแลพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ปลอมให้ผู้สูงอายุอยู่เพียงผู้เดียวในบ้าน ในหลายกรณีผู้สูงอายุก็ถูกลูกหลานทอดทิ้ง พระพยอม กัลยาโณได้ให้การเลี้ยงดูอย่างทั่วหน้าแก่ผู้สูงอายุที่เดินทางมาขอความช่วยเหลือจากท่านไม่เคยได้รับการปฏิเสธ ท่านให้การเลี้ยงดูรักษาพยาบาล จนวาระสุดท้ายของชีวิต

แนวคิดการจัดตั้งศูนย์

สืบเนื่องมาจากปี พ.ศ. 2530 ทางวัดสวนแก้วโดยพระพยอม กัลยาโณ ได้มีการจัดตั้งโครงการร่มโพธิ์แก้ว เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส ผู้ที่ถูกทอดทิ้ง หรือผู้ที่ประสบปัญหาทางสังคมอื่นๆ โดยจัดให้มีที่อยู่อาศัย อาหาร และการฝึกอาชีพ ผู้ที่มารับการช่วยเหลือจะเป็นบุคคลทุกเพศ ทุกวัย หลังจากนั้นเมื่อราว พ.ศ. 2535 สมาชิกที่อยู่ในความดูแลในโครงการร่มโพธิ์แก้วได้มีจำนวนมากขึ้น ประกอบกับทางมูลนิธิวัดสวนแก้วเห็นว่า ในจำนวนสมาชิกที่มาขอรับการดูแลอยู่ในวัดนั้นมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนค่อนข้างมากและพักอาศัยอยู่ร่วมกับกับบุคคลวัยอื่นๆ ดังนั้นพระพยอม กัลยาโณจึงมีแนวคิดและเห็นความสำคัญว่า ควรแยกสมาชิกผู้ที่เป็นคนสูงอายุออกมาจากกลุ่มสมาชิกอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อให้ง่าย สะดวกในการดูแลช่วยเหลือ มูลนิธิวัดสวนแก้วจึงได้เริ่มจัดให้ผู้สูงอายุอยู่เป็นสัดส่วน การจัดให้ผู้สูงอายุอยู่รวมกลุ่มเป็นการเฉพาะนี้ จึงทำให้เกิดโครงการบ้านพักคนชราขึ้น โดยมีลักษณะภาระงานคือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และการดูแลอย่างรอบด้านแก่ผู้สูงอายุ ทั้งด้านการมีรายได้ การรักษาพยาบาล และการสงเคราะห์ทั่วไป ฯลฯ ตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา

กระบวนการจัดตั้ง

โครงการบ้านพักคนชราเป็นหนึ่งในโครงการ ทั้ง 18 โครงการที่ได้จัดตั้งขึ้นโดยมูลนิธิวัดสวนแก้ว การจัดทำโครงการเป็นผลสืบเนื่องมาจากโครงการร่มโพธิ์แก้ว เพื่อเป็นการแยกผู้พึ่งพิงที่เป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากจำนวนที่มากขึ้นและง่ายการแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือได้ง่าย ตามสภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีความแตกต่างกัน

การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการโครงการบ้านพักคนชรา มูลนิธิสวนแก้ว มีการบริหารหลายในด้าน ดังนี้

การบริหารจัดการด้านบุคลากร

ในโครงการบ้านพักคนชรา มีการบริหารทางจัดการด้านทรัพยากรบุคคลทั้งภายนอกและภายในดังนี้

- ฝ่ายบุคคลของมูลนิธิ เป็นฝ่ายที่จัดการ ดูแลบุคคลที่อยู่ในโครงการและในมูลนิธิและทำหน้าที่ควบคุมของโครงการ ทั้งนี้ยังเป็นฝ่ายที่เป็นผู้ที่ประสานงานเพื่อหาอาสาสมัครเพื่อมาทำงานช่วยเหลือโครงการบ้านพักคนชรา

- อาสาสมัครที่สมัครใจมาทำงาน มาช่วยเหลือในโครงการโดยเป็นการประสานงานระหว่างฝ่ายบุคคลกับอาสาสมัคร โดยส่วนใหญ่การมาช่วยเหลืองานในโครงการจะเป็นแบบ part time เป็น Volunteer ที่ต้องการทำประโยชน์เพื่อสังคม ตัวอย่างงานที่ทำเช่น การติดพัดลมให้กับอาคารพักของผู้สูงอายุ หรืองานอื่นๆ เป็นต้น

- ผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการ ในส่วนนี้ฝ่ายบุคคลเองเล็งเห็นว่าในการที่จะควบคุมดูแลผู้สูงอายุนั้นน่าจะต้องใช้ผู้สูงอายุด้วยกันเองเพราะเนื่องจากมีความเข้าใจซึ่งกันและกันและสามารถสื่อสารกันได้ตรงตามความต้องการ ในการจัดสรรบุคคลครั้งนี้ทางฝ่ายบุคคลจะคัดเลือกผู้สูงอายุที่แข็งแรง สามารถทำงานได้เข้ามาช่วยเหลืองาน เช่นการเลือกผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมดูแลเพื่อนๆ ในโครงการได้เป็นหัวหน้ากลุ่มเพื่อเป็นตัวกลางประสานงานระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ทำงานในโครงการ นอกจากนี้ยังเป็นการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในองค์กรไม่ว่าด้านการดูแลควบคุม หรือไม่ว่าในด้านสวัสดิการ เช่น การให้ผู้สูงอายุที่เคยเป็นคนขายกับข้าวมาช่วยงานในครัวเพื่อทำอาหารให้คนในโครงการและมูลนิธิ ด้วย ดังนั้นเราจะเห็นว่าทางมูลนิธิสร้างพลังในการดำเนินชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุให้กำลังใจ มีกำลังในการใช้ชีวิตและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้นในการมีชีวิตต่อไป

การบริหารจัดการด้านงบประมาณ

งบประมาณในการจัดทำหรือดำเนินโครงการทั้งหมดมาจากโครงการเลี้ยงตนเองอื่น ๆ ที่ได้จัดทำขึ้นภายในมูลนิธิเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนั้นจะเป็นการได้รับบริจาคกับมูลนิธิจากผู้สนใจภายนอก มูลนิธิจัดหาเงินงบประมาณในโครงการนี้ภายใต้แนวคิดที่ว่า ควรเงินทุนมีการหมุนเวียนภายในมูลนิธิเองจากโครงการเลี้ยงตนเองต่าง ๆ ทั้งนี้ทางมูลนิธิไม่เน้นการรับทุนจากแหล่งทุนภายนอก เช่น เงินทุนจากต่างประเทศ ทั้งนี้เนื่องด้วยประสบการณ์ของมูลนิธิเองที่เคยเผชิญกับการเรียกร้องเงินค่านายหน้าผู้ประสานงานผู้จัดหาทุนหักเปอร์เซ็นต์จากทุนจากต่างประเทศนั้น ซึ่งมูลนิธิเห็นว่า การดำเนินงานลักษณะนี้ เงินงบประมาณที่ได้เป็นเงินที่ไม่บริสุทธิ์ ดังนั้นมูลนิธิจึงไม่ขอรับทุนจากแหล่งทุนภายนอก การบริจาคหรือการให้เงินทุนงบประมาณแก่มูลนิธิจะเน้นการให้เปล่าอย่างไม่ระบุเงื่อนไขในการรับทุน เพื่อให้มูลนิธิมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ ทั้งนี้เมื่อรับทุนมาแล้วทางมูลนิธิเป็นผู้จัดสรรและ

ใช้ประโยชน์จากงบประมาณส่วนนั้น ในการบริหารจัดการโครงการได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพมากที่สุดเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์มากที่สุดด้วยเช่นกัน

การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการโครงการด้านการดูแลผู้สูงอายุ นั้น ทางมูลนิธิจะนำงบประมาณมาใช้ประโยชน์ในส่วนของการจัดสวัสดิการสำหรับผู้ที่อยู่ในโครงการบ้านพักคนชรา เช่น การสร้างบ้านพัก เรื่องอาหารหรือยารักษาโรค รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และบางส่วนจะใช้เป็นเงินทุนสนับสนุนรายได้เสริมสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถทำงานได้หรือผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลืองานได้เล็กน้อย รายได้เสริมของผู้สูงอายุ เช่น การฉีกกาบมะพร้าว เพื่อนำไปใช้ในการปลูกต้นไม้ และเพื่อเป็นการให้ผู้สูงอายุได้ขยับมือเพื่อออกกำลังกาย รายได้ในส่วนนี้อยู่ที่กระสอบปุ๋ยละ 5 บาท วันหนึ่งผู้สูงอายุสามารถทำได้ 3- 5 กระสอบ นอกจากนี้มูลนิธิยังมีการแจกเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถซื้อสิ่งของอุปโภค บริโภค นอกเหนือจากที่ทางมูลนิธิจัดให้ในโรงครัว

หากพิจารณาถึงงบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการในโครงการด้านผู้สูงอายุได้มาจากหลายแหล่ง ดังต่อไปนี้

- โครงการเกษตรเพื่อการเกษตรและสิ่งแวดล้อม เป็นโครงการที่ปลูกพืชพันธุ์ เพื่อให้ได้ผลผลิตนำไปขายออกสู่ตลาดออกจำหน่ายเพื่อเป็นรายได้เข้าสู่โครงการและกลายเป็นงบประมาณตัวอย่างเช่น การขายผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร หรือต้นไม้ประดับตกแต่งต่าง ๆ นำเงินส่วนนั้นมาเป็นงบประมาณในการจัดสรรดำเนินการโครงการ

- โครงการชุบเปอร์มาเกตผู้ยากไร้ เป็นโครงการที่สืบเนื่องมาจากโครงการ สะพานบุญ จากผู้เหลือเจือจานผู้ขาด คือโครงการสะพานบุญนี้เป็นโครงการที่ทางพระพะยอมได้ทำทอดผ้าป่าชยะ คือขอรับบริจาคสิ่งของ เสื้อผ้า เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ประชาชนไม่ต้องการและไม่ใช้ประโยชน์แล้ว โดยจัดทำที่สนามหลวงก่อน หลังจากนั้นก็ทำเป็นโครงการต่อเนื่องโดยการนำรถของมูลนิธิเดินทางไปทั่วประเทศเพื่อขอรับบริจาคสิ่งของต่าง ๆ ที่คนอื่นไม่ใช้แล้ว มารวบรวมไว้ที่วัด จากนั้นทางวัดได้จัดหาช่างซ่อมหรือคนงาน(ผู้รับบริการ)ของวัด ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสามารถในการประดิษฐ์ ซ่อมแซมสินค้าเหลือใช้ต่าง ๆ นั้นมาแปรรูปให้สามารถใช้ได้อีกครั้งทั้งนี้เพื่อนำไปขายในราคาถูกเพื่อให้แก่ผู้ที่มีรายได้น้อย เพื่อนำเงินส่วนนั้นมาเป็นงบประมาณในการอุปการะผู้ด้อยโอกาส ในโครงการต่อไป

จุดเชื่อมตรงนี้เองจึงเป็นจุดที่ทำให้เกิดโครงการชุบเปอร์มาเกตผู้ยากไร้ในระยะเวลาต่อมา โครงการชุบเปอร์มาเกตผู้ยากไร้ เป็นโครงการที่มาก่อจัดตั้งเป็นอาคารภายในพื้นที่ของวัดเพื่อเป็นสถานที่ในการขายสินค้าที่ได้รับการแปรรูปจากโครงการสะพานบุญแล้ว ทั้งนี้ก็เพื่อให้ผู้ที่มีรายได้น้อยในสังคมได้มีสิ่งของเครื่องใช้ที่สะดวกและทันสมัยมากขึ้น โดยจะขายสินค้าไว้ในราคาถูกทำให้สามารถหาซื้อกันได้ง่าย และก็นำเงินส่วนนั้นมาพัฒนาโครงการต่างๆของมูลนิธิ และโครงการด้านผู้สูงอายุต่อไป

- การได้รับบริจาคจากบุคคลที่มีความศรัทธาจากภายนอก เป็นส่วนน้อยมากในงบประมาณของการบริหารจัดการในมูลนิธิเพราะมูลนิธิต้องการยึดแนวคิดที่ไม่เพิ่มภาระหนี้ และใช้สิ่งที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์กลายเป็นรายได้ ยึดหลักอยู่อย่างเพียงพอ ไม่เพิ่มภาระหนี้สินจากภายนอกและไม่ต้องการพึ่งพาจากภายนอก

โครงการบ้านพักคนชราฯ ทางมูลนิธิเล็งเห็นว่าในอนาคตอาจจะมีสมาชิกมากขึ้นดังนั้นอาจจะต้องมีการขยายโครงการออกไปต่างจังหวัดซึ่งมีโครงการอื่นนำร่องไว้แล้ว อีกด้านคือด้านการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อเป็นการส่งต่อผู้รับบริการ อาจจะเป็นเรื่องสวัสดิการทางด้านการรักษาพยาบาล หรือเมื่อผู้สูงอายุต้องไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลก็ต้องมีการประสานงานสถานพยาบาลที่ใกล้เพื่อเป็นการสะดวกและรวดเร็วในการรักษา

การดำเนินการของมูลนิธิ

ในการดำเนินการของโครงการมีแนวทางการในการปฏิบัติงานที่เป็นแบบเบ็ดเสร็จ ณ ที่เดียว เป็นแบบ One stop service โดยการเริ่มต้นจากฝ่ายบุคคลเป็นฝ่ายแรก รับ จะมีการสัมภาษณ์ หากหลักฐานการประจำตัวต่าง ๆ เป็นการเริ่มการคัดกรอง เราเห็นว่าเงื่อนไขในการรับผู้สูงอายุเข้าโครงการนั้นต้องเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับหนึ่ง จะไม่รับคนที่เป็นอัมพาต เพราะทางโครงการต้องให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงาน ช่วยเหลือองค์กรด้วย หลังที่มีการรับสมาชิกเข้ามาแล้วหลังจากนั้นฝ่ายบุคคลจะเป็นคนจัดสรรคนเหล่านั้นไปทำงาน ช่วยเหลือโครงการโดยคัดกรองจากความสามารถของบุคคลให้เหมาะสมกับงาน เช่น ให้เกิดการตั้งหัวหน้าสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการช่วยในการควบคุมดูแลซึ่งกันและกัน หรือให้ช่วยงานด้านสวัสดิการอาหาร

ในด้านสวัสดิการที่ทางมูลนิธิจัดให้กับผู้สูงอายุ ก็มีที่อยู่อาศัย อาหาร ยารักษาโรค รวมทั้งเรื่องรายได้เสริมเพื่อให้ได้มีรายได้ในการใช้ในสิ่งที่จำเป็นกับพวกเขา

เป้าหมายของการดำเนินงาน

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และได้เข้ามาอยู่ในโครงการบ้านพักคนชราที่มูลนิธิสวนแก้ว ได้มีที่อยู่อาศัยได้พักผ่อน โดยไม่ต้องเร่ร่อน ให้มีอาหารไม่ต้องอดอยาก ให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้สุขภาพจิตและสุขภาพกายดี แข็งแรง นอกจากนี้การจัดตั้งโครงการนี้ก็เพื่อเป็นสมาคมสโมสรให้ผู้สูงอายุได้เป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ เป็นที่รวมเรื่องอดีตที่ผู้สูงอายุนำมาเล่าให้ฟัง นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ช่วยกิจกรรมของมูลนิธิอันจะเป็นประโยชน์แก่สังคม เพื่อให้ให้เป็นการสร้างความภาคภูมิใจสำหรับผู้สูงอายุในช่วงท้ายของชีวิตทั้งยังเป็นการสร้างคุณค่าให้กับตนเองของผู้สูงอายุว่ายังมีประโยชน์ให้กับสังคมและเป็นคนชราที่มีคุณภาพ

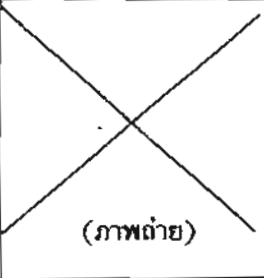
อุปสรรคปัญหาในการดำเนินงาน

ทางมูลนิธิเล็งเห็นอุปสรรคในอนาคตว่า โครงการบ้านพักคนชราฯ ภายภาคหน้าจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิงนั้นต้องมีจำนวนมากขึ้นอย่างแน่นอน แต่สถานที่ในวัดสวนแก้วทั้งในเรื่องบ้านพัก ที่อยู่อาศัย อาจจะไม่สามารถรองรับจำนวนผู้สูงอายุได้ จึงมีแผนงานขยายพื้นที่โครงการออกไปปริมณฑล และต่างจังหวัด เช่น กบินทร์บุรี ระยอง เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันได้มีโครงการอื่นขยายงานไปก่อนแล้วล่วงหน้า

ภาคผนวก ค

ตัวอย่างแบบสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ

(1) ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุล :	 (ภาพถ่าย)
บ้านเลขที่ :	
สถานที่ติดต่อ :	
.	
หมายเลขโทรศัพท์ :	มือถือ :
วันเดือนปีเกิด :	อายุ :
สถานภาพสมรส :	อาชีพ :
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน :	
รายได้เฉลี่ยต่อปี :	
แหล่งที่มาของรายได้ :	(กรณีที่มีผู้อุปการะ โปรดระบุสถานภาพของผู้อุปการะ)
(ผู้อุปการะ)	
ระดับการศึกษา :	
ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ :	
ผู้ดูแล/ผู้ที่อยู่อาศัยด้วย :	
ความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวัน :	
ภาระหน้าที่ในครอบครัว :	

(2) ข้อมูลความต้องการร่วมกิจกรรม

ภาวะการเจ็บป่วย :	
โรคประจำตัว :	
ความสามารถพิเศษ:	
งานอดิเรก:	
ความสามารถในการเดินทางมาใช้บริการที่ศูนย์เอนกประสงค์ :	
ความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม:	
อื่นๆ :	

ภาคผนวก ง

ตัวอย่าง แบบรายงานผลการดำเนินงานของศูนย์เฝ้าระวัง

จุดประสงค์ของการสำรวจนี้เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์เฝ้าระวัง โปรดกรอกข้อมูล
ตามหัวข้อด้านล่าง

ชื่อศูนย์เฝ้าระวัง _____

ที่อยู่ : _____

ชื่อบุคคลผู้กรอกแบบสำรวจนี้ : _____

ตำแหน่ง: _____

ส่วนที่ 1 : รายละเอียดของศูนย์เฝ้าระวัง

โปรดกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับศูนย์เฝ้าระวังของท่านให้ครบทุกข้อ :

1. จำนวนของเจ้าหน้าที่ในศูนย์ _____ เต็มเวลา _____ คน ชั่วโมง _____ คน
อาสาสมัคร _____ คน
2. จำนวนของงบประมาณทั้งหมดในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาสำหรับการจัดบริการของศูนย์เฝ้าระวัง
_____ (ตัวเลข) _____ (ตัวอักษร)
3. แหล่งสนับสนุนด้านงบประมาณหลักในการดำเนินการศูนย์เฝ้าระวัง ได้มาจากแหล่งใด

4. ศูนย์เฝ้าระวัง ของท่านมีการจัดบริการให้กับศูนย์บริวารหรือไม่
[] มี ให้ระบุรายชื่อของที่ตั้งศูนย์บริวาร [] ไม่มี
รายชื่อ/ที่ตั้งศูนย์บริวาร _____

5. การดำเนินกิจกรรมให้บริการของชมรมผู้สูงอายุ อยู่ภายในหน่วยงานใด

ชื่อหน่วยงาน _____

6. พื้นที่ตั้งศูนย์อเนกประสงค์ของท่าน

☐ พื้นที่เขตเมือง

☐ พื้นที่ย่อยของเขตเมือง

☐ พื้นที่เขตชนบท

☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

7. ในแต่ละวัน จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของท่านมีประมาณกี่คน?

จำนวนผู้ _____ คน

8. ศูนย์อเนกประสงค์ที่เปิดรายวัน ให้เขียนรายละเอียดของเวลาทำการ

วันทำการ	เวลาที่ให้บริการ
วันจันทร์	_____
วันอังคาร	_____
วันพุธ	_____
วันพฤหัสบดี	_____
วันศุกร์	_____
วันเสาร์	_____
วันอาทิตย์	_____

9. บริการรถรับ-ส่ง

การจัดบริการรถรับ-ส่ง	มี	ไม่มี
ก. ศูนย์อเนกประสงค์มีบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุ เป็นของชมรมเอง		
ข. ศูนย์อเนกประสงค์มีเส้นทางของรถบริการสาธารณะผ่าน		
ค. มีการจัดบริการรถรับ-ส่ง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ		
ง. บริการรถรับ-ส่งสำหรับผู้ที่จะมาร่วมกิจกรรม โดยหน่วยงานอื่น ๆ		
ระบุชื่อหรือแหล่งที่ให้บริการ _____		

ส่วนที่ 2 : กิจกรรม บริการ และ อาสาสมัคร

2.1 กิจกรรมในศูนย์

ให้ทำเครื่องหมาย✓ หรือ X ในช่องคำตอบ "มี" หรือ "ไม่มี" เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมภายในศูนย์
อเนกประสงค์ ของท่านได้ดำเนินการ นอกจากนี้ กรณีที่มีการปฏิบัติกิจกรรม ให้ระบุถึงความถี่ของการปฏิบัติด้วย

	กิจกรรม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ		กรณีตอบ "มี" ให้ระบุถึง ความถี่ในการปฏิบัติ			
		มี	ไม่มี	1-3 ครั้งต่อ เดือน	1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	2-4 ครั้งต่อ สัปดาห์	ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป
1.	สอนการออกกำลังกาย (เช่น จักร , โยคะ)						
2.	เต้นรำ (เช่น รำวง , ลีลาศ)						
3.	เล่นเกม (เช่น หมากรุก,หมากรุกฮอส ,ไพ่)						
4.	มีห้องออกกำลังกาย หรือ Fitness						
5.	เล่นกีฬาด้วยกัน (กอล์ฟ ,เบตอง , เทนนิส)						
6.	มีกิจกรรมด้านศิลปะ (เช่น วาดภาพ ,ปั้น เครื่องปั้นดินเผา)						
7.	ดนตรี (เช่น ร้องเพลง ,ดนตรีไทย ,คาราโอเกะ, คอรัส , เครื่องดนตรี)						

	กิจกรรม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ		กรณีตอบ "มี" ให้ระบุถึง ความถี่ในการปฏิบัติ			
		มี	ไม่มี	1-3 ครั้งต่อ เดือน	1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	2-4 ครั้งต่อ สัปดาห์	ตั้งแต่ 5 ครั้งต่อ สัปดาห์
8.	งานช่างฝีมือ (เช่น ทำผ่านวม, ถักกลูไม้, สาน ตระกร้า)						
9.	การแสดงออกถึงกิจกรรมสร้างสรรค์อื่นๆ เช่น ละคร , การเขียนนวนิยาย						
10.	งานช่างไม้						
11.	งานทำสวน						
12.	คอมพิวเตอร์						
13.	โอกาสด้านการศึกษา เช่น คอร์สเรียนจาก วิทยาลัย , การบรรยายให้ความรู้						
14.	สอนภาษาอื่น เช่น ภาษาอังกฤษ						
15.	ห้องสมุด/ให้ยืมหนังสือ						
16.	อบรมให้ความรู้ด้านต่างๆ						
17.	อภิปรายกลุ่ม						
18.	การท่องเที่ยว , ตั้งแคมป์						
19.	ปฏิบัติธรรม , กิจกรรมทางศาสนา						
20.	อื่น โปรดระบุ _____						

2.2 บริการทั้งในและนอกศูนย์

ให้ทำเครื่องหมาย✓ หรือ X ในช่องคำตอบ "มี" หรือ "ไม่มี" เกี่ยวกับการจัดบริการภายนอก ที่ศูนย์
 อเนกประสงค์ของท่านได้ดำเนินการ นอกจากนี้ กรณีที่มีการจัดบริการ ให้ระบุถึงความถี่ของการให้บริการด้วย

	บริการ	การให้บริการ		กรณีตอบ "มี" ให้ระบุถึง ความถี่ในการให้บริการ			
		มี	ไม่มี	1-3 ครั้งต่อ เดือน	1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	2-4 ครั้งต่อ สัปดาห์	ตั้งแต่ 5 ครั้งต่อ สัปดาห์
1.	Adult Day						
2.	จัดมื้ออาหาร						
3.	ส่งอาหารถึงที่พัก						
4.	Pantry (ห้องหรือตู้สำหรับเก็บอาหาร, ถ้วย, ชาม, ช้อน, ส้อมและอื่น ๆ)						
5.	ให้ความรู้, จัดฝึกอบรมด้านโภชนาการ						
6.	ตรวจสุขภาพ (เช่น วัดความดันโลหิต , osteoporosis screening)						
7.	การบริหารจัดการด้านการใช้จ่าย						
8.	อุปกรณ์ หรือเครื่องมือทางการแพทย์						
9.	การดูแลที่บ้าน (Home Care) ทั้ง การดูแล เฉพาะราย หรือ จัดหาผู้ดูแลบ้าน/แม่บ้าน						
10.	บริการโทรศัพท์ฉุกเฉิน						
11.	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ						
12.	ความช่วยเหลือด้านแรงงาน						
13.	ซ่อมแซมที่พักอาศัย						
14.	ให้คำปรึกษา						
15.	ข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับการสมัครงาน						
16.	ข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดที่พัก อาศัย						
17.	ข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับบริการทาง กฎหมาย						

	บริการ	การให้บริการ		กรณีตอบ "มี" ให้ระบุถึง ความถี่ในการให้บริการ			
		มี	ไม่มี	1-3 ครั้งต่อ เดือน	1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์	2-4 ครั้งต่อ สัปดาห์	ตั้งแต่ 5 ครั้งต่อ สัปดาห์
18.	ข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ ,การประกัน						
19.	ข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับด้านภาษี						
20.	จัดหารถรับส่ง โดยศูนย์อเนกประสงค์						
21.	ความช่วยเหลืออื่น ๆ ในชุมชน เช่น (รถบริการ สาธารณะ, เครือข่ายการขนส่งในพื้นที่ห่างไกล)						
22.	อื่น โปรดระบุ _____						

2.3 อาสาสมัครทั้งในและนอกศูนย์

ให้ทำเครื่องหมาย✓ หรือ X ในช่องคำตอบ "มี" หรือ "ไม่มี" เกี่ยวกับกิจกรรมอาสาสมัครที่มีในศูนย์
อเนกประสงค์ของท่าน

	กิจกรรม	อาสาสมัคร	
		มี	ไม่มี
1.	การให้คำปรึกษาที่มีประโยชน์ เช่น ความมั่นคงทางสังคม		
2.	การเยี่ยมบ้าน		
3.	การรณรงค์หาทุน		
4.	การให้ข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับบริการทางกฎหมาย		
5.	การให้ข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์		
6.	การให้ข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับโครงการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ		
7.	การให้ข้อมูลและความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเตรียมการทางภาษี		
8.	การให้ข้อมูลและความช่วยเหลือด้านระบบการขนส่ง		
9.	การบรรจอาหาร / จัดส่งอาหารถึงที่พักอาศัย		
10.	บริการจัดหาอาหาร		
11.	การทำตลาด		
12.	การวางแผน หรือการประสานความร่วมมือในการจัดกิจกรรมพิเศษ		

	กิจกรรม	อาสาสมัคร	
		มี	ไม่มี
13.	การติดต่อทางโทรศัพท์		
14.	การทำหน้าที่รับรองแขก		
15.	การทำงานส่วนธุรการ		
16.	การทำงานเกี่ยวกับ จดหมายข่าว		
17.	อื่น โปรดระบุ _____		