การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในชุมชน
กรณีศึกษา หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง











สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในชุมชน
กรณีศึกษา หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



ผู้วิจัย

นางสาวอรวรรณ์ คูหา

นางพงางาม พงศ์จตุรวิทย์

นางสาวอภิวรรณ ณัฐมนวรกุล

คำนำ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์ทั้งในเรื่องของการบำบัดรักษา และฟื้นฟู โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา รวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงการให้บริการวิชาการทางการแพทย์ ด้านตติยภูมิหรือสูงกว่าอย่างได้มาตรฐาน

กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานซึ่งรับผิดชอบดูแลงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งหวังพัฒนางานวิชาการด้านการแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ดีได้มาตรฐาน ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีสมวัย และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข จากโครงสร้างทางอายุของประชากรสูงอายุชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่ประเทศไทยจะมีขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุมากๆเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบกับการวางแผนพัฒนาประเทศ ยิ่งในภาวะครอบครัวไทยต่างแยกเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูกทอดทิ้งได้ง่าย ในส่วนของการดูแลในสถานบริการพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเพิ่ม ขึ้นจาก 5,779 คน ในปี พ.ศ.2538 เป็น 35,302 คน ในปี พ.ศ.2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 101,916 คน ในปี พ.ศ.2558 คิดเป็น ร้อยละ 47.5 ของจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทั้งหมด และคาดว่าความต้องการการดูแลในระดับมากจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่า ในการศึกษาเรื่องนี้จะเป็นแนวทางและรูปแบบการดูแลเพื่อการวางแผนและเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ในการดูแลด้านสุขภาพ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ผมหวังว่าโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในชุมชนกรณีศึกษา หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดทิศทาง การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุต่อไป



(นายแพทย์นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ใคร่ขอขอบคุณคณะทำงานวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ อันได้แก่ โรงพยาบาลส่งสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง โรงพยาบาลลำปาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้สนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถดำเนินการให้สำเร็จได้ โดยความร่วมมือจากบุคลากรในคณะทำงานวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำปาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในพื้นที่

คณะทำงานรู้สึกซึ้งในความเสียสละและความร่วมมือของทุกฝ่ายที่ทำให้งานโครงการวิจัยครั้งนี้เสร็จสิ้นไปได้ด้วยดี หวังว่าข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์และนำไปสู่การวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการกำหนดนโยบายในอันที่จะทำให้ประชากรสูงอายุของประเทศมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

คณะวิจัย

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

1. นพ.นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์ ผู้อำนวยการสถาบันฯ
2. นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง
3. นางสาวทัศนีย์ ศรีจันทร์ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
4. นางมนัสนิตย์ บุณยทรรพ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง

ทีมวิจัยในพื้นที่

1. นางพรรณศิริ เพียรสกุลรัตน์ รพ.ลำปาง
2. นางสุภาศรี ธรรมสรางกูร รพ.ลำปาง
3. นางศิริพร สุขสารัต รพ.ลำปาง
4. นางรุ่งรัศมี รางทอง รพ.ลำปาง

ทีมผู้ประสานงานวิจัย

1. นางเกศสุรินทร์ เทือกถา รพ.สต.ท่าโทก
2. นางจารุณี ปั้นดี รพ.สต.นิคมฯ7
3. นางกาญจนา แก่นราช รพ.สต.ต้นธงชัย
4. นางปาริชาต โลหะกิจ รพ.สต.ต้นธงชัย
5. นางนรกมล ขันตรี รพ.สต.จำบอน
6. นางบุษราภรณ์ มณีวรรณ รพ.สต.ต้นมื่น
7. นายบรรดิษฐ สิงห์ใจ รพ.สต.ต้นมื่น
8. นายศักดิ์ดา ทาคำ รพ.สต.ทุ่งกล้วย
9. นางสาวนิศารัตน์ จัตุทะศรี รพ.สต.ทุ่งกล้วย
10. นางวิไลพรรณ วัชรธาดาพงศ์ รพ.สต.บ้านเอื้อม
11. นางกฤษยา สุธาพันธ์ รพ.สต.สบเฟือง
12. นางรัตนาภรณ์ วงภูธร รพ.สต.รัตนานุรักษ์
13. นางปราวีณา พงษ์จันทร์ รพ.สต.ค่าหลวง
14. นางเขมรัก ปิลาเป็ง รพ.สต.แม่กืย
15. นางอัญชลี จันทะวัง รพ.สต.บ้านกาด
16. นางศรีวรรณ ตันจันกูล รพ.สต.ทุ่งม่านฯ
17. นางลาพร วะเท รพ.สต.สบไพร
18. นางลัดดา ศิริบุตร รพ.สต.ท่าขัว
19. นางเพ็ญแข ราตรีสวัสดิ์ รพ.สต.ม่วงแงว
20. นายธีรยุทธ โพธิสุข รพ.สต.เสด็จ
21. นางสุพชชา ขัติวงศ์ รพ.สต.ทรายทอง
22. นางพัชรินทร์ แสงทองอร่าม รพ.สต.จำค่า

ทีมผู้ประสานงานวิจัย

23.	นางปัทมา ทาสูงเนิน	รพ.สต.สบมาย
24.	นางจันทร์สม เตชะอุ่น	รพ.สต.หัววัง
25.	นางสาวปนันดา ฟูใจ	รพ.สต.นิคมฯ16
26.	นางอมรรัตน์ ทิลาวงศ์	รพ.สต.กล้วยม่วง
27.	นางเดือนเพ็ญ ลีลาเมธากุล	รพ.สต.กล้วยแพะ
28.	นางณัฐกานต์ ขันนาแล	รพ.สต.กล้วยแพะ
29.	นางจำเนียร วรรณารักษ์	รพ.สต.ศรีหมวดกล้า
30.	นางนัยรัตน์ อุดมกฤตยาชัย	รพ.สต.สบตุ๋ย
31.	นางนิรันทร์ ถาชัย	รพ.สต.โทกหัวช้าง
32.	นางสมพร สายสิงห์ทอง	รพ.สต.หัวเวียง
33.	นางพรรณ ป้อมสุข	โรงพยาบาลลำปาง
34.	นางรัชนี ศรเจียงคำ	โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Description) โดยการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่และความพึงพอใจต่อการบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโรงพยาบาลลำปาง และการศึกษาแบบการมีส่วนร่วม (praticipation) ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ โดยการทำกลุ่ม (Focus group) เพื่อระดมความคิดเห็นและเกิดการคิดร่วมกันของชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในปัจจุบัน 2) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน และ 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จากการศึกษาสามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง

จากการศึกษาข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 27 แห่ง หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 2 แห่ง จำนวน 2,592 คน เป็นเพศชาย จำนวน 1,049 คิดเป็นร้อยละ 40.5 และเพศหญิง จำนวน 1,543 คิดเป็นร้อยละ 59.5 พบว่าเป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 38.8 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 35.7 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.5 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 21.9 เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยพบมีผู้ดูแล ร้อยละ 96.5 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 3.5 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 59.9 ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพดี มากที่สุด ร้อยละ 45.1 ภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 7.2 และ ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 1 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 70-79 ปี ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมากๆ สูงสุด ร้อยละ 3.0 และ 0.5 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.3 และ 0.4 ตามลำดับ ด้านภาวะสุขภาพจิต พบมีสภาพจิตใจรู้สึกหดหู่/เศร้า ร้อยละ 9.3 และรู้สึกเบื่อหน่าย ร้อยละ 10.6 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ในกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มอายุ 70-79 ปี มีภาวะสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

ด้านการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน ร้อยละ 2.2 ต้องพึ่งพาคนอื่นทั้งหมด ร้อยละ 1.2 สัดส่วนในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่การทำกิจวัตรประจำวันที่มีระดับความยากมากขึ้น เช่น การทอนเงิน การเลือกซื้อเสื้อผ้า การเดินทาง เป็นต้น พบว่าผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆ ช่วย ร้อยละ 7.2 และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 6.6 การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ พบกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไปต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน ร้อยละ 1.4 และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 0.7 ขณะที่การทำกิจวัตรประจำวันที่มีระดับความยากมากขึ้น พบในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน ร้อยละ 4.5 และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 4.6 และด้านการเข้าถึงการบริการพบว่า การเดินทางมารับบริการที่สถานบริการของผู้สูงอายุ พบว่า ลูก/หลาน/ญาติ พามารับบริการที่สถานบริการมากที่สุด ร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ เดินทางมารับบริการที่สถานบริการด้วยตนเอง ร้อยละ 27.6 เพื่อนบ้านพามาสถานบริการ ร้อยละ 3.4 และ หน่วยงานในชุมชน เช่น มูลนิธิต่างๆ หรืออบต. ร้อยละ 0.5 ขณะที่ผู้สูงอายุอยู่ลำพังไม่สามารถ

มารับบริการสุขภาพด้วยตนเอง ร้อยละ 3.8 ขณะที่ความพึงพอใจในภาพรวมของผู้สูงอายุ พบว่ามีความพึงพอใจต่อด้านมาตรฐานและคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 62 ค่าเฉลี่ย 4.01±0.64

ด้านครอบครัวผู้สูงอายุและผู้ดูแลในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 29 แห่ง และ 1 โรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดลำปาง จำนวน 1,288 คน พบว่าส่วนใหญ่จะมีรายได้น้อยกว่า 2,500 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 44.3) ซึ่งเป็นกลุ่มอายุ 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 19.1) และ ไม่มีรายได้ ร้อยละ 22.8 พบกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่ดูแลผู้สูงอายุไม่มีรายได้ ร้อยละ 5.6 ด้านภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 37 มีสุขภาพดีมาก ขณะที่สุขภาพไม่ดี และไม่ดีมากๆ ร้อยละ 6.8 และ 1.4 ตามลำดับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือบุตรสาว ร้อยละ 42.5 ขณะที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นคู่สามีหรือภรรยา ร้อยละ 3.6 และ 3.8 การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.9 ครอบครัวดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ (มีผู้ช่วยบางเวลา) รองลงมาคือ ครอบครัวดูแลบางเวลา (มีผู้ช่วยส่วนใหญ่หรือมีผู้ดูแล) ร้อยละ 20.4 และครอบครัวดูแลคนเดียวเท่านั้นไม่มีผู้ช่วย ร้อยละ 15.4 มีร้อยละ 4.9 ผู้สูงอายุอยู่บ้านลำพังไม่มีคนดูแล ในขณะที่ความต้องการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า **ครอบครัวและผู้ดูแลมีความต้องการศูนย์สุขภาพหรือสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 95** ครอบครัวและผู้ดูแลต้องการรูปแบบการดูแลระยะยาวในรูปแบบดังนี้ ต้องการให้ออกบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 34 รองลงมาคือ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ร้อยละ 31 การจัดเป็นสถานที่พักผ่อนหรือทำกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 19 การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบสถานบริบาลผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 12 และการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการฝากดูแล (เลี้ยง) เป็นครั้งคราวที่สถานบริการของรัฐ/เอกชน ร้อยละ 4 ตามลำดับ ด้านค่าใช้จ่ายพบว่าครอบครัวและผู้ดูแลที่ส่งผู้สูงอายุไปรับการดูแลที่สถานบริการ มีค่าจ่ายต่อเดือน น้อยกว่า 7,000 บาท ร้อยละ 26 และ 7,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 13 ส่วนความพึงพอใจในภาพรวมของครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบมีความพึงพอใจต่อด้านมาตรฐานและคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 60.3 ค่าเฉลี่ย 3.99±0.82

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

จากการทำกลุ่มโดยการมีส่วนรวมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน

1. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมี ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา ในการดูแลผู้สูงอายุ
2. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบศูนย์ประสาน
3. การอบรมแกนนำดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสา ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
4. กิจกรรมที่มีการดำเนินงานในศูนย์ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมด้านโภชนาการ กิจกรรมการฝึกอาชีพ เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ขาดผู้รับผิดชอบหลัก (เจ้าภาพ) ในการดำเนินงาน
2. นโยบายระดับจังหวัดต้องมีความชัดเจนในเรื่องผู้สูงอายุ
3. การสนับสนุนงบประมาณฯ ไม่ต่อเนื่องจากภาครัฐ
4. การขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

แหล่งงบประมาณ

1. จัดหาทุนเองจากการทอดกฐิน/ผ้าป่า

2. การสนับสนุนจากภาครัฐ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กลไกลการดำเนินงานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

1. กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในพื้นที่ให้ชัดเจน โดยเจ้าภาพในการดำเนินงานเป็นชุมชน เช่น 1 ศูนย์ ต่อ 1 หมู่บ้าน ต่อ 1 รพ.สต. โดยการสร้างความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่ มีการประชุมชี้แจงผ่านการประชุมหมู่บ้าน/ชุมชน

2. มีคณะกรรมการทำงานผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข จิตอาสา และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง โดยรับผิดชอบด้านองค์ความรู้ และการจัดการด้านสุขภาพให้กับศูนย์ฯ

4. มีศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ

5. รูปแบบการดูแลต้องเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

6. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข จิตอาสา ผู้ดูแล และครอบครัว

7. การเชื่อมโยงการดำเนินงานกับพื้นที่ เช่น มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยชัดเจน

8. การสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้กับกลุ่มผู้ดูแล และครอบครัวของผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้สูงอายุ

แนวทางการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน

1. จัดหาสถานที่ โดยพิจารณาจากสถานที่ที่มีอยู่แล้ว หรืออาจจะเป็นศูนย์ของหมู่บ้านที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์อะไรเป็นต้น ไม่ต้องเป็นพื้นที่ที่สร้างใหม่ เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (สสมช.) รพ.สต. วัด และโรงเรียน เป็นต้น

2. ควรมองหาทุนทางสังคมที่ว่ามีอะไรบ้าง และมีอะไรบ้างที่ขาดต้องการเพิ่มเติม

3. การดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care) ให้เหมือนกับศูนย์ดูแลเด็กเล็กที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. แต่งตั้งคณะกรรมการและที่ปรึกษาในการดำเนินงาน

5. การแบ่งกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลกลางวัน แบ่งเป็น กลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยง

6. กำหนดกิจกรรมที่จะดำเนินงานในศูนย์ฯ ให้ชัดเจน

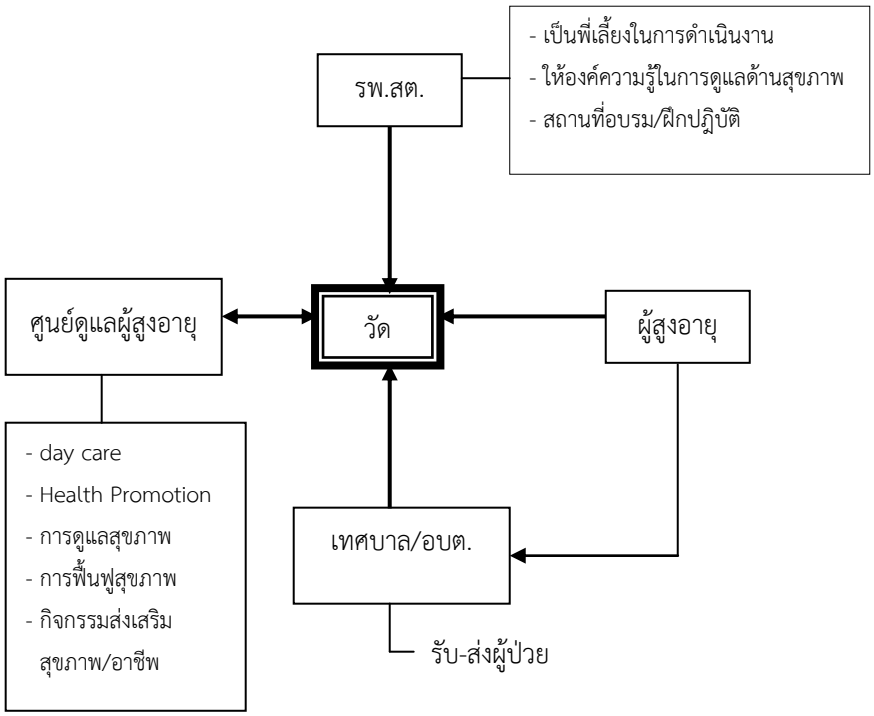
7. ผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

8. มีการวางแผนการติดตามและประเมินการดำเนินงาน

สรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุจากการมีส่วนรวมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากการทำสนทนากลุ่มสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดังนี้

รูปแบบที่ 1 วัดเป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว

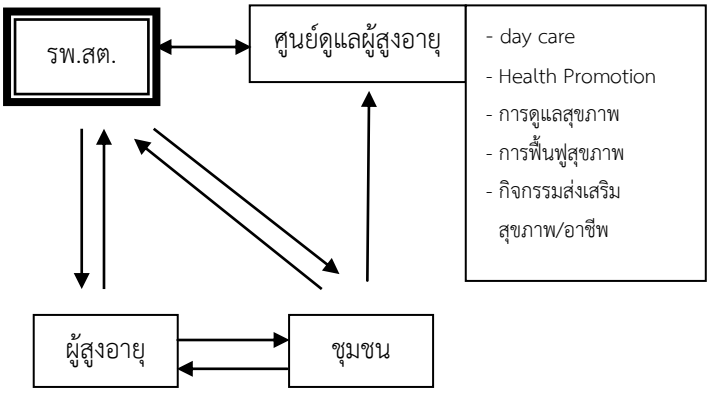


สถานที่ตั้ง วัด

ผู้รับผิดชอบ ผู้สูงอายุ/วัด/อบต.

แหล่งงบประมาณ ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

รูปแบบที่ 2 รพ.สต. เป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว

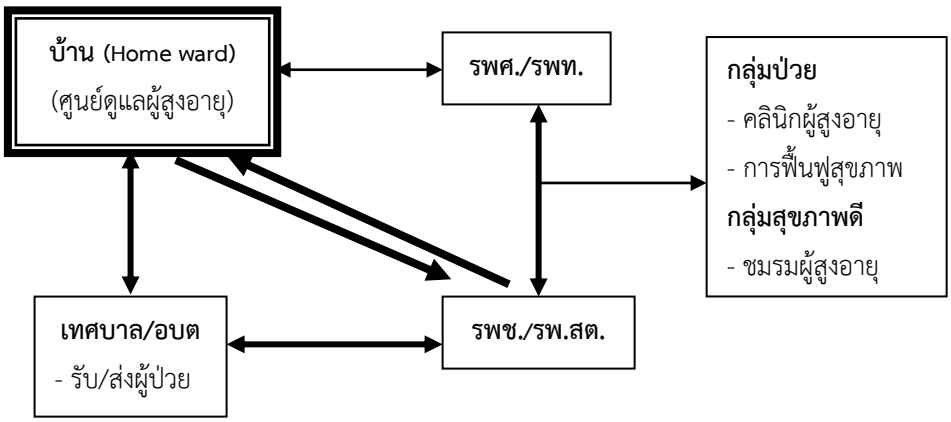


สถานที่ตั้ง รพ.สต.

ผู้รับผิดชอบ ผู้สูงอายุ/รพ.สต./วัด

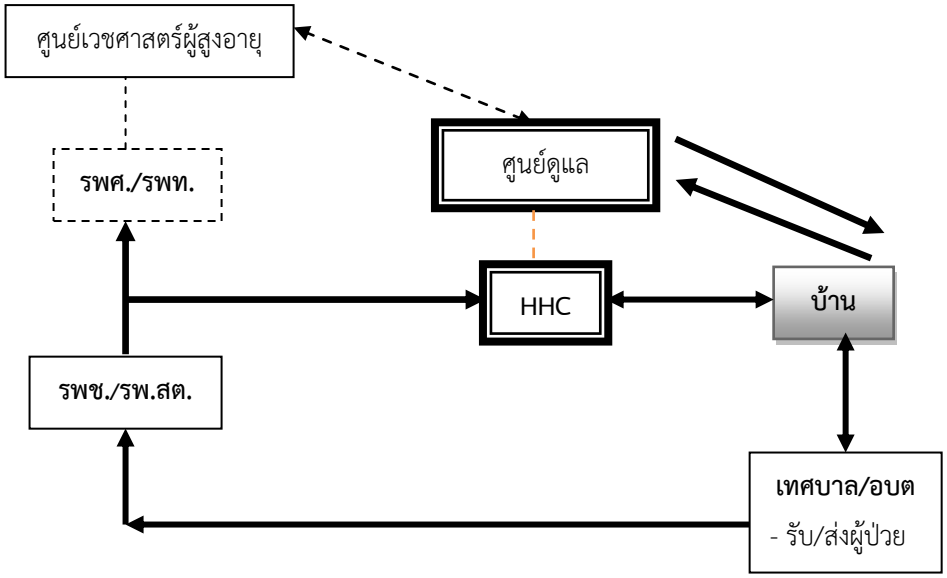
แหล่งงบประมาณ ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

รูปแบบที่ 3 บ้านเป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว



สถานที่ตั้ง	บ้าน
ผู้รับผิดชอบ	ผู้สูงอายุ/รพศ./รพช./รพ.สต.
แหล่งงบประมาณ	ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

รูปแบบที่ 4 ระบบ Home Health Care เป็นศูนย์ประสานงานในการดูแลระยะยาว



สถานที่ตั้ง	ในชุมชน
ผู้รับผิดชอบ	ผู้สูงอายุ/HHCของรพศ.และรพช./รพ.สต.
แหล่งงบประมาณ	ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนา

1. สร้างความตระหนักและทัศนคติและแนวคิดด้านผู้สูงอายุให้กับบุคลากรหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องด้านผู้สูงอายุ

2. นโยบาย แผนงาน ข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่องผู้สูงอายุต้องชัดเจน มีการชี้แจงให้กับผู้ปฏิบัติ และหน่วยงานที่ทำงานและเกี่ยวข้องทราบ

3. บูรณาการการทำงานด้านผู้สูงอายุ เช่น ประเด็น การส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงทรัพยากร คำแนะนำเรื่องสิทธิสำหรับผู้สูงอายุ กับหน่วยงานที่ดำเนินงานและเกี่ยวข้อง

4. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางสาธารณสุขให้มีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และเพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานด้านผู้สูงอายุให้เพียงพอ เพื่อรองรับการบริการที่ต้องการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ

5. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล การส่งต่อข้อมูลด้านผู้สูงอายุ เช่น การแบ่งกลุ่มอายุผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นจิตอาสาให้ชัดเจน

6. ความเชื่อมโยงของระบบการดูแลผู้สูงอายุจากสถานบริการสู่ชุมชน เริ่มตั้งแต่ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ระบบ HHC ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และรพ.สต.เพื่อเชื่อมกับระบบการส่งต่อ

7. เน้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

8. การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มและอย่างต่อเนื่องในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

9. สร้าง**ความเข้มแข็งของครอบครัว**ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยที่เรายังเป็นครอบครัวขยายและให้ความเคารพผู้สูงวัยในบ้าน

10. ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานควรเป็นภารกิจหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทดูแลภาพรวมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งด้านสุขภาพ โดยทำหน้าที่ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีจุดแข็งด้านการให้บริการในประเด็นของผู้ดูแลเป็นครอบครัวเดียวกัน สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยที่เป็นลักษณะครอบครัวขยาย และให้การเคารพผู้สูงอายุ ขณะที่ในชุมชนก็มีศักยภาพในการจัดหาแหล่งเงินทุนเอง เพื่อนำมาทำกิจกรรมของกลุ่ม ได้แก่ การทอดผ้าป่า ทอดกฐิน เป็นต้น ในส่วนของวัสดุและอุปกรณ์ต่างๆ สามารถระดมทุนมาจากชุมชนเอง และการสนับสนุนจากภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองท้องถิ่น และภาคเอกชนในพื้นที่ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยมี**ชุมชน**เป็น “SOURCE” ในการให้การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ โดยสามารถสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนได้ 4 รูปแบบด้วยกัน 1) วัดเป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว 2) รพ.สต. เป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว 3) บ้านเป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว และ 4) Home Health Care เป็นศูนย์ประสานในการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานควรเป็นภาระกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุนด้านวิชาการและกิจกรรมด้านสุขภาพ และผู้สูงอายุในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมา	2
วัตถุประสงค์	2
คำนิยามศัพท์	2
ขอบเขตการศึกษา	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	5
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	65
บทที่ 4 ผลการศึกษา	69
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา	116
บรรณานุกรม	120
ภาคผนวก	124

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ 69

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม 70

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับใคร 70

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละเมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุมีผู้ดูแล 71

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผู้ดูแลผู้สูงอายุ 71

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของอาชีพและความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ 71

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละรายได้ของผู้สูงอายุที่เทียบกับเส้นความยากจนของประเทศ 72

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ 72

ตารางที่ 9 จำนวนและองค์กรที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย 72

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ 73

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ 73

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ 74

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ 74

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละการใช้ยาจำแนกตามเพศ 75

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละข้อมูลสุขภาพจำแนกตามเพศ 75

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละอุบัติเหตุทางสมองตามกลุ่มอายุ 76

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพจำแนกตามเพศ 77

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ 78

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละระบบการขับถ่ายในผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ 78

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละปัญหาระบบการขับถ่ายของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ 79

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ 80

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ 80

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ 81

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ 81

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละสถานบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุใช้บริการ 82

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละการเดินทางมารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ 82

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ 83

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ 84

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละระดับโภชนาการผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ 85

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ 86

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละลักษณะสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม 87

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านบริการ 88

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ 89

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ 90

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวกการให้บริการ 90

ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการ 91

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจภาพรวมของผู้สูงอายุที่มารับบริการ 91

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละเพศของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม 92

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละกลุ่มอายุของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม 92

ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละกลุ่มอายุที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามรายได้ 93

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละอาชีพของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม 93

ตารางที่ 42 จำนวนและร้อยละเพศที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามอาชีพ 94

ตารางที่ 43 จำนวนและร้อยละรายได้ของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม 94

ตารางที่ 44 จำนวนและร้อยละครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ต้องดูแล 95

ตารางที่ 45 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ต้องดูแลจำแนกตามอาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม 95

ตารางที่ 46 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องดูแล 95

ตารางที่ 47 จำนวนและร้อยละผู้ดูแลผู้สูงอายุ 96

ตารางที่ 48 จำนวนและร้อยละการดูแลผู้สูงอายุ 96

ตารางที่ 49 จำนวนและร้อยละการรับสื่อด้านสุขภาพของครอบครัวและผู้ดูแล 97

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 50 จำนวนและร้อยละความรู้ที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้รับ 97

ตารางที่ 51 จำนวนและร้อยละความต้องการศูนย์สุขภาพหรือสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ 97

ตารางที่ 52 จำนวนและร้อยละเพศที่ต้องการศูนย์สุขภาพหรือสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ 98

ตารางที่ 53 จำนวนและร้อยละรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ 98

ตารางที่ 54 จำนวนและร้อยละค่าใช้จ่ายต่อเดือนสำหรับผู้สูงอายุ 99

ตารางที่ 55 จำนวนและร้อยละค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ 99
ของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 56 จำนวนและร้อยละค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุจำแนกตามอาชีพ 100
ของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 57 จำนวนและร้อยละค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ 100

ตารางที่ 58 จำนวนและร้อยละค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลจำแนกตามอาชีพ 101
ของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 59 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านบริการ 102

ตารางที่ 60 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ 103

ตารางที่ 61 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ 104

ตารางที่ 62 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวกการให้บริการ 104

ตารางที่ 63 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการ 105

ตารางที่ 64 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม 105

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

จากการก้าวสู่สังคมสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจนของสังคมไทยในศตวรรษที่ 21 พบว่าขนาดหรือจำนวนของประชากรรวมและประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2503 จนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต ขณะที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุหรือประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจาก 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 7.4 ล้านคนในปีปัจจุบัน และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มสูงขึ้น โดยใน ปี พ.ศ. 2550 ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรไทยจะเป็นประชากรสูงอายุ ภายในปี พ.ศ. 2573 คาดประมาณกันว่าสัดส่วนจะเพิ่มเป็นถึง 1 ใน 4

การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุนั้นต้องการบริการด้านการแพทย์และพยาบาลที่ต่างไปจากคนในวัยอื่น เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของร่างกาย พฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ผ่านมา รวมถึงสิ่งแวดล้อม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะกระดูกพรุน รวมถึงบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม ซึ่งภาวะดังกล่าวนำมาซึ่งภาวะทุพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 ผู้ป่วยในรายบุคคลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ/โภชนาการ/เมตะบอลิกอื่น เบาหวาน โลหิตจาง และอาการ/อาการแสดง/สิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก และไตวาย จากรายงานประจำปีผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551 พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) จำนวน1.6 ล้านราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.6) และเพศชาย (ร้อยละ 45.4) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.5) กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 40.8 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.7 พบว่าผู้สูงอายุเข้านอนพักรักษาแบบผู้ป่วยใน มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.22 วัน ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีวันนอนเท่ากับ 6.77 วัน ฉะนั้นในสังคมผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะมีบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่เหมาะสม หลายประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุจัดบริการเช่นนี้สำหรับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ

ประเทศไทยก็ได้ตระหนักถึงความต้องการนี้มานานแล้ว โดยมีหลายหน่วยงานเข้ามาร่วมมือกันในการทำงานด้านผู้สูงอายุทั้งทางด้านการแพทย์ และด้านสังคมเศรษฐกิจ สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11(1) ด้านการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้สะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ รวมทั้งแผนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความสำคัญในประด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และการทำงานแบบบูรณาการในหน่วยงานต่าง ๆ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข และได้ผลักดันงานด้านผู้สูงอายุในเชิงนโยบาย การฝึกอบรมบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาลและสหสาขาวิชา การจัดทำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคต่างๆ รวมทั้งการผลักดันการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของประเทศ

ไทย ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนางานด้านผู้สูงอายุในส่วนของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีความชัดเจนและสามารถดำเนินงานได้ในสถานบริการแต่ละระดับสำหรับประเทศไทยนั้น รวมทั้งการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพที่มีในชุมชนและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชนดำเนินการเอง ทีมงานวิจัยของสถาบันฯ จึงสนใจที่จะดำเนินงานวิจัย เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีความเชื่อมโยงระหว่างในสถานบริการและชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุครอบคลุมครบวงจรได้คุณภาพ มาตรฐาน และทั่วถึงทุกระดับ รวมทั้งการจัดทำนโยบายและแผนงานโครงการเพื่อรองรับการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวของประเทศไทยในอนาคต

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน
2. เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วมร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน
3. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

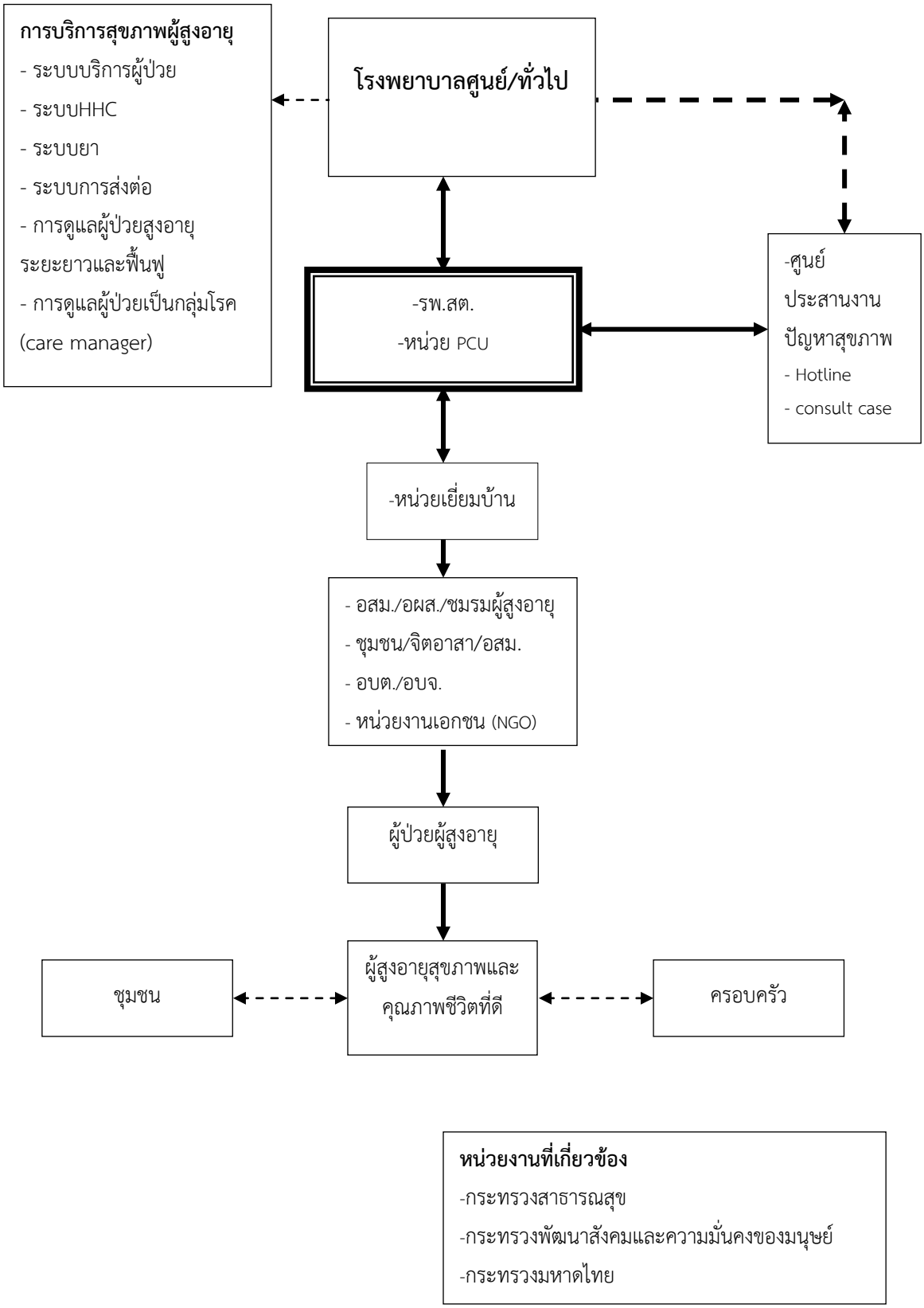
นิยามคำศัพท์

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า
2. การดูแลระยะยาวในชุมชน หมายถึง การดูแลทั้งในด้าน กาย จิต และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุ ดำรงตนหรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้
3. ผู้นำชุมชน หมายถึง นายกอบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชนที่ทำการศึกษา

ขอบเขตของโครงการวิจัย

ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในชุมชน กรณีศึกษา หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปางและศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเชื่อมโยงกับระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกับโรงพยาบาลส่งเริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งทำการศึกษาความพึงพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนต่อระบบบริการให้ชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบัน

8. ทฤษฎี สมมุติฐาน (ถ้ามี) และกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

2. ทราบข้อมูลพื้นฐาน/สถานการณ์การปัญหาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน

3. เพื่อการจัดทำและวางแผนดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนสำหรับประเทศ

4. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. ครอบครัวของผู้สูงอายุและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาตรฐาน

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก โดยประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น สัดส่วนของผู้สูงวัยจะเพิ่มจากร้อยละ 7.2 ในปี พ.ศ.2533 เป็นร้อยละ 9.2 ในปี พ.ศ.2543 เป็นร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ.2553 และเป็นร้อยละ 15.3 ในปี พ.ศ.2562 การที่จำนวนผู้สูงวัย 60 ปี มีมากกว่า10% ของจำนวนประชากรนี้ ทำให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย (Aging Society) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ทำให้สัดส่วนประชากรสูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มเป็นร้อยละ 11.1 ในปี พ.ศ. 2551 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 อันจะทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว นอกจากอัตราการเพิ่มอย่างรวดเร็วแล้ว ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุที่ยืนยาวขึ้นซึ่งพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายหรือที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 10 ในปัจจุบันเป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2573 ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 10.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมดและอีกร้อยละ 1.1 ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มี นอกจากนี้ร้อยละ 2.2 ของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน (80 ปีขึ้นไป) ซึ่งต้องทุกข์ทรมานและเจ็บป่วยตามมาจากการเป็นผู้ดูแล นอกจากนี้ประชาชนไทยปัจจุบันยังถูกคุกคามด้วยโรคเรื้อรังและประสบภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลถึงภาวะสุขภาพที่ทำให้ตกอยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแลระยะยาว โดยผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในครอบครัวภายใต้ภาวะที่จำกัด เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันซึ่งครอบครัวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความจำเป็นต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวภายใต้ภาวะที่จำกัด ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแล เงิน และวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล นอกจากนั้นยังพบว่า ร้อยละ 4.8 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ปรากฏการณ์สำคัญที่น่าวิตกก็คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ร้อยละ 10 เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าในสังคมไทยมีแนวทางและค่านิยมสนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ/ผู้ทุพพลภาพที่บ้าน โดยสถาบันครอบครัวเป็นหลักในการดูแล แต่ก็มีรายงานปัญหาการที่ลูกต้องเข้าเมืองเพื่อทำงานและทิ้งผู้ป่วยให้ดูแลตนเองในบางพื้นที่ ปัญหาความเครียดของผู้ดูแล และสภาพในเมืองใหญ่ที่บุคคลต้องดิ้นรนหารายได้ จึงเป็นไปได้ยากที่ครอบครัวที่ยากจนจะดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้

สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

การศึกษาโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539 พบว่าภาวะทุพพลภาพเป็นปัญหาที่สำคัญในประชากรสูงอายุไทย โดยพบว่าผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน จะมีภาวะทุพพลภาพระยะยาว ร้อยละ 2.1 ของประชากรสูงอายุไทย มีภาวะพึ่งพิงในระดับสูงที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด และ ร้อยละ 6.7 ของประชากรสูงอายุต้องการในการดูแลสุขภาพลักษณะส่วนตัว จากการศึกษาเพื่อประมาณการความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุไทย พบว่ามีความชุกประมาณร้อยละ 3.4 โดยจะพบได้สูงถึง 1 ใน 6 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี หรือมากกว่า จากข้อมูลประมาณได้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุประเทศไทยจำนวน 380,000 คน

ต้องการการดูแลสุขลักษณะส่วนตัว โดยที่ราว 100,000-120,000 คน ต้องการผู้ดูแลใกล้ชิด และมีผู้สูงอายุราว 180,000 คน ที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อม พบสาเหตุของภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่สำคัญ ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง และภาวะบกพร่องทางกายภาพต่างๆ

จากการศึกษาพบว่าระดับความดันโลหิต และโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และกลุ่มอาการสมองเสื่อม สัดส่วนความสำเร็จการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงเป็นประโยชน์ในเชิงการสะท้อนคุณภาพ การบริการ การเข้าถึงบริการ และประสิทธิผลของการรักษา ลักษณะความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่ยากจนและอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ จะมีสุขภาพที่ด้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นชัดเจน และผู้สูงอายุในเขตชนบทเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการ และจากการศึกษาของคณะทำงานศึกษาภาระโรคของประเทศไทย (2551) พบว่าการสูญเสียที่วัดโดยดัชนี DALY ในวัยผู้สูงอายุมีภาระโรคแตกต่างจากกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและหญิง โดยเพศหญิงมีค่าดัชนี DALY อยู่ที่ 422 และเพศชาย อยู่ที่ 460 ต่อ 1,000 ราย โดยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ และอาการผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึก เช่น การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน และโรคระบบประสาท เช่น โรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ที่พบได้ในช่วงก้าวสู่วัยสูงอายุ

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ดังนี้ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน พบว่าภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้น และจากการสำรวจในปี 2547 พบเพศหญิง ร้อยละ 36.1 เพศชาย ร้อยละ 15.4 เพิ่มเป็น ร้อยละ 45 และ 18.6 ตามลำดับ ในปี 2552 ในกลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีดัชนีมวลกายลดลง และต่ำเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ ร้อยละ 2.9 ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี ความชุกเพิ่มขึ้นตามลำดับจนสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นร้อยละ 55.9 พบเพศชายและหญิงมีความชุกใกล้เคียงกันทุกกลุ่มอายุ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่าระดับเฉลี่ยคอเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) พบว่า เท่ากับ 204 มก./ดล. ค่าเฉลี่ยในเพศหญิงสูงกว่าชาย (208.6 และ 199.2 มก./ดล.) ระดับไขมันโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามอายุ พบสูงสุดกลุ่มอายุ 60-69 ปี ในเพศหญิง ระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือด พบเพศหญิงสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี (168.2 มก./ดล.) ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ปัจจัยจะเสี่ยงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี (เพศชาย ร้อยละ 41.2 และ เพศหญิง ร้อยละ 45.2) และกลุ่มอายุ 70-79 ปี (เพศชาย ร้อยละ 38.4 และ เพศหญิง ร้อยละ43) ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) พบความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ ที่เพิ่มขึ้นและสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี จากการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าในเพศชายและหญิง มีความชุกใกล้เคียงกัน ความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น สูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.8 อัมพฤกษ์ อัมพาต จากโรคหลอดเลือดสมอง พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4.3 (เพศชาย ร้อยละ 6.2 และ เพศหญิง ร้อยละ 2.7) ภาวะโลหิตจาง ความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.7 ในเพศหญิงลดลงจาก 12.7 เป็น 11.5 มก./ดล. ในเพศชายและหญิงความชุกใกล้เคียงกัน และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย ภาวะโลหิตจางถึงร้อยละ 94.6 ภาวะซึมเศร้าพบมากในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นเพศชาย ร้อยละ 3.7 และเพศหญิง ร้อยละ 7

นโยบายการจัดระบบบริการสุขภาพการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุประเทศไทย

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)

แผนนี้ได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีมาตรการเรื่องการพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพและสังคมที่สอดประสานกัน และเน้นการบริการถึงบ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานผลการประเมินแผนฯ ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมาพบว่า งานด้านผู้สูงอายุแม้จะมีการกำหนดในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และมีการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ หากในทางปฏิบัติยังขับเคลื่อนไปไม่ได้มาก เพราะไม่มีการกำหนดเป็น ‘วาระแห่งชาติ’ ประกอบกับ พ.ร.บ.ผู้สูงอายุไม่มีการกำหนดบทลงโทษ หากไม่มีการปฏิบัติตาม ผู้ปฏิบัติอาจทำก็ได้ไม่ทำก็ได้ ยิ่งไปกว่านั้นการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลบ่อยๆ ทำให้นโยบายไม่มีความต่อเนื่อง ทั้งนักการเมืองในระดับชาติ และระดับท้องถิ่นยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง และผู้สูงอายุเองก็ขาดพลังในการต่อรอง

ภาพรวมของผลการประเมินแผนฯ มีข้อเสนอแนะสำคัญบางประการว่า ควรทำงานเชิงรุกโดยผลักดันให้แผนผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดนโยบายทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น โดยเป็นนโยบายที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเอง และดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมผู้สูงอายุ โดยผ่านสภาผู้สูงอายุ และองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ควรจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุในทุกชุมชน และเชื่อมโยงสู่ส่วนกลาง เป็นศูนย์รวมข้อมูลทั้งประเทศ และส่งเสริมศักยภาพการทำงานด้านผู้สูงอายุของท้องถิ่น โดยจัดให้มีพี่เลี้ยงหรือคณะที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือเชิงวิชาการและการบริหารจัดการ สำหรับงานผู้สูงอายุที่ควรเน้นการดำเนินการในช่วง 5 ปีข้างหน้า ประเด็นหนึ่ง คือการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย เน้น ‘ความพอเพียง’ และ ‘ความยั่งยืน’ ของระบบบริการ

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ได้มีผลบังคับใช้ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ในเรื่องของการกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่น กำหนดชัดเจนว่าจะต้องส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนและครอบครัว ส่งผลให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านผู้สูงอายุหลายประการที่ภาคราชการส่วนกลางดำเนินการอยู่ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในส่วนของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก็ได้มีการถ่ายโอนภารกิจการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นรับไปดำเนิน งานตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 รวมทั้งในปี พ.ศ.2547 ได้มีการถ่ายโอนภารกิจงานสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 13 แห่ง และ ศูนย์บริการผู้สูงอายุจำนวน 2 แห่ง ให้กรุงเทพมหานครและ องค์กรปกครองท้องถิ่น (อบจ.) รับไปดำเนินการในปี พ.ศ. 2548 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนด มาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ 6 ประการ ได้แก่

1) มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล
2) มาตรฐานด้านรายได้
3) มาตรฐานด้านที่พักอาศัย
4) มาตรฐานด้านนันทนาการ
5) มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
6) มาตรฐานการสร้างบูรการทางสังคม และเครือข่ายการเกื้อหนุน

กำหนดตัวชี้วัดเป็น 2 ระดับคือ ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐาน (Primary Indicators) เป็นภารกิจที่ต้องทำเพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และตัวชี้วัดขั้นพัฒนา (Performance Indicators) เป็นภารกิจเลือกทำได้ตามศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นั้นๆ เพื่อพัฒนายกระดับการให้บริการหรือสวัสดิการสูงขึ้น การมีมาตรฐานงานกำหนดไว้ถือเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ให้เป็นภารกิจหนึ่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งในระดับท้องถิ่นและส่วนกลาง แม้ว่าในทางปฏิบัติองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงมีจุดอ่อนและอุปสรรคด้านงบประมาณ บุคลากร ข้อมูล และความรู้ที่ทำให้ยังไม่สามารถบรรลุตามมาตรฐาน แต่ยังคงมีจุดแข็งในด้านเครือข่ายความร่วมมือ ได้แก่ การประสานงานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับคนในชุมชน และองค์กรในชุมชน โดยเฉพาะชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สถานีอนามัย กลุ่มแม่บ้าน และอาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.) ในชุมชน

อปท.ที่สามารถพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง มีภาคประชาสังคมที่ดี จะมีบทบาทอย่างยิ่งในการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่ใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานแนวทางการแก้ปัญหาการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุบูรณาการบริการสุขภาพและสังคม การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ จำเป็นต้องบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกคนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ลดความทุพพลภาพหรือพิการซ้ำซ้อน และเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องมีมาตรการให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ที่บ้านและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนและภาคประชาสังคมช่วยเหลือเกื้อกูลครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการสร้างจิตสำนึกรวมไปสู่การเป็น ‘สังคมไม่ทอดทิ้งกัน’ ควบคู่ไปกับการเร่งรัดพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ตระหนักและเห็นความสำคัญ และมีความพร้อมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมภาคเอกชนและองค์กรการกุศลให้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอ ทั้งกลุ่มที่เป็นวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานและมาตรการกำกับดูแลสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาครัฐและเอกชน เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ มีเจ้าภาพและสร้างทีมดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน แนวทางดังกล่าวนี้ได้เป็นข้อเสนอในการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ เมื่อวันที่ 7 และ 8 เมษายน พ.ศ.2552 ให้เร่งรัดการสร้างทีมการดูแล ผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนที่มีผู้จัดการรายกรณี (Care Manager) เพื่อให้มีบริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

นโยบาย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

นโยบาย กฎหมาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการจัดบริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุนั้น มีกฎหมายหลายฉบับที่กล่าวถึง ได้แก่

รัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 มาตรา 80 “รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม” ได้ระบุชัดถึงการพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัว และชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ในกฎหมายรองรับ อันได้แก่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11 “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ”ซึ่งประกอบด้วย

อนุมาตรา (1) - (13) อาทิ การรับบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่สะดวกรวดเร็วขึ้น การอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นๆ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง การให้คำแนะนำ ปรึกษา และช่วยเหลือแก้ไขปัญหาครอบครัวการจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง เป็นต้น

ในมาตรา 11 เป็นสิทธิการเข้าถึงบริการเพียงบางประการ ยังขาดความครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้ทุพพลภาพ หรือพิการ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากพึ่งพาตนเองได้น้อยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 6“สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย” จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งอาจเป็นทั้งผู้ยากไร้ ผู้ทุพพลภาพหรือพิการ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากคนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายตามกฎหมายนี้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวทั้งบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคม

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) การศึกษาวรรณกรรมเปรียบเทียบ ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศต่างๆ ใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) พัฒนาการและแนวคิดของระบบดูแลระยะยาว 2) ความครอบคลุมของการจัดบริการ 3) ระบบการเงิน การคลัง 4) การบริหารจัดการ และ 5) ความช่วยเหลือและผลกระทบต่อครอบครัวและเครือข่ายนอกระบบ พบว่าภาครัฐมีบทบาทในระดับต่างกันขึ้นกับแนวคิดพื้นฐานทางสังคมของแต่ละประเทศ การจัดการมีความครอบคลุมทั้งความต้องการการดูแลส่วนบุคคล และความเป็นอยู่ทั้งในสถานบริการและในชุมชน สิทธิประโยชน์อาจอยู่ในรูปของเงินสด รวมทั้งการให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในด้านการเงิน แหล่งที่มาของการเงิน การคลังของระบบประกอบด้วยภาษีจ่ายร่วม การจ่ายเงินสมทบจากสามฝ่าย และจากกระเป๋าผู้ใช้บริการ การครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่พบบ่อย คือ การจ่ายร่วมด้านการบริการจัดการ มีการกำหนดได้รับสิทธิการประเมินภาวะพึ่งพิงร่วมกับระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดูแลด้านความช่วยเหลือ ครอบครัว และเครือข่ายนอกระบบ มีหลายรูปแบบ เช่น การจัดบริการสนับสนุน

การให้เงินช่วยเหลือครอบครัวและเครือข่ายนอกระบบมีหลายรูปแบบ เช่น การจัดบริการสนับสนุน การให้เงินช่วยเหลือครอบครัว การลดหย่อนภาษีให้กับครอบครัวที่ให้การดูแลสมาชิกที่มีภาวะพึ่งพา การให้สิทธิทดแทนการออกงานและสิทธิในการรับบำนาญขั้นพื้นฐาน ข้อเสนอแนะในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับประเทศไทย คือ การพัฒนาระบบควรมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการความเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ขณะที่รัฐมีบทบาทในการสนับสนุนให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแลโดยมีระบบที่รองรับสำหรับที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้

การประชุมสมัชชาผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2552 เน้นดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

สรุปผลการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติปี 2552 เห็นควรเสนอต่อรัฐบาล 5 ข้อ โดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่งเสริมการรวมกลุ่มชมรมที่เข้มแข็ง เสริมศักยภาพผู้ดูแล-ชุมชนให้มีคุณภาพ จัดสถานที่ดูแลผู้สูงอายุครบวงจรในชุมชน กำกับควบคุมสถานที่ดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน พร้อมทั้งสนับสนุน การผลิตฝึกอบรมกำลังคนดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพและเพียงพอ

การประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี 2552 ได้จัดทำข้อเสนอการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวดังนี้

1. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและยาวนานที่สุด โดยส่งเสริมให้มีรายได้ให้เพียงพอแก่ความจำเป็นในการดำรงชีพ ให้มีการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ มีการอบรมหลักสูตรการเตรียมตัวก่อนเป็นผู้สูงอายุ การส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง รวมทั้งส่งเสริมให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการดูแลจิตใจของผู้สูงอายุ โดยมีกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกรุงเทพมหานคร (กทม.) เป็นแกนกลางดำเนินการ

2. การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ควรส่งเสริมให้มีการดูแลที่บ้านเป็นอันดับแรก ซึ่งเป็นระบบที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุมากที่สุด รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแลให้มีความรู้และความสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ ได้แก่ การช่วยเหลือค่าใช้จ่าย การจัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน

3. การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หากครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในชุมชน โดยการสนับสนุนให้ อบต. เทศบาล และสถาบันศาสนา จัดให้มีสถานบริการผู้สูงอายุขึ้นในชุมชน มีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้จัดการแต่ละกรณี มีการทบทวนกฎหมายและระเบียบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จัดให้มีสถานที่ในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเพื่อดูแลแบบครบวงจร รวมทั้งจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อประโยชน์ในการบริการและพัฒนางานผู้สูงอายุ โดยมี สธ./กทม./อปท. สถาบันการศึกษาในพื้นที่ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแกนนำในดำเนินการ

4. การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ โดยกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และท้องถิ่น ดำเนินการจัดตั้งสถานบริการหรือหน่วยงานให้บริการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุม โดยการกำหนดองค์กรในการดูแลและรับขึ้นทะเบียนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ กำกับและควบคุมดูแลโรงเรียนและสถานดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน ส่งเสริมอปท. ภาคเอกชนจัดให้มีบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในระดับชาติ ตลอดจนมีการบูรณาการการดูแล ทั้งด้านสังคมและสุขภาพในสถานบริการ

5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรจัดทำแผนสนับสนุนการผลิตและฝึกอบรมกำลังคน ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการให้เพียงพอทั้งจำนวน และคุณภาพ รวมทั้งกำกับควบคุมโรงเรียนสอนดูแลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน และให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นทบทวนกฎหมายและระเบียบเพื่อสนับสนุนให้อปท. มีบทบาทในการจัดระบบบริการสุขภาพและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และสนับสนุนงบประมาณ รวมทั้งจัดให้มีผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

นิยามคำศัพท์

การดูแลระยะยาว หมายถึง เป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลนอกระบบทั้งครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ที่ต้องการดูแล รวมทั้งผู้ดูแลในระบบ หมายถึง ทั้งบุคลากรทางด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม ในสายวิชาชีพและผู้ช่วย ตลอดจนผู้ดูแลดั้งเดิม และอาสาสมัครปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ต้องการดูแล (WHO,1999)

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเอง ได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ

ภาวะพึ่งพึง หมายถึง ภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต และประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพึง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) อย่างเป็นอิสระของตนเอง อันหมายถึงการดูแลตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำทำความสะอาดแต่งตัว ขับถ่าย ลุก-นั่ง การเดินและเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ซึ่งร่วมการทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต่อชีวิตประจำวัน เช่นการเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การหุงหาอาหาร เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะพึ่งพิงที่สูง (ที่อาจวัดด้วยเครื่องมือดัชนีบาร์เทลหรือดัชนี ADL) ถือเป็นผู้ที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน

การดูแลในชุมชน หมายถึง การดูแลที่ใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสมาชิกในชุมชน อาจจัดโดยหน่วยบริการที่อยู่ในหรือนอกชุมชน เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแล อยู่ในสถานะที่เรียกว่ามี ‘บทบาทเชิงซ้อน’ (Sandwich Roles) คือต้องรับบทบาทหลายด้าน ทั้งบทบาทของภรรยา แม่บ้าน การทำงานเพื่อหารายได้ หรือดูแลบุตรและบุพการีไปพร้อมกัน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการในครอบครัว โดยเฉพาะที่มีฐานะยากจนต้องประสบปัญหาในการดูแล ทั้งการขาดความรู้ มีปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลหากต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานาน

ชมรมผู้สูงอายุ เป็นภาคเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร ที่ขึ้นทะเบียนกับสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ รวมทั้งสิ้น 19,970 ชมรมทั่วประเทศ ยังมีชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งโดยชุมชนเอง หรือองค์กรอื่นๆ มีบทบาทสำคัญ ในการเกื้อหนุนช่วยเหลือเผื่อแผ่ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในชุมชนได้ตระหนัก ถึงปัญหาผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ที่ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล จึงจัดอาสาสมัครเพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตามโครงการอาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ

ระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดให้มีบริการที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ อันมีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของร่างกายหรือเกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการ โดยเน้นการดูแลด้านชีวิตประจำวัน ด้านที่อยู่อาศัย และด้านอื่นๆ ที่จำเป็นกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การจัดบริการบนพื้นฐานของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Home Care) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในสถาบันประเภทต่างๆ (Institutional Care) การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์พิเศษ (วรเวศม์ สุวรรณระดาและคณะ, 2552)

จากการรวบรวมข้อมูลรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในต่างประเทศ อาจจะแบ่งตามที่พำนักและระยะเวลาการพำนักในสถาบันของผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริการดูแลผู้สูงอายุแบบเยี่ยมเยียนที่บ้าน (Home Visit) การบริการดูแลผู้สูงอายุที่มาพำนักในสถาบันระยะสั้น (Short Stay) การบริการดูแลผู้สูงอายุที่มาพำนักในสถาบันระยะยาว (Long Stay) และบริการในรูปแบบอื่นๆ ยังพบว่า ผู้ให้บริการดูแลระยะยาวก็มีหลากหลายรูปแบบเช่นกันได้แก่ รัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่นหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ องค์กรทางศาสนา เป็นต้น ในบางประเทศมีองค์กรรูปแบบพิเศษอื่นๆ ที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อให้การจัดบริการสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุมีความคล่องตัวมากขึ้น เช่น องค์กรรูปแบบนิติบุคคล NPO ซึ่งสนับสนุนให้กลุ่มอาสาสมัครหรือกลุ่มไม่แสวงหาผลกำไรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุมีความเป็นทางการมากขึ้น เพื่อความคล่องตัวและความโปร่งใสในการดำเนินกิจการ

1. ระบบการเงินการคลังเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ระบบการเงินการคลังเพื่อการดูแลผู้สูงอายุจะเป็นตัวกำหนดว่าในการรับบริการดูแลระยะยาวประเภทต่างๆ จากผู้ให้บริการนั้น ผู้รับบริการจะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายต่อบริการดังกล่าวอย่างไร มิได้แตกต่างจากระบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพหรือการรักษาพยาบาล ระบบการเงินการคลังเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเป็นไปได้ตั้งแต่ ระบบผู้บริการเป็นผู้แบกภาระค่าใช้จ่ายเต็ม ระบบการประกันการดูแลระยะยาวเอกชน (Private Long Term Care Insurance) ระบบการประกันดูแลระยะยาวภาครัฐ (Public Long Term Care Insurance) และระบบรัฐเป็นผู้แบกภาระโดยใช้แหล่งเงินทุนจากภาษีอากร ซึ่งแต่ละระบบนั้นมีความแตกต่างกันในประเด็นของขอบเขตของประชาชนที่จะได้รับสิทธิประโยชน์และการแบกภาระค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงบริการ

2. ระบบสนับสนุนการปฏิบัติภารกิจแทนผู้สูงอายุ

ในสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถจัดการหรือกระทำภารกิจใดๆ ได้ เช่นอยู่ในอาการหลงลืม ภาวะสมองเสื่อม จึงทำให้ขาดความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง เช่น การกระทำธุระกรรมประเภทต่างๆ การจัดการทรัพย์สิน เป็นต้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีบุคคลที่สามซึ่งวางใจได้มาเป็นผู้กระทำแทน หรือในสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุอาจจะยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนและอยู่ในสภาพที่ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แต่ผู้สูงอายุอาจจะมีความต้องการให้บุคคลที่สามกระทำการใดๆ แทน ในต่างประเทศมีระบบสนับสนุนการปฏิบัติภารกิจแทนผู้สูงอายุ รองรับและมีรูปแบบที่หลากหลายตั้งแต่ระบบที่รัฐบาลเข้าไปมีบทบาทในเชิงบังคับหลังจากที่ผู้สูงอายุตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองจนถึงระบบที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกผู้ปฏิบัติภารกิจในขณะที่ตนเองยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนและสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอยู่ ระบบที่กล่าวถึงนั้นได้แก่ ระบบการพิทักษ์และอนุบาลผู้สูงอายุ ระบบการขอแต่งตั้งผู้กระทำแทน การทำสัญญามอบอำนาจให้บุคคลที่สามารถกระทำแทน และระบบทรัสต์

รูปแบบของการคลังเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ระบบการเงินการคลัง	สิทธิประโยชน์และภาระทางการเงิน	การเข้าถึงบริการ	ปัญหา
ระบบผู้รับบริการเป็นผู้แบกภาระค่าใช้จ่ายเต็ม	ผู้สูงอายุที่ใช้บริการและ/หรือครอบครัวผู้แบกภาระ ส่วนผู้สูงอายุที่แข็งแรงและไม่ได้ใช้บริการไม่ต้องแบกภาระ	ผู้สูงอายุหรือครอบครัวที่มีฐานะทางการเงินสามารถเข้าถึงบริการ	ผู้สูงอายุหรือครอบครัวที่มีฐานะทางการเงินไม่ดีไม่สามารถเข้าถึงบริการ
ระบบการประกันการดูแลระยะยาวเอกชน	- ผู้สูงอายุ/ครอบครัวที่มีฐานะสามารถประกันความเสี่ยงได้ - ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงอาจต้องแบกภาระเงินประกันที่สูง - ผลิตภัณฑ์อาจจะไม่องค์ประกอบเชิงสังคม	- ผู้สูงอายุที่ถูกประกันตนเท่านั้นที่ได้รับประโยชน์ - ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงอาจจะถูกกีดกันออกจากการซื้อประกันเอกชน	ระดับเงินประกันจะสูงเกินกว่าที่ผู้สูงอายุ/ครอบครัวบางกลุ่มจะจ่ายได้
ระบบการประกันดูแลระยะยาวภาครัฐ	- นายจ้าง ลูกจ้าง และบางกรณีรัฐบาลร่วมกันสร้างหลักประกัน - ระดับการแบกภาระอาจเชื่อมโยงกับความสามารถทางเศรษฐกิจ	- ผู้สูงอายุที่ถูกประกันตนได้รับประโยชน์ - โดยพื้นฐานระบบเปิดกว้างสำหรับทุกคน	การสร้างระบบสำหรับผู้มีงานทำในภาคที่เป็นทางการเป็นเรื่องยาก
ระบบรัฐเป็นผู้แบกภาระโดยใช้แหล่งเงินทุนจากภาษีอากร	ผู้จ่ายภาระเป็นผู้รับภาระทางการเงิน	- ทุกคนเข้าถึงบริการได้	ข้อจำกัดด้านงบประมาณ

หมายเหตุ: ดัดแปลงจาก ILO (1997), Social Health Principles, Geneva. อ้างจาก Saito Yamamoto and Ichien et.al.(2002), Welfare Reform and the Role of the Government, Yuhikaku Press.

รูปแบบระบบสนับสนุนการปฏิบัติภารกิจแทนผู้สูงอายุ

ระบบ	รายละเอียด	ภารกิจที่ผู้อื่นกระทำการแทน	จังหวะเวลาของการใช้ประโยชน์
ระบบการพิทักษ์และอนุบาลผู้สูงอายุ	บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุร้องขอต่อศาลให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ไร้หรือเสมือนไร้ความสามารถ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศาลแต่งตั้งผู้ปฏิบัติหน้าที่หรือภารกิจแทนผู้สูงอายุ	ภารกิจที่กำหนดไว้ในกฎหมาย	หลังผู้สูงอายุตกอยู่ในสภาพไร้หรือเสมือนไร้ความสามารถ
ระบบการขอแต่งตั้งผู้พิทักษ์และอนุบาลผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุมีสิทธิยื่นขอแต่งตั้งผู้มีอำนาจในการปฏิบัติหน้าที่หรือภารกิจต่างๆ แทนผู้สูงอายุในเรื่องที่ผู้สูงอายุมีความประสงค์ที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย หากผู้สูงอายุตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถกระทำการตัดสินใจได้	ภารกิจที่ผู้สูงอายุมีความประสงค์และมีกำหนดไว้ในกฎหมาย	ก่อน(เริ่มมีผลบังคับใช้เมื่อผู้สูงอายุขาดความสามารถ)

ระบบ	รายละเอียด	ภารกิจที่ผู้อื่นกระทำการแทน	จังหวะเวลาของการใช้ประโยชน์
การทำสัญญามอบอำนาจให้บุคคลที่สาม	ผู้สูงอายุทำสัญญาที่มีผลตามกฎหมายเพื่อมอบอำนาจกับผู้ที่ผู้สูงอายุไว้วางใจให้ปฏิบัติหน้าที่แทนตนเองในเรื่องที่ผู้สูงอายุมีความประสงค์	ภารกิจที่ผู้สูงอายุมีความประสงค์และมีกำหนดไว้ในกฎหมาย	ก่อน(เริ่มมีผลบังคับใช้ตามสัญญา)
ระบบทรัสต์	ผู้สูงอายุมอบหมายให้ผู้อื่น (โดยส่วนใหญ่มักเป็นสถาบันการเงิน) บริหารจัดการทรัพย์สินของผู้สูงอายุและส่งมอบเงินต้นและผลประโยชน์คืนให้กับผู้สูงอายุตามที่ตกลงในสัญญา	เน้นเฉพาะการบริหารจัดการทรัพย์สิน	ก่อน (เริ่มมีผลบังคับใช้ตามสัญญา)

ที่มา: รศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ.โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ (2553)

ระบบการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ

องค์ประกอบของระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุนั้นประกอบด้วยระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ ระบบการเงินการคลังสำหรับดูแลผู้สูงอายุ และระบบสนับสนุนการปฏิบัติภารกิจแทนผู้สูงอายุที่พบในต่างประเทศ ได้แก่

1. รูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในต่างประเทศ

รูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุ แสดงถึงความหลากหลายในการให้บริการเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ในแต่ละประเทศจะเสนอรูปแบบการจัดบริการดูแลระยะยาวที่แตกต่างกันออกไป ดังต่อไปนี้

1.1 โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว (Long-stay Hospital) เป็นการรักษาพยาบาลโดยทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ โดยต้องผ่านการประเมินจากนายแพทย์ก่อน เช่น ในประเทศสิงคโปร์จะมีโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะให้บริการทั้งทางด้านการแพทย์ และการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อช่วยเหลือฟื้นฟูผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่จะสามารถเข้ารับบริการได้ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่ว่ามีความสามารถต่ำไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และต้องการดูแลเป็นพิเศษ

1.2 สถานบริบาล (Nursing Home) สถานบริบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้ที่บ้าน หรือที่ชุมชนมีพยาบาลหรือบุคคลที่ผ่านการอบรมคอยดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อดูแลรักษาสภาพของผู้ป่วยให้สมบูรณ์ทั้งกายและใจจนหายเป็นปกติ ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้ามาอยู่ในสถานบริบาลได้ทั้งระยะสั้น คือเมื่อรักษาสภาพร่างกายและจิตใจจนหายเป็นปกติหลังจากป่วยหรือผ่าตัด แล้วสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านหรือระยะยาวได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัลไซเมอร์ต้องได้รับการดูแลตลอดเวลา บริการหลักๆ ของสถานบริบาลผู้สูงอายุคือ ให้การดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การออกกำลังกาย เป็นต้น และการดูแลทางการแพทย์ ซึ่งในสถานบริบาลผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกานั้นจะประกอบด้วยห้องนอน ห้องอาบน้ำ จะเป็นห้องเดี่ยวหรือรวมแล้วแต่ความสามารถของผู้เข้ารับบริการเลือกห้องเดี่ยว จะต้องเสียค่าใช้จ่าย 192 เหรียญสหรัฐต่อวัน หรือ 70,080 เหรียญสหรัฐต่อปี และในกรณีผู้เข้ารับบริการเลือกห้องรวมจะต้องเสียค่าใช้จ่าย 169 เหรียญสหรัฐต่อวัน หรือ 61,685 เหรียญสหรัฐต่อปี ซึ่งในปี ค.ศ. 2005 มีสถานบริบาลผู้สูงอายุ 16,094 แห่ง มีเตียงให้บริการ 1.68 ล้านเตียง

1.3 สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice Care) เป็นสถานที่สำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเกือบวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยในการดูแล ลดอาการเจ็บปวดหรืออาการอื่นๆ เปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ โดยเป้าหมายในการดูแลคือส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ มีสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1,700 แห่ง

1.4 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เป็นการดูแลสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการรักษาโรคเบื้องต้น การพยาบาลที่บ้าน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความพิการ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพตามความต้องการและสามารถดูแลตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สหรัฐอเมริกามีตัวแทนที่ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน 17,000 แห่ง

1.5 บริการดูแลกลางวัน (Adult Day Care) ให้บริการฟื้นฟูสภาพ โดยจัดหากิจกรรมทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม และนันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งบริการนี้จะดูแลเฉพาะช่วงกลางวันในวันธรรมดาและวันหยุดจะไม่รับดูแล 24 ชั่วโมง เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย การดูแลและให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การควบคุมและรักษาระดับของสุขภาพ ซึ่งบางครั้งทางศูนย์บริการดูแลกลางวันในชุมชนจะทำหน้าที่จัดรถรับส่งผู้สูงอายุมาใช้บริการที่ศูนย์ได้ตลอดทั้งวันในปี ค.ศ. 2005 ประเทศญี่ปุ่นมีสถานบริการแบบดูแลกลางวัน 23,745 แห่ง ซึ่งแบ่งออกเป็นการไปรับการดูแลที่สถานดูแล 17,652 แห่ง และไปรับการฟื้นฟูที่สถานดูแล 6,093 แห่ง โดยในการไปรับการฟื้นฟูที่สถานดูแลนี้ยังแบ่งย่อยออกเป็นสถานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3,185 แห่ง และสถานพยาบาลเพื่อการดูแลระยะยาว 2,908 แห่ง

1.6 สถานดูแลระยะสั้น (Respite Care or short-term stay service) ให้บริการรับผู้สูงอายุไว้ดูแลระยะสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักหรือมีเวลาเป็นส่วนตัว เช่น ในประเทศญี่ปุ่นมี 2 ประเภท คือ บริการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการทางสังคม (Welfare short-stay) เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลได้ขั่วคราว ซึ่งการบริการที่ได้รับจะประกอบไปด้วย การดูแลในชีวิตประจำวัน การให้คำแนะนำและการดูแลสุขภาพ และบริการฝากดูแลระยะสั้นทางการแพทย์ (Medical short-stay) โดยบริการฝากดูแลระยะสั้นทางการแพทย์จะให้บริการที่คล้ายคลึงกับบริการฝากดูแลระยะสั้นทางบริการทางสังคม แต่สิ่งที่ต่างกันคือ จะเน้นจัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์เป็นพิเศษ ในญี่ปุ่นมีสถานบริการที่ดูแลกิจวัตรประจำวันระยะสั้น 6,216 แห่ง สถานบริการดูแลพยาบาลระยะสั้น 5,513 แห่ง สถานบริการแบบดูแลกิจวัตรประจำวันระยะสั้นแบบใช้ชีวิตร่วมกัน (สมองเสื่อม) 7,084 แห่ง และสถานบริการดูแลกิจวัตรประจำวันระยะสั้น (พิเศษ) 1,375 แห่ง

1.7 ที่อยู่อาศัยเฉพาะผู้สูงอายุ (Housing) เป็นรูปแบบบ้านพักอาศัยที่จัดเป็นชุมชนให้ผู้สูงอายุเช่าซื้อสิทธิ์ในการพักอาศัย โดยภายในชุมชนจะมีสาธารณูปโภคและลักษณะบ้านที่เหมาะสมถูกสุขลักษณะของผู้สูงอายุ และรวมถึงบ้านพักคนชราที่ให้บริการช่วยเหลือในด้านการดูแลส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการดูแลหากมีภาวะเจ็บป่วยในระยะสั้น เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกามีลักษณะที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุหลากหลายรูปแบบ เช่น ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ (Housing for Aging and Disabled Individuals) , Board and Care Homes, Assisted Living และชุมชนที่อยู่อาศัยในบั้นปลายชีวิต (Continuing Care Retirement Communities : CCRC) ซึ่งแต่ละรูปแบบก็จะมีค่าใช้จ่ายและเงื่อนไขในการเข้ารับบริการที่แตกต่างกันออกไปตามชนิดของบริการที่ต้องการ และสถานที่ต้องการพักอาศัย

1.8 ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation Center) เป็นบริการที่ช่วยฟื้นฟูสภาพการทำงานของร่างกายสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น เช่น ในประเทศญี่ปุ่น มีบริการจัดรถรับส่งผู้ป่วยให้มารับบริการทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์บริการ การมีโอกาสมารับบริการที่ศูนย์โดยตรงนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความโดดเดี่ยวและการปลีกตัวออกจากสังคมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย มีจำนวนศูนย์ฟื้นฟูสภาพ 6,093 แห่ง

1.9 ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Home for Dementia Patients) ช่วยเหลือผู้สูงอายุสมองเสื่อมซึ่งมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตที่บ้านของตนเอง ซึ่งอาจมีการจัดให้ผู้สูงอายุ 5-9 คน มาอยู่รวมกันเป็นกลุ่มในบ้านพักเดียวกัน โดยมีผู้ดูแลคอยให้บริการด้านต่างๆ เช่น การทำครัว การทำกิจกรรมกลุ่มต่างๆ ร่วมกัน

1.10 บริการดูแลสุขภาพฟัน (Dental Care) ซึ่งเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งการบริการประเภทนี้มีเฉพาะในประเทศสวีเดน

1.11 บริการให้เช่าอุปกรณ์ (Loan Equipment) บริการจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือสำหรับผู้ไร้ความสามารถหรือทุพพลภาพให้สามารถพึ่งตนเองได้และเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งในประเทศญี่ปุ่นผู้ใช้บริการสามารถเช่าอุปกรณ์ได้ที่บริษัทเอกชนหรือสำนักงานเขตที่ตนอาศัย

ลักษณะสำคัญของระบบการดูแลระยะยาวในประเทศต่างๆ

ประเทศออสเตรเลีย: เน้นสนับสนุนการบริการขั้นพื้นฐานให้กับผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพทุกคน โดยให้ชุดสิทธิประโยชน์ในการดูแลอย่างครอบคลุมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริการ และให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ระบบบริการเป็นแบบผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน ภาครัฐ มีโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและโปรแกรมการดูแลในชุมชน (Australia of Health and Welfare,2005) มีระบบการประกันสุขภาพของภาครัฐ และการประกันสุขภาพของภาคเอกชน ค่าใช้จ่ายแบ่งออก เป็น 2 ระบบตามระบบประกันสุขภาพที่เลือก มีการให้เงินอุดหนุนการดูแลในระยะยาวในทุกกลุ่มอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ โดยไม่มีข้อจำกัดด้านรายได้หรือทรัพย์สิน

ประเทศญี่ปุ่น:ในระบบประกันการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุญี่ปุ่นได้รับการประกันว่าจะได้รับการดูแลและสนับสนุนจากสังคมโดยส่วนรวม(Campbell& Ikegami, 2000) มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและให้บริการดูแลระยะยาวที่มีคุณภาพ จัดระบบบริการที่ผู้รับบริการสามารถเลือกได้ ให้บริการด้านการสงเคราะห์ สุขภาพและการแพทย์ที่จำเป็น อย่างครอบคลุม ส่งเสริมหน่วยงานองค์กรเอกชนต่างๆ ร่วมให้บริการ ผู้รับบริการจะต้องจ่ายสมทบร้อยละ 10 สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ เช่น การดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และการบริการในสถานบริการ นอกจากนี้รัฐบาลมีนโยบายลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ที่ดูแลบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ขึ้นไป เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมการให้ การสนับสนุน ผู้สูงอายุโดยครอบครัว

ประเทศเยอรมัน: ระบบการดูแลระยะยาวมีกองทุนชื่อว่า “CareFunds” มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย ลดอัตราจ่ายสมทบจากนายจ้างและเพื่อประกันความมั่นคงของบริการการดูแลระยะยาว สิทธิประโยชน์ขึ้นกับระดับของความพิการ แพทย์เป็นผู้ประเมินโดยใช้ เกณฑ์ Activities of Daily Living ผู้มีสิทธิรับบริการจะต้องมีภาวะพึ่งพาตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไปเป็นระยะ เวลาอย่างน้อย 6 เดือน การบริการมีทั้งบริการที่บ้านและบริการในสถานบริการ ผู้สูงอายุในสถานบริการต้องจ่ายร่วมอย่างน้อยร้อยละ 25 มีการส่งเสริมภาคเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรให้เข้ามาพัฒนาบริการ ผู้ให้บริการต้องได้รับการตรวจคุณภาพโดยกองทุน (Alber,1990; Schineida, 1999)

ประเทศเม็กซิโก: รัฐบาลสนับสนุนประชากรสูงวัยผ่านทางสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ **(**National Institute of the Elders**)** บริการที่จัดให้ผู้สูงอายุประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ และการจ้างงาน มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้พิการให้มีความเป็นอยู่ที่ดี และโอกาสที่เท่าเทียมกับประชาชนอื่นๆ พัฒนาระบบสวัสดิการหลักของรัฐสำหรับครอบครัว เพื่อเพิ่มคุณภาพ คุณค่าของครอบครัว และเป็นการชะลอการเข้าสู่สถานบริบาล รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย การให้สุขศึกษาและการอบรมในการดูแลตนเองและผู้ดูแลในครอบครัว ระบบการบริการการดูแลในระยะยาวของเม็กซิโก เป็นการจัดหาโดยครอบครัวส่วนการให้บริการจากสถานบำบัดต่างๆ มีน้อย **(**Organization Panamericana de la salud,2001; Who, 2003)

ประเทศสิงคโปร์: การบริการดูแลระยะยาว โดยรัฐบาลเป็นผู้ให้บริการ หลักทั้งในด้านสุขภาพและสังคม เช่น บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการการดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืนและบริการสนับสนุนในชุมชน โดยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาล ชุมชนและครอบครัว มีการช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะเครียดในผู้ดูแลและมุ่งเน้นความร่วมมือจากหน่วยงาน องค์กรการกุศล และองค์กรทางศาสนาหรือองค์กรอาสาสมัคร รัฐให้การอุดหนุนงบประมาณ ในการดำเนินการการบริการเป็นระบบการจ่ายร่วม ผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคือผู้สูงอายุครอบครัว ชุมชนและรัฐบาล และมีระบบให้การช่วยเหลือ (Safety net) สำหรับผู้ที่ไม่มีครอบครัว (Mehta, 2002)

ประเทศสวีเดน: เป็นรัฐสวัสดิการเต็มรูปแบบมีกฎหมายที่กำหนดให้มีการจัดการดูแลสุขภาพให้กับสมาชิกทุกคนในสังคม และกำหนดหน้าที่ขององค์กรท้องถิ่นในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ ระบบบริการมี 3 ระดับ คือ ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น การบริการดูแลระยะยาวที่จัดโดยองค์กรท้องถิ่นได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง ส่วนบริการทางการแพทย์จัดให้ในระดับจังหวัดและระดับภูมิภาคประกอบไปด้วยสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยรุนแรง ศูนย์พยาบาล โรงพยาบาลพักฟื้น และสถานบริการที่ ไม่ใช่ทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น บ้านพักคนชรา บริการช่วยเหลือที่บ้าน การพยาบาลที่บ้าน กิจกรรมช่วงกลางวันและบริการดูแลระยะสั้น (OLSEN, 1999)

ประเทศไทย: ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เป็นรูปธรรม การบริการผู้สูงอายุที่มีอยู่ แบ่งออกเป็น การบริการทางด้านการแพทย์ บริการที่ให้ในสถานบริการ เช่น มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งแบบ Long Term Care,Day Care และ Home Care สถานบริบาลผู้สูงอายุให้บริการโดยภาคเอกชน ส่วนการบริการสุขภาพและสังคมส่วนใหญ่ให้บริการโดยหน่วยงานภาครัฐ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การประกันชราภาพ และสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุที่มีบัตรทอง (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2548)

ประเทศสหราชอาณาจักร: รัฐบาลเป็นกลไกสำคัญในการจัดระบบการดูแลในระยะยาวและบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย ประชาชนสนับสนุนการเงินผ่านทางภาษีโดยมี National Health Services (NHS) เป็นองค์กรรับผิดชอบการบริการรักษาพยาบาล ประชาชนสามารถรับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ บริการดูแลระยะยาวเป็นความรับผิดชอบของท้องถิ่น และมีการประเมินเพื่อยกเว้นค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุที่ต้องการรับบริการต้องผ่านการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวการดูแลกิจวัตรส่วนบุคคลและ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมี National Care Standards Commission เป็นผู้ควบคุมมาตรฐานการบริการของรัฐ พิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุหรือเป็นตัวแทนในการสื่อสาร ขององค์กรเอกชนต่างๆ (Department of Health, 2001)

ประเทศสหรัฐอเมริกา: แผนการประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว คือ Medicare สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพที่มีอายุน้อยกว่า และแผนการประกันสุขภาพ Medicaid สำหรับผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนซึ่งเป็นกองทุนที่มาจากเงินภาษี ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลในระยะยาวใน Nursing Home (Ebersole & Hess, 2001) ผู้ให้บริการก็คือ กลุ่มผู้ให้บริการประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับ Medicare จะได้รับสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบประกันสังคม การประกันสุขภาพแต่ละแผนแตกต่างกันตามเบี้ยประกันที่กำหนดไว้ และทุกแผนประกันจะต้องมีการจ่ายร่วมกัน (Co-Payment) ระหว่างผู้ประกันตนและผู้รับประกัน (Day, 2005; Luggen& Meiner, 2001)

ประเทศยูเครน: เป็นระบบการบริการครอบคลุมถ้วนหน้า รัฐเป็นผู้มีบทบาทหลักในการวางแผนการเงินการคลังและการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงานและนโยบายสังคมรับผิดชอบ และหน่วยงานหรือองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร (Non-Governmental Organization: NGOs) มีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น การดูแลระยะยาวให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติและมีระดับการช่วยเหลือตัวเองน้อย โดยมีงบประมาณช่วยเหลือจากภาครัฐ การบริการที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุและหน่วยงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาล ทั่วไป สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การช่วยเหลือที่บ้านสำหรับผู้ทุพพลภาพมีระบบของการคุ้มครองที่เป็นทางการและการดูแลแบบไม่เป็นทางการ โดยมีการประเมินความจำเป็นและกำกับคุณภาพของการบริการ (WHO, 2003)

การดูแลระยะยาวในประเทศไทย

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2552 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย) ได้ศึกษาขนาดและแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุไทยในปี 2503 พบว่าประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีเพียง 1.5 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด แต่ขนาดของประชากรตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 7 เท่าคือประมาณ 7.6 ล้านคนในปี 2552 ทำให้เป็นปีที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ นั่นคือมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการคาดการณ์ในปี 2568 หรืออีก 15 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคนหรือคิดเป็น 2 เท่าของปี 2552 และในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรสูงอายุชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่ประเทศไทยจะมีขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุมากๆ เพิ่มสูงขึ้น นับเป็นประเด็นท้าทายในการให้การดูแลทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก หรือผู้สูงอายุวัยปลายเป็นอย่างมาก ในปี 2554 เป็นต้นไป ประชากรผู้สูงอายุมีมากขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบกับการวางแผนพัฒนาประเทศ ส่วนหนึ่งจากการเปลี่ยนแปลงในวัยชรา เช่น ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งอาศัยลูกหลานมากขึ้น และในภาวะครอบครัวไทยต่างแยกเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูกทอดทิ้งได้ง่าย จากการศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ พินทุสรเหมพิสุทธิ์ และ ทิพวรรณ อิสรพัฒนสกุล 2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ ในส่วนของการดูแลในสถานบริการพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น จาก 5,779 คน ในปี พ.ศ.2538 ไปเป็น 35,302 คน ในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 101,916 ในปี พ.ศ.2558 คิดเป็น

ร้อยละ 47.5 ของจำนวนของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลทั้งหมด และคาดว่าความต้องการการดูแลในระดับมากจะเพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 3 เท่าของความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง แต่กลุ่มที่มีฐานะดีหรือปานกลางซึ่งพอมีเงินอยู่บ้างแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือมีเงินออมที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลตนเองตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯที่มีบริบทและวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันแตกต่างจากสังคมชนบท/ภูมิภาค ขณะเดียวกันการซื้อบริการโดยตรงจากผู้ให้บริการภาคเอกชน มีค่าใช้จ่ายสูงมากจนอาจไม่มีความสามารถจ่ายได้

การสร้างระบบความคุ้มครองทางเศรษฐกิจและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ รัฐบาลเริ่มดำเนินการนโยบายเบี้ยยังชีพอย่างถ้วนหน้าแก่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 500 บาทต่อเดือน ส่งผลให้มีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพในปี 2552 เป็นจำนวน 5,652,893 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศ และยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ยังไม่รับ และในระยะยาวยังไม่มีหลักประกันว่ามาตรการนี้จะยังคงอยู่อย่างยั่งยืน นอกจากเบี้ยยังชีพที่ยังไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ การออมของแรงงานเพื่อใช้จ่ายยามชราภาพก็เป็นมาตรการสำคัญที่หนุนเสริมหลักประกันรายได้ ซึ่งขณะนี้กระทรวงการคลังได้นำเสนอ พ.ร.บ. กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) การสร้างระบบการออมที่ต่อเนื่องและยั่งยืนเพื่อเป็นหลักประกันรายได้ให้แก่แรงงานเพื่อใช้จ่ายยามชราภาพและควรขยายช่องทางการออมที่มีความหลายในรูปแบบที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย การเพิ่มโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้เป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาสร้างรายได้ให้แก่ตนเองและครอบครัวโดยไม่ต้องพึ่งพิงบุตรหลานหรือภาครัฐมากนัก ซึ่งปัจจุบันมีผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทำงานนอกระบบประมาณ 2.79 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 91 เป็นแรงงานที่ไม่ได้รับการดูแลคุ้มครองสวัสดิการและประกันสังคม ขาดอำนาจการต่อรองในการเรียกร้องสิทธิ์ต่างๆ ตามกฎหมายแรงงาน มีแนวโน้มการมีปัญหาจากการทำงานสูงขึ้น อาทิ ค่าตอบแทนไม่เป็นธรรม งานหนัก และงานขาดความต่อเนื่อง รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองแรงงานสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีงานทำ มีรายได้และมีสวัสดิการที่ได้รับการคุ้มครองอย่างต่อเนื่อง

การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องคำนึงถึงบริบทต่าง ๆ อย่างละเอียด ไม่สามารถใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งสำหรับการดูแลในทุกครัวเรือนหรือทุกชุมชนได้ ส่งผลทำให้การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานบริการ หรือในสถาบัน (institutional care) ยังคงมีความจำเป็นและให้ความสำคัญอยู่ การดูแลในสถานบริการหรือในสถาบันเป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพความเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548) จากงานวิจัยโดยการศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าสถานบริการเหล่านี้ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานกลางการจัดบริการ หรือมาตรฐานขั้นต่ำที่ควรจะเป็นในการจัดบริการ โดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ พบว่ามีปัญหาในเรื่องของการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลฟื้นฟู ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด และยังไม่มีศึกษาต้นทุนบริการที่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง ขณะที่แนวโน้มของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มีภาวะของความพิการและเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา จำเป็นต้องการการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มมาก

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นฐานรากสำคัญของระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิถือว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการเพิ่มคุณภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม และทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม รวมทั้งระบบสุขภาพชุมชนเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาสุขภาวะของประชาชน ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ซึ่งต้องมีการพัฒนาบนฐานความร่วมมือ ร่วมรับผิดชอบระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยภาคีภาครัฐสาขาต่างๆ กับประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ก็ยังพบว่าระบบ

บริการปฐมภูมิอยู่ในสถานะที่ไม่เข้มแข็ง และมีคุณภาพไม่ทั่วถึง อันเนื่องจากปัจจัยหลายประการทั้งในด้านการบริหารจัดการ ด้านวิชาการ และด้านกำลังคน รวมทั้งบริบทพื้นที่ของประเทศไทยมีหลากหลายลักษณะ

ชุมชน เป็นระบบสังคมที่ประชาชนมีคุณค่าและสถาบันร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีการกระจายอำนาจของอำนาจหรือพลังภายในชุมชน ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 “ชุมชน หมายความว่า กลุ่มประชาชนที่มีเอกลักษณ์เฉพาะอันเนื่องมาจากการมีผลประโยชน์ หรือมีค่านิยมร่วมกัน หรือมีปัญหาร่วมกัน หรืออาศัยอยู่ในอาณาเขตทางภูมิศาสตร์เดียวกัน หรือมีความสนใจและมีกิจกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกัน

การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางร่างกายและโรคเรื้อรังต่างๆ ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพเพียงแค่ร้อยละ 15 เท่านั้น หน่วยบริการสาธารณสุขและรัฐควรเร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ และพัฒนารูปแบบบริการในชุมชนโดยชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูแลในบ้านและครอบครัว โดยความช่วยเหลือของชุมชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าในสถานพยาบาล

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล การทำงานร่วมกันระหว่าง อปท. กับภาคประชาสังคม มีตัวอย่างที่ดีหลายแห่งจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ที่มาจากเงินสมทบของรัฐส่วนกลาง (สปสช.) อปท. และชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนซึ่งครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุมีสวัสดิการชุมชนรองรับ และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหลายแห่งได้ริเริ่มการจัดบริการดูแลระยะยาว เช่น มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยออกจากบ้านไม่ได้ มีบริการรถรับ-ส่ง มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น จากข้อมูลที่กล่าวเห็นว่ารูปแบบการดูแลระยะยาวได้ริเริ่มขึ้นแล้วโดยภาคประชาชน ที่ใช้บ้านและชุมชนเป็นแหล่งในการให้บริการโดยภาคประชาชนก็สามารถทำได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น และยังไม่ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ ขึ้นอยู่กับความพร้อมและศักยภาพของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนอย่างจริงจัง

การดำเนินงานการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

กรมอนามัยได้ดำเนินโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)

โดยส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ จิตวิทยา และสังคม โดยการแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ได้แก่ กลุ่มที่ 1) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ซึ่งมีร้อยละ 78 มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพดี ยืดระยะเวลาการเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ โดยการสร้างกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและกิจกรรมจิตอาสา กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีร้อยละ 20 มุ่งเน้นกิจกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพ Home Care / Home Health Care และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีร้อยละ 2 มุ่งเน้นลดภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน และมีผู้ดูแล เน้นการดูแลแบบ Home Care / Home Health Care โดยเจ้าหน้าที่ และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงกิจกรรมบำบัด ซึ่งโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2551 โดยการสร้างตำบลต้นแบบ

ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ปัจจุบันมีตำบลต้นแบบ จำนวน 76 แห่ง และตั้งเป้าหมายสร้างตำบลต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมทุกจังหวัดภายในปี พ.ศ. 2555

องค์กรปกครองส่วนสร้างระบบดูแลร่วมกันในชุมชน

การที่ลักษณะประชากรสูงอายุมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย และมีแนวโน้มการย้ายเข้าสู่เขตเทศบาลของผู้สูงอายุขึ้น ลักษณะของสังคมเมืองจะมีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากชนบท การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมทางสังคม การดูแลทางสังคมจะมีลักษณะเป็นกลุ่มย่อยมากขึ้น ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทมากขึ้นในการประสาน จัดตั้ง และส่งเสริมกลุ่มย่อยเหล่านี้ให้สามารถดูแลกันในชุมชน สร้างกลไกย่อยในชุมชน เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อการดูแลทางสังคมโดยส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคม อาสาสมัครในการบริการ ขณะที่ในเขตกทม.และเมืองใหญ่ในภูมิภาคยังมีข้อจำกัดมาก จากการที่สภาพความเป็นเมืองไม่เอื้อเกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ และการช่วยเหลือกันในละแวกบ้านผู้สูงอายุ หน่วยงานทั้งรัฐและเอกชน ภาคประชาสังคมในชุมชนควรริเริ่มการนำร่องในบริบทเขตเมืองให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวอาจมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้ต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในเมืองที่เหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุและสภาพแวดล้อม

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง

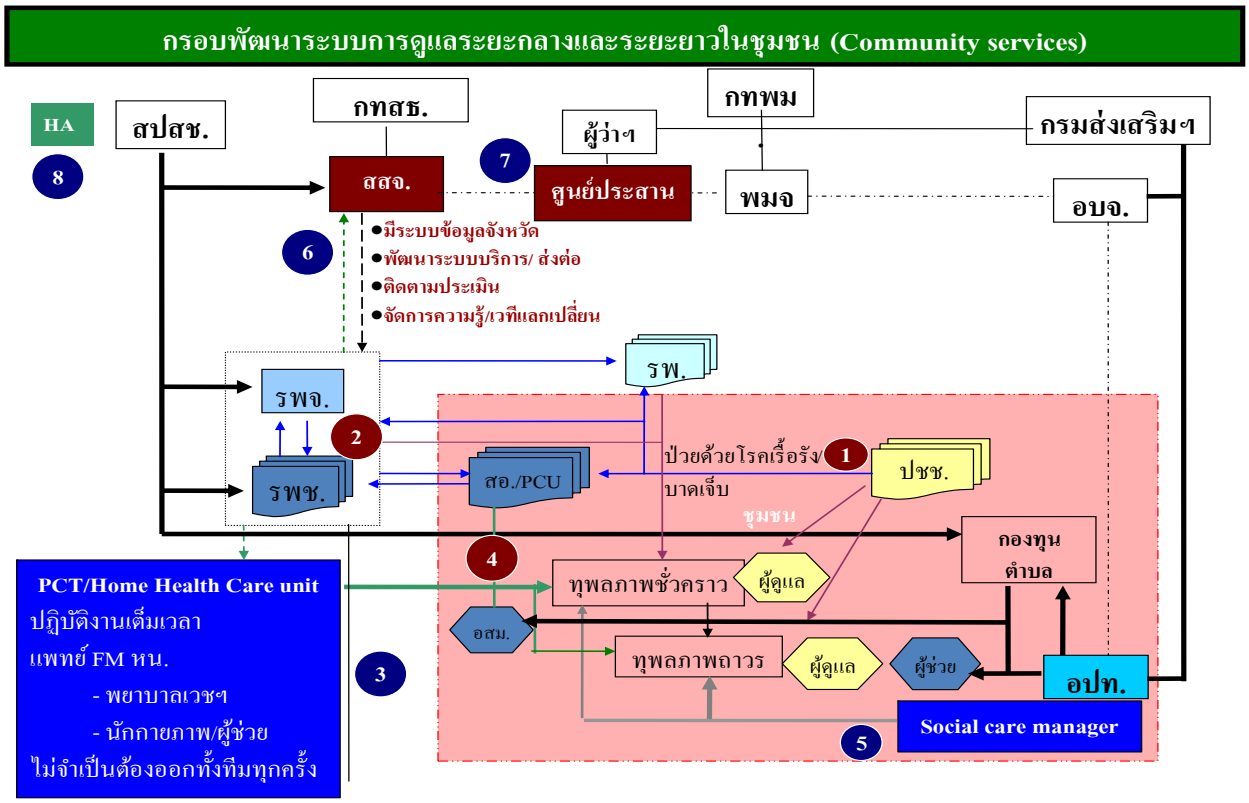
ปัญหาสุขภาพคนไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อมาเป็นปัญหาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเป็นผลพวงจากการที่สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ การพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา ซึ่งปัญหาสุขภาพใหม่ที่ประสบอยู่ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มักก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพแก่ผู้สูงอายุตามมา เช่น เส้นเลือดในสมองอุดตันหรือแตก และมีอาการอัมพฤกษ์อัมพาต หรือการบาดเจ็บทำให้มีความพิการตามมา นอกจากนั้นแม้ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคแต่เมื่ออายุมากขึ้นก็มีการถดถอยของการทำงานของทั้งด้านกายและสมองและนำมาซึ่งภาวะพึ่งพิงในการใช้ชีวิตประจำวัน จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพาทางกายมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ในปี 2552 มีผู้สูงอายุประมาณ 140,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงซึ่งต้องการการดูแล และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 240,000 คน ในอีก 10 ปี ข้างหน้า ผู้มีภาวะพึ่งพา ผู้พิการ และผู้มีภาวะทุพลภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองบกพร่อง เป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ความจำเป็นด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้จึงต้องการมากกว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ต้องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะกับการดูแลหรือใช้ชีวิต ต้องการการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ อาชีพ และการช่วยเหลือด้านการดูแลแก่ครอบครัว เป็นต้น บริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมามุ่งให้บริการแก่ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงไม่ว่าจะเป็นบริการในชุมชนหรือในสถานบริการ บริการในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงจำกัดมากลักษณะการช่วยเหลือด้านสังคมมักเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราวเฉพาะหน้า มิใช่การดูแลอย่างต่อเนื่อง ภาระหลักในการดูแลเป็นเรื่องของครอบครัว ในขณะที่สถานบริบาลระยะกลางและระยะยาวในสังคมไทยยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร

การจัดบริการเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง

การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับคนกลุ่มนี้ยากลำบากเนื่องจากต้องพึ่งพิงผู้อื่น ประกอบกับบางรายมีความลำบากในการเคลื่อนย้าย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางด้วยตนเองมารับบริการที่โรงพยาบาลนั้นมีต้นทุนที่สูงมาก โดยเฉพาะผู้อยู่ในชนบทและไม่มียานพาหนะของตนเอง นอกจากนั้นการดูแลที่ต่อเนื่องจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากญาติในการดูแลและให้บริการ รวมถึงต้องปรับสภาพที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลด้วย เช่น

ที่นอน พื้นบ้าน ที่ขับถ่าย ฯลฯ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิผล ทีมบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องออกไปประเมินและแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล นอกจากนั้นยังต้องมีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลด้านสังคม

การพัฒนาระบบบริการเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิง



ที่มา : สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในระยะยาวสำหรับประเทศไทย, 2553.

สรุปการศึกษาได้ดังนี้

1) จำเป็นที่โรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องมีการจัดศูนย์การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยมีเตียงผู้ป่วยพักฟื้นสำหรับการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนกลับ และหน่วยบริการเชิงรุกในชุมชน โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือหัวหน้าทีมให้คำปรึกษาและเชื่อมประสานกับหน่วยงานอื่น มีพยาบาลเป็นผู้จัดการทีม และมีนักกายภาพบำบัด/อาชีวบำบัด ผู้ช่วย นักสังคมสงเคราะห์ เป็นทีมในการให้บริการเฉพาะราย ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงนั้น

2) การจัดบริการสุขภาพในชุมชน จำเป็นต้องประสานกับ อปท. ในการจัดบริการและมีการจัดการระบบอาสาสมัครเพื่อช่วยในการดูแล

3) มีหน่วยพัฒนาระบบบริการในชุมชนในระดับจังหวัด เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนา เป็นศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย

4) ศูนย์ประสานงานผู้พิการในระดับจังหวัดและอำเภอในการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา และเชื่อมประสานการดูแลของทุกภาคส่วน

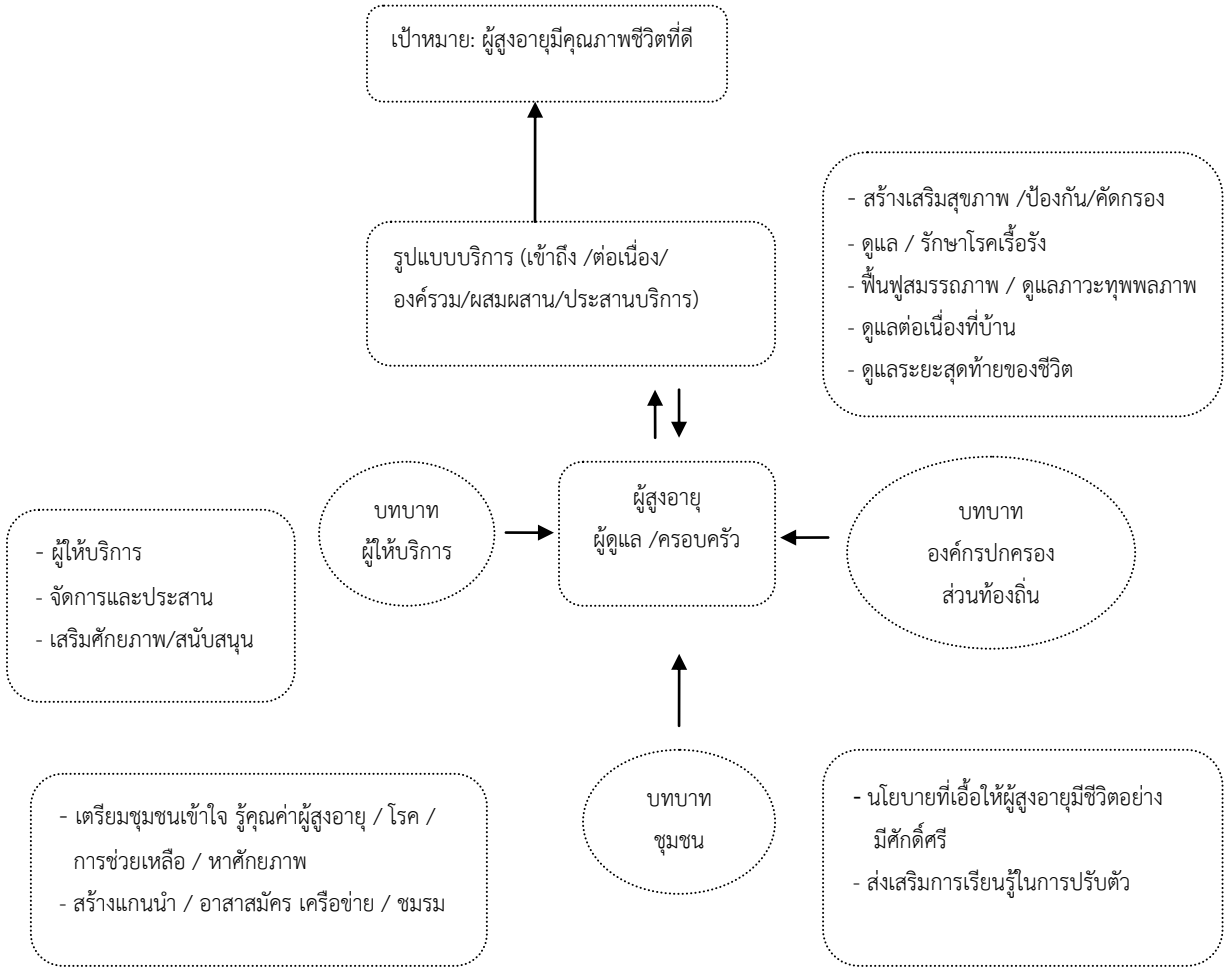
5) สิ่งที่ต้องการสนับสนุนด้านนโยบายคือ มีนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดตั้งสำนักพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและบริการในชุมชน มีนโยบายและกำหนดกรอบอัตรากำลังนักกายภาพบำบัด และ

นักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลทุกแห่ง สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา และผลักดันให้สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกำหนดตัวชี้วัดด้านมาตรฐานบริการ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

แนวคิดการทำงาน: การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่เพียงแต่การวินิจฉัยโรคและให้การรักษาโรคเป็นครั้งๆ ต้องพยายามลดและป้องกันทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น พยายามให้ทำกิจวัตรให้ได้มากที่สุด แก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมิติสุขภาพในเชิงกว้าง ปัญหาจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สามารถพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด สร้างความมั่นคงในชีวิต รับรู้คุณค่าศักดิ์ศรีของตนเอง นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ทั้งที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ และการอาศัยความร่วมมือจากบุคคลและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

แนวทางในการพัฒนาระบบและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ



การให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล โดยประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อจัดการ และจัดกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้สูงอายุยากไร้/ถูกทอดทิ้ง/อยู่คนเดียว/อยู่กับคู่สมรสตามลำพัง/มีภาวะพึ่งพิง/มีภาวะทุพพลภาพ/มีโรคเรื้อรังฯรวมถึงการประสานส่งต่อเพื่อรับสวัสดิการด้านอื่นๆเช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้พิการ สวัสดิการสงเคราะห์อื่นๆ
- พัฒนาการดำเนินงาน home health care/home visit/home ward (ใช้บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย ในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จัดให้มีตารางปฏิบัติงานของบุคลากร มีระบบประเมิน ติดตาม และรายงานผลทุก 1,3,6,เดือนหรือรายปี มีระบบส่งต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไปยังเครือข่ายบริการ(โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน)เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- จัดทีมให้คำปรึกษาปัญหาด้านกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน พร้อมสนับสนุนให้เกิดการแก้ไข/ป้องกัน สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน ประสานส่งต่อองค์การบริหารส่วนตำบลและชุมชนให้การช่วยเหลือ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของบ้าน บริเวณที่อยู่อาศัย เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ
- จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ กายอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการผลิต เช่น ราวคู่ขนานสำหรับฝึกยืนทรงตัวและหัดเดิน ประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับกองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการ ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล ; สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด
- จัดกิจกรรมฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสาการให้บริการในครอบครัว/ชุมชน
- ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและบันทึกผลในสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
- ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงตามกลุ่มโรคผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะหกล้ม การกลั้นปัสสาวะ ภาวะความจำ ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการนอน ประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
- นำข้อมูลสุขภาพมาจัดการแก้ไขปัญหา และติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัคร หรือกลุ่มจิตอาสา ประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล ; โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย
- บริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว (Respite care) โดยจัดช่วยดูแลผู้สูงอายุทดแทนผู้ดูแลหลักที่บ้านหรือประสานงาน/ส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการ เพื่อผ่อนคลายวามเครียดของผู้ดูแลหลัก ประสานเชื่อมโยงข้อมูลและการดำเนินงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล ; สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุหลังการเจ็บป่วย/มีภาวะทุพพลภาพตามบริบทของพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือองค์กรเอกชน อาจจัดตั้งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่วัด มัสยิด หรือศูนย์สุขภาพชุมชน
- จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย ชมรมกีฬา โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและชุมชน เพื่อดำเนินการสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพดำเนินกิจกรรมช่วยเหลือสังคม เช่น การเยี่ยมผู้สูงอายุป่วย/พิการ (เพื่อนช่วยเพื่อน)

กรอบแนวคิดของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นมิติการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยหลักการดูแลในบริการปฐมภูมิ

การเข้าถึงระบบบริการ (Accessibility) ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการอย่างสะดวกง่าย และใกล้แหล่งชุมชน ลดอุปสรรคต่างๆ

การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) สนับสนุนกิจกรรมให้มีการดูแลในระยะยาวและต่อเนื่อง และมีทีมสุขภาพตลอดการดูแล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

บริการแบบผสมผสาน (Integrated Care) การดูแลที่ครอบคลุมหลากหลายมิติ ได้แก่

- การดูแลในมิติการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคการฟื้นฟูสภาพ
- การดูแลที่ครอบคลุมทั้งกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน
- การดูแลที่ครอบคลุมลักษณะบริการ home care, day care, chronic care, end of life care

การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นการดูแลหลากหลายมิติ ได้แก่

- ด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพทั่วไป โรคเรื้อรังที่พบบ่อย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อและข้อ
- การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหลายด้าน ซึ่งมีการใช้ปริมาณและชนิดยาจำนวนมาก (poly-pharmacy)
- ปัญหาการพลัดตก หกล้ม และท่าเดินของผู้สูงอายุ (fall and gait disorders)
- ด้านจิตใจ ภาวะเครียด/ซึมเศร้า
- ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ความยากจน การถูกทอดทิ้ง ด้อยโอกาส
- จิตวิญญาณ การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การขาดความสุขในชีวิต

การประสานการดูแล (Co-ordination of Care) ร่วมกับหน่วยงานบริการสุขภาพระดับสูงเพื่อสนับสนุนการดูแล ได้แก่ คู่มือ/แนวทางการดูแล ระบบส่งต่อ ระบบให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ การเชื่อมระบบข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ ประสานความช่วยเหลือกับชุมชน วัด ท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment) โดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่เข้าร่วมได้ในชุมชน เช่น ชมรม จิตอาสา ร่วมผลักดันการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับชุมชนและท้องถิ่น

การให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

• ปฏิบัติตามคู่มือพัฒนาระบบงานศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ได้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

• จัดทำฐานข้อมูลผู้ดูแลในชุมชนที่รับผิดชอบแยกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล เพื่อการจัดการและการจัดกิจกรรมในแต่ละกลุ่ม ทั้งด้านการดูแลต่อเนื่องโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การดูแลป้องกันแผลกดทับ การให้อาหารทางสาย เป็นต้น รวมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

• ค้นหาผู้สูงอายุยากไร้ที่ถูกทอดทิ้ง อยู่คนเดียว หรืออยู่ตามลำพังคู่สามีภรรยาขาดการดูแลที่เหมาะสม ให้ครบทุกหมู่บ้าน เพื่อจัดการให้การดูแลตามปัญหาตามคู่มือ

• มีทีมให้การปรึกษาที่ชัดเจน และสามารถให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายบริการและผู้ดูแลสม่ำเสมอ

• มีระบบประเมิน ติดตามผลทุก 3-6 เดือน มีตารางปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน home health care และมีระบบรายงานทุกเดือนและรายปี

• มีการจัดหาและมีความพร้อมในเรื่องวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ กายอุปกรณ์ในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยให้มีการจัดตั้งคลังกายอุปกรณ์ โดยมีศูนย์กลาง ซึ่งน่าจะอยู่ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งมีขนาดความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ (economy of scale) มากกว่า เพื่อเป็นศูนย์รวมในการเบิก/ยืมสำหรับหมุนเวียนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการ เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิตหรือหมดความจำเป็นในการใช้ก็ส่งคืน โดยมีระบบการคุมทะเบียนยืมอย่างรัดกุม การจัดการเพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังได้รับอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ กายอุปกรณ์เหล่านี้ เป็นการปฏิบัติการร่วมกันของทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เมื่อพบผู้มีความต้องการ รพ.แม่ข่าย ก็จะจัดสรรอุปกรณ์มาให้ รพ.สต.นำไปให้ใช้ โดยรพ.สต.กำกับดูแลวิธีการใช้ตลอดจนการบำรุงรักษา/เติม เช่น oxygen ให้แก่ผู้ป่วย หรือหากเป็นกายอุปกรณ์ง่ายๆ ก็อาจให้เก็บที่ รพ.สต.บ้างก็ได้ตามความเหมาะสม

• กิจกรรมการฝึกอบรม

• เป็นศูนย์ฝึกอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/จิตอาสา ฯลฯ

• พัฒนาการดำเนินงาน home health care/home visit/home ward (ใช้บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย) ในการดูแลแต่ละกลุ่ม ยกตัวอย่าง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้และมีจิตอาสามาทำงานใน รพ.สต. และออกไปปฏิบัติร่วมทีมสหวิชาชีพได้

การให้บริการในครอบครัว/ชุมชน

• **ตรวจคัดกรอง** ได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ของสปสช. โดยบุคลากรทางสาธารณสุขและอาสาสมัคร ได้แก่

- ประเมินทักษะการใช้ชีวิตเพื่อเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อม
- ตรวจประเมินภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุ
- ตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงของมะเร็งที่พบบ่อย
- ตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

• **นำข้อมูลการประเมิน/คัดกรองมาจัดการแก้ไขปัญหาตามผลการประเมิน** และจัดตั้งกลุ่มทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

• **เยี่ยมและติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน** มีกิจกรรม Home Health Care/ Home care/ Home visit โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข/อาสาสมัคร หรือกลุ่มจิตอาสา โดยจัดให้มีระบบบริการทางการแพทย์/พยาบาลที่บ้าน เช่น ทำแผล เปลี่ยนสายเปลี่ยนท่อ/ทำความสะอาดท่อเจาะคอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องได้รับการเยี่ยมไข้ (homeward round) มีการวัดสัญญาณชีพ การประเมินภาวะสุขภาพ/การเจ็บป่วย (clinical assessment) การให้การรักษาพยาบาล สร้างให้เกิดพยาบาลเฉพาะทางฉบับภาคประชาชน

• **บริการดูแลชั่วคราว (Respite Care)** เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัวได้อย่างยั่งยืนและมีความสุข รพ.สต.มีบทบาทในการบริหารจัดการให้มีการดูแลผู้สูงอายุทดแทนผู้ดูแลหลักที่บ้านของผู้สูงอายุเอง เช่น กรณีผู้สูงอายุถูกทำร้ายจากคนในครอบครัวหรือมีความคับข้องใจ

• **บริการฟื้นฟูโดยกายภาพบำบัดตามบริบทของพื้นที่** โดยสนับสนุนให้มีระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน/สถานพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสุขภาพหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และธำรงไว้มิให้สุขภาพของผู้สูงอายุเสื่อมทรุดมากไปกว่าเดิมจนถึงระดับทุพพลภาพ อาจจะใช้หรือไม่ใช้เครื่องมือในการฟื้นฟูหรือประยุกต์จากวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ก็ได้ โดยชุมชนที่สามารถให้บริการนี้ได้ เช่น วัด ศูนย์แพทย์ชุมชน

• **กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนา** โดยสนับสนุนให้ทั้ง ภาครัฐ อปท.และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมกิจกรรมทางสังคม

การเชื่อมโยงส่งต่อ

• มีระบบส่งต่อและติดตามการตอบรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยนอกเขตรับผิดชอบ และส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

• ตรวจประเมินและให้การดูแล (หรือส่งต่อ) การประสานส่งต่อเพื่อรับสวัสดิการด้านอื่นๆ

• ส่งต่อฟื้นฟูฯ ให้บรรลุเป้าหมาย เช่น ส่งต่อทำกายภาพบำบัด ส่งต่อรับสวัสดิการเบี้ยยังชีพ เป็นต้น

• ส่งต่อให้ อปท.และชุมชนในการปรับสภาพแวดล้อมบ้าน/บริเวณที่อยู่อาศัย เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- ให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต
- ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก
- ให้คำปรึกษา จัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ
- บริการฟื้นฟูภาวะเสื่อมทางกายและใจ
- ส่งเสริมการออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
- ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ดูแลอนามัยช่องปากและฟันในผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันจากแนวคิดเครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลโดยตรงและมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ได้จัดทำแผนพัฒนาสถาบันครอบครัว และได้นำเสนอปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในครอบครัวไว้ดังนี้ได้กำหนดแผนงานพัฒนาศักยภาพของครอบครัว ดังต่อไปนี้ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2542)

1) เนื่องจากครอบครัวเดี่ยวมีมากขึ้น บทบาทของผู้สูงอายุในการที่จะช่วยเหลือกิจการของครอบครัวต้องลดลงไป ทำให้สังคมคลายความสำคัญของผู้สูงอายุแลทำให้ผู้สูงอายุเห็นว่าตัวเองหมดความสำคัญและถูกทอดทิ้ง

2) ผู้สูงอายุถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพังต้องอยู่คนเดียวเป็นจำนวนมากขึ้น เพราะครอบครัวไม่สามารถเลี้ยงดูได้ หรือไม่เลี้ยงดูทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะยากลำบากโดยเฉพาะ ผู้สูงอายุที่ยากจนและอาจเจ็บป่วยหรือพิการอีกด้วย

3) ผู้สูงอายุในชนบทเป็นจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้รบภาระเลี้ยงดูหลานเนื่องด้วยพ่อแม่ไปประกอบอาชีพในท้องถิ่นอื่น ๆ ซึ่งทวีความทุกข์ยากเมื่อได้รับเงินเพียงพอที่จะใช้ในการดำรงชีวิตและเลี้ยงดูหลาน หรือบางทีตนเองก็ไม่สามารถทำมาหาเลี้ยงชีพได้

4) สมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในความต้องการของผู้สูงอายุและผู้สูงอายุอาจขาดความรู้ความเข้าใจในการปรับตัวของตนเอง จำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นจะเป็นสตรีส่วนใหญ่และผู้สูงอายุทั้งชายหญิงขาดการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ เช่น เตรียมตัวช่วยเหลือตนเอง หรือเตรียมการไว้สำหรับเป็นผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยว เป็นต้น

โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ และสัมพันธภาพของครอบครัวไทย

1. โครงสร้างครอบครัว

ครอบครัวจะมีการแบ่งบทบาท อำนาจหน้าที่ ค่านิยม และมีการสื่อสารสัมพันธภาพค่อนข้างเฉพาะ จากการศึกษาของ รุจา ภู่ไพบูลย์ (2541) อ้างถึงใน Freidman (1986) ได้แบ่งโครงสร้างครอบครัวเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1.1 ระบบย่อยในครอบครัว ได้แก่ การแบ่งกลุ่มสมาชิกในครอบครัวเป็นกลุ่มย่อยๆ ตามลักษณะความสัมพันธ์ เช่น ระบบย่อยสามีภรรยา ระบบบ่อยมารดาและบุตร หรือ ระบบย่อยพี่น้อง

1.2 โครงสร้างบทบาทของสมาชิก ทำให้ทราบการแบ่งบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไร มีความชัดเจนหรือเหมาะสมเพียงใด

1.3 โครงสร้างด้านอำนาจ ทำให้สามารถเข้าใจแนวทางการตัดสินใจว่ามีผู้นำหรือมีการร่วมตัดสินใจในครอบครัวอย่างไร

1.4 โครงสร้างด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพในครอบครัว แสดงถึงความสามารถในการแสดงความต้องการ การแสดงออกของสมาชิกในแต่ละคนในการสื่อสารกับผู้อื่นในครอบครัวในการรับรู้ถึงความรู้สึก

1.5 โครงสร้างด้านค่านิยม แสดงถึงค่านิยมเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเองของครอบครัวในภาวะสุขภาพปกติ และเมื่อยามเจ็บป่วย

2. บทบาทหน้าที่ของครอบครัว

ในด้านบทบาทหน้าที่นั้น ครอบครัวจะต้องมีกิจกรรมทำร่วมกัน จากการศึกษาของรุจา ภู่ไพบูลย์ (2541) อ้างถึงใน Freidman (1986) และ McIntrue (1981) ได้แบ่งหน้าที่ของครอบครัว ดังต่อไปนี้

2.1 หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ ในการจัดหาสิ่งของที่จำเป็นต้อการดำรงชีวิต รวมทั้งการดูแลสุขภาพและการบริการสุขภาพที่จำเป็น

2.2 หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีบุคลิกภาพมั่นคง

2.3 หน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้สามารถเป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม เป็นพลเมืองที่ดี โดยอบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำ ดูความประพฤติของสมาชิก

2.4 หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพสังคม โดยการเตรียมสมาชิกที่มีวัยสมควรเข้าสังคม สนับสนุนให้มีเกียรติ เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นแบบอย่างที่ดี ประกอบอาชีพสุจริตและออมทรัพย์เพื่อให้ครอบครัวมีฐานะมั่นคง และมีเงินสำรองไว้ใช้สอยยามจำเป็น

2.5 หน้าที่ในการสืบเชื้อสายหรือการผลิตสมาชิกใหม่เป็นผู้สืบกุลอย่างต่อเนื่อง โดยการแต่งงานมีบุตรหรือรับบุตรบุญธรรม

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2548) ในแต่ละครอบครัวจะมีผู้ที่ทำหน้าที่หลักเพื่อดูแลผู้สูงอายุ เครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลมากที่สุดคือ ญาติ ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตทุกอย่าง พบปัญหาสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว คือ ปัญหารายได้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครอบครัว ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ บทบาทผู้ดูแล และภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ผู้นำชุมชนมีทัศนะว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล แต่ชุมชนควรมีหน้าที่จัดบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเพิ่มบริการให้ทั่วถึงและเป็นรูปแบบที่เน้นการสงเคราะห์แบบให้เปล่า นอกจากนี้การวิจัยพบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาในการอยู่อาศัยในครอบครัว 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ยากจน กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งทุกกลุ่มมีปัญหาด้านการเงินมากที่สุด ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ระบบบริการในสถาบันที่ขยายครอบคลุมปัญหาผู้สูงอายุ การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึกสวัสดิการ และมีระบบอาสาสมัครที่เข็มแข็ง ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย ควรจัดแบ่งนโยบายสวัสดิการตามช่วงวัยและตามความเสี่ยงต่อปัญหา เน้นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นหลัก โดยมีบริการทางสุขภาพและสังคมเข้าสู่ครอบครัว และนโยบายด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่หน่วยงานระดับท้องถิ่นทุกระดับ ส่วนข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ ควรมีการดูแลในครอบครัว มีการจัดจัดศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ จัดบริการด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้ บริการดูแลที่บ้าน บริการสุขภาพที่บ้าน การจัดให้มีครอบครัวอุปถัมภ์ มีระบบการส่งต่อไปยังสถานพยาบาล จัดให้มีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแล

พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล และคณะ (2553) ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย การดูแลที่บ้านสามารถให้บริการได้ทั้งการรักษาโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสรรถภาพ หลายประเทศมีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง แน่ในประเทศไทยกลายเป็นทักษะใหม่ที่ไม่คุ้นเคย การทราบถึงประสบการณ์ได้รับการดูที่บ้าน จะช่วยในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อไป พบว่าความต้องการดูแลสุขภาพที่บ้านร้อยละ 49.3 โดยในเขตชนทบต้องการมากว่าในเขตเทศบาล และมีความแตกต่างกันแต่ละพื้นที่ ($P < 0.001$) ระยะเวลาให้เยี่ยมเฉลี่ย 29 นาที/ครั้ง พยาบาล แพทย์ และเจ้าหน้าที่อนามัย/เทศบาล เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยอยากให้เยี่ยมมากที่สุดตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนที่มาก การมีความรุนแรงในครอบครัว การมีภาวะเครียด/ซึมเศร้า การต้องเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยการต้องเสียค่าใช้จ่ายรับบริการสุขภาพ และการเคยได้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นปัจจัยทำให้ความต้องการแตกต่างกัน ข้อเสนอแนะ เพิ่มสัดส่วนและขยายการบริการการเยี่ยมบ้านโดยทีมแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ ในเรื่อง การดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การดูแลหลังคลอด การดูแลระยะสุดท้าย การประเมินการใช้ยา และการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สนับสนุนให้ภาคเอกชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาระบบการบริการสนับสนุนและช่วยเหลือการทำกิจกรรมที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อให้สุขภาวะขณะที่พักรักษาตัว หรือเจ็บป่วยอยู่ที่บ้านจะช่วยลดการพักในโรงพยาบาลที่นานเกินความจำเป็นและอาจลดค่าใช้จ่ายได้

อาพร สุขสวัสดิ์ (2534) ได้ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างสมาชิกครอบครัว (บุตร) กับผู้สูงอายุ และบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา ที่มีบทบาทด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุตร บุตรบุญธรรม บุตรเขย หรือบุตรสะใภ้ เลือกมาครอบครัวละ1 คน อยู่ในเขตเทศบาล 198 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า 1) ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปในทางที่ดีต่อกัน มีการช่วยเหลือเอาใจใส่เกื้อกูลกัน ส่วนใหญ่สามัคคี รักใคร่ปรองดองกัน มีความขัดแย้งกับบ้างนาน ๆ ครั้ง ส่วนใหญ่บุตรยังคงให้ความสำคัญ ยอมรับและขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุ 2) ในด้านบทบาทของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจและสังคมได้มาก ในเขตเทศบาลจะให้การดูแลในด้านนี้น้อยกว่านอกเขตเทศบาล และด้านเศรษฐกิจทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจะให้การดูแลน้อย

ชลลดา ภักดีประพฤกษ์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว กับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวข้างต้น ทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยสำรวจผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 168 คน พบว่าผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ส่วนด้านร่างกาย และความสำเร็จสมหวังในชีวิตอยู่ในระดับมาก ด้านความรักอยู่ในระดับมากและน้อยใกล้เคียงกัน ความมั่นคงปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ความยอมรับนับถืออยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานคือ รายได้ บุตรความพอเพียง ภาวะสุขภาพ ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว และสัมพันธภาพของครอบครัว ในด้านข้อมูลเชิงคุณภาพมีปัจจัยคือ การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ อุปนิสัยของผู้สูงอายุ และรูปแบบการเลี้ยงดูบุตรของผู้สูงอายุ

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2541) ได้ศึกษาครอบครัวและผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 408 รายและผู้ดูแลจำนวน 82 ราย ผลการศึกษามีประเด็นสำคัญคือ องค์ประกอบของครัวเรือนอยู่ในครัวเรือนขยาย สถานภาพสมรสในจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีสัดส่วนคู่สมรสเป็นหม้ายสูงสุด ส่วนในกรุงเทพมหานครมีคู่สมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา บทบาทและสถานภาพในครัวเรือนผู้ชายจะเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายและดูแลทรัพย์สินและมีสัดส่วนในการตัดสินใจมากกว่าส่วนผู้หญิงทำกับข้าว ทำความสะอาดบ้าน อาชีพโดยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน หรือมีความต้องการการทำงานแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง และผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีรายได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อย และมีปัญหาการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า ภาวะสุขภาพคู่สมรมชายมีสุขภาพค่อนข้างแย่กว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุพอใจการความเป็นส่วนตัวในที่พักอาศัยมากที่สุด และรูปแบบการอยู่อาศัยที่ดีที่สุดคือการอยู่กับบุตร สำหรับในชนบทมีการติดต่อกับญาติทุกประเภทบ่อยครั้งกว่าผู้สูงอายุในเมือง โดยการเยี่ยมเยียน ขณะที่ในเมืองใช้จดหมายหรือโทรศัพท์ ในด้านทัศนคติของผู้สูงอายุสะท้อนว่าสถานะของผู้สูงอายุด้อยลง ในด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุในชนบทมักจะเป็นหลาน และมีระยะเวลาในการดูแลนานกว่าในเมือง และบทบาทของผู้ดูแลคือช่วยในการเตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้าน พาไปพบแพทย์ ปัญหาความต้องการของผู้ดูแลคือด้านการเงิน และหากผู้ดูแลดูแลร่วมกันกับบุคคลอื่นจะประสบปัญหาด้านอารมณ์จิตใจในระดับสูงกว่าผู้ดูแลตามลำพัง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร เล็ก สมบัติ และ ระพีพรรณ คำหอม (2541) ได้ศึกษาภาวะการดูแลและสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ศักยภาพของครอบครัวต่อการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ และปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ศักยภาพของครอบครัวเข้มแข็ง จำนวน 700 รายในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่ทำงานในหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและกลุ่มอาชีพต่างๆ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ประชากรส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นบุตรของผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสแล้ว อายุระหว่าง 31-40 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี รายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล 1 คน และเป็นผู้สูงอายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปี บทบาทของครอบครัวคือตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ปัจจัยสี่ และตอบสนองหน้าที่ด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ ปัญหาที่ได้รับการดูแลอยู่ในระดับน้อยมาก ปัจจัยสำคัญที่เป็นพื้นฐานที่ทำให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ 2 ประการคือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม และครอบครัวยังมีความต้องการบริการทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ และด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

พัชรินทร์ คำอินทร์ (2548) ได้ศึกษาความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุ และศึกษาประสบการณ์การได้รับการดูแลโดยครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่บ้าน ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบวิธี Husserl จำนวน 12 ราย ผลการศึกษา สรุปได้ว่า ความหมายการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว จากมุมมองของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่บ้าน 4 ประเด็นคือ การปฏิบัติดูแลด้วยความเข้าใจผู้สูงอายุ การปฏิบัติดูแลด้วยความเต็มใจ การปฏิบัติดูแลด้วยการพูดที่ดี และการปฏิบัติดูแลด้วยความเคารพรักและผูกพัน ในด้านผู้ดูแลในครอบครัว สรุปได้ 4 ประเด็นคือ อารมณ์ในสภาพการพึ่งพา การรับรู้ว่าต้องพึ่งพาการดูแล กาปรับตัว และ การรับรู้คุณค่าการดูแล

เล็ก สมบัติ (2549) ทำการศึกษาภาวะการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง บทบาทและความสามารถ ตลอดจนปัญหาและความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยสอบถามสมาชิกในครอบครัว 16 จังหวัด จำนวน 1,600 คน และ Focus Group สมาชิกในครอบครัว 3 รอบ

32 หมู่บ้าน 320 คน ผู้สูงอายุในครอบครัวชุมชน 7 ราย รวม 224 คน และ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและนอนติดเตียงจำนวน 40 คน การศึกษาในครั้งนี้แบบ Mixed Method ทั้ง Descriptive study และ Qualitative study ผลการศึกษามีดังนี้คือ 1) ปัจจัยภายใน คือสัมพันธภาพครอบครัวในระดับที่ดี การเชื่อฟังมีเหตุผลและการเอาใจใส่ความรัก ส่วนปัจจัยภายนอกมีภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี มีระดับการได้รับและไม่ได้รับการบริการที่ใกล้เคียงกัน บริการที่ครอบคลุมมากที่สุดคือ บริการด้านสุขภาพ ส่วนบริการที่ได้รับน้อยที่สุดคือบริการด้านสังคม ได้แก่ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การเยี่ยมเยียนโดยอาสาสมัคร และการสังเคราะห์ต่างๆ 2) ปัจจัยพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในและภายนอก และ 3) การสนทนากลุ่มสรุปได้ว่าครอบครัวส่วนมากมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุลักษณะการดูแลจะมีการกำหนดผู้ดูแลหลัก ทำหน้าที่ด้านอาหาร การกินยา ความสะอาดและสุขภาพโดยรวม สมาชิกคนอื่นๆ ให้การสนับสนุนด้านเงินทอง เสื้อผ้า ของใช้ที่จำเป็นปัญหาที่พบในการดูแลคือ สุขภาพกายและจิต การเงิน

พูนสุข เวชวิฐาน (2551) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย มุมมองจากผู้สูงอายุและลูกวัยผู้ใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย ประยุกต์แนวคิดการต่างตอบแทนจากทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 50 ครอบครัว ทั้งผู้สูงอายุและบุตรวัยผู้ใหญ่ กลุ่มละ 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการจดบันทึกและถอดเทป และนำมาวิเคราะห์หาประเด็นที่สะท้อนถึงการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย ผลการศึกษามีประเด็นสำคัญได้แก่ 1) ผู้สูงอายุสะท้อนบทบาทของตนเองในการช่วยเหลืองานบ้าน 2) ผู้สูงอายุสะท้อนคุณค่าของตนที่มีต่อสมาชิกครอบครัวและความคาดหวังในอนาคต 3) การดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุเป็นการตอบแทนบุญคุณ และ 4) การดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุเป็นผลจากการเป็นต้นแบบที่ดีและจากคำสอนทางศาสนา

นารีรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวิตรี ทยานศิลป์ (2552) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัวที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการดูแลที่ดี ศึกษารูปแบบและถอดบทเรียนการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการจัดการที่ดี และศึกษารูปแบบและถอดบทเรียนกลวิธีการจัดการในครอบครัวและชุมชน เป็นการสัมภาษณ์ระดับลึก สำหรับผู้ให้ข้อมูลกับชุมชนก่อนการเลือกชุมชนและครอบครัว 6 ข้อ และการอภิปรายกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 11 ข้อ ผู้ดูแล 18 ข้อ ผู้สูงอายุ 4 ข้อ ดำเนินการ ค้นหาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมือง (นครราชสีมา และ กทม.) สัมภาษณ์ระดับลึกผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชน สนทนากลุ่ม กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุรวบรวมเอกสารและข้อมูลที่สังเกตพบเกี่ยวกับบริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงระดับ 3 และ 4 ในชุมชนล็อค 4-5-6 เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร และชุมชน 30 กันยาพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เลือกชุมชนละ 2 ครอบครัว ผลการวิเคราะห์มีดังนี้คือ 1) ได้ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนได้แก่ การมีชุมชนเข้มแข็ง การมีระบบสนับสนุนที่ดีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีทุนทางสังคม การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทชุมชน และการมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน 2) ได้ตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวได้แก่ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีความพร้อม การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จากแผลกดทับ ปอดอักเสบ การสำลักอาหาร การป้องกันความรู้สึกเสียใจ และสร้างความสุข การสร้างความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ การส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ 3) การดูแลบนพื้นฐานของความรัก ความห่วงใย ความกตัญญู และความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลัก 4) การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง การดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลจัดอาหารเฉพาะโรค 5) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการดูแล 6) การที่ผู้ดูแลหลักมอบความไว้วางใจให้ผู้ดูแลรับจ้าง และ 7) การได้รับการสนับสนุนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จากภาครัฐ เอกชน และอาสาสมัคร

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ(2552) ทำการศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและถอดตัวแบบเกี่ยวกับการจัดบริการและกลวิธีการจัดการสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัว/ชุมชน ที่ได้รับการพิจารณาว่ามีการดูแลที่ดี ทำการศึกษาร่วมกันกับพยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ที่ทำหน้าที่ประสานงานและสนทนากลุ่มการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตามแนวคำถามการถอดตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาระดับ 3 และ 4 จำนวน 8 ราย ในจังหวัดเชียงราย ขอนแก่น สมุทรสาคร และนครศรีธรรมราช ผู้สูงอายุที่ศึกษาเพศหญิง 6 ราย เพศชาย 2 ราย ทุกรายมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและพึ่งตนเองได้ในระดับน้อยไปจนถึงพึ่งพาตนเองไม่ได้เลย มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ผลการศึกษาคือวิธีการและเทคนิคการดูแลที่ดีประกอบไปด้วยตัวชี้วัด 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ และชุมชนที่มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ดี ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ประการ ได้แก่ การมีระบบดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมีทีมงานที่เข้มแข็ง การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ การแก้ไขปัญหาโดยสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ และการมีระบบการประเมินบริการ

สิรินทร ฉันศิริกาณจน (2552) “ผู้แต่งหนังสือคู่มือดูแลพ่อแม่” การดูแลผู้สูงอายุที่สามารถให้บุตรหลานช่วยกันดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพที่ดีและเหมาะสม ตั้งแต่การประเมินสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การป้องกันการเกิดปัญหาเช่น อาการเจ็บป่วยทั่วไป การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การตรวจสุขภาพและการจัดบ้านและการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุ โดยเน้นที่ปัญหาสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างลูกหลาน และให้แง่คิดในการเห็นคุณค่าของพ่อแม่ และการตอบแทนพระคุณด้วยการดูแลที่เป็นการแสดงความมีกตัญญูต่อพ่อแม่ที่ทำให้ลูกหลานได้เข้าใจ ตระหนักถึงการปฏิบัติในการดูแลพ่อแม่ได้อย่างเหมาะสม สำหรับในสถานการณ์ปัจจุบันยังมีหลายครอบครัวเป็นจำนวนมากที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เองจึงต้องการการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

1. การดูแลในสถาบัน (Institutional Care)

1.1 การให้บริการสุขภาพในสถาบัน

1. สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เน้นการรักษาพยาบาล แต่ไม่รวมถึงการบริการที่ต้องอยู่เป็นเวลานานหรืออาการเรื้อรังปัจจุบันให้ความสำคัญกับบริการทางการแพทย์ในลักษณะแบบเฉียบพลันมากกว่า บางสถานบริการมีคลินิกผู้สูงอายุให้บริการ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งบริการข้อมูลองค์ความรู้สำหรับผู้สูงอายุ

2. สถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing Home) ให้การดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล แต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ เป็นการดูแลลักษณะให้การพยาบาล เช่น การดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา เป็นต้น มีการดำเนินการในส่วนภาคเอกชน

3. ศูนย์หรือสถานบริการสุขภาพ เน้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ไม่จำกัดกลุ่มอายุ ให้บริการที่พักและไม่ให้บริการที่พักรวมกับสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย โดยคิดค่าบริการ มีการดำเนินการในรูปแบบเป็นแบบเอกเทศ หรือเป็นกิจกรรมหนึ่งในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน

1.2 การบริการสังคมในสถาบัน

ส่วนใหญ่ให้บริการโดยหน่วยงานภาครัฐ ดำเนินการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ เช่น

1. สถานสงเคราะห์คนชรา บริการอุปการะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน
2. การสงเคราะห์เครื่องช่วยความพิการ เครื่องอุปโภคบริโภค และอื่นๆ
3. การประกันชราภาพ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. สวัสดิการเบี้ยยังชีพ โดยรัฐบาลจ่ายผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



2. การดูแลโดยชุมชน

1. การบริการสุขภาพในชุมชน

1. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home health care) เป็นระบบการดูแลบริการสุขภาพภายหลังพ้นระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน สามารถออกจากโรงพยาบาลมาอยู่ที่บ้านได้

2. การบริการสุขภาพทั่วไปชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขให้การดูแลเบื้องต้น เช่น ให้คำแนะนำและข่าวสารด้านสุขภาพ การปฐมพยาบาล วัดความดัน ตรวจหาระดับน้ำตาล การส่งต่อผู้ป่วย และกิจกรรมอื่นๆ เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

3. การบริการที่ส่งเสริมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การสนับสนุนกิจกรรม ออกกำลังกาย กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน โดยอบต. เป็นต้น

2. การจัดบริการสังคมในชุมชน

1. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ (Day care center) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) การบริการภายในศูนย์ เช่น การดูแลด้านสุขภาพอนามัย กายภาพบำบัด สังคมสงเคราะห์ และอื่นๆ

2) บริการบ้านพักฉุกเฉิน เป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนหรือส่งไปรับบริการที่หน่วยอื่นๆ

2. บริการหน่วยเคลื่อนที่ บริการที่จัดขึ้นเพื่อเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลข่าวสารด้านการให้บริการ ให้คำแนะนำและการรักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่ในหน่วยเคลื่อนที่ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

3. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

4. การบริการช่วยเหลือระหว่างผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เช่น โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

5. สวัสดิการณาปนกิจประจำหมู่บ้าน

6. การดำเนินงานในรูปแบบอื่นๆ ในชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม เช่น กองทุนวันละ 1 บาท เครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

ตัวอย่างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

1. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มงานอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

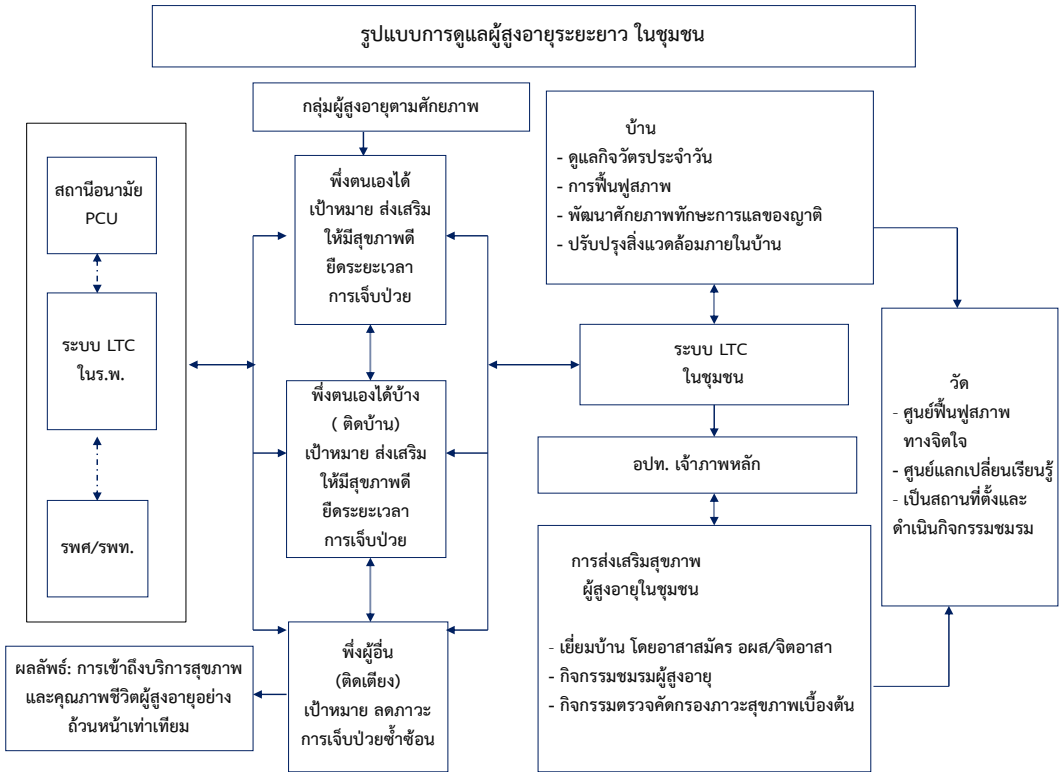
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้สังเคราะห์จากการนำร่องในการพัฒนาพื้นที่ที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 1-12 การศึกษาดูงานในพื้นที่ที่มีเวชปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยกำหนดเป้าประสงค์ของการพัฒนาและกิจกรรมทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมที่ผู้สูงอายุควรได้รับ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ เป้าประสงค์ได้แก่การสนับสนุนการพึ่งตนเอง สนับสนุนคลังสมอง และพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้อง จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ทั้งการตรวจสุขภาพประจำปี การส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมจิตอาสา และพัฒนาความเข็มแข็งของคลังสมองในชมรมผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้บ้าง กิจกรรมที่ควรได้แก่ ตรวจสุขภาพประจำปี การเยี่ยมบ้านการดูแลที่บ้าน การส่งเสริมสุขภาพเฉพาะทางโรค และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชมรม วัด และชุมชน เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเพิ่มศักยภาพเครือข่าย และการบริการความสัมพันธ์ภาคเครือข่าย

3. ผู้สูงอายุที่พึ่งผู้อื่น ยังคงมุ่งหมายการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการเพิ่มศักยภาพการผลิตพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรม สำหรับกิจกรรมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี การเยี่ยมบ้าน การดูแลที่บ้าน รวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน



ที่มา : กลุ่มงานอนามัยสูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

2. รูปแบบการจัดบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา (Group Home)

แนวความคิดของ การจัดบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา (Group Home)

แนวคิดนี้เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาช่วงต้น ค.ศ. 1970 เพราะผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 47 ล้านคน หรือ ร้อยละ16 ของประชากรทั้งหมด) ทำให้บริการทางสังคมที่มีอยู่ในขณะนั้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา (Group Home) จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยว ต้องการสังคม เพื่อน และความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

1. ลักษณะสำคัญของบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา

สำนักผู้สูงอายุของรัฐแมรี่แลนด์(Maryland, Department of Aging) ได้ดำเนินงานโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุแบบกลุ่มพึ่งพา (Senior Assisted Group Home Subsidy Program) ได้อธิบายลักษณะของโครงการว่าเป็นโครงการที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและปานกลาง โดยการจัดหาที่พักอาศัยให้เข้าไปอยู่ในบ้านที่ออกใบอนุญาตให้โดยสำนักอนามัย (Department of Health and Mental Hygiene) โดยมีสมาชิกที่อยู่ร่วมกันระหว่าง 4-16 คน รัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพให้แก่บุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดได้แก่ ค่าอาหาร (Meals) การดูแลส่วนบุคคล และการให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งนี้สำนักผู้สูงอายุจะเป็นผู้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานโครงการดังกล่าว สำหรับผู้ที่ได้รับสิทธิในการรับบริการดังกล่าวจะต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติดังนี้ มีอายุอย่างน้อย 62 ปี มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางร่างกายหรือจิตใจ และมีความจำเป็นหรือต้องการความช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นผู้ที่มีรายได้ตามที่กำหนดและมีสิทธิได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลท้องถิ่น

สำนักงานสาธารณสุขรัฐอิลินอยส์ (Illinois Department of Public Health) ได้อธิบายลักษณะของกลุ่มพึ่งพาไว้ว่า เป็นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะการจัดเตรียมห้องพักไว้บริการไม่เกิน 16 คน มีการจัดอาหารให้อย่างน้อยหนึ่งมื้อ มีบริการดูแลทำความสะอาดที่พัก และมีห้องรวม (Community room)สำหรับการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยผู้สูงอายุจะรับผิดชอบในการดูแลตนเอง รวมทั้งด้านการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังมีบริการการดูแลเฉพาะบุคคล เช่น การช่วยเหลืออาบน้ำ หรือการดูแลเรื่องการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ที่จะทำหน้าที่ดังกล่าวจะต้องเป็นบุคคลที่ได้รับอนุญาต (Licensed) ตามกฎหมายเท่านั้น

Olive Evans (1988) อธิบาย การบริการทางสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาของ Dexter House ซึ่งดำเนินงานโดยองค์กรเอกชน ในรัฐนิวเจอร์ซี่ว่า มีลักษณะเป็นบ้านสองชั้น แต่ละชั้นประกอบด้วย ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องรับประทานอาหาร และห้องส่วนตัว ผู้อาศัยเป็นผู้สูงอายุทั้งหมด มีผู้ชาย 4 คนจะพักอยู่ชั้นล่าง และผู้หญิง 3 คนจะพักอยู่ชั้นบน ทุกคนล้วนเป็นคนแปลกหน้าที่มาอาศัยอยู่ในบ้านร่วมกัน ราคาห้องพักก็ไม่แพงมากนัก และผู้สูงอายุสามารถจ่ายได้ แต่จะต้องรับผิดชอบตัวเองในด้านการทำอาหาร และการทำความสะอาด ผู้สูงอายุจะต้องมีหนังสือรับรองว่ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ผู้สูงอายุจะอยู่ร่วมกันในลักษณะของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น การทำอาหารรับประทานร่วมกัน การฝากกันซื้อข้าวของ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตร่วมกัน หรือแม้แต่การถกเถียงการเมืองร่วมกัน เนื่องจากว่าผู้หญิงกับผู้ชายจะพักอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน ปัญหาเรื่องอารมณ์และเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ทางบ้านก็ไม่ได้มีข้อห้ามในเรื่องนี้แต่อย่างใด เนื่องจากเห็นว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มีประสบการณ์และมีความรู้เป็นอย่างดี

การบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาในประเทศสวีเดน (Inlasningstjansten, 2002) เป็นบริการด้านที่อยู่อาศัยมีลักษณะเป็นอพาตเม้นท์ขนาดเล็กที่ประกอบไปด้วย ห้องครัว ห้องอาหาร ห้องนั่งเล่นและใช้ร่วมกัน มีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะจัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นมีอาการของโรคความจำเสื่อม

ประเทศญี่ปุ่น (Ministry of Foreign Affairs,2006) อธิบายบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาว่า เป็นบริการให้เช่าที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคความจำเสื่อม ซึ่งมีลักษณะเป็นอพาตเม้นท์ แต่ละชั้นประกอบไปด้วย 8 ยูนิต ผู้สูงอายุจะประกอบอาหารเช้า กลางวันด้วยตัวเองและรับประทานด้วยกัน โดยการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ ห้องครัวและห้องอาหารจะใช้ร่วมกันผู้สูงอายุจะต้องรับผิดชอบในการทำความสะอาดบริเวณที่พักของตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นเท่าที่สามารถจะทำได้ โดยการดูแลของเจ้าหน้าที่ ผู้สูงอายุสามารถนำเฟอร์นิเจอร์มาใช้ได้เท่าที่พื้นที่มีให้ในแต่ละยูนิต ห้องนอนจะเป็นห้องสไตล์ญี่ปุ่นและมีห้องน้ำส่วนตัว

ลักษณะสำคัญของบริการทางสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา เป็นบริการทางเลือกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยวได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นมีสังคม เพื่อน และมีบริการด้านที่พักอาศัยสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มขนาดเล็กตั้งแต่ 4-16 คน โดยผู้สูงอายุจะต้องมีสุขภาพสมบูรณ์ และสามารถดูแลตนเองได้ แต่ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ก็จะมีบริการเฉพาะบุคคล โดยการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม เน้นให้กลุ่มผู้สูงอายุ ดูแลและช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันตามความสามารถของแต่ละคน เป็นบริการทางเลือกที่มีค่าใช้จ่ายถูกกว่าและมีบริการเฉพาะเท่าที่จำเป็นต่อความต้องการ ที่สำคัญสามารถกระจายการให้บริการได้อย่างกว้างขวาง แม้แต่ในชุมชนที่มีขนาดเล็ก และอยู่ห่างไกล เนื่องจากต้นทุนในการดำเนินงานค่อนข้างถูก และสามารถดำเนินการได้โดยรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชนหรือองค์กรสาธารณประโยชน์ โบสถ์ ภาคธุรกิจ และองค์กรภาคประชาชนในชุมชน แต่ต้องมีหน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ในการกำกับดูแลเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน

2. แนวความคิดของ การจัดบริการสังคมแบบบริการดูแลที่บ้าน (Home Care)

การจัดบริการสังคมแบบบริการดูแลที่บ้านโดยทั่วไปจะใช้แนวคิดการจัดบริการและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นหลักสำคัญในการทำงานโดยจะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของคนพิการ ผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและสังคม ซึ่งมีเป้าหมายให้ได้รับการฟื้นฟูในด้านต่างๆ เช่น การรักษาพยาบาล การศึกษา การฝึกงาน อาชีพ มีงานทำ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ การจัดทำบริการต่างๆ โดยมีบุคคล 3 ส่วนด้วยกันคือ 1) บุคคลตามกลุ่มเป้าหมาย 2) ชุมชน ครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่ม และ 3) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยบุคคลทั้ง 3 กลุ่มนี้จะต้องมีความพร้อมในการรับข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรม การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีกำลังใจ ซึ่งเป็นการสร้างโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายเท่าเทียมคนปกติ สร้างแหล่งทรัพยากรในชุมชน (วริยาภรณ์ พรนภดล, 2544)

ในการดำเนินโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจำเป็นต้องปรับทัศนคติและพฤติกรรมของคนในชุมชนให้สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้พิการได้ทั้งเรื่องการแพทย์ รายได้ ความมั่นคงในสังคม การศึกษา สิทธิทางกฎหมาย และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยกลุ่มเป้าหมายครอบครัวตลอดจนชุมชนคือศูนย์กลางของกิจกรรมใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งแต่ละพื้นที่จะมีรูปแบบการดำเนินงานที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับภูมิปัญญาของท้องถิ่นความต้องการเฉพาะของพื้นที่และทรัพยากรที่มีอยู่ โดยมีลักษณะและรูปแบบการจัดบริการที่สำคัญได้แก่

1. การให้บริการในสถาบัน เป็นการบริการในสถานสงเคราะห์ - โรงพยาบาล เน้นที่บทบาทของผู้ให้บริการ โดยที่คนพิการจะได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ

2. การให้บริการแบบจัดหน่วยเคลื่อนที่จัดผู้เชี่ยวชาญไปให้บริการในชุมชนยังคงเน้นบทบาทผู้ให้บริการ

3. การให้บริการโดยการจัดตั้งเป็นศูนย์บริการในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นสาขาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเปาหมายหรือสถานสงเคราะห์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อขยายบริการให้แก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน

4. การให้บริการโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน เป็นการบริการที่เน้นการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายเป็นรายกรณีที่บ้าน

5. การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเน้นการเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการ เพื่อให้การบริการ และฟื้นฟูครบวงจร ทั้งการแพทย์ ศึกษา อาชีพ และสังคม

3. แนวทางการดำเนินงานการจัดบริการสังคมรูปแบบกลุ่มพึ่งพา และบริการดูแลที่บ้าน

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการยังคงประสบปัญหาเนื่องจากระบบบริการทางสังคมที่มีอยู่ยังขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นระบบการบริการที่เหมาะสมสำหรับการจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในรูปแบบ Group Home และ Home Care จึงเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันมากที่สุด เพราะเป็นการจัดบริการสังคมมุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมาย (ผู้พิการและผู้สูงอายุ) ครอบครัว ชุมชนและองค์กรท้องถิ่น ได้เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดบริการ ภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบขององค์กรที่เหมะสมควรเป็นดังนี้

1. ความรับผิดชอบในระดับท้องถิ่น องค์กรท้องถิ่นควรเป็นผู้ดำเนินการเพื่อสนองตอบความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น เช่น การกำหนดรูปแบบบริการ สนับสนุนทรัพยากร และการบริหารจัดการ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและผู้พิการได้อย่างเหมาะสม

2. ความรับผิดชอบในระดับชุมชน การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการในท้องถิ่นโดยรูปแบบ Group Home และ Home Care จะมีประสิทธิภาพเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมของสมาชิกในชุมชน ต้องเรียนรู้และเข้าใจสภาพปัญหาของผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน รวมทั้งมีบทบาทกระตุ้นให้สมาชิกชุมชนตระหนักถึงความต้องการการดูแลร่วมกัน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมเสนอความต้องการการบริการ ตลอดจนการประเมินและตรวจสอบคุณภาพการจัดบริการ

4. กิจกรรมการให้บริการสวัสดิการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา และการดูแลที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน

1. กิจกรรมส่วน Group Home

อาคารเอนกประสงค์ ประกอบด้วย

- บริการด้านการศึกษาตลอดชีพ โดยการให้การสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และเอกชน หลักสูตรและวิธีการสอนผู้สอนเป็นผู้พัฒนาประยุกต์ตามความต้องการของผู้เรียน อาจมีหลักหลักสูตรต่างๆ เช่น สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย การฝึกอาชีพ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กฎหมาย ศาสนา ศิลปวัฒนธรรม การเกษตรและการออมทรัพย์ เป็นต้น
- Social day Center เป็นบริการที่จัดในชุมชน ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการในช่วงกลางวันแทนครอบครัวหรือผู้ดูแล มีกิจกรรมนันทนาการ-สังคม มีบริการรับส่ง บริการอาหารกลางวัน ออกกำลังกาย ตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราว

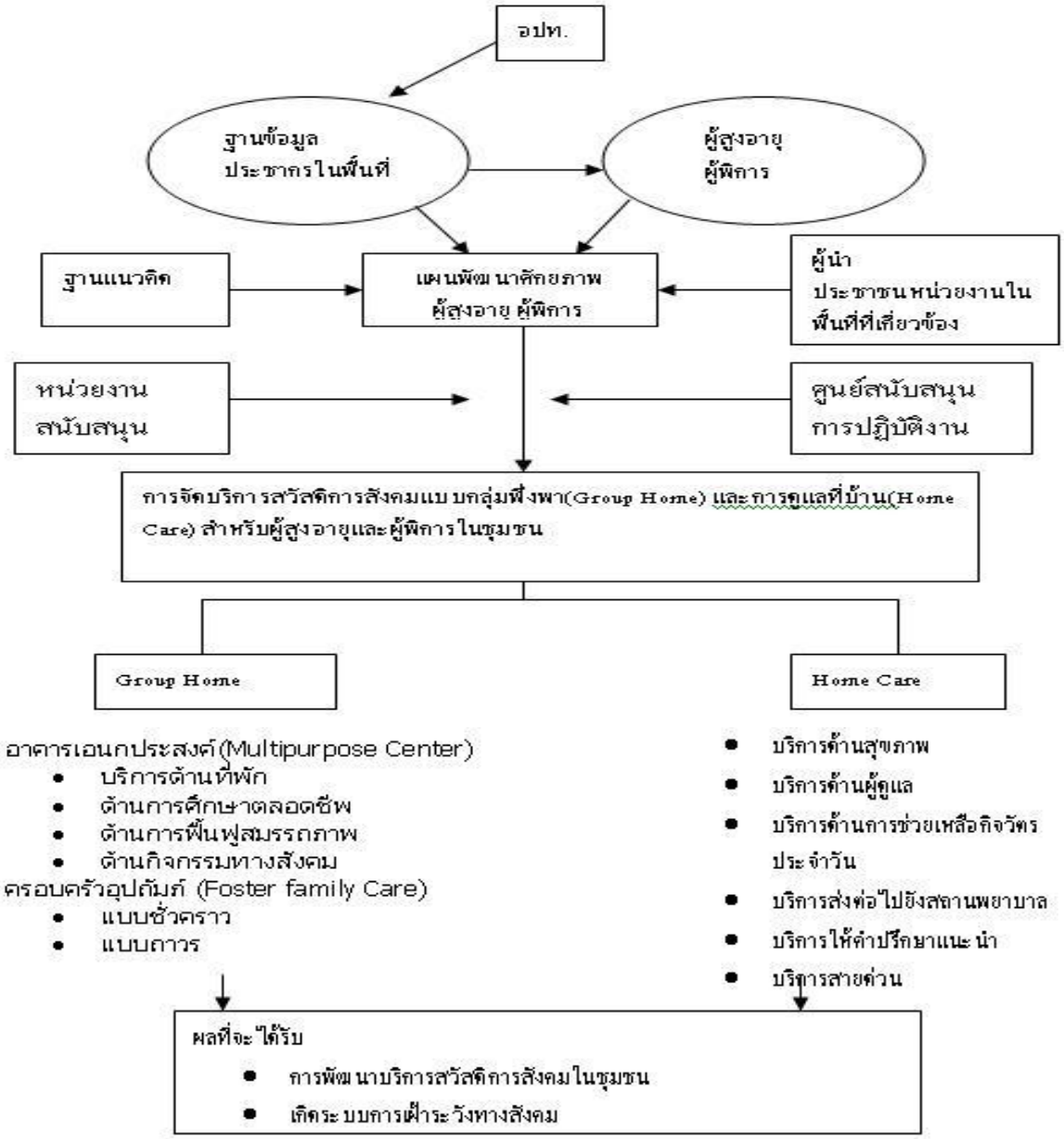
- Day Rehabilitation Center มีกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง
- ศูนย์ที่สามารถให้บริการที่หลากหลายรูปแบบ เชื่อมโยงกับศูนย์ชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองได้เป็นอาสาสมัครในการดูแลผู้ที่ช่วยตัวเองไม่ได้ในชุมชนเดียวกัน
- Sheltered Homes บ้านพักสำหรับผู้สูงอุ ผู้พิการ ที่ไม่มีผู้ดูแลหรือได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม โดยพิจารณาแยกเป็นรายๆ ทั้งเป็นแบบถาวร และชั่วคราว

ครอบครัวอุปถัมภ์ เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่ขาดผู้ดูแล รวมทั้ง ญาติ ทั้งในลักษณะบ้านพักถาวรและชั่วคราว โดยมีครอบครัวในชุมชนรับเป็นผู้อุปถัมภ์ให้การอุปการะ และดูแลเช่นเดียวกับญาติ

2. กิจกรรมส่วน Home Care

1. Home Help Service เป็นบริการเกี่ยวกับการส่งอาหาร ซักรีด ดูแลบ้าน ดูแลสุขอนามัย ช่วยงานเล็กๆน้อยๆ รับส่งไปยังสถานพยาบาล
2. Home Nursing เป็นบริการที่ส่งหมอ พยาบาล บุคลากรที่ได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการไปให้การดูแล และแนะนำที่บ้าน
3. สายด่วนให้คำปรึกษาให้บริการเกี่ยวกับการขอรับบริการต่างๆ สนับสนุนให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ปรึกษาปัญหา ระบายอารมณ์ ร้องทุกข์ ให้กำลังใจ ให้ยืมอุปกรณ์จัดผู้ดูแลแทนชั่วคราว
4. บริการแพทย์ทางเลือก บริการ ลูกประคบ สมุนไพร นวดแผนโบราณ

รูปแบบการให้บริการสวัสดิการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาและการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน



ที่มา: ดร.ภุชงค์ เสนานุช, ผศ.กรรณิกา ขวัญอารีย์. รูปแบบการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน : กลุ่มพึ่งพา (Group Home) และการบริการดูแลที่บ้าน (Home Care). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียว

5. ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการจัดบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน

1. การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึกด้านสวัสดิการ การจัดสวัสดิการเป็นเรื่องของคนในชุมชนที่จะต้องเรียนรู้ปัญหาของตนเองเสนอปัญหาและกำหนดความต้องการและวิธีการซึ่งผู้ที่มีบทบาทต่อการริเริ่มจัดสวัสดิการเหล่านี้คือผู้นำชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำที่เป็นทางการที่จะเป็นแหล่งที่มาของความคิดการจัดการด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการ

2. การมีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน การกระจายบริการสวัสดิสังคมที่เน้นการให้บริการในระดับชุมชนและครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ชุมชน นักกายภาพบำบัดและพยาบาลวิชาชีพเพื่อเพิ่มพลังความสามารถของประชาชนและชุมชนสร้างความเข้มแข็งทั้งด้านการเรียนรู้การบริหารจัดการสวัสดิการในชุมชน การจัดการเกี่ยวกับระบบข้อมูลของสภาพปัญหา ความต้องการตลอดจนระบบการเฝ้าระวังทางสังคม

3. การมีระบบเฝ้าระวังในชุมชน สภาพปัญหาของผู้สูงอายุและผู้พิการที่เป็นกลุ่มที่ยากจนไม่มีผู้ดูแลกลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังและมีอาการทางจิตประสาท และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ เป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น การมีระบบการเฝ้าระวังทางสังคมจะทำหน้าที่ในการสะท้อนปัญหาความต้องการและเป็นแหล่งจัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูลของชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อประโยชน์ในการวางแผน การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็ง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่บ้านเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมความรู้ ฝึกทักษะ เพื่อให้การดูแลให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการและสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือดำรงชีวิตในการประกอบกิจวัตรประจำวันฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการสูงอายุและผู้พิการเบื้องต้นที่บ้านได้ นอกจากนั้นการมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็งยังส่งผลต่อระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังและจัดสวัสดิการในชุมชนรวมทั้งการใช้อาสาสมัครเป็นกลไกในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน

5. ความเข้มแข็งของระบบเครือข่ายในชุมชน องค์กรชุมชนเข้มแข็งแต่ละองค์กรจะมีการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ปัญหาและพึ่งพาตนเอง ซึ่งช่วยทำให้กลุ่มและเครือข่ายเกิดความแข็งแรงและขยายตัว และยิ่งเมื่อพวกเขามีการเคลื่อนไหวร่วมกับเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งประเภทอื่น ๆ หรือมีการเรียนรู้ข้ามภูมิภาค หรือเป็นระดับนานาชาติด้วยแล้ว จะยิ่งเกิดการเรียนรู้ทางพลังยิ่งขึ้น นี้คือโครงสร้างพื้นฐานและกิจกรรมจำเป็นสำหรับประชาสังคมในทุกท้องถิ่น

กล่าวโดยสรุปการจัดบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาและบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนเป็นรูปแบบการจัดบริการสังคมที่มุ่งจะขยายเข้าสู่ชุมชนให้กว้างขวางและหลากหลายมากขึ้นโดยการสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุและผู้พิการ) ครอบครัว กลุ่ม และองค์กรชุมชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสังคมทำให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการ และวัฒนธรรมประเพณีของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ โดยที่องค์กรหรือหน่วยงานภายนอกจะทำหน้าที่เป็นเพียงพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำปรึกษารวมทั้งการสนับสนุนด้านเทคนิค วิชาการ การประสานงานและทรัพยากร ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การจัดบริการสังคมประสบความสำเร็จได้แก่ การมีระบบฐานข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้อง การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวและชุมชน มีผู้นำชุมนที่มีจิตสำนึก มีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน การมีระบบเฝ้าระวังระบบอาสาสมัครชุมชน รวมทั้งการมีระบบเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง

ชมนาด พจนามาตร์ และคณะ (2551) ได้วิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการโดยผู้ดูแล กรณีศึกษาภาคเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การทำงานของผู้ดูแล ลักษณะของผู้ต้องการการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการ และลักษณะความต้องการการดูแล โดยให้ความหมายของผู้ดูแลหมายถึงผู้ที่ได้รับการว่าจ้าง ให้เป็นผู้ช่วยเหลือหลักแก่ผู้ป่วยหรือผู้ต้องการการปฏิบัติกิจกรรมเช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาด การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องอาหาร การขับถ่าย เป็นต้นโดยให้เวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาได้แก่ 1) ความต้องการการดูแลขึ้นอยู่กับ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ระดับความรุนแรง ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังและลักษณะครอบครัวเช่นครอบครัวขยาย ญาติพี่น้องจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือดูแลมากกว่า 2) สถานการณ์การทำงานของผู้ดูแล ส่วนใหญ่จะเน้นการดูแลกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมจากหลักสูตรการอบรม 6 เดือน จากหน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐและเอกชน ที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงศึกษาธิการ หรือกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่สำเร็จการศึกษาระดับผู้ช่วยพยาบาล ผ่านการอบรมระยะสั้น หรือผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และไม่ได้รับการอบรมใด ๆ แต่เรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแล การสอนของญาติหรือการสอนจากบุคลากรพยาบาลเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล 3) ระบบการติดตามการทำงานของผู้ดูแล ขึ้นอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องควบคุมด้วยตนเอง มีบางพื้นที่ที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 4) คุณสมบัติของผู้ดูแล คือมี ความอดทน มีกิริยาสุภาพและต้องการผู้ที่มีความรู้ในการดูแล โดยมีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานของรัฐควรจะช่วยเหลือในการจัดอบรมให้ความรู้ และ 5) เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของผู้ดูแล คือระยะเวลาการดูแลในแต่ละวันที่ต้องมีเวลาส่วนตัวและมีเวลาพักผ่อน ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแล การสนับสนุนความก้าวหน้าของผู้ดูแล ความเป็นอิสระส่วนตัว การมีสมาชิกในครอบครัวร่วมดูแลด้วยและการมีส่วนร่วมในการให้ดูแลของหน่วยงานด้านสุขภาพ

การบูรณาการของระบบการดูแลระบบการดูแลระยะยาว

การดูแลระยะยาวมีลักษณะสำคัญ คือ ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันระหว่างการดูแลในครอบครัว สถาบัน และชุมชน เพื่อทดแทนความต้องการขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลที่สูญเสียหรือเสื่อมความสามารถกระทำหน้าที่ทางสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะทำได้ กิจกรรมและบริการมีความคาบเกี่ยวกันกับการดูแลระยะยาวและต้องมีการบริหารจัดการอย่างเหมาะสม จากการทบทวนโดยศศิพัฒน์ ยอดเพชร ในประเด็นการสร้างระบบเชื่อมโยงบริการ การดูแลแบบ Intermediate care การทำงานร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพและสังคม การประเมินสภาวะแวดล้อมในชุมชน และหน่วยบำบัดที่บ้าน ดังนี้

1. สร้างระบบการเชื่อมประสานบริการที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านทรัพยากร การประสานการปฏิบัติงาน การสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวและชุมชน ระหว่างสถาบันหรือองค์กรหลัก และหน่วยงานในชุมชน เพื่อให้สามารถจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม เชื่อมโยงทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

2. การจัดบริการดูแลระยะยาว (Intermediate care) เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านสุขภาพและสังคม ตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระยะผู้ที่เพิ่งพ้นจากระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อฟื้นฟูสรรถภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ในชุมชน และเป็นการเตรียมครอบครัวเพื่อพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

3. การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เนื่องจากผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้บริการหลากหลายทั้งบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม จำเป็นต้องมีความเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ ดังนั้นต้องมีมาตรฐานในการรักษาความลับของข้อมูลผู้รับบริการ

4. การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย รวมถึงการสร้างความมั่นใจให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ว่าจะได้รับการบริการอย่างทันท่วงทีในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยกะทันหันหรือต้องการความเหลืออย่างเร่งด่วน

5. การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน การดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคมสามารถบูรณาการทำงานและปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น

6. การประเมินสภาวะแวดล้อมในชุมชน เป็นเทคนิคหนึ่งในการบูรณาการการดูแลระยะยาวที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลภายหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมและเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

7. การจัดบริการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน เป็นการจัดบริการเชิงรุกที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพึง

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาและความต้องการแตกต่างไปจากบุคคลวัยอื่นๆ การจัดบริการต้องมีประสิทธิภาพและเหมาะสมตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ จึงควรจะมีการกำหนดมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุในบริบทต่างๆ ทั้งในสถานบริการและชุมชน ในประเทศไทยมีบางหน่วยงานที่กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุบางประเภท เช่น

1. มาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ประกอบด้วย 5 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานการบริหารจัดการ มาตรฐานสุขภาพ มาตรฐานผู้ใช้บริการ มาตรฐานด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย และมาตรฐานภายใน

2. สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term care hospital) ได้มีการริเริ่มกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลโดยกองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการยกร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานบริการ

3. สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care) มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลรามาธิบดี (2551) ดังนี้

1. ให้บริการการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการวางแผนการรักษา
2. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ
3. การบรรเทาความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานทางกาย
4. การให้การดูแลด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ
5. การให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์
6. การดูแลครอบครัวและผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย

ผศ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และคณะ ศึกษารูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญในระบบสุขภาพและบริการสังคม เพราะเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการบริการทางการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม เพื่อมุ่งช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพให้ได้รับการบริการทางการแพทย์เป็นอย่างดี และยังรวมถึงการให้บริการถึงสถานที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

ปัจจุบันความต้องการการดูแลในสถานบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับมีจำนวนสถานบริการเพิ่มมากขึ้นแต่ยังไม่มีระบบการกำกับดูแลที่ชัดเจนขาดแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดี ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาวิจัยรูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทยขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและยกระดับมาตรฐานการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานบริการในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ดีในสถานบริการจะต้องคำนึงถึงปัจจัย 4 ด้านใหญ่ คือ คุณภาพในการดูแล การจัดการทางด้านคุณภาพ ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ และนโยบายสาธารณะ โดยศึกษารายละเอียดปัจจัยทั้ง 4 ด้านนี้ในสถานดูแลระยะยาวที่แบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ บ้านพักคนชรา(residential home) สถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (assisted living) สถานบริบาล (nursing home)สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (long-stayed hospital) และสถานดูแลระยะสุดท้าย (hospice care) โดยที่สถานดูแลเหล่านี้อาจจัดบริการโดยหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน และเป็นการบริการที่ให้มีความหลากหลาย เช่น การบริการที่พักและอาหาร (room & boarding) การดูแลส่วนบุคคล (personal care) การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว (ADL & mobility) การพยาบาล (skill nursing care) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) การดูแลกลางวัน (day care) การดูแลแบบชั่วคราว (respite care) และการดูแลระยะสุดท้าย (end of life care) เป็นต้น

จากการศึกษาพบว่าอัตราการขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพมีเพิ่มมากขึ้น และศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดลง ทำให้ความต้องการการดูแลในสถานบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับยังไม่มีระบบการกำกับดูแลที่ชัดเจน ขาดแนวทางการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งต้องตระหนักในการดูแลคุณภาพชีวิตและสิทธิของผู้สูงอายุในสถานบริการเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษา รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทยขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและยกระดับมาตรฐานการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานบริการในประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

การจัดทำข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยโดยการแยกเป็น 2 ส่วนอย่างชัดเจน ทำให้สามารถทำความเข้าใจได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น กล่าวคือ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เช่น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ ควรแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ การดูแลในระดับพื้นฐานและการดูแลในระดับสูง การขึ้นทะเบียนก็ควรแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ สถานดูแลระยะยาวระดับพื้นฐาน ที่เน้นการดูแลด้านสังคมและกิจวัตรประจำวันทั่วไปขึ้นทะเบียน และกำกับดูแลโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสถานบริการดูแลระยะยาวระดับสูง ที่มีการพยาบาลและการรักษาขึ้นทะเบียนกับกองการประกอบโรคศิลปะ กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำที่เป็นมาตรฐานกลางในระดับประเทศ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ เช่น การจัดตั้งสถานบริบาลควรมีเกณฑ์ที่ชัดเจน จัดทำแบบประเมินภาวะพึ่งพาที่เป็นที่ยอมรับและเข้าใจตรงกันของทุกฝ่าย ให้ข้อมูลที่มีการปรับเปลี่ยนนโยบายของรัฐกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมอาสาสมัครหรือจิตอาสาเพื่อดูแลผู้สูงอายุ การเสนอข่าวของงานวิจัยของสื่อในเชิงสร้างสรรค์

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

1. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของบริบทในสังคมไทยโดยเฉพาะโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนไปเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพังถึงแม้ว่าจะมีเพียงส่วนน้อยของประเทศแต่ก็มีแนวโน้มที่สูงขึ้น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัวก็มีบทบาทลดลง หรือแม้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเองก็มีความต้องการด้านสังคม โดยมีความต้องการมีส่วนร่วมกันกับเพื่อนบ้าน ชุมชนหรือบุคคลต่าง ๆในสังคม ดังนั้นแนวคิดการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมหรือเพื่อน จึงมีส่วนสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือในด้านข้อมูลข่าวสารเป็นต้น มีหลายการศึกษาได้กล่าวถึงแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมดังต่อไปนี้

Shanas (1979) ในเรื่องครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ นำเสนอข้อค้นพบเกี่ยวกับการดูแลโดยครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย โดยพบว่าครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย ที่มีสามี ภรรยาและบุตร สามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย และทั้งครอบครัวและญาติพี่น้องที่อยู่ในครัวเรือนจะสามารถมาให้การช่วยเหลือได้ตามโอกาสที่เหมาะสม หากไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้หรือมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือ ก็จะมีเพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่ทางราชการทางด้านสังคมสงเคราะห์ และในส่วนที่เกี่ยวข้องจะเข้ามาช่วยเหลือแทน และการสำรวจผู้สูงอายุในระดับประเทศ (ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1975) ในเรื่องการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม สถานภาพสมรส และสัดส่วนของแหล่งช่วยเหลือ และการติดต่อกับครอบครัว ผลจากการสำรวจทำให้ทราบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในลำดับแรก

Hooyman & Kiyak (2009) ได้นำเสนอแนวคิดความสำคัญของการสนับสนุนหรือแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีความโดดเดี่ยวหรือแยกจากครอบครัว สังคมจะสามารถกลับมาเข้ากับเครือข่ายทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ (Informal network) ในด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล การเงิน การให้คำแนะนำ ด้านอารมณ์หรือด้านการบริการ เมื่อมองในด้านของเครือข่ายทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์และโอกาสจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านหรือคนรู้จัก โดยเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการนี้คือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นได้ทั้งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ความรู้สึกหรือสิ่งของต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน และเป็นการยากที่จะวัดแรงสนับสนุนเป็นอย่างไรแต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีดังนี้คือ ความผาสุกในด้านร่างกาย จิตใจ (เพิ่มความชอบธรรมความดีงาม เพิ่มความเชื่อมั่น ลดภาวะซึมเศร้า) สามารถควบคุมความรู้สึกในตัวบุคคล มีอิสระและความสามารถในตัวของตัวเอง ปรับปรุงความสามารถในด้านเชาวน์ปัญญา เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ (Active aging) และสามารถปรับสภาพกับการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม ลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆในชีวิต และลดอุบัติการณ์การเกิดความพิการและอัตราตาย

พรทิพย์ มาลาธรรม จิราพร คงเอี่ยม และ ประคอง อินทรสมบัติ (2552) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท โดยใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวจำนวน 60 คู่ ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า การให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุของครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุควร

ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และเครือข่ายทางสังคมเพื่อความพึงพอใจในชีวิตที่มากขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล (Caregiver)

ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม (2539) ได้นำเสนอญาติผู้ดูแลที่บ้านที่มีความสำคัญและเป็นกลุ่มเป้าหมาย ที่ทีมสุขภาพให้ความสนใจ ซึ่งญาติผู้ดูแลที่บ้านนั้นต้องตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นจากภาวะบกพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านลบและด้านบวก ได้แก่ความเครียด และการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วนั้นมีผลต่อเนื่องกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล โดยให้ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Family Caregiver หรือ Informal Caregiver)

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม (2551) ได้แบ่งผู้ดูแลออกเป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) และ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ในด้านผู้ดูแลที่เป็นทางการเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานบริการพยาบาล หรือ กลุ่ม องค์กร ที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทน ซึ่งอาจเป็น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนในด้านผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มผู้ที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ แรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยและมักสูงอายุด้วยกันทั้งคู่

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2549) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ ดังนี้คือ

1. แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

1) ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบได้บ่อยมากที่สุดในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้ อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้าน บางคนรับผิดชอบดูแลทางด้านการเงินและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแล บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เนื่องจากมีความคล่องตัวในการติดต่อประสานงานสูง เป็นต้น

2) ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ คือ ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้านหรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน ทั้งนี้อาจเป็นการให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน หรือเป็นการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

2. แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือ

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) คือบุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ที่ให้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุด ทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหาร ดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำความสะอาดแผล และช่วยเหลือในการขับถ่าย เป็นต้น ผู้ดูแลหลักนี้จะเป็นผู้ที่เผชิญกับภาวะเครียดสูงสุด นอกจากนี้ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหรือมีปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับความเครียดจากการดูแลแตกต่างกัน

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อตัวผู้ป่วย กิจกรรมการช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราว หรือมีระยะเวลาในการดูแลช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

ขนิษฐา นันทบุตร (2551) ได้สังเคราะห์กรณีศึกษาจากผู้ดูแล 5 ภาคทั่วประเทศในสถานการณ์การทำงานของผู้ดูแลเพื่อการพัฒนาระบบการทำงานของผู้ดูแลในประเด็นสำคัญต่อไปนี้คือ

1) ลักษณะของผู้ต้องการความช่วยเหลือ แบ่งตามความสามารถในการช่วยเหลือ คือ ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้บ้าง และ ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้ โดยนอนติดกับเตียงเป็นส่วนใหญ่ แบ่งตามความเจ็บป่วยคือ ผู้ป่วยตามระดับความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ที่มีอาการในระยะฉุกเฉินหรือวิกฤติ และ ผู้ป่วยในระยะเรื้อรังควบคุมได้ และตามบริบทสถานที่ในการให้การดูแล เช่น ผู้ที่อยู่ที่บ้าน อยู่ที่สถานสงเคราะห์ ได้แก่ บ้านพักคนชรา สถานสงเคราะห์คนชรา

2) ลักษณะกิจกรรมการช่วยเหลือ ได้แก่ กิจกรรมการช่วยเหลือเบื้องต้นซึ่งอาจมีความซับซ้อนของการทำน้อยที่สุด เช่นการทำความสะอาดร่างกาย ดูแลช่วยจัดหาอาหารและน้ำ การจัดยา ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระช่วยพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การพูดคุยให้กำลังใจการพยุงและช่วยจับเวลานั่ง ยืน เดิน เป็นต้นกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลขั้นสูง ที่ต้องได้รับยาตามเวลา เฝ้าระวังอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบาย การเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง และการให้คำปรึกษาครอบครัว และการช่วยเหลือดูแลพิเศษหรือเฉพาะ เช่น การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การฉีดยาอินซูลิน การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางหน้าท้องและพาไปตรวจ/ฟอกไตตามนัดที่โรงพยาบาล การหยอดตา การฝึกพูด การฝึกกลืน การฝึกเดิน การฝึกหายใจ เป็นต้น

3) คุณสมบัติของผู้ดูแล แบ่งประเภทผู้ดูแล ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวและเครือญาติ ผู้ช่วยเหลือดูแลในชุมชนหรืออาสาสมัครชุมชน และผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลอาชีพ ทั้ง 3 ประเภทเกิดขึ้นในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจในประเทศไทยแบ่งได้เป็น 5 องค์ประกอบคือ การฝึกอบรมการดูแล ประสบการณ์การทำงาน ทักษะการดูแล ความผูกพันกับระบบการดูแล ระบบการทำงาน

4) ระบบการเตรียมผู้ดูแลทั้งการจัดการศึกษาและการฝึกอบรมจากประสบการณ์ แบ่งเป็นการอบรมและเรียนรู้เพื่อเตรียมเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล และการบ่มเพาะประสบการณ์และพัฒนาทักษะเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะและความสามารถในการดูแล หรือ ที่เรียกว่า เพิ่มขั้นความสามารถจากทักษะขั้นพื้นฐาน ขั้นสูง และขั้นพิเศษ

5) ระบบการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลและการรับรองคุณภาพการบริการของผู้ดูแล ได้ตั้งแต่ ที่บ้านของผู้ต้องการความช่วยเหลือ/ดูแล ที่ศูนย์ หรือ หน่วยบริการช่วยเหลือ/ดูแล และที่โรงพยาบาล ทั้งนี้การฝึกฝนทักษะจากประสบการณ์การทำงานจริงถือเป็นปัจจัยสำคัญ โดยการฝึกทักษะด้วยตนเองอาจมีข้อจำกัดมากกว่าการฝึกทักษะและวิธีการทำงานร่วมกับผู้มีประสบการณ์สูงกว่า การมีกลุ่มผู้ช่วยเหลือ/ดูแลเพื่อช่วยเหลือกันร่วมทีมกันรับงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ก็มีส่วนเพิ่มพูนทักษะได้ ในด้านการรับรองคุณภาพเท่าที่ผ่านมายังไม่มีข้อมูลแสดงชัดเจน

6) ปัจจัย/เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของผู้ดูแลและการจัดการการดูแล รวมถึงการทำงานของผู้ดูแล ตามบริบทการดูแลที่ต่างกัน การเตรียมตัวเป็นผู้ช่วยเหลือ/ดูแล การรับงานดูแลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุหลายลักษณะและปัญหาที่ต้องช่วยเหลือแก้ไข การบ่มเพาะประสบการณ์จากการช่วยเหลือ/ดูแลที่อาศัยทักษะหลายระดับการได้รับการสอนฝึกฝน และชี้แนะการแก้ปัญหารายวันของผู้ช่วยเหลือ/ดูแลจากผู้รู้ในระหว่างการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องบริบทการทำงานมีความปลอดภัย

ความสอดคล้องของการจัดบริการและความต้องการบริการดูแลระยะยาว

จากสถานการณ์ปัจจุบันของความมั่นคงของผู้สูงอายุกลุ่มรายได้ปานกลางขึ้นไปในเขตเมือง และสถานการณ์ปัจจุบันของสถานบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในเขตเมือง มาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อเชื่อมโยงความสัมพันธ์หรือความขัดแย้งของสถานการณ์ความมั่นคงและสถานการณ์สถานบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในเขตเมือง สำหรับการพิจารณาความสัมพันธ์นี้จะนำเสนอข้อมูลไว้ 3 ด้าน อันประกอบด้วย (1) ความต้องการในพื้นที่กับการมีบริการ (2) ความยินดีจ่ายกับราคาสถานบริการ และ (3) ความสามารถในการแบกภาระค่าใช้จ่าย ดังนี้

1. ความต้องการในพื้นที่กับการมีบริการ

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงและต้องการผู้ดูแลระยะยาว ในที่นี้จะวัดความมั่นคงในภาพรวมด้วยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อย (ADLต่ำ) หรือผู้ที่ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยอุปกรณ์ได้น้อย (IADLต่ำ) รวมถึงผู้สูงอายุที่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มาก (ADLสูง หรือ IADLสูง) แต่อาศัยอยู่คนเดียวหรือกับคู่สมรสเท่านั้น พบว่าในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในภาพรวมมีร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อความไม่มั่นคงต่อการดำเนินชีวิตร้อยละ 33.2 (87 คน) ซึ่งมากกว่าข้อมูลในระดับประเทศและภูมิภาคอื่นๆ โดยเปรียบเทียบ รองลงไปเป็นภาคใต้คิดเป็นร้อยละ 30.8 (56 คน) ส่วนภาคที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการต้องการผู้ดูแลระยะยาวน้อยที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็น ร้อยละ 19.1 (65 คน) ส่วนในระดับประเทศพบว่ามีผู้สูงอายุรวม 375 คน จากตัวอย่าง 1,363 ราย ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดความมั่นคงในเรื่องของการดูแลระยะยาว คิดเป็นร้อยละ 26.2

เมื่อนำไปเชื่อมโยงกับการมีสถานบริการผู้สูงอายุในพื้นที่ พบว่าสถานการณ์ของภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นที่น่ากังวล เนื่องจากในภาคดังกล่าวไม่ระบุว่ามีสถานบริบาลผู้สูงอายุและศูนย์จัดส่งผู้ดูแลอยู่ในพื้นที่ หากในอนาคตผู้สูงอายุในภูมิภาคนั้นมีความจำเป็นต้องใช้บริการสถานบริการดูแลระยะยาวก็อาจจะใช้บริการข้ามเขตภูมิภาคหรือข้ามเขตจังหวัด ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มต้นทุนสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าไปอยู่ในสถานบริการผู้สูงอายุในต่างพื้นที่ หรือต้นทุนในการเดินทางข้ามเขตพื้นที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุของศูนย์จัดส่งผู้ดูแลซึ่งส่งผลให้ค่าจ้างของผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย สำหรับในเขตภูมิภาคนั้นแม้ในบางพื้นที่ระบุว่ามีทั้งสถานบริบาลผู้สูงอายุและศูนย์จัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่จากการเข้าสัมภาษณ์กับสถานประกอบการในจังหวัดเชียงใหม่ (ภาคเหนือ) กลับพบปัญหาที่สำคัญคือ ความต้องการใช้บริการที่จะจ้างผู้ดูแลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีมากเกินความสามารถของศูนย์ที่จะรองรับได้ อาจสะท้อนให้เห็นว่าความต้องการในบริการกับความสามารถให้บริการในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดหรือภาคนั้นไม่สมดุลกัน สำหรับในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลนั้นพบว่ามีสถานบริบาลและศูนย์จัดส่งอยู่จำนวนมาก ซึ่งยังคงรองรับความต้องการของผู้สูงอายุได้ แต่ปัญหาที่พบคือคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการยังเป็นที่กังวลของผู้สูงอายุ

2. ความยินดีจ่ายกับราคาสถานบริการ

ค่าบริการของสถานบริการนอกครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนนั้น ในแต่ละภาคจำนวนเงินค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะเป็นกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคเหนือ และภาคใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคใต้ราคาเฉลี่ยของสถานบริการอยู่ที่ 22,000 บาทต่อเดือน ราคาค่าจ้างผู้ดูแลของศูนย์จัดส่งคิดเป็นจำนวนเงินประมาณ 11,000 บาทต่อเดือน ส่วนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวนเงินเฉลี่ยในการเข้าใช้บริการสถานบริบาลอยู่ที่ประมาณ 16,000 บาทต่อเดือน ส่วนค่าจ้างผู้ดูแลของศูนย์จัดส่งฯมีราคาอยู่ที่ 9,000 บาทต่อเดือน อย่างไรก็ดีในบางภูมิภาค

ที่ไม่มีสถานบริการบางประเภทตั้งอยู่นั้นไม่สามารถระบุค่าบริการได้ เมื่อนำไปเชื่อมโยงกับความยินดีจ่ายค่าบริการให้กับสถานบริการผู้สูงอายุแต่ละประเภท หากผู้สูงอายุนั้นมีความจำเป็นต้องใช้บริการสถานประการนอกครัวเรือน พบว่าผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาคยินดีจ่ายเงินค่าบริการในทำนองเดียวกันคือน้อยกว่าค่าบริการจริงที่เกิดขึ้น สำหรับในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลนั้นมีผู้สูงอายุร้อยละ 21.3 ที่ตอบว่าหากมีความจำเป็นต้องเข้าไปอยู่ในสถานบริบาลจะยินดีจ่ายเงินให้เป็นค่าบริการประมาณ 4,493 บาทต่อเดือน หากต้องจ้างผู้ดูแลมาดูแลที่บ้านยินดีจ่ายเงินเป็นค่าจ้าง 3,102 บาทต่อเดือน เมื่อพิจารณาในแต่ภูมิภาคพบว่าจำนวนเงินในการยินดีจ่ายในแต่ละสถานบริการใกล้เคียงกัน คือผู้สูงอายุในภาคกลางและภาคใต้ยินดีจ่ายเงินให้กับสถานบริบาลผู้สูงอายุหากตนเองต้องเข้าไปใช้บริการอยู่ที่ประมาณ 5,000 บาทต่อเดือน และยินดีจ่ายในกรณีที่จ้างผู้ดูแลมาดูแลที่บ้านประมาณ 3,000 บาทต่อเดือน ส่วนความยินดีจ่ายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตัวเลขค่อนข้างใกล้เคียงกับกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างไรก็ดีจากการศึกษาพบข้อมูลว่าความยินดีจ่ายของผู้สูงอายุในภาคเหนือค่อนข้างสูงกว่าในภาคอื่นๆ และพบว่าในแต่ละภาคค่อนข้างสอดคล้องกันในหลักที่ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่แจ้งจำนวนเงินที่ยินดีจ่ายหากจำเป็นต้องใช้บริการในแต่ละประเภทของการบริการต่ำกว่าราคาจริงที่สถานประกอบการตั้งไว้อย่างมาก

3. **ความสามารถในการแบกภาระค่าใช้จ่าย**

ความสามารถของผู้สูงอายุในการจ่ายค่าบริการให้กับสถานบริการผู้สูงอายุนั้น ความสามารถในการจ่ายค่าบริการในสถานประกอบการด้วยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้เท่ากับหรือมากกว่าค่าบริการของสถานบริการนอกครัวเรือน สำหรับสถานบริการผู้สูงอายุรายเดือนนั้นกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนเงินค่าบริการเฉลี่ยอยู่ที่ 16,000 บาท ต่อเดือน ส่วนค่าจ้างผู้ดูแลจากศูนย์จัดส่งผู้ดูแลเท่ากับ 9,000 บาทต่อเดือน เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการ พบว่าในภาพรวมของทั้งประเทศผู้สูงอายุที่สามารถจ่ายค่าจ้างผู้ดูแลจากศูนย์จัดส่งผู้ดูแลได้นั้นมีมากกว่าผู้สูงอายุที่สามารถจ่ายค่าบริการดูแลระยะยาวในสถานบริการผู้สูงอายุรายเดือน เปรียบเทียบจากร้อยละ 32.6 และ 14.9 ตามลำดับ ตัวเลขดังกล่าวยังสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศยังคงไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสถานประกอบการนอกครัวเรือน แต่เมื่อพิจารณาจำแนกตามภูมิภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจ่ายค่าจ้างผู้ดูแลรายเดือนสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 36.4 ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวใกล้เคียงกับผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคเหนือและภาคใต้ และเมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความสามารถที่จะจ่ายค่าบริการในสถานบริการรายเดือนได้ พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือมีสัดส่วนของคนที่แบกรับภาระดังกล่าวได้ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 17

ข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1. การบริการการดูแลระยะยาว

เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่าย และมีปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน และมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทุกขนาด กิจกรรมโดยเฉพาะผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ 5-10 เท่า ข้อจำกัดเหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณะรวมทั้งบริการสาธารณสุขและด้านสังคม และส่งผลให้เกิดภาวะ พึ่งพิงผู้อื่นและต้องการผู้ดูแล การที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ปี พ.ศ.2552 ให้การรับรองมติในประเด็น “การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” ซึ่งข้อเสนอได้ครอบคลุม ทุกมิติของการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดใน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น จึงมีข้อเสนอให้ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะส่วนราชการรวมทั้งภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้นำข้อมตินี้เป็นจุด อ้างอิงสำหรับการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผลักดันให้องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือธุรกิจเพื่อสังคม เข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการเพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้สูงอายุ

2. การบริการสุขภาพ

ปัญหาความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางร่างกายและโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ปัญหาสุขภาพช่องปาก การมีปริมาณฟันที่น้อยลงทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียดเกิดปัญหาต่อระบบทางเดินอาหารได้ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีฟันที่ใช้งานได้ไม่ครบ 20 ซี่ และเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น แต่มีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 29.1 ที่ใส่ฟันทดแทน ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปต่ำสุด นอกจากนี้ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณะรวมทั้งบริการสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ มีผู้สูงอายุได้รับ บริการส่งเสริมสุขภาพเพียงแค่ ร้อยละ 15 นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในของสามหลักประกันสุขภาพ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุไทยระหว่างปี พ.ศ.2549–2552 กลุ่มผู้สูงอายุ 70–79 ปีมีอัตรา การใช้บริการสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิน 80 ปี ส่วนในด้านค่าใช้จ่าย กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ มีอัตราการใช้บริการสูงและมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าวัยอื่น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยค่าใช้จ่ายที่สูงในกลุ่ม ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเป็นเพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายต่อปีของ ผู้สูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่ไม่เสียชีวิตต่ำกว่าค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตประมาณ 4 เท่า แต่มีแนวโน้มลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น จึงมีข้อเสนอให้หน่วยบริการสาธารณสุขและรัฐ ควรเร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุและเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้นทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ และพัฒนารูปแบบบริการในชุมชนโดยชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูแลในบ้านและครอบครัวโดยความช่วยเหลือของชุมชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการดูแลในสถานพยาบาล

3. บริการทางสังคม

การที่ลักษณะประชากรสูงอายุมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (มากกว่า 80 ปี) และมีแนวโน้มการย้ายเข้าสู่เขตเทศบาลของผู้สูงอายุสูงขึ้น ลักษณะของสังคมเมืองจะมีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากชนบท การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมทางสังคม การดูแลทางสังคมจะมีลักษณะที่เป็นกลุ่มย่อยมากขึ้น ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทมากขึ้นในการประสาน จัดตั้งและส่งเสริมกลุ่มย่อยเหล่านี้ ให้สามารถดูแลกันในชุมชน สร้างกลไกย่อยในชุมชน เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อการดูแล ทางสังคม โดยส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคม อาสาสมัคร ในการบริการศูนย์อเนกประสงค์ที่ดำเนินการนำร่องในภูมิภาคต่างๆนั้น ผลการประเมินพบว่าการดำเนินงาน ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแนวคิดใหม่ที่มีความเหมาะสมและควรสนับสนุนให้มี การขยายผลการจัดตั้งเพิ่ม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลและดำเนินการซึ่งมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่สนับสนุนความรู้ทางวิชาการ การให้คำแนะนำในเรื่องการบริหารจัดการ กล่าวได้ว่าศูนย์อเนกประสงค์ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มี การจัดตั้งขึ้นสามารถเอื้อประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนในการเข้ามาทำกิจกรรมร่วมกันในระหว่างเวลากลางวันได้ชุมชนละประมาณ 800-1,000 คนต่อเดือน ในเขตเมืองโดยเฉพาะกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ในภูมิภาคยังมีข้อจำกัดมาก จากการที่สภาพความ เป็นเมืองไม่เอื้อให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ และการช่วยเหลือกันในละแวกบ้านผู้สูงอายุ ดังนั้น เสนอให้หน่วยงานทั้งรัฐและเอกชน

ภาคประชาสังคมในชุมชน ควรริเริ่มการนำร่องในบริบทเขตเมือง ให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่คนเดียวอาจมีปัญหามากกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้ ต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในเมืองที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุและสภาพแวดล้อม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายนอกจากผู้สูงอายุแล้ว จะยังสามารถขยายออกไปให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรก่อนวัยสูงอายุ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนวัยแรงงาน เพื่อให้มีการเตรียมการพร้อมรับความเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเพื่อปรับทัศนคติ เรียนรู้การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นให้สามารถ ดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง และสอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการเตรียมการวางแผนสำหรับการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุ

รูปแบบการดำเนินงาน Home health Care โรงพยาบาลลำปาง

การดำเนินงาน **Home health Care** ของโรงพยาบาลลำปาง เป็นหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในพื้นที่คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วย ทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ โดยทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชา เป็นการให้การดูแลผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้าน โดยทำหน้าที่

1. ให้กำลังใจทุกคนในครอบครัว
2. ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
3. มีส่วนช่วยในการวางแผน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ
4. ช่วยให้ผู้ป่วยอื่นในครอบครัวได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
5. ช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

เป้าหมายในการเยี่ยมบ้าน คือ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหา ยอมรับสภาพและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจปัญหาผู้ป่วย และให้การดูแลอย่างถูกต้อง

2. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวไม่เกิดการเจ็บป่วย มีสุขภาพดีและครอบครัวปรับตัวได้ ยอมรับสภาพผู้ป่วย

กระบวนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน มี 4 ขั้นตอน

1. ประเมินว่าสถานการณ์ของครอบครัวเป็นอย่างไร และมีโครงสร้างของครอบครัวเป็นอย่างไร

2. วางแผนว่าจะทำอย่างไร ซึ่งต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน วิธีการต้องชัดเจนและปฏิบัติได้จริง มีทรัพยากรเพียงพอ โดยบทบาทของทีมสุขภาพต้องวางเป้าหมายอย่างชัดเจนว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติช่วยตนเองได้ เพราะฉะนั้นจะเน้นในเรื่องการให้ความรู้ช่วยฝึกปฏิบัติ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ฝึกให้แก้ปัญหาด้วยตนเอง และประสานติดต่อให้การช่วยเหลือที่จำเป็น

3. ดำเนินการเยี่ยมบ้านโดยพยายามนำทรัพยากรมาใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด

4. มีการประเมินผลว่าการดำเนินการบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

ขั้นตอนการเยี่ยมของโรงพยาบาล ดังนี้

1. การเตรียมตัว
2. การเตรียมข้อมูล โดยต้องรวบรวมข้อมูลให้มากที่สุด โดยอยู่ใน OPD card และ ในChart
3. เตรียมอุปกรณ์ กระเป๋าเยี่ยมบ้าน
4. เตรียมทีมสุขภาพ
5. เตรียมเวลา/เตรียมใจ
6. เตรียมยานพาหนะ

หลักสำคัญในการเยี่ยมบ้าน คือ การสังเกต (Observe)

1. ชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่เป็นอย่างไร มีสภาพบ้านเป็นอย่างไร
2. สิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบ้าน ดูสภาพในบ้าน ความสัมพันธ์ภายในบ้าน
3. สังเกตกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
4. สังเกตภาวะการเจ็บป่วยของคนไข้ทั้งโรคทางกายและสภาพจิตใจ

Home health Care ของโรงพยาบาลลำปาง

เริ่มจากแนวคิดที่จะทำอย่างไรให้มีการส่งต่อคนไข้ตั้งแต่ IPD และ OPD case จะถูกเลือกอย่างไรที่จะส่งมาที่เวชกรรมสังคม คือ ต้องประสานงานคุยกับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ว่าถ้ามี case มา จะส่งต่ออย่างไร โดยทีมกลางของโรงพยาบาลลำปางมีทั้งหมด 4 คน คือ พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาลเทคนิค (มีประสบการณ์มาก) 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยปรับแบบฟอร์มรูปแบบ HHC ไม่ให้ซ้ำซ้อนกับ Discharge Planning ที่สำคัญคือการเตรียมข้อมูล และอะไรบ้างเกี่ยวกับคนไข้ที่จะส่งไปที่พื้นที่ และพื้นที่ต้องรู้ลักษณะของคนไข้ก่อนที่จะไปหา ฉะนั้นข้อมูลของคนไข้เป็นสิ่งจำเป็น เช่น แผนที่บ้าน อาจจะให้ญาติวาดให้ ที่อยู่ถูกต้องแน่นอน ขอเบอร์โทรศัพท์ และให้เซ็นยินยอมให้เยี่ยมบ้าน สิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน พยายามเก็บข้อมูลให้ได้มากที่สุด เช่น ลักษณะบ้าน ห้องน้ำ เป็นต้น

โรงพยาบาลได้สร้างเครือข่ายในการสนับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชนใน PCU สามารถดูแลได้ 20 แห่ง จาก 27 แห่ง ถ้าเป็นผู้ป่วยหนักให้พยาบาลไปเยี่ยม ถ้าเป็นผู้ป่วยไม่หนักให้เจ้าหน้าที่อนามัยไปเยี่ยมในเขตเทศบาล โดยมีทีมเวชกรรมสังคม ซึ่งมีการบูรณาการงานแยกตามพื้นที่ และทีมกลาง HHC จะดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่หนักมากๆ ในส่วนต่างจังหวัด จะส่งให้กับโรงพยาบาลชุมชนดูแลต่อไป

การประเมินงาน HHC

1. การทบทวนปัญหาร่วมกันระหว่างทีมเยี่ยมบ้านและฝ่ายที่ดูแลให้การรักษายังมีน้อย ความเชื่อมโยงการเยี่ยมบ้านยังไม่ต่อเนื่อง

2. นโยบายในฝ่ายให้การรักษายังประสานงานกัน และการเตรียมคนไข้ ไม่ดี รวมทั้งขาดความร่วมมือจากชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในส่วนของเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง

รับผิดชอบดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว LTC ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

ขอบเขตการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ซึ่งประกอบด้วย

- ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปาง
- ผู้สูงอายุจาก รพ.สต. ทั้ง 27 แห่งในเขตอำเภอเมือง

ข้อมูลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปาง

ฐานข้อมูลประชากรในเขตเทศบาลนครลำปาง รวม 55,784 คน

ฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปาง รวม 9,774 คน

แบ่งเป็นผู้สูงอายุตามอายุ ได้แก่

ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)	จำนวน	5,310 คน	ร้อยละ	54.3
ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)	จำนวน	3,262 คน	ร้อยละ	33.4
ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)	จำนวน	1,202 คน	ร้อยละ	12.3

ข้อมูลตามฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของเทศบาลนครลำปาง ตุลาคม 2546

การแบ่งกลุ่มตามความสามารถของผู้สูงอายุ สำรวจได้รวม 5,688 คน

กลุ่ม 1 กลุ่มติดสังคม	4,646 คน	คิดเป็นร้อยละ 81.7
กลุ่ม 2 กลุ่มติดบ้าน	875 คน	คิดเป็นร้อยละ 15.4
กลุ่ม 3 กลุ่มติดเตียง	167 คน	คิดเป็นร้อยละ 2.9

ข้อมูลจากการสำรวจของ อสม. และชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลฯ 1 ชมรม

ข้อมูลทั่วไปเขตเทศบาลนครลำปาง ประกอบด้วย 8 ตำบล

ชมรมผู้สูงอายุในทุกชุมชน 43 ชุมชน ประกอบด้วย ชมรมผู้สูงอายุ 43 ชมรม

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลำปาง 1 ชมรม และชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลฯ 1 ชมรม รวม 45 ชมรม

เนื่องจากในงานเวชกรรมสังคม ประกอบด้วยงานต่าง ๆ หลายงานรวมกัน เช่น งานส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูและในเขตเทศบาลนครลำปาง, งานเวชปฏิบัติและงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) เป็นต้น ซึ่งการทำงานด้านผู้สูงอายุจะประกอบด้วย 3 งานหลัก คือ

1. งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปาง
2. งานเวชปฏิบัติทั่วไปรับผิดชอบเขตอำเภอเมือง 27 รพ.สต.
3. งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

จึงได้มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พิการ โดยแบ่งตามกลุ่มศักยภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 กลุ่มติดสังคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบ

1. งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปาง
2. งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน รพ.สต. 27 แห่ง

กิจกรรม

1. สนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็งมีคุณภาพ
2. ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงต่าง ๆ ประจำปี และมีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ
3. การตรวจสุขภาพช่องปาก
4. การตรวจคัดกรองสุขภาพจิต
5. การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม
6. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นจิตอาสาและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้
7. พัฒนาศักยภาพกลุ่มอาสาสมัครเพื่อนเยี่ยมเพื่อน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านต่าง ๆ ได้ตามความเหมาะสม

ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 กลุ่มติดบ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาภาคีเครือข่ายในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาหรือพึ่งพาตนเองได้บ้าง สามารถดูแลตนเองได้และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ผู้รับผิดชอบ

1. งานเวชปฏิบัติทั่วไป รพ.สต. 27 แห่ง
2. งาน HHC

กิจกรรม

1. การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงต่าง ๆ ประจำและให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวภาวะแทรกซ้อนของโรคต่าง ๆ ที่เป็นอยู่
2. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
3. ให้แกนนำผู้สูงอายุจากกลุ่ม 1 หรือแกนนำชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
4. Home visit หรือ Home Health care ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
5. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและสมาชิกในครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เหมาะสมตามสภาพปัญหา

ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุติดเตียง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามสภาพ พยาธิของโรค
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในครอบครัวและในชุมชน

ผู้รับผิดชอบ

งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (HHC)

กิจกรรม

1. การติดตามเยี่ยมให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและพยาธิสภาพของโรค
2. สอน แนะนำญาติในการดูแลส่งเสริม ฟื้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. มีการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ
4. การบันทึกผลการเยี่ยมและการดูแลช่วยเหลือการพยาบาลและมีระบบการส่งต่อกรณีเร่งด่วน
5. ส่งเสริมให้มีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุการทำกายภาพฟื้นฟู
6. การทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพในการเยี่ยมผู้สูงอายุ เช่น แพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ องค์กรท้องถิ่นต่างๆ

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

ผู้สูงอายุกลุ่ม 1

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบ

- งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปาง
- งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน รพ.สต. 27 แห่ง

กิจกรรม

1. สนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็งมีคุณภาพ
2. ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงต่าง ๆ ประจำปี และมีกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ
3. การตรวจสุขภาพช่องปาก
4. การตรวจคัดกรองสุขภาพจิต
5. การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม
6. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นจิตอาสาและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้
7. พัฒนาศักยภาพกลุ่มอาสาสมัครเพื่อนเยี่ยมเพื่อน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม

ผู้สูงอายุกลุ่ม 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาภาคีเครือข่ายในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาหรือพึ่งพาตนเองได้บ้าง สามารถดูแลตนเองได้และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ผู้รับผิดชอบ

- งานเวชปฏิบัติทั่วไป รพ.สต. 27 แห่ง 2. งาน HHC

กิจกรรม

1. การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยงต่าง ๆ ประจำและให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวภาวะแทรกซ้อนของโรคต่าง ๆ ที่เป็นอยู่
2. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
3. ให้แกนนำผู้สูงอายุจากกลุ่ม 1 หรือแกนนำชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
4. Home visit หรือ Home Health care ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
5. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เหมาะสมตามสภาพปัญหา

ผู้สูงอายุกลุ่ม 3

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามสภาพ พยาธิของโรค
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในครอบครัวและในชุมชน

ผู้รับผิดชอบ

- งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (HHC)

กิจกรรม

1. การติดตามเยี่ยมให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและพยาธิสภาพของโรค
2. สอน แนะนำญาติในการดูแลส่งเสริม ฟื้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. มีการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ
4. การบันทึกผลการเยี่ยมและการดูแลช่วยเหลือการพยาบาลและมีระบบการส่งต่อกรณีเร่งด่วน
5. ส่งเสริมให้มีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุการทำกายภาพฟื้นฟู
6. การทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพในการเยี่ยมผู้สูงอายุ เช่น แพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ องค์กรท้องถิ่นต่างๆ

สรุปผลการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปาง ประจำปี 2554

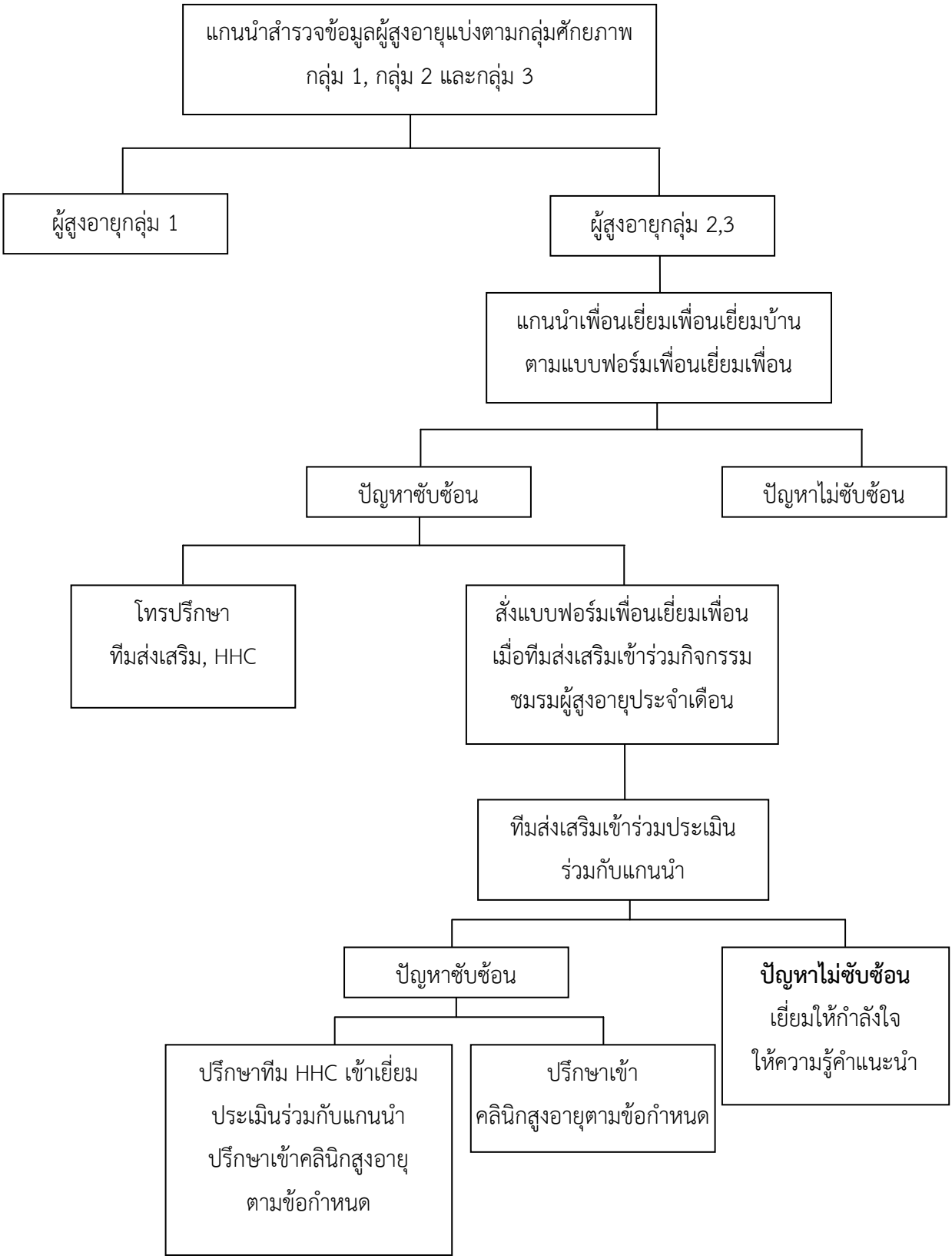
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่ม 1

1. การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชน 1,4437/388 ราย/ครั้ง
2. การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 355 ราย
3. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชมรมผู้สูงอายุ
4. การเยี่ยมบ้านเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม คัดกรองได้ทั้งสิ้น 2010 ราย พบว่า
    - กลุ่มที่เป็นโรคสมองเสื่อมและรับการรักษา 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.46
    - กลุ่มที่คะแนนประเมิน MMSE ต่ำกว่าจุดตัด 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.12
    - กลุ่มที่คัดกรองและผลปกติ 1,195 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.42
5. การคัดกรองภาวะสุขภาพความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และอ้วนลงพุง 5,520 คน คิดเป็นร้อยละ 65
6. การคัดกรองภาวะสุขภาพในภิกษู สามเณร และผู้นำทางศาสนา 372 รูป คิดเป็นร้อยละ 100
7. กิจกรรมการประกอบสุขภาพผู้สูงอายุดีเด่น เพื่อหาบุคคลต้นแบบการดูแลสุขภาพ จัดวันที่ 14 ตุลาคม 2554 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 100 คน
8. กิจกรรมพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ อสม. แกนนำเพื่อนเยี่ยมเพื่อน และจิตอาสา 1 ครั้ง/ปี จัดวันที่ 18 ตุลาคม 2554 ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 225 คน
9. กิจกรรมการประกวดชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จัดการประเมินคุณภาพชมรมระหว่างเดือนกรกฎาคม – ตุลาคม 2554 และประกาศผลรางวัล วันที่ 18 ตุลาคม 2554

ผลงานตามตัวชี้วัดของงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด	คะแนนตามระดับเป้าหมาย	คะแนนที่ได้
การดำเนินงานด้านดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว LTC ผ่านกฎเกณฑ์	**≥ 30%**	44.8% (19 ชมรมจาก 43 ชมรม)
ชมรมผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกเดือน	**≥ 70%**	**81.25%**
ผู้สูงอายุ 60 ปี ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพตามมาตรฐาน	**≥ 50%**	**65%**
พระภิกษุ สามเณร ผู้นำทางศาสนาได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ	**≥ 60%**	**100%**
จิตอาสาจากชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมของโรงพยาบาล เช่น งานจ่ายกลาง IPD OPD มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น	**≥ 30%**	**100%**

การดำเนินงานเพื่อนเยี่ยมเพื่อน จากชุมชนสู่โรงพยาบาลลำปาง



ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ ศึกษารูปแบบการบรูการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและการปฏิรูประบบสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมินั้น สามารถจัดได้ในรูปแบบที่หลากหลาย ขึ้นกับสภาพของแต่ละพื้นที่และความพร้อมของหน่วยงานที่จัดบริการ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอาจเป็นทั้งหน่วยงานของรัฐบาล เอกชน และหน่วยงานบริการระดับท้องถิ่น รูปแบบการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรคำนึงถึงคุณลักษณะต่างๆ ดังนั้น (ปรีดา แต้อารักษ์ และคณะ, 2543: 12-13)

1. ครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ซึ่งจะทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาและความต้องการการบริการสุขภาพของประชาชนและชุมชนได้เป็นอย่างดี
2. จำนวนประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบมีขนาดพอเหมาะเพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง
3. มีบุคลากรที่มีคุณภาพ มีความรู้ และทักษะในการให้บริการสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ มีความสามารถในการสื่อสาร มีทัศนคติที่ดีและมีความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม สามารถมองปัญหาสุขภาพได้ครอบคลุมทุกมิติ
4. บริการที่จัดให้ต้องเป็นบริการที่มีระบบปฏิสัมพันธ์กับชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่น และเปิดโอกาสให้ชุมชนไดมีส่วนร่วมในการจัดบริการที่สนองต่อความต้องการที่แท้จริงของชุมชน
5. เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่สามารถให้ความรูดานสุขภาพกับประชาชนในชุมชน
6. มีระบบการบริหารจัดการที่คล่องตัว ดังนั้นรูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในกรุงเทพมหานคร และการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยจะต้องครอบคลุมองค์ประกอบ ที่สาคัญ 4 ประการคือ

1) ขอบเขตการใหบริการ
2) ผู้ให้บริการ รวมถึงคุณสมบัติและสมรรถนะที่จำเปน
3) กลไกและการบริหารจัดการ ทั้งในด้านการเงิน งบประมาณ กำลังคน สถานบริการ เครื่อข่าย การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการ
4) การมี่ส่วนร่วมของประชาชน

ขอบเขตของการให้บริการ

ขอบเขตของการบริการในระดับปฐมภูมิ ควรครอบคลุมทั้งพื้นที่บริการ และกิจกรรมบริการ ที่ต้องจัดให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งทั้ง 2 สวนจะสะท้อนให้เห็นรูปแบบการให้บริการในระดับปฐมภูมิของประชาชนในชุมชนกรุงเทพมหานคร มีดังนี้

1. พื้นที่บริการ

พื้นที่บริการในการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพในชุมชน ควรคำนึงถึงพื้นที่บริการในเชิงโครงสร้างทางกายภาพ ที่ตั้งอยู่ในจุดที่อยู่ใกลชุมชนการเดินทางสะดวกแล้วยังต้องพิจารณาถึง ความครอบคลุมจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ด้วย ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่บริการนั้นๆ จึงเป็นตัวชี้วัดทางอ้อมของขอบเขตพื้นที่บริการที่เหมาะสมต่อความต้องการการบริการของประชาชน จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความครอบคลุมของสถานบริการในกรุงเทพมหานคร ยังมีความแตกต่างกันอยู่มากความจำเป็นของการมีสถานบริการใกล้บ้านยังพบได้ในหลายพื้นที่ทั่วกรุงเทพมหานคร ในต่างประเทศอย่างเชน ประเทศมาเลเซีย ความครอบคลุมของบริการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิไม่ได้กำหนดอยู่ที่ขนาดของพื้นที่บริการ แต่อยู่ที่ความครอบคลุมของจำนวนประชาชน โดยกำหนดจำนวนประชาชนประมาณ 20,000 คนต่อหน่วยพื้นที่บริการ (อาทร ริ้วไพบูลย์, 2543) สาหรับกรุงเทพมหานคร ศูนยบริการสาธารณสุขสาขา จัดว่าเป็นสถานบริการหนึ่งในระดับปฐมภูมิที่กำหนดพื้นที่บริการให้ครอบคลุมจำนวนประชาชน 5,000 – 10,000 คน (สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ, 2538) ผลการศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการระดับปฐมภูมิ ในกรุงเทพมหานคร พบวาประชาชนส่วนใหญมีความเห็นวา ยังจำเป็นที่จะต้องมีศูนย์บริการสาธารณสุข เพราะเป็นประโยชนสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและอยู่ใกล้ศูนยฯ อยากใหมีศูนย์บริการสุขภาพใกล้บ้านในชุมชน และให้บริการเฉพาะด้านได้ เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องตน การดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นในส่วนของพื้นที่บริการที่เหมาะสมควรครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน จำนวนประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบมีขนาดพอเหมาะจะอยู่ที่จำนวนชุมชนรวมกัน 1-2 ชุมชน หรือจำนวนครอบครัวประมาณ 100 –150 ครอบครัวเพื่อใหสามารถดูแลได้อย่างทั่วถึง

2. กิจกรรมบริการ

จากการศึกษาความต้องการการบริการสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นความต้องการกิจกรรมการดูแลสุขภาพใน 2 ส่วน คือ กิจกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในภาวะเจ็บป่วยและในภาวะไม่เจ็บป่วย ดังนี้

(1) เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยเกิดขึ้น กิจกรรมการดูแล คือ การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย และให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ ใชวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วย โดยการซื้อยารับประทานเอง อาการส่วนใหญที่พบสามารถดูแลตนเองได้โดยไมตองไปรับ การรักษาจากแพทย์ กิจกรรมการดูแลที่จำเปน คือ การเสริมสร้างพลังความรู้ให้กับประชาชน ให้สามารถดูแลตนเองได้ สามารถสังเกตอาการตนเองตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาอาการ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไดถูกต้อง

(2) ในภาวะที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเฉียบพลัน กิจกรรมการดูแลคือกิจกรรมการบริการภายหลังการรักษา เพื่อการดูแลภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้อย่างถูกต้อง การติดตามการรักษาที่บ้านเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และหายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว ไมตองไปโรงพยาบาลหลายหน

(3) ในภาวะที่ไมมีอาการเจ็บป่วย ประชาชนส่วนใหญ่ไมมีความต้องการการช่วยเหลือดูแลสุขภาพและไม่สนใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพกิจกรรมการดูแลในภาวะนี้ ก็เป็นเรื่องที่ควรจะดำเนินการเป็นอันดับแรกในกิจกรรมการดูแลโดยการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในการสร้างกิจกรรมชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพขึ้น

ดังนั้นกิจกรรมบริการพื้นฐานในระดับปฐมภูมิ จึงควรมีลักษณะ ดังนี้

1. กิจกรรมการดูแลให้ประชาชนแข็งแรง ได้แกกิจกรรมการดูแลส่งเสริมสุขภาพบุคคลทุกวัยอย่างเป็นองค์รวม ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพบุคคลทุกเพศทุกวัย การดูแลส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์และหลังคลอด การดูแลทั้งทางด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด วัยทารก วัยก่อนเรียน วัยเรียน วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

2. กิจกรรมการดูแลที่ทำให้ประชาชนไม่เจ็บป่วย ได้แก่กิจกรรมการดูแลเพื่อการป้องกันโรคและปญหาสุขภาพต่างๆ แกบุคคลทุกวัย ในทุกภาวะสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่ กิจกรรมการคัดกรองโรค เช่น คัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก การจัดกิจกรรมการรณรงค์ ปองกันปัญหาสุขภาพต่างๆ ในชุมชน เชน การป้องกันการติดสารเสพติด การลดความรุนแรงในครอบครัว/สถานประกอบการ การสวมหมวกกันน็อก การใส่เข็มขัดนิรภัย การไมขับขี่ยานพาหนะเมื่อมึนเมา การใช้ถุงยางอนามัย การไมสูบบุหรี่ เป็นตน

3. กิจกรรมการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ปวยที่บาน การสนับสนุนและหาแหล่งประโยชน์ สำหรับผู้พิการ ผู้ติดสารเสพติด ผู้มีปญหาสุขภาพจิต และผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ในด้านการฟื้นฟูสภาพและการลดภาวะแทรกซ้อน

3. ผู้ให้บริการ

การให้บริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการที่ไมต่องใช้ความชำนาญทางการแพทย์เฉพาะด้านมาก แต่เป็นบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานกิจกรรมการให้บริการต่างๆ เข้าดวยกันได้เพื่อสนองให้ตรงความต้องการของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อาจประกอบด้วย “ทีมสุขภาพ” โดยบุคลากรแต่ละคน แต่ละวิชาชีพจะมีบทบาทในการให้บริการหลักที่เน้นหนักแตกต่างกัน แต ก็สามารถให้บริการทดแทนกันได้ในระดับหนึ่ง เป็นการให้บริการในลักษณะทั้งสนับสนุนซึ่งกันและกันและทดแทนกันในบางสถานการณ์

องคประกอบของทีมผู้ให้บริการผสมผสาน

การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความต้องการผู้ให้บริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการเลือกรับบริการจากแพทย์หรือพยาบาลครอบครัวเท่าๆ กัน และตองการมากกว่าบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุข โดยที่ 73.3% ของกลุ่มตัวอย่างบอกวาตองการพยาบาลประจำครอบครัวหรือแพทย์ประจำครอบครัว และ 69.9% บอกวา ตองการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวเป็นผู้ดูแล

กลไกและการบริหารจัดการ

กลไกและการบริหารจัดการ เป็นปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้การจัดและการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ กลไกและการบริหารจัดการที่สำคัญในการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ เรื่องการเงินและงบประมาณ กำลังคน สถานบริการ เครือข่าย การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ

1. การเงินและงบประมาณ

การศึกษารูปแบบการจัดและให้บริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร จากการประชุมระดมความคิดเห็นของประชาชนในชุมชนแออัดพบว่า ในทัศนะของประชาชนผู้ใช้บริการ การขาดแคลนงบประมาณ สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นอุปสรรคที่สาคัญต่อการจัดและให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพราะถ้าไม่มีงบประมาณ จะทำให้มีปญหาในเรื่องอุปกรณ์ คาเครื่องมือเครื่องใช้ คาพาหนะ และเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ประชาชนยังมองว่าชุมชนไมมีเงินพอที่จะจ้างบุคลากรสุขภาพมาจากประชาชนจากชุมชน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นชุมชนแออัดมีแต่คนที่มีรายได้น้อย ฐานะยากจน ทำให้การเรี่ยไรเงินทำได คอนข้างยาก คนในชุมชนเคยชินกับการได รับบริการฟรี จึงไม่อยากเสียเงินและไม คอยอยากให้ความร่วมมือ ประชาชนบางส่วนต้องการให รัฐลดค่าบริการลง โดยอาจไม่จำเป็นต้องให้บริการฟรี เชน หากค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน 500 บาท ให้ลดลงเปน 200-300 บาท เพื่อช่วยเหลือประชาชน ในมุมมองของประชาชนแหล่งที่มาของเงินส่วนใหญ่ในการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรมาจากงบประมาณของรัฐ อาจเป็นงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากสำนักอนามัย

2. กำลังคน

กำลังคนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถเป็นบริการด้านแรกได้อย่างแท้จริง ผู้ให้บริการในระดับวิชาชีพจะต้องมีจำนวนเพียงพอและกระจายอยู่ในพื้นที่บริการที่กำหนดอย่างทั่วถึงและครอบคลุมข้อมูลจากสำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2542) แสดงให้เห็นวาจำนวนบุคลากรในระดับวิชาชีพส่วนใหญยังกระจายตัวหนาแน่นอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากกว่าในต่างจังหวัด และภาคอื่นๆ

ตารางแสดงจำนวนและสัดส่วนของผู้ให้บริการระดับวิชาชีพ ในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามสังกัด

ประเภทบุคลากร	กระทรวงสาธารณสุข	อื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	เทศบาล	องค์กรอิสระ	เอกชน	รวม	สัดส่วนบุคลากรตอประชากร
แพทย์	2,507	2,018	112	521	524	1,756	7,438	1:762
ทันตแพทย์	879	508	31	133	19	321	1,891	1:2,996
เภสัชกร	1,813	179	23	121	65	452	2,653	1:2,135
พยาบาลวิชาชีพ	2,809	6,147	185	2,686	1,767	4,949	18,543	1:306

ข้อมูลจากการสัมภาษณผู้บริหารส่วนหนึ่ง (ทั้งที่เป็นแพทย์และพยาบาล) ของศูนย์บริการสาธารณสุข พบวา ผู้บริหารกลุ่มนี้มีความคิดเห็นวา พยาบาลสามารถเปน “ผู้จัดการ” ในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ เพราะในปัจจุบันพยาบาลก็ได้ให้การดูแลครอบคลุม 4 มิติ คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

3. สถานบริการ

จากการประชุมกลุ่มระดมความคิดเห็นของประชาชนต่อรูปแบบการจัดและให้บริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานบริการใกล้บ้านที่จะสามารถตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน ควรมีลักษณะที่สำคัญดังนี้ คือ

(1) เป็นด่านแรกในการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

(2) ให้บริการเชิงรุกเป็นหลัก เน้นการให้ข้อมูลข่าวสาร/คำแนะนา/คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนที่รับผิดชอบมีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (แกนนำสุขภาพ) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถรวมดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในชุมชน และการให้การดูแลแก่เด็ก/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

(3) เป็นศูนย์กลางในการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับระบบการส่งต่อ มีการประสานงานที่ดีกับสถานบริการของรัฐและเอกชนทั้งในระดับปฐมภมิและทุติยภูมิ มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการส่งต่อที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ ในเวลาราชการผู้ป่วยทุกรายควรผ่านการตรวจคัดกรองของสถานบริการใกล้บ้านก่อนเสมอ ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินและนอกเวลาทางการ ผู้ใช้บริการอาจตรงไปรับบริการที่โรงพยาบาล/สถานบริการในระดับทุติยภมิได้เลย ตามคำแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

(4) การดำเนินงานของสถานบริการใกล้บ้าน ควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการชุมชน สถานบริการใกล้บ้านอาจเป็นสถานบริการของรัฐหรือเอกชนก็ได้ ประชาชนสามารถเลือกลงทะเบียนและรับบริการจากสถานบริการใกลบานได้ตามสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4. เครือข่าย

การสร้างระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิและการส่งต่อเป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่จะทำให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิมีความเชื่อมโยงและผสมผสานกัน รวมทั้งเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งเน้นการให้การดูแลปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้มีการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสมและเป็นองค์รวม พบว่าบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ให้ยังแยกเป็นส่วนๆ ไม่มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ผู้ให้บริการบางส่วนไม่เห็นความสำคัญของการสร้างเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ Descriptive study และ praticipation study เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ความคิดเห็นของครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ และความพึงพอใจต่อการบริการด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัดลำปาง รวมทั้งการทำกลุ่มโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ และชุมชน เพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

1. เลือกทุกหน่วยบริการสุขภาพ (รพ.สต.) จำนวน 29 แห่ง ในการดูแลของโรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลลำปาง รวมทั้งสิ้น 30 แห่ง

2. กลุ่มผู้รับบริการ คือ

2.1 กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการทั้ง 29 แห่ง โดยการสัมภาษณ์ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แบบไม่เฉพาะเจาะจง ที่มาใช้บริการในสถานบริการในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาขณะนั้น

2.1.1 กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ คำนวณจากจำนวนประชากรทั้งหมดในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 55,784 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 9,774 คน โดยคิดคำนวนเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 30 จากจำนวนประชากรทั้งหมด คิดเป็น 2,932 คน โดยแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มอายุดังต่อไปนี้

- ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)
- ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)
- ผู้สูงอายุวัยปลาย (80ปีขึ้นไป)

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างในการทำ Focus group จำนวน 60 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ต้องมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ กรณีที่ไม่สามารถอ่านออก-เขียนได้ ต้องมีญาติร่วมอยู่ในการตอบแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีปัญหาการได้ยิน ซึ่งเป็นปัญหาในการตอบแบบสัมภาษณ์

2.2 กลุ่มครอบครัวของผู้สูงอายุที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ 30 แห่ง ที่มารับบริการในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

2.3 กลุ่มผู้นำชุมชน ได้แก่ นายกอบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการสุขภาพที่ศึกษา 30 แห่ง จำนวน 80 คน

2.4 กลุ่มเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 30 หน่วยบริการ จำนวน 34 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาและประมวลข้อมูลด้านรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน จากตำรา วารสารวิชาการ และงานวิจัยในประเทศไทย เช่น จากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาวิจัยแห่งชาติ สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

2. เลือกสถานบริการสุขภาพ เพื่อทำการศึกษา 29 แห่ง ภายใต้การดูแลและมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการหน่วยปฐมภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ รวมเป็น 30 แห่ง

3. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานวิจัยกับหน่วยงานร่วมวิจัยในภาพรวมของโครงการ 1 ครั้ง

4. ประชุมการดำเนินงานและร่วมวางแผนการดำเนินงานวิจัยในกลุ่มย่อยของแต่ละหน่วยงานร่วมทีมวิจัย

5. จัดทำเครื่องมือการวิจัย

5.1 แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านพฤติกรรม และข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม

5.2 แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านความพึงพอใจด้านบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

5.3 การทำกลุ่ม (Focus group) จำนวน 3 ครั้ง ประกอบด้วย

5.3.1 จำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ และองค์กรภาครัฐและเอกชน

5.3.2 จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

6. เก็บข้อมูลและศึกษารูปแบบจากแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ และการทำกลุ่ม (focus group) เพื่อนำไปสู่การจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน

7. วิเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บข้อมูล และสรุปรูปแบบที่ได้จากการศึกษา

8. เขียนรายงานผลการศึกษา และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

9. นำเผยแพร่องค์ความรู้

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือการวิจัย

- ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ
- ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจและความต้องการของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

2. การทำกลุ่ม (Focus group)

- กลุ่มผู้สูงอายุ/ครอบครัว/ชุมชน แบ่งทำกลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม
- กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 30 หน่วยบริการ จำนวน 2 กลุ่ม

การสนทนากลุ่ม

1. ขั้นตอนการดำเนินการสนทนากลุ่ม

1. ผู้ดำเนินรายการกล่าวตอนรับและแสดงความขอบคุณที่ทุกท่านให้ความร่วมมือ

2. ผู้ดำเนินรายการกล่าวชี้แจงเหตุผลและวัตถุประสงค์ในการเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

3. ผู้ดำเนินการสนทนาขอให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแนะนำตนเอง โดยบอกชื่อ-สกุล ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน

4. ผู้ดำเนินรายการอธิบายให้ผู้เข้าร่วมสนทนาเข้าใจถึงการพูดคุยและซักถาม

5. ผู้ดำเนินการรายการขอให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ด้วยข้อมูลที่แท้จริง เพราะความคิดเห็นที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการดำเนินแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของพื้นที่ ในจังหวัดลำปาง และประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ

2. ประเด็นการสนทนากลุ่ม

ประเด็นการถามในเนื้อหา ทั้ง 3 กลุ่ม

2.1 ท่านคิดว่าในพื้นที่ของท่านมีจุดเด่นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร

2.2 ท่านคิดว่าในพื้นที่ของท่านจะพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างร

1. กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี
2. กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง
3. กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือมีภาวะพึ่งพิง

2.3 ท่านคิดว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ควรเป็นอย่างไร

1. รูปแบบเป็นอย่างไร
2. กระบวนการดำเนินงาน
3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
4. ประโยชน์และผลที่ได้รับในพื้นที่
5. ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารระดับจังหวัด/กระทรวงสาธารณสุข

2.4 ท่านคิดว่าแนวทางการดูแลผู้สูงอายุหรือกิจกรรมที่ควรดำเนินในพื้นที่ใน ประเด็น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวควรเป็นอย่างไร

1. แบ่งตามกลุ่มอายุ ดังนี้
   - 60-69 ปี
   - 70-79 ปี
   - 80 ปีขึ้นไป
2. กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี
3. กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือมีภาวะพึ่งพิง

2.5 ท่านคิดว่าหน่วยงานที่ควรดำเนินงานร่วมกันเป็นใคร อย่างไรในพื้นที่

3. ขั้นตอนการสรุป

1. ผู้จดบันทึกการสนทนาสรุปประเด็นที่ได้รับจากการสนทนา
2. ถามผู้ร่วมสนทนาว่า ท่านมีความคิดเห็นเพิ่มเติมจากนี้อีกหรือไม่ ถ้ามีขอเชิญเพิ่มเติม
3. ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มสรุปผลการสนทนากลุ่มอีกครั้ง และกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสนทนากลุ่ม



บทที่ 4
ผลการศึกษาวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุในพื้นที่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 27 แห่ง หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลลำปางและโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 3 แห่ง โดยผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 2,592 คน เป็นเพศชาย จำนวน 1,049 คิดเป็นร้อยละ 40.5 และเพศหญิง จำนวน 1,543 คิดเป็นร้อยละ 59.5

เมื่อพิจารณาตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่าเป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 38.8 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 35.7 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.5 สัดส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

เพศ	กลุ่มอายุ			รวม
	60-69 ปี	70-97 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
ชาย	392 (15.1)	418 (16.1)	239 (9.2)	1049 (40.5)
หญิง	533 (20.6)	587 (22.6)	423 (16.3)	1543 (59.5)
รวม	**925 (35.7)**	**1005 (38.8)**	**662 (25.5)**	**2592 (100.0)**

ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุพบว่าจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 56.5 รองลงมาคือ สูงกว่าชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 35.5 พบสูงถึงร้อยละ 4.7 ที่ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ

เมื่อพิจารณาที่สถานภาพสมรส พบว่ามีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ หย่า/แยก ร้อยละ 42.3 โสด ร้อยละ 3.3 และ หม้าย ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

จากการสำรวจพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สามีหรือภรรยามากที่สุด ร้อยละ 21.9 รองลงมาคือ หลานและบุตรสาว (ร้อยละ20.5 และ ร้อยละ 20.4 ตามลำดับ) บุตรชาย ร้อยละ 16.4 บุตรเขย ร้อยละ 8 และ บุตรสะใภ้ ร้อยละ 5.9 ขณะที่อยู่ลำพังคนเดียว ร้อยละ 4 (ตารางที่ 3)

เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยพบว่ามีผู้ดูแล ร้อยละ 96.5 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 3.5 และผู้ดูแลเป็นบุตรสาวมากที่สุด ร้อยละ 29.1 รองลงมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 21.8 บุตรชาย ร้อยละ 20.3 บุตรเขย ร้อยละ 8.9 และบุตรสะใภ้ ร้อยละ 7.4 และขณะที่ผู้สูงอายุที่มีลูกจ้างเป็นผู้ดูแล มีเพียงร้อยละ 0.1 เท่านั้น (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	128 (4.7)
ชั้นประถมศึกษา	1,536 (56.5)
สูงกว่าชั้นประถมศึกษา	964 (35.5)
ไม่ตอบ	89 (3.3)
รวม	**2,717 (100.0)**
สถานภาพสมรส	
สมรส	1,311 (48.3)
หย่า/แยก	1,150 (42.3)
หม้าย	43 (1.6)
โสด	90 (3.3)
ไม่ตอบ	123 (4.5)
รวม	**2,717 (100.0)**

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับใคร

อาศัยอยู่กับใคร	จำนวน (ร้อยละ)
ลำพังคนเดียว	221 (4.0)
บุตรเขย	447 (8.0)
สามีหรือภรรยา	1,220 (21.9)
หลาน	1,141 (20.5)
บุตรสาว	1,136 (20.4)
พ่อแม่	29 (0.5)
บุตชาย	910 (16.4)
พี่น้อง	69 (1.2)
บุตรสะใภ้	326 (5.9)
ญาติอื่นๆ	31 (0.6)
อื่นๆ	32 (0.6)
รวม	**5,562 (100.0)**

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละเมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุมีผู้ดูแล

เมื่อเจ็บป่วยมีใครดูแล	จำนวน
มี	2,612 (96.5)
ไม่มี	94 (3.5)
รวม	**2,706 (100.0)**

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
คู่สมรส	1,054 (21.8)
บุตรชาย	978 (20.3)
บุตรสาว	1,405 (29.1)
บุตรเขย	430 (8.9)
บุตรสะใภ้	358 (7.4)
ลูกจ้าง	6 (0.1)
เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก/เพื่อน	217 (4.5)
อื่นๆ	378 (7.8)
รวม	**4,826 (100.0)**

การประกอบอาชีพ พบว่าร้อยละ 61.8 ผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานแล้ว มีเพียงร้อยละ 38.2 ที่ยังประกอบอาชีพอยู่ (ตารางที่ 6)

เมื่อพิจารณารายได้ของผู้สูงอายุต่อเดือนเทียบกับเส้นความยากจน พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจน ร้อยละ 60.7 และมีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจนของประเทศ ร้อยละ 38.3 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยของอาชีพและความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ

การประกอบอาชีพ	รวม
ไม่ทำงาน	1,673 (61.8)
ทำงาน	1,034 (38.2)
รวม	**2,707 (100.0)**

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละรายได้ของผู้สูงอายุที่เทียบกับเส้นความยากจนของประเทศ

รายได้ต่อเดือนเมื่อเทียบกับเส้นความยากจน	จำนวน
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,687 บาท	1,649 (60.7)
มากกว่า 1,687 บาท	1,037 (38.3)
รวม	**2,686 (100.0)**

จากการสำรวจข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 59.9 รองลงมา คือ สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ) ร้อยละ 13.8 ประกันชีวิต ร้อยละ 2.4 และประกันสังคม ร้อยละ 0.7 ขณะที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายเอง ร้อยละ 13.8 (ตารางที่ 8)

องค์กรที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย พบหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สูงสุด ร้อยละ 77.3 รองลงมาคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 14.6 องค์กรสาธารณประโยชน์ในชุมชน เช่น มูลนิธิต่างๆ ร้อยละ 2.6 และพัฒนาสังคม ร้อยละ 0.8 ตามลำดับ ขณะที่ผู้สูงอายุไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรช่วยเหลือ พบถึงร้อยละ 4.7 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ

สิทธิการรักษาพยาบาล	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีจ่ายเอง	439 (13.8)
สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล	408 (12.8)
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า	1,907 (59.9)
ประกันสังคม	21 (0.7)
ประกันชีวิต	77 (2.4)
อื่นๆ	333 (10.5)
รวม	**3,185 (100.0)**

ตารางที่ 9 จำนวนและองค์กรที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย

องค์กรที่ให้การช่วยเหลือ	จำนวน (ร้อยละ)
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	407 (14.6)
หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่	2,148 (77.3)
พัฒนาสังคมจังหวัด	21 (0.8)
องค์กรสาธารณประโยชน์ในชุมชน เช่น มูลนิธิต่างๆ	72 (2.6)
ไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรช่วยเหลือ	131 (4.7)
รวม	**2,779 (100.0)**

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพดี มากที่สุด ร้อยละ 45.1 (เพศชาย ร้อยละ 19.3 และ เพศหญิง ร้อยละ 25.8) รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพพอใช้ ร้อยละ 38.9 ภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 7.8 ภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 7.2 และ ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 1 (ตารางที่ 10)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 70-79 ปี ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมากๆ สูงสุด ร้อยละ 3.0 และ 0.5 ตามลำดับ รองลงมาคือ อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.3 และ 0.4 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มอายุ 60-69 ปี ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี และดีมาก สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (ร้อยละ 18.2 และ 12.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

ภาวะสุขภาพ	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
ดีมาก	104 (4.0)	100 (3.8)	204 (7.8)
ดี	507 (19.3)	677 (25.8)	1,184 (45.1)
พอใช้	375 (14.3)	645 (24.6)	1,020 (38.9)
ไม่ดี	68 (2.6)	122 (4.7)	190 (7.2)
ไม่ดีมากๆ	6 (0.2)	19 (0.7)	25 (1.0)
รวม	**1,060 (40.4)**	**1,563 (59.6)**	**2,623 (100.0)**

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มอายุ			รวม
	60-69 ปี	70-97 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
ดีมาก	90 (3.4)	79 (2.97)	42 (2.0)	211 (7.9)
ดี	483 (18.2)	452 (17.0)	265 (9.9)	1,200 (45.1)
พอใช้	330 (12.4)	406 (15.3)	296 (11.1)	1,032 (38.9)
ไม่ดี	46 (1.7)	80 (3.0)	62 (2.3)	188 (7.1)
ไม่ดีมากๆ	5 (0.2)	13 (0.5)	8 (0.4)	26 (1.0)
รวม	**954(36.0)**	**1,030 (38.8)**	**673 (25.3)**	**2,657 (100.0)**

จากข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 61.1 และเพศชาย ร้อยละ 38.9 ซึ่งพบว่าตรวจไขมันในเลือดมากที่สุด ร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 22.2 ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 14.2 การมองเห็น ร้อยละ 8.3 เบาหวาน ร้อยละ 7.4 และช่องปาก ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 12)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าสัดส่วนของการตรวจสุขภาพในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และกลุ่มอายุ 70-79 ปี ไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 37.3 และ ร้อยละ 39.4 ตามลำดับ) ในขณะที่ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 23.2 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

การตรวจร่างกายประจำปี	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
ช่องปาก	138 (2.1)	265 (4.1)	403 (6.2)
การมองเห็น	211 (3.2)	331 (5.1)	542 (8.3)
การได้ยิน	122 (1.9)	157 (2.4)	279 (4.3)
เบาหวาน	193 (2.9)	293 (4.5)	486 (7.4)
ความดันโลหิต	15 (2.4)	231 (3.5)	390 (5.9)
ไขมันในเลือด	807 (12.4)	1,248 (19.1)	2,055 (31.4)
ระบบหัวใจและหลอเลือด	558 (8.6)	894 (13.7)	1,452 (22.2)
ระบบทางเดินหายใจ	356 (5.5)	574 (8.8)	930 (14.2)
รวม	**2,544 (38.9)**	**3,993 (61.1)**	**6,537 (100.0)**

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

การตรวจร่างกายประจำปี	กลุ่มอายุ			รวม
	60-69 ปี	70-97 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
ช่องปาก	160 (2.2)	168 (2.2)	93 (1.4)	421 (6.3)
การมองเห็น	186 (2.8)	222 (3.3)	149 (2.2)	557 (8.3)
การได้ยิน	92 (1.4)	115 (1.7)	76 (1.1)	283 (4.2)
เบาหวาน	188 (2.8)	192 (2.9)	132 (1.9)	512 (7.6)
ความดันโลหิต	151 (2.3)	171 (2.5)	97 (1.4)	419 (6.2)
ไขมันในเลือด	770 (11.5)	810 (12.0)	507 (7.5)	2,087 (31.0)
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	356 (5.3)	398 (5.9)	210 (3.1)	964 (14.3)
ระบบทางเดินหายใจ	607 (9.0)	577 (8.6)	299 (4.5)	1,483 (22.1)
รวม	**2,510 (37.3)**	**2,653 (39.4)**	**1,563 (23.2)**	**6,726 (100.0)**

การใช้ยาในผู้สูงอายุ จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 62.8 กินยาประจำ และร้อยละ 37.2 ไม่กินยา ในขณะการใช้ยานอนหลับ มีเพียงร้อยละ 5.1 พบในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 3.1 และ 2 ตามลำดับ) และใช้ทุกวัน พบร้อยละ 0.8 สัดส่วนในเพศชายและหญิงเท่ากัน ร้อยละ 0.4 (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละการใช้ยาจำแนกตามเพศ

การใช้ยา	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
การใช้ยา			
กินยา	628 (23.9)	1,025 (62.8)	1,653 (62.8)
ไม่กินยา	437 (16.6)	542 (20.6)	979 (37.2)
รวม	**1,065 (40.5)**	**1,567 (59.5)**	**2,632 (100.0)**
การใช้ยานอนหลับ			
ไม่ใช้	1,008 (36.6)	1,479 (53.7)	2,487 (90.3)
ใช้ยา	56 (2.0)	85 (3.1)	141 (5.1)
น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	22 (0.8)	42 (1.5)	64 (2.3)
ทุกวัน	10 (0.4)	11 (0.4)	21 (0.8)
ไม่ตอบ	14 (0.5)	26 (0.9)	40 (1.5)
รวม	**1,110 (40.3)**	**1,643 (59.7)**	**2,753 (100.0)**

การหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่าเคยหกล้ม ร้อยละ 8.8 และได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 28.8 ขณะที่ร้อยละ 71.2 ตอบว่าไม่ได้รับบาดเจ็บ และผู้สูงอายุที่ไม่หกล้มเลยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาพบร้อยละ 91.2 บริเวณที่ผู้สูงอายุหกล้มมากที่สุด คือบริเวณในบ้าน ร้อย 58.3 ส่วนบริเวณนอกบ้าน พบร้อยละ 41.7 (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละข้อมูลสุขภาพจำแนกตามเพศ

ข้อมูลสุขภาพ	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
หกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา			
ไม่เคย	993 (37.7)	1410 (53.5)	2403 (91.2)
เคย	73 (2.8)	159 (6.0)	232 (8.8)
ไม่ตอบ	-	1 (0.0)	-
รวม	**1066 (40.5)**	**1570 (59.6)**	**2635 (100.0)**
ผลกระทบจากการหกล้ม			
ได้รับบาดเจ็บ	21 (9.5)	43 (19.4)	64 (28.8)
ไม่ได้รับบาดเจ็บ	47 (21.2)	111 (50.)	158 (71.2)
รวม	**68 (30.6)**	**154 (69.4)**	**222 (100.0)**

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละข้อมูลสุขภาพจำแนกตามเพศ (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
บริเวณที่หกล้มครั้งล่าสุด			
ในบ้าน	36 (15.8)	97 (42.5)	133 (58.3)
นอกบ้าน	35 (15.4)	60 (26.3)	95 (41.7)
รวม	**71 (31.1)**	**157 (68.9)**	**228 (100.0)**

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการประสบอุบัติเหตุทางสมอง พบว่า ไม่เคยมากที่สุด ร้อยละ 98.8 รองลงมาคือ เคย/ไม่สลบ ร้อยละ 0.6 และเคย/สลบ ร้อยละ 0.5 (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละอุบัติเหตุทางสมองตามกลุ่มอายุ

ประวัติอุบัติเหตุทางสมอง	กลุ่มอายุ			รวม
	60-69 ปี	70-97 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
ไม่เคย	937 (35.3)	1015 (38.3)	668 (25.2)	2620 (98.8)
เคย/ไม่สลบ	7 (0.3)	6 (0.2)	4 (0.2)	17 (0.6)
เคย/สลบ	4 (0.2)	9 (0.3)	1 (0.0)	14 (0.5)
ไม่ตอบ	-	-	1 (0.0)	1 (0.0)
รวม	**948 (35.7)**	**1030 (38.8)**	**674 (25.4)**	**2652 (100.0)**

ด้านปัญหาสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 58.1 ไม่มีปัญหาการมองเห็น ขณะมีปัญหาด้านการมองเห็น ร้อยละ 41.9 ส่วนการได้ยินในผู้สูงอายุ พบว่า มีปัญหา ร้อยละ 17.9 ไม่มีปัญหา ร้อยละ 82.1 และฟันที่ใช้งานในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีฟัน 20 ซี่ หรือมากกว่า 20 ซี่ ร้อยละ49.9 และมีฟันใช้งานมีน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 50.1 (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพจำแนกตามเพศ

	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
การมองเห็น			
ไม่มี	623 (23.7)	908 (34.5)	1,531 (58.1)
มี	442 (16.8)	660 (25.1)	1,102 (41.9)
รวม	**1,065 (40.4)**	**1,568 (59.6)**	**2,633 (100.0)**
การได้ยิน			
ไม่มี	860 (32.7)	1,300 (49.4)	2160 (82.1)
มี	206 (7.8)	266 (10.1)	472 (17.9)
รวม	**1,066 (40.5)**	**1,566 (59.5)**	**2,632 (100.0)**
ฟันที่ใช้งาน			
น้อยกว่า 20 ซี่	525 (20.1)	785 (30.0)	1,310 (50.1)
20 ซี่ หรือมากกว่า 20 ซี่	534 (20.4)	772 (29.5)	1,306 (49.9)
รวม	**1,059 (40.5)**	**1,557 (59.5)**	**2,616 (100.0)**

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 70-79 ปี มีปัญหาด้านการมองเห็นมากที่สุดร้อยละ 17 ขณะที่ปัญหาการได้ยิน พบกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 8

ส่วนจำนวนฟันที่ใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ พบในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 20.4 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 17.1 และกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 12.3 ส่วนกลุ่มอายุที่มีจำนวนฟันมากกว่า 20 ซี่ พบในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 23.6 สูงสุด (ร้อยละ 18)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ

ปัญหาสุขภาพ	กลุ่มอายุ			รวม
	60-69 ปี	70-97 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
การมองเห็น				
ไม่มี	607 (22.8)	582 (21.8)	353 (13.2)	1,542 (57.8)
มี	349 (13.1)	453 (17.0)	323 (12.1)	1,125 (42.2)
รวม	**956 (35.8)**	**1,035 (38.8)**	**676 (25.3)**	**2,667 (100.0)**
การได้ยิน				
ไม่มี	868 (32.6)	856 (32.1)	463 (17.4)	2,187 (82.0)
มี	88 (3.3)	178 (6.7)	213 (8.0)	479 (18.0)
รวม	**956 (35.9)**	**1,034 (38.8)**	**676 (25.4)**	**2,666 (100.0)**
ฟันที่ใช้งาน				
น้อยกว่า 20 ซี่	326 (12.3)	540 (20.4)	452 (17.1)	1,318 (49.7)
20 ซี่ หรือมากกว่า 20 ซี่	626 (23.6)	487 (18.4)	219 (8.3)	1,332 (50.3)
รวม	**952 (35.9)**	**1,027 (38.8)**	**671 (25.3)**	**2,650 (100.0)**

จากการสำรวจข้อมูลด้านการขับถ่าย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 5.9 และการกลั้นอุจจาระ ร้อยละ 7.8 (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละระบบการขับถ่ายในผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

ระบบการขับถ่าย	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
การกลั้นปัสสาวะ			
ไม่มี	990 (37.6)	1,487 (56.5)	2,477 (94.1)
มี	76 (2.9)	78 (3.0)	154 (5.9)
รวม	**1,066 (40.5)**	**1,565 (59.5)**	**2,631 (100.0)**
การถ่ายอุจจาระ			
ไม่มี	982 (37.4)	1,442 (54.8)	2,424 (92.2)
มี	83 (3.2)	122 (4.6)	205 (7.8)
รวม	**1,065 (40.5)**	**1,564 (59.5)**	**2,629 (100.0)**

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 70-79 ปี มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะ และการกลั้นอุจจาระมากที่สุด ร้อยละ 2.4 และ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละปัญหาระบบการขับถ่ายของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

ระบบการขับถ่าย	กลุ่มอายุ			รวม
	60-69 ปี	70-97 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
การกลั้นปัสสาวะ				
ไม่มี	910 (34.1)	972 (36.5)	625 (23.5)	2,507 (94.1)
มี	47 (1.8)	63 (2.4)	48 (1.8)	158 (5.9)
รวม	**957 (35.9)**	**1,035 (38.8)**	**673 (25.3)**	**2,665 (100.0)**
การถ่ายอุจจาระ				
ไม่มี	904 (33.9)	946 (35.5)	605 (22.7)	2,455 (92.2)
มี	52 (2.0)	87 (3.3)	69 (2.6)	208 (7.8)
รวม	**956 (35.9)**	**1,033 (38.8)**	**674 (25.3)**	**2,663 (100.0)**

การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน ร้อยละ 2.2 ขณะที่พบว่าต้องพึ่งพาคนอื่นทั้งหมด ร้อยละ 1.2 สัดส่วนในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่การทำกิจวัตรประจำวันที่มีระดับความยากมากขึ้น เช่น การทอนเงิน การเลือกซื้อเสื้อผ้า การเดินทาง เป็นต้น พบว่าผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆ ช่วย ร้อยละ 7.2 และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 6.6 พบสัดส่วนในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ตารางที่ 21)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ พบกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน ร้อยละ 1.4 และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 0.7 ขณะที่การทำกิจวัตรประจำวันที่มีระดับความยากมากขึ้น พบในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน ร้อยละ 4.5 และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 4.6 (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL)			
ช่วยเหลือตนเองได้	1,036 (39.5)	1,498 (57.1)	2,534 (96.6)
ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน	13 (0.5)	44 (1.7)	57 (2.2)
ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	12 (0.5)	20 (0.8)	32 (1.2)
รวม	**1,061 (40.4)**	**1,562 (59.6)**	**2,623 (100.0)**
การทำกิจวัตรประจำวันระดับยาก (IADL)			
ช่วยตนเองได้	959 (36.6)	1,300 (49.6)	2,259 (86.2)
ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆ ช่วย	53 (2.0)	136 (5.2)	189 (7.2)
ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	49 (1.9)	125 (4.8)	174 (6.6)
รวม	**1,061 (40.5)**	**1,561 (59.5)**	**2,622 (100.0)**

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มอายุ			รวม
	60-69 ปี	70-97 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL)				
ช่วยเหลือตนเองได้	950 (35.8)	1,000 (37.6)	617 (23.2)	2,567 (96.6)
ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน	5 (0.2)	17 (0.6)	36 (1.4)	58 (2.2)
ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	2 (0.1)	11 (0.4)	19 (0.7)	32 (1.2)
รวม	**957 (36.0)**	**1,028 (38.7)**	**672 (25.3)**	**2,657 (100.0)**
การทำกิจวัตรประจำวันระดับยาก (IADL)				
ช่วยตนเองได้	930 (35.0)	933 (35.1)	434 (16.3)	2,297 (86.5)
ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆ ช่วย	17 (0.6)	51 (1.9)	119 (4.5)	187 (7.0)
ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	9 (0.3)	42 (1.6)	121 (4.6)	172 (6.5)
รวม	**956 (36.0)**	**1,026 (38.6)**	**674 (25.4)**	**2,656 (100.0)**

ด้านภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ทำการศึกษา พบว่ามีสภาพจิตใจรู้สึกหดหู่/เศร้า ร้อยละ 9.3 และรู้สึกเบื่อหน่าย ร้อยละ 10.6 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ตารางที่ 23)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 70-79 ปี มีภาวะสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยมีอาการรู้สึกหดหู่/เศร้า ร้อยละ 3.4 และอาการรู้สึกเบื่อหน่าย ร้อยละ 4.2 ส่วนกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 2.9 และ 3.1 ตามลำดับ) และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 2.9 และ 3.2 ตามลำดับ) ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 24)

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

ภาวะสุขภาพจิต	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
รู้สึกหดหู่/เศร้า			
ไม่มี	968 (36.8)	1,417 (53.9)	2,385 (90.7)
มี	96 (3.7)	149 (5.7)	245 (9.3)
รวม	**1,064 (40.5)**	**1,566 (59.5)**	**2,630 (100.0)**
รู้สึกเบื่อหน่าย			
ไม่มี	959 (36.4)	1,393 (52.9)	2,352 (89.4)
มี	105 (4.0)	175 (6.6)	280 (10.6)
รวม	**1,064 (40.4)**	**1,568 (59.6)**	**2,632 (100.0)**

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

ภาวะสุขภาพจิต	กลุ่มอายุ			รวม
	60-69 ปี	70-97 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
รู้สึกหดหู่/เศร้า				
ไม่มี	880 (33.)	942 (35.4)	600 (22.5)	2422 (90.9)
มี	76 (2.9)	90 (3.4)	76 (2.9)	242 (9.1)
รวม	**956 (35.9)**	**1032 (38.7)**	**676 (25.4)**	**2664 (100.0)**
รู้สึกเบื่อหน่าย				
ไม่มี	874 (32.8)	922 (34.6)	592 (22.2)	2388 (89.6)
มี	82 (3.1)	111 (4.2)	85 (3.2)	278 (10.4)
รวม	**956 (35.9)**	**1033 (38.7)**	**677 (25.4)**	**2666 (100.0)**

ตอนที่ 4 การเข้าถึงระบบบริการ

จากการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไปใช้บริการสถานบริการที่มีแพทย์ ร้อยละ 72.3 รองลงมาคือ สถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ ร้อยละ 16.5 รักษาพื้นบ้าน ร้อยละ 2.1 และพบว่าซื้อยากินเองถึง ร้อยละ 9.2 (ตารางที่ 25)

เมื่อพิจารณาการเดินทางมารับบริการที่สถานบริการของผู้สูงอายุ พบว่า ลูก/หลาน/ญาติ พามารับบริการที่สถานบริการมากที่สุด ร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ เดินทางมารับบริการที่สถานบริการด้วยตนเอง ร้อยละ 27.6 เพื่อนบ้านพามาสถานบริการ ร้อยละ 3.4 และ หน่วยงานในชุมชน เช่น มูลนิธิต่างๆ หรืออบต. ร้อยละ 0.5 ขณะที่ผู้สูงอายุอยู่ลำพังไม่สามารถมารับบริการสุขภาพด้วยตนเองพบ ร้อยละ 3.8 (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละสถานบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุใช้บริการ

สถานบริการสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
สถานพยาบาลที่มีแพทย์	2,517 (72.3)
สถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์	575 (16.5)
รักษาพื้นบ้าน	72 (2.1)
ซื้อยากินเอง	319 (9.2)
รวม	**3,483 (100.0)**

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละการเดินทางมารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุ

การเดินทางมาสถานบริการสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
อยู่ลำพังไม่สามารถมารับบริการสุขภาพด้วยตนเอง	104 (3.8)
เดินทางมารับบริการที่สถานบริการด้วยตนเอง	750 (27.6)
ลูก/หลาน/ญาติ พามารับบริการ	1,738 (64.1)
เพื่อนบ้านพามาสถานบริการสุขภาพ	91 (3.4)
หน่วยงานในชุมชน เช่น มูลนิธิ อบต.	16 (0.6)
อื่นๆ	14 (0.5)
รวม	**2,713 (100.0)**

ตอนที่ 5 พฤติกรรมและการดำรงชีวิต

ด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 72.3 รองลงมาคือ เคย/แต่เลิกแล้ว ร้อยละ 16.8 และยังสูบอยู่ ร้อยละ 10.7 ตามลำดับ การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้สูงอายุไม่ดื่มเลย ร้อยละ 86.9 รองลงมาคือ เคย/แต่เลิกแล้ว ร้อยละ 8.3 และ ร้อยละ 4.8 ที่ยังดื่มอยู่ พบสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิงทั้งการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์

การออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกายร้อยละ 63.1 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 36.9 (ตารางที่ 27)

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

พฤติกรรม	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบ	623 (23.6)	1,283 (48.7)	1,906 (72.3)
เคย/แต่เลิกแล้ว	270 (10.2)	173 (6.6)	443 (16.8)
ยังสูบอยู่	171 (6.5)	111 (4.2)	282 (10.7)
ไม่ตอบ	2 (0.1)	3 (0.1)	5 (0.2)
รวม	**1,066 (40.4)**	**1,570 (59.6)**	**2,636 (100.0)**
การดื่มแอลกอฮอล์			
ไม่ดื่ม	595 (25.1)	1,460 (61.7)	2,055 (86.9)
เคย/แต่เลิกแล้ว	158 (6.7)	38 (1.6)	196 (8.3)
ดื่ม	96 (4.1)	17 (0.7)	113 (4.8)
ไม่ตอบ	-	2 (0.1)	2 (0.1)
รวม	**849 (35.9)**	**1,517 (64.1)**	**2,366 (100.0)**
การออกกำลังกาย			
ไม่ออกกำลัง	367 (13.9)	604 (22.9)	971 (36.9)
ออกกำลังกาย	699 (26.5)	965 (36.6)	1,664 (63.1)
ไม่ตอบ	-	1 (0.0)	-
รวม	**1,066 (40.5)**	**1,570 (59.6)**	**2,635 (100.0)**

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ายังสูบบุหรี่อยู่พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และ 60-69 ปี (ร้อยละ 4.3 และ 3.9 ตามลำดับ) การดื่มแอลกอฮอล์ พบในกลุ่มอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 2.6 ส่วนการออกกำลังกายพบมากในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ กลุ่มอายุ 70-79 ปี ในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 25.1 และ 25.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 28)

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

พฤติกรรม	กลุ่มอายุ			รวม
	60-69 ปี	70-97 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	707 (26.5)	728 (27.3)	493 (18.5)	1,928 (72.2)
เคย/แต่เลิกแล้ว	145 (5.4)	190 (7.1)	118 (4.4)	453 (17.0)
ยังสูบอยู่	103 (3.9)	116 (4.3)	65 (2.4)	284 (10.6)
ไม่ตอบ	3 (0.1)	1 (0.0)	1 (0.0)	5 (0.2)
รวม	**958 (35.9)**	**1,035 (38.8)**	**677 (25.4)**	**2,670 (100.0)**
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	671 (28.2)	818 (34.4)	570 (23.9)	2,059 (86.5)
เคย/แต่เลิกแล้ว	64 (2.7)	85 (3.6)	55 (2.3)	204 (8.6)
ดื่ม	61 (2.6)	38 (1.6)	16 (.7)	115 (4.8)
ไม่ตอบ	1 (0.0)	-	1 (0.0)	2 (0.1)
รวม	**797 (33.5)**	**941 (39.5)**	**642 (27.)**	**2,380 (100.0)**
การออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลัง	288 (10.8)	362 (13.6)	319 (11.9)	969 (36.3)
ออกกำลัง	669 (25.1)	673 (25.2)	358 (13.4)	1,700 (63.7)
ไม่ตอบ	1 (0.0)	-	-	1 (0.0)
รวม	**958 (35.9)**	**1,035 (38.8)**	**677 (25.4)**	**2,670 (100.0)**

ด้านโภชนาการ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เมื่อประเมินภาวะโภชนาการ พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการผิดปกติ (ร้อยละ 56.5) ส่วนค่าดัชนีมวลกาย พบว่าปกติ ร้อยละ 59.7 รองลงมาคือ ผอม ร้อยละ 22.9 อ้วน ร้อยละ 13.5 และอ้วนมาก ร้อยละ 1.6 พบสัดส่วนเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ตารางที่ 29)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 60-69 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอ้วนมากและอ้วน สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (ร้อยละ 1 และ ร้อยละ 7.6 ตามลำดับ) ขณะผอม พบในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.7 (ตารางที่ 30)

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละระดับโภชนาการผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

ระดับโภชนาการ	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
การรับประทานอาหารต่อมื้อ			
1 มื้อ	77 (2.9)	96 (3.7)	173 (6.6)
2 มื้อ	112 (4.3)	109 (4.2)	221 (8.4)
3 มื้อ	876 (33.4)	1,354 (51.6)	2,230 (85.0)
รวม	**1,065 (40.6)**	**1,559 (59.4)**	**2,624 (100.0)**
ภาวะโภชนาการ			
ปกติ	419 (15.9)	637 (24.2)	1,056 (40.1)
ผิดปกติ	611 (23.2)	879 (33.3)	1,490 (56.5)
ไม่ประเมิน	36 (1.4)	54 (2.0)	90 (3.4)
รวม	**1,066 (40.4)**	**1,570 (59.6)**	**2,636 (100.0)**
ค่าดัชนีมวลกาย			
ผอม (< 18.5)	219 (8.3)	385 (14.6)	604 (22.9)
ปกติ (18.5 - 24.9)	681 (25.8)	893 (33.9)	1,574 (59.7)
อ้วน (25-29.9)	122 (4.6)	234 (8.9)	356 (13.5)
อ้วนมาก (> 30)	4 (0.5)	28 (1.0)	42 (1.6)
ไม่ตอบ	30 (1.1)	30 (1.1)	60 (2.3)
รวม	**1,066 (40.4)**	**1,570 (59.6)**	**2,636 (100.0)**

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

ระดับโภชนาการ	กลุ่มอายุ			รวม
	60-69 ปี	70-97 ปี	80 ปี ขึ้นไป	
การรับประทานอาหารต่อมื้อ				
1 มื้อ	65 (2.4)	76 (2.9)	38 (1.4)	179 (6.7)
2 มื้อ	86 (3.2)	93 (3.5)	52 (2.0)	231 (8.7)
3 มื้อ	805 (30.3)	860 (32.4)	582 (21.9)	2,247 (84.6)
รวม	**956 (36.0)**	**1,029 (38.7)**	**672 (25.3)**	**2,657 (100.0)**
ภาวะโภชนาการ				
ปกติ	277 (10.4)	413 (15.5)	362 (13.6)	1,052 (39.4)
ผิดปกติ	647 (24.2)	594 (22.2)	289 (10.8)	1,530 (57.3)
ไม่ประเมิน	34 (1.3)	28 (1.0)	26 (1.0)	88 (3.3)
รวม	**958 (35.9)**	**1,035 (38.8)**	**677 (25.4)**	**2,670 (100.0)**
ค่าดัชนีมวลกาย				
ผอม (< 18.5)	139 (5.2)	231 (8.7)	233 (8.7)	603 (22.6)
ปกติ (18.5 - 24.9)	570 (21.4)	656 (24.6)	370 (13.8)	1,596 (59.7)
อ้วน (25-29.9)	202 (7.6)	114 (4.3)	54 (2.0)	370 (13.9)
อ้วนมาก (> 30)	26 (1.0)	12 (0.4)	4 (0.1)	42 (1.5)
ไม่ตอบ	21 (0.8)	22 (0.8)	16 (0.6)	59 (2.2)
รวม	**958 (35.9)**	**1,035 (38.8)**	**677 (25.4)**	**2,670 (100.0)**

ตอนที่ 6 ด้านสิ่งแวดล้อม

ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านเดี่ยว 2 ชั้นสูงสุด ร้อยละ 41.8 รองลงมาคือ บ้านเดี่ยวพื้นสูง ร้อยละ 35.9 บ้านชั้นเดียวติดพื้นดิน ร้อยละ 20.3 และห้องแถวไม้/ตึกแถว ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

ลักษณะห้องนอน พบว่าผู้สูงอายุนอนอยู่ชั้นบน ร้อยละ 56.2 และนอนชั้นล่าง ร้อยละ 42.9 ส่วนลักษณะห้องน้ำ พบร้อยละ 60.3 ใช้ส้วมนั่งยองๆ (ซึม/ราดน้ำ) รองลงมาคือ ใช้ส้วมนั่งชักโครก/ราดน้ำ ร้อยละ 36 ส้วมหลุม ร้อยละ 2.4 และนั่งกระโถน ร้อยละ 0.1 มีเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้นที่ไม่มีส้วม (ตารางที่ 31)

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละลักษณะสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะสิ่งแวดล้อม	จำนวน (ร้อยละ)
ลักษณะบ้าน	
บ้านเดี่ยวพื้นสูง	977 (35.9)
บ้านเดี่ยว 2 ชั้น	1,136 (41.8)
ห้องแถวไม้/ตึกแถว	20 (0.7)
บ้านชั้นเดียวติดพื้นดิน	551 (20.3)
อื่นๆ	26 (0.9)
ไม่ตอบ	7 (0.3)
รวม	**2,717 (100.0)**
ลักษณะห้องนอน	
ชั้นล่าง	1,165 (42.9)
ชั้นบน	1,527 (56.2)
อื่นๆ	16 (0.6)
ไม่ตอบ	9 (0.3)
รวม	**2,717 (100.0)**
ลักษณะห้องน้ำ	
ส้วมนั่งชักโครก/ราดน้ำ	978 (36.0)
ส้วมนั่งยองๆ (ซึม/ราดน้ำ)	1,639 (60.3)
ส้วมหลุม	65 (2.4)
นั่งกระโถน	3 (0.1)
ไม่มีส้วม	14 (0.5)
อื่นๆ	5 (0.2)
ไม่ตอบ	13 (0.5)
รวม	**2,717 (100.0)**

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลด้านความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพ พบว่ามีความพึงพอใจด้านการให้บริการระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อระบบการค้นทะเบียนประวัติ ตรวจรักษาสามารถทำได้เร็วมากที่สุด ร้อยละ 60.6 ค่าเฉลี่ย 3.94±0.65 (ตารางที่32)

ด้านคุณภาพการให้บริการ พบว่ามีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการรักษาโรคที่เป็น และความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการให้การพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 62.2 ค่าเฉลี่ย 3.98±.0.63 และ 3.97±0.63 (ตารางที่ 33)

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านบริการ

ด้านการให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	mean±SD
-ความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการ	492 (18.2)	1647 (61.0)	525 (19.4)	24 (0.9)	13 (0.5)	3.96±0.67
-ระบบการค้นทะเบียนประวัติ ตรวจรักษาสามารถทำได้รวดเร็ว	463 (17.1)	1637 (60.6)	570 (21.1)	30 (1.1)	-	3.94±0.65
-มีการจัดลำดับและการให้บริการเป็นไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม สะดวกและรวดเร็ว	456 (16.9)	1544 (57.2)	675 (25.)	23 (0.9)	1 (0.0)	3.9±0.67
-มีระเบียบและขั้นตอนของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เหมาะสม	450 (16.7)	1599 (59.2)	629 (23.3)	21 (0.8)	1 (0.0)	3.92±0.65
-ความสะดวก รวดเร็ว ในการให้บริการและการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก	405 (15.)	1578 (58.5)	666 (24.7)	45 (1.7)	3 (0.1)	3.87±0.68

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ

ด้านคุณภาพการให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	mean±SD
-การตรวจร่างกายโดยเจ้าหน้าที่	496 (18.4)	1,675 (62.0)	514 (19.0)	14 (0.5)	2 (0.1)	3.98±0.63
-ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการรักษาโรคที่ท่านเป็น	492 (18.2)	1,680 (62.2)	510 (18.9)	20 (0.7)	-	3.98±0.63
-ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการให้การพยาบาล	475 (17.6)	1,677 (62.2)	529 (19.6)	16 (0.6)	1 (0.0)	3.97±0.63
-การให้ข้อมูลและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์	527 (19.5)	1,566 (58.0)	576 (21.3)	30 (1.1)	-	3.96±0.67
-ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	404 (15.0)	1,484 (54.9)	737 (27.3)	74 (2.7)	2 (0.1)	3.82±0.71
-ท่านมีโอกาสพูดคุยแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับแพทย์/พยาบาล	404 (15.0)	1,487 (55.2)	717 (26.6)	78 (2.9)	10 (0.4)	3.81±0.73
-มีเครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการเพียงพอและทันสมัย	424 (15.7)	1,441 (53.4)	743 (27.5)	85 (3.1)	8 (0.3)	3.81±0.74
-ท่านได้รับความสะดวก รวดเร็ว ในการรักษาบริการทุกครั้ง	410 (15.2)	1,547 (57.3)	692 (25.6)	47 (1.7)	5 (0.2)	3.86±0.69
-มีระบบบริการที่ต่อเนื่องในการรักษา	438 (16.2)	1,623 (60.1)	615 (22.8)	22 (0.8)	2 (0.1)	3.92±0.65
-ความพึงพอใจของท่านต่อคุณภาพการให้บริการโดยรวมทุกด้าน	412 (15.3)	1,608 (59.6)	645 (23.9)	28 (1.0)	7 (0.3)	3.89±0.67
-มีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ	353 (13.1)	1,435 (53.2)	801 (29.7)	97 (3.6)	13 (0.5)	3.75±0.74
-ความรวดเร็วและระมัดระวังในการให้บริการผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่	407 (15.1)	1,563 (57.9)	689 (25.5)	35 (1.3)	5 (0.2)	3.86±.68
-เจ้าหน้าที่ให้บริการท่าน มีความรู้ มีความสามารถที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์	446 (16.5)	1,668 (61.8)	559 (20.7)	21 (0.8)	5 (0.2)	3.94±0.65
-เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับขั้นตอนบริการ	460 (17.0)	1,635 (60.6)	565 (20.9)	35 (1.3)	5 (0.2)	3.93±0.67
-เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจในการตอบปัญหาข้อสงสัยและอาการเจ็บป่วยของท่าน	476 (17.6)	1,653 (61.2)	550 (20.4)	18 (0.7)	3 (0.1)	3.96±0.64
-เจ้าหน้าที่แสดงความกระตือรือร้น เมื่อท่านมาขอรับบริการ	423 (15.7)	1,509 (56.0)	715 (26.5)	41 (1.5)	7 (0.3)	3.85±0.7

ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการที่แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่มาดูเมื่อท่านมีปัญหามากที่สุด ร้อยละ 59 ค่าเฉลี่ย 3.95±0.66 (ตารางที่ 34)

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของหน่วยบริการในชุมชนอยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายมากที่สุด ร้อยละ 57.2 ค่าเฉลี่ย 4±0.7 (ตารางที่ 35)

ด้านมาตรฐานและคุณภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อท่านเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนมีคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 63.2 ค่าเฉลี่ย 3.99±0.63 (ตารางที่ 36)

สรุปความพึงพอใจในภาพรวม พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อด้านมาตรฐานและคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 62 ค่าเฉลี่ย 4.01±0.64 (ตารางที่ 37)

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต้อการให้บริการของเจ้าหน้าที่

ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่	ระดับความพึงพอใจ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	mean±SD
-ความรวดเร็วในการที่แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่มาดูเมื่อท่านมีปัญหา	506 (18.7)	1,594 (59.0)	576 (21.3)	25 (0.9)	2 (0.1)	3.95±0.66
-เจ้าหน้าที่เอาใส่ใจ เป็นกันเอง และให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส	613 (22.7)	1,590 (58.8)	465 (17.2)	30 (1.1)	4 (0.1)	4.03±0.68

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวกการให้บริการ

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	ระดับความพึงพอใจ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	mean±SD
- มีป้ายบอกบริการอยู่ในจุดที่ชัดเจนในการใช้บริการ	544 (20.1)	1,513 (56.0)	611 (22.6)	25 (0.9)	7 (0.3)	3.95±0.7
- สถานที่ตั้งของหน่วยบริการในชุมชนอยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก	599 (22.2)	1,544 (57.2)	509 (18.8)	44 (1.6)	5 (0.2)	4±0.7
-มีที่นั่งพัก ขณะรอรับการตรวจเพียงพอ	536 (19.8)	1,495 (55.3)	594 (22.0)	62 (2.3)	14 (0.5)	3.92±0.74
- มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับเหมาะสมและเพียงพอ	516 (19.1)	1,532 (56.7)	594 (22.0)	52 (1.9)	9 (0.3)	3.92±0.72

ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการ

ด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการ	ระดับความพึงพอใจ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	mean±SD
-ท่านเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนมีคุณภาพ	492 (18.2)	1,709 (63.2)	484 (17.9)	13 (0.5)	5 (0.2)	3.99±0.63
-ท่านเชื่อมั่นว่า ยาที่ท่านได้รับ มีมาตรฐานและเหมือนกับสถานบริการอื่นๆ	558 (20.6)	1,683 (62.3)	442 (16.4)	14 (0.5)	6 (0.2)	4.03±0.64
-ท่านมีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์ /พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ในการให้การรักษาท่าน	562 (20.8)	1,654 (61.2)	475 (17.6)	8 (0.3)	4 (0.1)	4.02±0.64
-มีระบบเครือข่ายบริการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องของหน่วยบริการในชุมชนของทีมเจ้าหน้าที่ ท่านสะดวกในการขอรับบริการ	551 (20.4)	1,654 (61.2)	483 (17.9)	11 (0.4)	4 (0.1)	4.01±0.64

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจภาพรวมของผู้สูงอายุที่มารับบริการ

ความพึงพอใจภาพรวม	ระดับความพึงพอใจ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	mean±SD
- การให้บริการ	2,266 (16.8)	8,005 (59.3)	3,065 (22.7)	143 (1.1)	18 (0.1)	3.92±0.67
- คุณภาพการให้บริการ	7,047 (16.3)	25,251 (58.5)	10,157 (23.5)	661 (1.5)	75 (0.2)	3.89±0.68
- การให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ	1,119 (20.7)	3,184 (58.9)	1,041 (19.3)	55 (1.0)	6 (0.1)	3.99±0.67
- ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	2,195 (20.3)	6,084 (56.3)	2,308 (21.4)	183 (1.7)	35 (0.3)	3.95±0.7
- ด้านมาตรฐาน และคุณภาพบริการ	2,163 (20.0)	6,700 (62.0)	1,884 (17.4)	46 (0.4)	19 (0.2)	4.01±0.64

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาข้อมูลของครอบครัว/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้สูงอายุและผู้ดูแลในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 29 แห่ง และ 1 โรงพยาบาล ในจังหวัดลำปาง จำนวน 30 แห่ง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 1,288 คน เป็นเพศชาย จำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 21.7 และเพศหญิง จำนวน 1,074 คน คิดเป็นร้อยละ 78.1 (ตารางที่ 38)

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละเพศของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม

เพศ	จำนวน
ชาย	298 (21.7)
หญิง	1,074 (78.1)
ไม่ตอบ	2 (0.2)
รวม	**1,374 (100.0)**

เมื่อพิจารณากลุ่มอายุของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถามพบว่า กลุ่มอายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 23.1 กลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 17.7 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.6 ตามลำดับ และพบเพียงร้อยละ 6.6 เป็นกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 30 ปี (ตารางที่ 39)

ตารางที่ 39 จำนวนและร้อยละกลุ่มอายุของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม

อายุ	จำนวน
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	91 (6.6)
อายุ 31-40 ปี	243 (17.7)
อายุ 41-50 ปี	523 (38.1)
อายุ 51-60 ปี	317 (23.1)
อายุ 60 ปีขึ้นไป	200 (14.6)
รวม	**1,374 (100.0)**

เมื่อพิจารณากลุ่มอายุของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถามเทียบกับรายได้ต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่จะมีรายได้น้อยกว่า 2,500 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 44.3) ซึ่งเป็นกลุ่มอายุ 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 19.1) รองลงมาคือ ไม่มีรายได้ ร้อยละ 22.8 รายได้ 2,501-5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 18.4 และรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ17.3 ขณะที่กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ดูแลผู้สูงอายุพบว่าไม่มีรายได้ ร้อยละ 5.6 (ตารางที่ 40)

ตารางที่ 40 จำนวนและร้อยละกลุ่มอายุที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามรายได้

กลุ่มอายุ	รายได้						รวม
	ไม่มีรายได้	น้อยกว่า 2,500 บาท	2,501-5,000 บาท	50,001-10,000 บาท	10,001 -20,000 บาท	มากกว่า 20,001 บาท	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	15 (1.1)	35 (2.6)	17 (1.3)	6 (0.4)	2 (0.2)	16 (1.2)	**91 (6.7)**
อายุ 31-40 ปี	34 (2.5)	111 (8.2)	59 (4.4)	31 (2.3)	4 (0.3)	3 (0.2)	**242 (17.9)**
อายุ 41-50 ปี	99 (7.3)	259 (19.1)	104 (7.7)	33 (2.4)	10 (0.7)	11 (0.8)	**516 (38.1)**
อายุ 51-60 ปี	85 (6.3)	140 (10.3)	54 (3.9)	10 (0.7)	9 (0.7)	11 (0.8)	**309 (22.8)**
อายุ 60 ปีขึ้นไป	76 (5.6)	55 (4.1)	15 (1.1)	19 (1.4)	5 (0.4)	26 (2.0)	**196 (14.5)**
รวม	**309 (22.8)**	**600 (44.3)**	**249 (18.4)**	**99 (7.3)**	**30 (2.2)**	**67 (5.0)**	**1,354 (100.0)**

อาชีพสวนใหญ่ของครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 36 รองลงมาคือ เกษตรกร ร้อยละ 25.8 ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 16.8 และ รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 4.7 ตามลำดับ ขณะที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 9.5 (ตารางที่ 41)

ตารางที่ 41 จำนวนและร้อยละอาชีพของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม

อาชีพ	จำนวน
เกษตรกร	355 (25.8)
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	64 (4.7)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	231 (16.8)
รับจ้างทั่วไป	495 (36.0)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	130 (9.5)
อื่นๆ	92 (6.7)
ไม่ตอบ	7 (0.5)
รวม	**1,288 (100.0)**

เมื่อพิจารณาตามเพศของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม พบว่ากลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพเป็นเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 7.4 และ ร้อยละ 2.1 ตามลำดับ) (ตารางที่ 42) และรายได้ของครอบครัวและผู้ดูแลอยู่ระหว่าง 2,501-5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 43.7 (ตารางที่ 43)

ตารางที่ 42 จำนวนและร้อยละเพศที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามอาชีพ

เพศ	อาชีพ						รวม
	เกษตรกร	รับราชการ /ข้าราชการ บำนาญ	ธุรกิจ ส่วนตัว /ค้าขาย	รับจ้าง ทั่วไป	ไม่ได้ ประกอบ อาชีพ	อื่นๆ	
ชาย	87 (6.4)	14 (1.0)	37 (2.7)	111 (8.1)	29 (2.1)	18 (1.3)	**296 (21.7)**
หญิง	268 (19.6)	50 (3.7)	194 (14.2)	384 (28.1)	101 (7.4)	74 (5.4)	**1,071 (78.4)**
รวม	**355 (25.9)**	**64 (4.7)**	**231 (16.9)**	**495 (36.2)**	**130 (9.5)**	**92 (6.7)**	**1,367 (100.0)**

ตารางที่ 43 จำนวนและร้อยละรายได้ของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม

รายได้	จำนวน
ไม่มีรายได้	67 (4.9)
น้อยกว่า 2,500 บาท	309 (22.5)
2,501-5,000 บาท	600 (43.7)
5,001-10,000 บาท	249 (18.1)
10,001-20,000 บาท	99 (7.2)
มากกว่า 20,001 บาท	30 (2.2)
ไม่ตอบ	20 (1.5)
รวม	**1,374 (100.0)**

จากการตอบแบบสอบถามของครอบครัวและผู้ดูแล พบว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องดูแลสูงถึงร้อยละ 79.6 (ตารางที่ 44) เมื่อพิจารณาจากรายได้ของครอบครัวและผู้ดูแล พบว่ามีรายได้ระหว่าง 2,501-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 34.3 รองลงมาคือ น้อยกว่า 2,500 ร้อยละ 18.6 รายได้ 5,001-10,000 ร้อยละ 15.7 และ 10,001-20,000 ร้อยละ 6 ตามลำดับ (ตารางที่ 45)

ด้านภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 37 มีสุขภาพดี รองลงมา คือ พอใช้ ร้อยละ 27.8 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 6.8 ขณะที่สุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 1.4 และ สุภาพดีมาก พบแค่ร้อยละ 7.6 (ตารางที่ 46)

ตารางที่ 44 จำนวนและร้อยละครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ต้องดูแล

ผู้สูงอายุที่ต้องดูแล	จำนวน
มี	1,093 (79.6)
ไม่มี	263 (19.1)
ไม่ตอบ	18 (1.3)
รวม	**1,374 (100.0)**

ตารางที่ 45 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ต้องดูแลจำแนกตามอาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้สูงอายุที่ต้องดูแล	รายได้ของผู้ดูแล						รวม
	ไม่มีรายได้	น้อยกว่า 2,500 บาท	2,501-5,000 บาท	5,001 -10,000 บาท	10,001 -20,000 บาท	มากกว่า 20,001 บาท	
มี	54 (4.0)	249 (18.6)	460 (34.3)	210 (15.7)	81 (6.0)	26 (1.9)	**1,080 (80.5)**
ไม่มี	12 (1.0)	59 (4.4)	133 (10.0)	37 (2.8)	16 (1.2)	4 (0.3)	**261 (19.5)**
รวม	**66 (4.9)**	**308 (23.0)**	**593 (44.2)**	**247 (18.4)**	**97 (7.2)**	**30 (2.2)**	**1,341 (100.0)**

ตารางที่ 46 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องดูแล

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ดูแล	จำนวน
ดีมาก	104 (7.6)
ดี	508 (37.0)
พอใช้	382 (27.8)
ไม่ดี	93 (6.8)
ไม่ดีมากๆ	19 (1.4)
ไม่ตอบ	267 (19.5)
รวม	**1,373 (100.0)**

จากการตอบแบบสอบถามของครอบครัวและผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ บุตรสาว ร้อยละ 42.5 รองลงมาคือบุตรชาย ร้อยละ 13.6 บุตรสะใภ้ ร้อยละ 6.8 และหลาน ร้อยละ 2.5 ขณะที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นคู่สามีหรือภรรยา ร้อยละ 3.6 และ 3.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 47)

การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.9 ครอบครัวดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ (มีผู้ช่วยบางเวลา) รองลงมา คือ ครอบครัวดูแลบางเวลา (มีผู้ช่วยส่วนใหญ่หรือมีผู้ดูแล) ร้อยละ 20.4 ครอบครัวดูแลคนเดียวเท่านั้นไม่มีผู้ช่วย ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ และร้อยละ 4.9 ผู้สูงอายุอยู่บ้านลำพังไม่มีคนดูแล (ตารางที่ 48)

ตารางที่ 47 จำนวนและร้อยละผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน
สามี	49 (3.6)
ภรรยา	52 (3.8)
บุตรสาว	583 (42.5)
บุตรชาย	187 (13.6)
บุตรสะใภ้	93 (6.8)
บุตรเขย	19 (1.4)
เพื่อนบ้าน	8 (0.6)
หลาน	34 (2.5)
ญาติ	19 (1.4)
อื่นๆ	34 (2.5)
ไม่ตอบ	264 (19.2)
รวม	**1,373 (100.0)**

ตารางที่ 48 จำนวนและร้อยละการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน
ผู้สูงอายุอยู่บ้านลำพังไม่มีคนดูแล	67 (4.9)
ท่านดูแลคนเดียวเท่านั้นไม่มีผู้ช่วย	211 (15.4)
ท่านดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ (มีผู้ช่วยบางเวลา)	506 (36.9)
ท่านดูแลบางเวลา (มีผู้ช่วยส่วนใหญ่หรือมีผู้ดูแล)	280 (20.4)
อื่นๆ	45 (3.3)
ไม่ตอบ	264 (19.2)
รวม	**1,373 (100.0)**

การรับสื่อสุขภาพของครอบครัวและผู้ดูแล พบว่า ร้อยละ 38 ได้รับองค์ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือ ฟังวิทยุ/ทีวี ร้อยละ 27 อ่านหนังสือเอง ร้อยละ 16 และ เพื่อน/เพื่อนบ้านเล่าสู่กันฟัง ร้อยละ 15 ตามลำดับ ขณะที่ไม่เคยได้รับเลยพบร้อยละ 2 (ตารางที่ 49) และความรู้ที่ครอบครัวและผู้ดูแลได้รับ พบว่า เพียงพอ ร้อยละ 67 และ ไม่เพียงพอ ร้อยละ 30 (ตารางที่ 50)

ตารางที่ 49 จำนวนและร้อยละการรับสื่อด้านสุขภาพของครอบครัวและผู้ดูแล

การรับสื่อด้านสุขภาพ	จำนวน
ไม่เคยได้รับเลย	57 (2.0)
อ่านหนังสือเอง	448 (16.0)
ฟังวิทยุ/ทีวี	737 (27.0)
องค์ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1,034 (38.0)
เพื่อน/เพื่อนบ้านเล่าสู่กันฟัง	406 (15.0)
ไม่ตอบ	63 (2.0)
รวม	**2,745 (100.0)**

ตารางที่ 50 จำนวนและร้อยละความรู้ที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้รับ

ความรู้	จำนวน
เพียงพอ	925 (67.0)
ไม่เพียงพอ	417 (30.0)
ไม่ตอบ	32 (2.0)
รวม	**1,374 (100.0)**

ด้านความต้องการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าครอบครัวและผู้ดูแลมีความต้องการศูนย์สุขภาพหรือสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 95 ขณะที่ไม่ต้องการมีเพียงร้อยละ 4 (ตารางที่ 51) และพบว่าเพศหญิง (ครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม) มีความต้องการศูนย์สุขภาพหรือสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 74.1 และ 20.4 ตามลำดับ) (ตารางที่ 52)

ตารางที่ 51 จำนวนและร้อยละความต้องการศูนย์สุขภาพหรือสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ

ศูนย์สุขภาพ/สถานบริบาล	จำนวน
ต้องการ	1,295 (95.0)
ไม่ต้องการ	48 (4.0)
ไม่ตอบ	19 (1.0)
รวม	**1,362 (100.0)**

ตารางที่ 52 จำนวนและร้อยละเพศที่ต้องการศูนย์สุขภาพหรือสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ

เพศ	ศูนย์สุขภาพ			รวม
	ไม่ตอบ	ต้องการ	ไม่ต้องการ	
ชาย	5 (0.4)	278 (20.4)	11 (0.8)	294 (21.6)
หญิง	14 (1.0)	1,017 (74.7)	37 (2.7)	1,068 (78.4)
รวม	**19 (1.4)**	**1,295 (95.1)**	**48 (3.5)**	**1,362 (100.0)**

จากการศึกษาพบว่าครอบครัวและผู้ดูแลต้องการรูปแบบการดูแลระยะยาว ในรูปแบบดังนี้ ต้องการการออกให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุอย่างน้อยเดือนล่ะ 1 ครั้ง ร้อยละ 34 รองลงมาคือ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ร้อยละ 31 การจัดเป็นสถานที่พักผ่อนหรือทำกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 19 การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบสถานบริบาลผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 12 และการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการฝากดูแล (เลี้ยง) เป็นครั้งคราวที่สถานบริการของรัฐ/เอกชน ร้อยละ 4 ตามลำดับ (ตารางที่ 53)

ส่วนค่าใช้จ่ายต่อเดือนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 55 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ตารางที่ 54) เมื่อพิจารณาตามเพศ (ครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม) พบว่าในเพศหญิง มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.4 และ เพศชาย ร้อยละ 13.1 (ตารางที่ 55)

ตารางที่ 53 จำนวนและร้อยละรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลระยะยาว	จำนวน
การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	417 (31.0)
การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการฝากดูแล (เลี้ยง) เป็นครั้งคราวที่สถานบริการของรัฐ/เอกชน	48 (4.0)
การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบสถานบริบาลผู้สูงอายุในชุมชน	161 (12.0)
การออกให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ อย่างน้อยเดือนล่ะ 1 ครั้ง	462 (34.0)
การจัดเป็นสถานที่พักผ่อนหรือทำกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ	251 (19.0)
อื่นๆ	2 (0.0)
ไม่ตอบ	13 (1.0)
รวม	**1,354 (100.0)**

ตารางที่ 54 จำนวนและร้อยละค่าใช้จ่ายต่อเดือนสำหรับผู้สูงอายุ

ค่าใช้จ่ายต่อเดือน	จำนวน
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	761 (55.0)
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	356 (26.0)
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	27 (2.0)
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	10 (1.0)
20,000 บาท ต่อเดือน ขึ้นไป	2 (0.0)
ไม่ตอบ	218 (16.0)
รวม	**1,374 (100.0)**

ตารางที่ 55 จำนวนและร้อยละค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ ของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม

ค่าใช้จ่าย	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
ไม่ตอบ	41 (2.3)	175 (12.8)	216 (15.7)
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	180 (13.1)	581 (42.4)	761 (55.3)
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	69 (5.0)	287 (20.9)	356 (25.9)
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	4 (0.3)	23 (1.7)	27 (1.9)
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	3 (0.2)	7 (0.5)	10 (0.8)
20,000 บาท ต่อเดือน ขึ้นไป	1 (0.1)	1 (0.1)	2 (0.2)
รวม	**298 (21.7)**	**1,074 (78.3)**	**1,372 (100.0)**

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุกับอาชีพของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 38 ซึ่งพบว่าสามารถจ่ายค่าดูแลผู้สูงอายุต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 25.9) รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 16.6 (ตารางที่ 56)

ขณะที่ครอบครัวและผู้ดูแลที่ส่งผู้สูงอายุไปรับการดูแลที่สถานบริการ พบว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายให้สถานบริบาลต่อเดือน ร้อยละ 39 สามารถจ่ายได้น้อยกว่า 7,000 บาทต่อเดือน รองลงมาคือ จ่ายได้ 7,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 14 และ จ่ายได้ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 1 ตามลำดับ (ตารางที่ 57)

อาชีพของครอบครัวและผู้ดูแลที่สามารถจ่ายค่าดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลได้ คือค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 7,000 บาทต่อเดือน พบว่าเป็นอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 12.9 รองลงมาคือ เกษตรกร ร้อยละ 9 และธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 7.8 ขณะที่อาชีพรับจ้างทั่วไปพบว่าสามารถจ่ายค่าใช้จ่ายได้เป็นเงิน 7,001-10,000 บาทต่อเดือนสูงสุด ร้อยละ 2.7 (ตารางที่ 58)

ตารางที่ 56 จำนวนและร้อยละค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุจำแนกตามอาชีพของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม

ค่าใช้จ่ายต่อเดือน	อาชีพ						รวม
	เกษตรกร	รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	รับจ้างทั่วไป	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	อื่นๆ	
น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	191 (16.6)	26 (2.3)	116 (10.1)	299 (25.9)	73 (6.3)	54 (4.7)	759 (65.8)
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	87 (7.6)	26 (2.3)	59 (5.1)	128 (11.1)	30 (2.6)	25 (2.2)	355 (30.8)
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	9 (0.8)	1 (0.1)	6 (0.5)	8 (0.7)	2 (0.2)	1 (0.1)	27 (2.3)
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	3 (0.3)	1 (0.1)	1 (0.1)	3 (0.3)	2 (0.2)	-	10 (0.9)
20,000 บาท ต่อเดือน ขึ้นไป	2 (0.2)	-	-	-	-	-	2 (0.2)
รวม	**292 (25.3)**	**54 (4.7)**	**182 (15.8)**	**438 (38.0)**	**107 (9.3)**	**80 (6.9)**	**1,153 (100.0)**

ตารางที่ 57 จำนวนและร้อยละค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ

ค่าใช้จ่ายในสถานบริบาล	จำนวน
น้อยกว่า 7,000 บาทต่อเดือน	540 (39.0)
7,001-10,000 บาทต่อเดือน	55 (4.0)
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	10 (1.0)
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	14 (1.0)
20,001-25,000 บาทต่อเดือน	2 (0.0)
25,001 บาทต่อเดือน ขึ้นไป	-
ไม่ตอบ	753 (55.0)
รวม	**1,374 (100.0)**

ตารางที่ 58 จำนวนและร้อยละค่าใช้จ่ายในสถานบริบาลจำแนกตามอาชีพของครอบครัวและผู้ดูแลที่ตอบแบบสอบถาม

ค่าใช้จ่ายต่อเดือน	อาชีพ						รวม
	เกษตรกร	รับราชการ /ข้าราชการ บำนาญ	ธุรกิจ ส่วนตัว /ค้าขาย	รับจ้าง ทั่วไป	ไม่ได้ ประกอบ อาชีพ	อื่นๆ	
น้อยกว่า 7,000 บาทต่อเดือน	123 (9.0)	33 (2.4)	106 (7.8)	176 (12.9)	59 (4.3)	41 (3.0)	538 (39.0)
7,001-10,000 บาทต่อเดือน	2 (0.1)	2 (0.1)	6 (0.4)	37 (2.7)	5 (0.4)	3 (0.2)	55 (0.4)
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	5 (0.4)	-	1 (0.1)	4 (0.3)	-	-	10 (0.7)
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	2 (0.1)	4 (0.3)	1 (0.1)	4 (0.3)	2 (0.1)	1 (0.1)	14 (1.0)
20,001-25,000 บาทต่อเดือน	-	1 (0.1)	-	-	-	1 (0.1)	2 (0.1)
มากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน	-	-	-	-	-	-	-
ไม่ตอบ	223 (16.3)	24 (1.8)	117 (8.6)	274 (20.6)	64 (4.7)	92 (6.7)	748 (54.7)
รวม	**355 (26.0)**	**64 (4.7)**	**231 (16.9)**	**274 (20.0)**	**130 (9.5)**	**46 (3.4)**	**1,367 (100.0)**

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของครอบครัวและผู้ดูแลของผู้สูงอายุการให้บริการ

จากการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวและผู้ดูแลต่อการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลลำปาง พบว่า

ด้านการให้บริการ ครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อระบบการค้นทะเบียนประวัติ ตรวจรักษา สามารถทำได้รวดเร็วมากที่สุด ร้อยละ 58.8 ค่าเฉลี่ย 3.94±0.71 (ตารางที่ 59)

ด้านด้านคุณภาพการให้บริการ ครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการให้การพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 62.4 ค่าเฉลี่ย 3.95±0.7 (ตารางที่ 60)

ตารางที่ 59 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านบริการ

ด้านการให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ					
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	mean±SD
-ความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการ	3 (0.2)	12 (0.9)	294 (21.5)	792 (58.)	265 (19.4)	3.95±0.74
-ระบบการค้นทะเบียนประวัติ ตรวจรักษา สามารถทำได้รวดเร็ว	1 (0.1)	7 (0.5)	311 (22.8)	804 (58.8)	244 (17.8)	3.94±0.71
-มีการจัดลำดับและการให้บริการเป็นไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม สะดวกและรวดเร็ว	1 (0.1)	16 (1.2)	358 (26.2)	778 (56.9)	214 (15.7)	3.87±0.73
-มีระเบียบและขั้นตอนของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เหมาะสม	1 (0.1)	24 (1.8)	352 (25.7)	774 (56.6)	217 (15.9)	3.86±0.73
-ความสะดวก รวดเร็ว ในการให้บริการและการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก	3 (0.2)	18 (1.3)	350 (25.7)	763 (55.9)	230 (16.9)	3.88±0.77

ตารางที่ 60 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ

ด้านคุณภาพการให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ					
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	mean±SD
-การตรวจร่างกายโดยเจ้าหน้าที่	6 (0.4)	10 (0.7)	253 (18.5)	847 (62.0)	250 (18.3)	3.97±0.72
-ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการรักษาโรคที่ท่านเป็น	1 (0.1)	16 (1.2)	279 (20.4)	832 (60.9)	239 (17.5)	3.95±0.71
-ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการให้การพยาบาล	1 (0.1)	11 (0.8)	269 (19.7)	853 (62.4)	232 (17.0)	3.95±0.7
-การให้ข้อมูลและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์	4 (0.3)	18 (1.3)	300 (21.9)	820 (6.0)	225 (16.5)	3.91±0.73
-ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	4 (0.3)	39 (2.9)	393 (28.8)	762 (55.8)	167 (12.2)	3.77±0.77
-ท่านมีโอกาสพูดคุยแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับแพทย์/พยาบาล	8 (0.6)	57 (4.2)	400 (29.3)	717 (52.5)	183 (13.4)	3.74±0.82
-มีเครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการเพียงพอและทันสมัย	12 (0.9)	52 (3.8)	455 (33.3)	667 (48.8)	181 (13.2)	3.7±0.82
-ท่านได้รับความสะดวก รวดเร็ว ในการรักษาบริการทุกครั้ง	6 (0.4)	17 (1.2)	373 (27.3)	767 (56.1)	204 (14.9)	3.84±0.75
-มีระบบบริการที่ต่อเนื่องในการรักษา	4 (0.3)	20 (1.5)	319 (23.4)	818 (59.9)	205 (15.0)	3.88±0.73
-ความพึงพอใจของท่านต่อคุณภาพการให้บริการโดยรวมทุกด้าน	2 (0.1)	16 (1.2)	351 (25.7)	819 (59.9)	179 (13.1)	3.85±0.7
-มีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ	5 (0.4)	41 (0.3)	426 (31.2)	752 (55.0)	143 (10.5)	3.72±0.75
-ความรวดเร็วและระมัดระวังในการให้บริการผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่	2 (0.1)	18 (1.3)	352 (25.8)	809 (59.3)	184 (13.5)	3.85±0.73
-เจ้าหน้าที่ให้บริการท่าน มีความรู้ มีความสามารถที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์	2 (0.1)	4 (0.3)	296 (21.7)	857 (62.8)	206 (15.1)	3.92±0.7
-เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับขั้นตอนบริการ	-	17 (1.2)	271 (19.8)	864 (63.3)	214 (15.7)	3.93±0.7
-เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจในการตอบปัญหาข้อสงสัยและอาการเจ็บป่วยของท่าน	3 (0.2)	17 (1.2)	284 (20.8)	843 (61.7)	220 (16.1)	3.92±0.71
-เจ้าหน้าที่แสดงความกระตือรือร้น เมื่อท่านมาขอรับบริการ	8 (0.6)	16 (1.2)	371 (27.2)	765 (56.0)	206 (15.1)	3.84±0.76

ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่เอาใส่ใจ เป็นกันเอง และให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใสมากที่สุด ร้อยละ 57.7 ค่าเฉลี่ย 4.06±0.82 (ตารางที่ 61)

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อมีป้ายบอกบริการอยู่ในจุดที่ชัดเจนในการใช้บริการมากที่สุด ร้อยละ 57.9 ค่าเฉลี่ย 3.93±0.82 (ตารางที่ 62)

ด้านมาตรฐานและคุณภาพการบริการ ครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อท่านเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนมีคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 61.3 ค่าเฉลี่ย 3.96±0.79 (ตารางที่ 63)

สรุปความพึงพอใจในภาพรวม พบว่าครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อด้านมาตรฐานและคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 60.3 ค่าเฉลี่ย 3.99±0.82 (ตารางที่ 64)

ตารางที่ 61 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจต้อการให้บริการของเจ้าหน้าที่

การให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ	ระดับความพึงพอใจ					
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	mean±SD
-ความรวดเร็วในการที่แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่มาดูเมื่อท่านมีปัญหา	2 (0.1)	15 (1.1)	329 (24.3)	736 (54.3)	273 (20.1)	3.93±0.84
-เจ้าหน้าที่เอาใส่ใจ เป็นกันเอง และให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส	1 (0.1)	10 (0.7)	231 (17.1)	781 (57.7)	331 (24.4)	4.06±0.82

ตารางที่ 62 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวกการให้บริการ

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	ระดับความพึงพอใจ					
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	mean±SD
-มีป้ายบอกบริการอยู่ในจุดที่ชัดเจนในการใช้บริการ	-	18 (1.3)	307 (22.7)	784 (57.9)	244 (18.0)	3.93±0.82
-สถานที่ตั้งของหน่วยบริการในชุมชนอยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก	-	14 (1.0)	284 (21.0)	761 (56.2)	295 (21.8)	3.99±0.83
-มีที่นั่งพัก ขณะรอรับการตรวจเพียงพอ	22 (1.6)	24 (1.8)	353 (26.1)	729 (53.9)	224 (16.6)	3.82±0.91
-มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับเหมาะสมและเพียงพอ	10 (0.7)	45 (3.3)	381 (28.1)	710 (52.4)	208 (15.4)	3.78±0.89

ตารางที่ 63 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการ

ด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการ	ระดับความพึงพอใจ					
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	mean±SD
-ท่านเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนมีคุณภาพ	-	10 (0.7)	277 (20.5)	830 (61.3)	237 (17.5)	3.96±0.79
-ท่านเชื่อมั่นว่า ยาที่ท่านได้รับ มีมาตรฐานและเหมือนกับสถานบริการอื่นๆ	1 (0.1)	10 (0.7)	241 (17.8)	825 (60.9)	277 (20.5)	4.01±0.8
-ท่านมีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์ /พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ในการให้การรักษาท่าน	-	7 (0.5)	257 (19.0)	804 (59.4)	286 (21.1)	4.01±0.8
-มีระบบเครือข่ายบริการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องของหน่วยบริการในชุมชนของทีมเจ้าหน้าที่ ท่านสะดวกในการขอรับบริการ	4 (0.3)	7 (0.5)	261 (19.4)	801 (59.5)	274 (20.3)	3.99±0.86

ตารางที่ 64 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม

ความพึงพอใจในภาพรวม	ระดับความพึงพอใจ					
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	mean±SD
- การให้บริการ	9 (0.1)	77 (1.1)	1,665 (24.4)	3,911 (57.2)	1,170 (17.1)	3.9±0.74
- คุณภาพการให้บริการ	68 (0.3)	369 (1.7)	5,392 (24.7)	12,792 (58.5)	3,238 (14.8)	3.86±0.74
- การให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ	3 (0.1)	25 (0.9)	560 (20.7)	1,517 (56.0)	604 (22.3)	3.99±0.83
- ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	32 (0.6)	101 (1.9)	1,325 (24.5)	2,984 (55.1)	971 (17.9)	3.88±0.87
- ด้านมาตรฐาน และคุณภาพบริการ	5 (0.1)	34 (0.6)	1,036 (19.2)	3,260 (60.3)	1,074 (19.9)	3.99±0.82

ส่วนที่ 5 ผลการศึกษาจากการสนทนา

5.1 ผลการสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

จากการทำกลุ่มสนทนา ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจาก รพ.สต. 27 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาล 2 แห่ง และโรงพยาบาลลำปาง 1 แห่ง จำนวน 34 คน ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

1. เพื่อผู้สูงอายุสามารถดูและบริหารจัดการศูนย์ฯ มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นให้กับคนรุ่นหลัง ภายใต้การสนับสนุนของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ และ NGO

2. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน มีศักยภาพการจัดการดูแลให้สุขภาพผู้สูงอายุ การลดภาระค่าใช้จ่าย และชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ ปี พ.ศ. 2555

ประเด็นการสนทนา ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน

1. มีชมรมผู้สูงอายุ กองทุนเงินออม ฌาปณกิจศพ การดำเนินกิจกรรมโดยจัดหางบประมาณเอง
2. มีแผนยุทธสาสตร์หมู่บ้าน และคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน และศูนย์ประสานงานในหมู่บ้าน
3. มีกลุ่มจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุ
4. ขาดการประสานงานด้านข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยกลับชุมชนระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.
5. ขาดการเชื่อมโยงและประสานงานของโรงพยาบาลและรพ.สต.ในเรื่องการปรับหรือเปลี่ยนแปลงระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยกลับชุมชน
6. ผู้สูงอายุรับยาไม่ต่อเนื่อง และมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต
7. งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลยังไม่มีการนำออกมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดี

1. มีการร่วมกลุ่มทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เช่น ออกกำลังกาย กิจกรรมด้านอาชีพ กิจกรรมศาสนา กิจกรรมดนตรี
2. อปท. มีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณ
3. รพ.สต. ให้การสนับสนุนในการทำกิจกรรม การคัดกรองภาวะสุขภาพกายและใจ
4. สนับสนุนกิจกรรมยกย่องเชิญชูผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญและช่วยสืบสานวัฒนธรรมท้องถิ่น

แนวทางการพัฒนา

1. เพิ่มศักยภาพของแกนนำผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว
2. การประสานงาน ความเชื่อมโยงการทำงานในพื้นที่ ทั้งด้านข้อมูล และงบประมาณ
3. สนับสนุนให้มีกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่อง
4. แสวงหาความร่วมมือจาก อปท. เป็นคณะกรรมการ กสต. (กองทุนสุขภาพตำบล)
5. แสวงหาทุนจากองค์กรต่างๆ เช่น NGO
6. รพ.สต. เป็นศูนย์กลางในการพัฒนางาน

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง

1. การปรับพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่รับยาไม่ต่อเนื่อง

2. การเยี่ยมบ้านโดยทีมเจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. แกนนำผู้สูงอายุ จิตอาสา การเยี่ยมตามลำดับความสำคัญที่ส่งมาจาก HHC ของรพ.ลำปาง

3. ค้นหาผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ อาหารรสหวานมันเค็มจัด เป็นต้น

4. มีปัญหาด้านการบริหารจัดการ เช่น การเดินทางมารับยา อุปกรณ์ทางการแพทย์

5. ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ยังพบว่ามีปัญหา เช่น บางรายยังไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน แต่โรงพยาบาลต้นทางส่งกลับมา ทำให้เกิดปัญหาในการดูแล

6. กลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้อสม.ช่วยในการเยี่ยมบ้าน และติดตามผู้ป่วย

7. มีระบบการดูแลระยะสุดท้าย

8. มีระบบความเชื่อมโยงส่งต่อผู้ป่วย

แนวทางการพัฒนา

1. ประสานงานกับอปท.ในการจัดการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ ของเยี่ยม ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ

2. เพิ่มศักยภาพแกนนำระดับครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้

1. ชมรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน ทำหน้าที่ดูแลทั่วไป สอนให้ญาติดูแลชีวิตรประจำวัน

2. มีอาสาสมัครสาธารณสุขแนะนำการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ประสานงานกับรพ.สต. ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการไม่ได้

3. รพ.สต. ให้ดูแลและจัดบริการด้านสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพให้เดือนละ 1 ครั้ง

แนวทางการพัฒนา

1. จัดตั้งศูนย์ดูแลบริหารจัดการผู้สูงอายุ

2. การส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกโดยอปท.

3. เน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยญาติ

4. จัดตั้งทีมเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

5. การสนับสนุนทีมดูแลผู้สูงอายุ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

6. จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่

7. การจัดบริการสุขภาพในกลุ่มป่วยที่นอนติดบ้าน ต้องได้รับการเยี่ยม 100%

2. ปัจจัยและอุปสรรคในการดำเนินงานผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุยังต้องทำงานประกอบอาชีพเพื่อการดำรงชีวิต ทำให้ไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

2. การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุขาดความยั่งยืน กิจกรรมไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากขาดงบประมาณและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

3. ขาดการบูรณาการระหว่างภาครัฐในท้องถิ่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข

4. ขาดการสนับสนุนอย่างจริงจังจากภาครัฐ เช่น อปท.มีการกำหนดแผนงานผู้สูงอายุในงบประมาณประจำปี เป็นต้น

5. การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุม เช่น บ้านอยู่ไกลสถานบริการ ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถมารับบริการได้

แนวทางการพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1. จัดทำข้อมูลและทะเบียนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มอายุ
2. จัดระบบบริการสุขภาพรองรับผู้สูงอายุ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ
3. มีรูปแบบ/คู่มือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง
4. มีระบบการดูแลที่บ้าน (Home ward) อย่างมีคุณภาพ
5. มีระบบการส่งต่ออย่างมีคุณภาพ
6. มีศูนย์ประสานข้อมูลและเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทุกภาคีอย่างครบวงจร
7. สร้างระบบครอบครัวเข้มแข็ง

3. รูปแบบการดำเนินงานศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

1. กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในพื้นที่ให้ชัดเจน โดยเจ้าภาพในการดำเนินงานเป็นชุมชน เช่น 1 ศูนย์ต่อ 1 หมู่บ้าน ต่อ 1 รพ.สต. โดยการสร้างความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่ โดยการประชุมชี้แจงผ่านการประชุมหมู่บ้าน/ชุมชน

2. มีคณะกรรมการทำงานผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข จิตอาสา และหน่วยงานอื่น ๆ ทำหน้าที่ :

- ดูแลแผนงานโครงการฯ
- จัดหาสถานที่และอุปกรณ์ในศูนย์
- การกำหนดกิจกรรม และการจัดองค์ความรู้หรือการเรียนรู้
- จัดหางบประมาณจากการระดมทุน การทอดผ้าป่า หรือการขอสนับสนุนจากภาครัฐ เช่น อปท.
- การประชาสัมพันธ์การบริการและเชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรม

3. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง และรับผิดชอบด้านองค์ความรู้ และการจัดการด้านสุขภาพให้กับศูนย์ฯ

4. ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ :

-มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่

-คณะกรรมการดำเนินงาน ประกอบด้วย ชมรมผู้สูงอายุ อปท. และกระทรวงสาธารณสุข

-การวางแผนและการจัดการ

-การประสานงานและบูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่

5. รูปแบบการดูแลต้องเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

6. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข จิตอาสา ผู้ดูแล และครอบครัว

7. การเชื่อมโยงการดำเนินงานกับพื้นที่ เช่น มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยชัดเจน

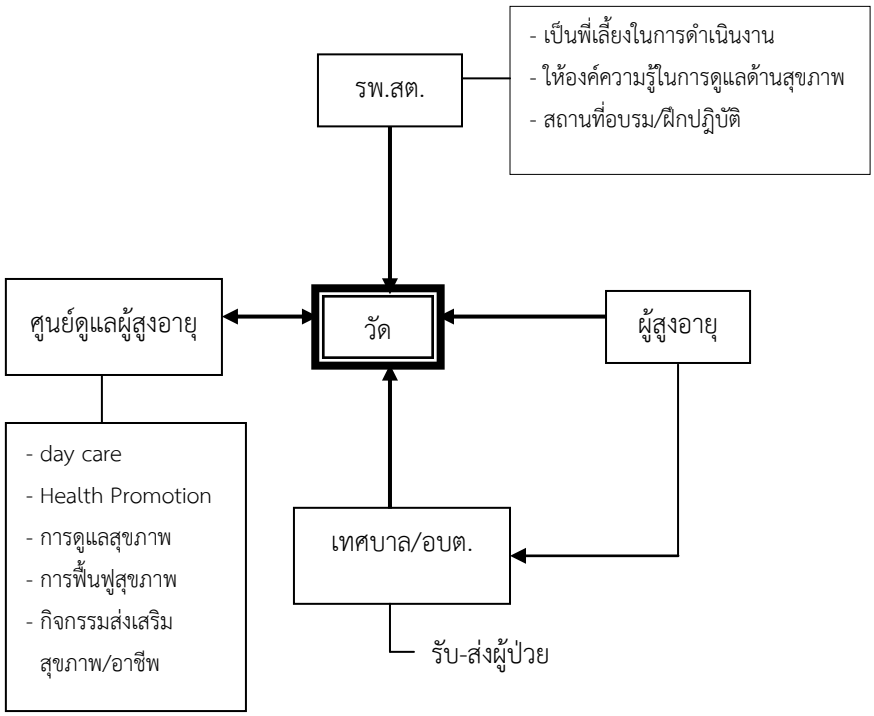
แนวทางการพัฒนา

1. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เน้นกิจกรรม การพูดคุยกัน การเรียนรู้ และบริการดูแลกลางวัน
2. จัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
3. ให้มีการจัดการโดยชุมชนเพื่อสร้างความยังยืนของการดำเนินงาน
4. การสร้างจิตอาสาในการทำงานผู้สูงอายุให้เป็นระบบและยังยืน

4. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

จากการทำสนทนากลุ่มสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดังนี้

รูปแบบที่ 1 วัดเป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว

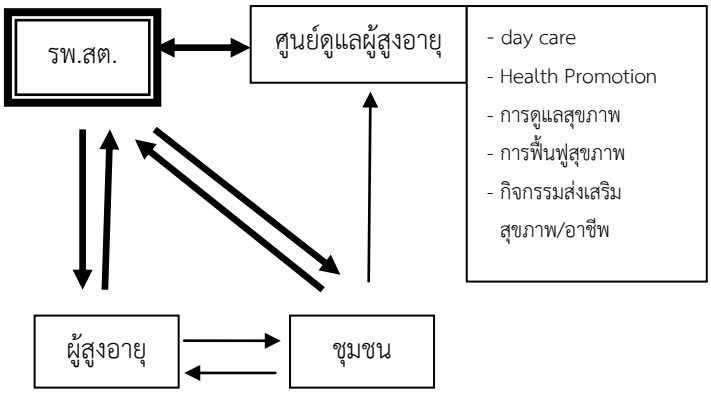


สถานที่ตั้ง วัด

ผู้รับผิดชอบ ผู้สูงอายุ/วัด/อบต.

แหล่งงบประมาณ ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

รูปแบบที่ 2 รพ.สต. เป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว

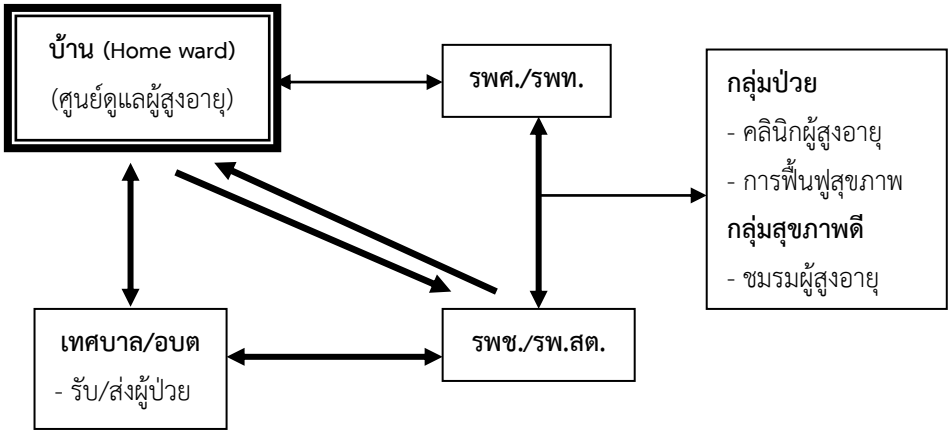


สถานที่ตั้ง รพ.สต.

ผู้รับผิดชอบ ผู้สูงอายุ/รพ.สต./วัด

แหล่งงบประมาณ ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

รูปแบบที่ 3 บ้านเป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว

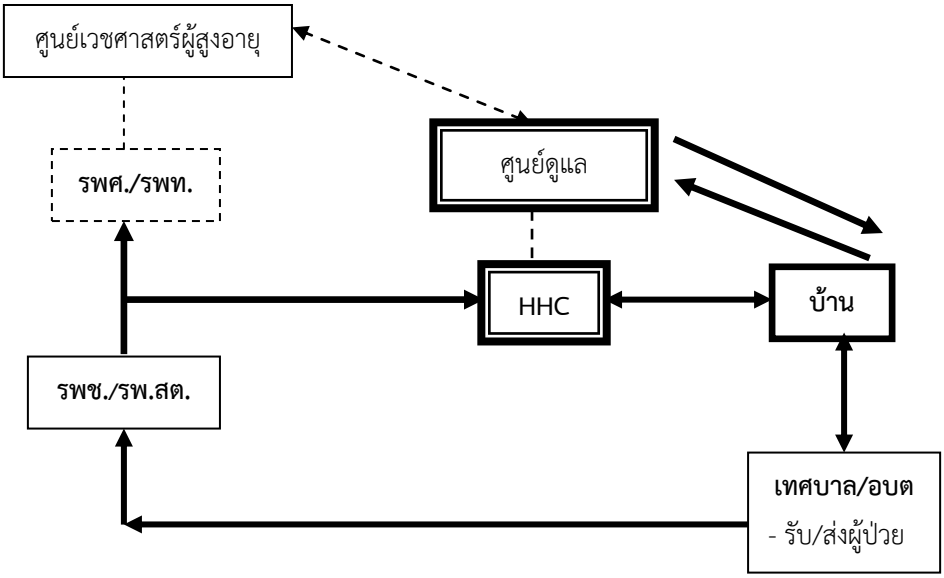


สถานที่ตั้ง บ้าน

ผู้รับผิดชอบ ผู้สูงอายุ/รพศ./รพช./รพ.สต.

แหล่งงบประมาณ ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

รูปแบบที่ 4 ระบบ Home Health Care เป็นศูนย์ประสานในการดูแลระยะยาว



สถานที่ตั้ง	ในชุมชน
ผู้รับผิดชอบ	ผู้สูงอายุ/HHCของรพศ.และรพช./รพ.สต.
แหล่งงบประมาณ	ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนา

1. การบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และภาคเอกชน NGO

2. ความเชื่อมโยงของระบบการดูแลผู้สูงอายุจากสถานบริการสู่ชุมชน เริ่มตั้งแต่ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ระบบ HHC รพ.สต. และเชื่อมกับระบบการส่งต่อ

3. การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4. ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานควรเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีบทบาทดูแลภาพรวมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งหมด ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งด้านสุขภาพ โดยทำหน้าที่ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

5. การสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ แรงจูงในและขวัญกำลังใจในการทำงานด้านผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน

6. การพัฒนาศักยภาพบุคลกรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

7. การเพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานด้านผู้สูงอายุให้เพียงพอเพื่อรองรับการบริการที่ต้องการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ

8. การสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้กับกลุ่มผู้ดูแลและครอบครัว

ระบบการดูแลผู้สูงอายุปัจจุบัน

ทำไมต้องพัฒนา	ต้องพัฒนาเรื่องใด	ใครเป็น กลุ่มเป้าหมาย	พัฒนาอย่างไร	พื้นที่ใด	เมื่อไร
เพื่อให้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี	- พัฒนาศูนย์ - พัฒนาภาคีเครือข่าย - พัฒนาระบบ - พัฒนานโยบายความเชื่อมโยงของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ - พัฒนาองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ อสม. และผู้ที่เกี่ยวข้อง	- ผู้สูงอายุ - ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	- จัดเวทีเสวนาให้มีการบูรณาการ - เน้นการดูแลแบบมีส่วนร่วม - พัฒนาชมรมสูงอายุ - บูรณาการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน - พัฒนาศูนย์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและศูนย์ระดับจังหวัด	ในชุมชน	เริ่มภายในปี พ.ศ.2555

การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในพื้นที่

ทำไมต้องพัฒนา	ต้องพัฒนาเรื่องใด	ใครเป็นกลุ่มเป้าหมาย	พัฒนาอย่างไร	พื้นที่ใด	เมื่อไร
เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องยั่งยืน	- ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน - ศูนย์ประสานการดูแลผู้สูงอายุ	ภาคีเครือข่ายในรูปของคณะกรรมการและคณะทำงานทุกระดับ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน	- พัฒนาศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุระดับจังหวัด - กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ	ทุกพื้นที่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ชุมชน	เริ่มภายในปี พ.ศ.2555

5.2 ผลการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

จากการทำกลุ่มสนทนา ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 150 คน สรุปได้ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน

1. มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ มีทั้งประสพความสำเร็จ และที่ไม่ประสบความสำเร็จ

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ มีการดำเนินกิจกรรม เช่น โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน การออมเงิน การฝากออมสินในชมรม การเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เป็นต้น

3. สถาบันครอบครัวเข็มแข็ง ผู้สูงอายุยังมีลูกหลานดูแล

4. ในชุมชนยังมีผู้สูงอายุที่ถูกต้องทิ้งหรือนอนติดเตียง จากสาเหตุ ญาติไม่ดูแล ขาดแคลนผู้ดูแล ผู้สูงอายุไม่เข้าถึงการบริการ

5. งบประมาณในการดูแลประชากรผู้สูงอายุไม่เพียงพอ

6. ขาดการประชาสัมพันธ์เรื่องงบประมาณจาก กสต. (กองทุนสุขภาพตำบล) เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรม

2. แนวทางการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน

1. จัดหาสถานที่ โดยพิจารณาจากสถานที่ที่มีอยู่แล้ว หรือแต่อาจจะเป็นศูนย์ของหมู่บ้านที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์อะไรเป็นต้น ไม่ต้องเป็นพื้นที่ที่สร้างใหม่ เช่น ศูนย์อสมช. รพ.สต. วัด และโรงเรียน เป็นต้น

2. ควรมองหาทุนทางสังคมที่เป็นทุนเดิมอยู่ว่ามีอะไรบ้าง และมีอะไรบ้างที่ขาดต้องการเพิ่มเติม

3. การดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care) ให้เหมือนกับศูนย์ดูแลเด็กเล็กที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. แต่งตั้งคณะกรรมการและที่ปรึกษาในการดำเนินงาน

5. การแบ่งกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลกลางวัน แบ่งเป็น กลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยง

6. กำหนดกิจกรรมที่จะดำเนินงานในศูนย์ฯ ให้ชัดเจน

7. ผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน

- รพ.สต.	- แหล่งสนับสนุนข้อมูล และองค์ความรู้
	- พี่เลี้ยงในการเขียนโครงการฯ
	- สนับสนุนบริการด้านสุขภาพ
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- แหล่งสนับสนุนงบประมาณ
	- การจัดอบรมความรู้ให้กับผู้สูงอายุ
	- การบริหารจัดการในศูนย์ฯ
- ผู้สูงอายุ	- การเขียนโครงการฯ เพื่อดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฯ
	- เป็นเจ้าของศูนย์ฯ

8. มีการวางแผนการติดตามและประเมินการดำเนินงาน

3. การดำเนินงานในปัจจุบัน

1. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมี ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา ในการดูแลผู้สูงอายุ
2. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบศูนย์ประสาน
3. การอบรมแกนนำดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสา ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

4. กิจกรรมที่ควรมีการดำเนินงานในศูนย์

1. กิจกรรมการออกกำลังกาย
2. กิจกรรมด้านโภชนาการ
3. กิจกรรมการฝึกอาชีพ

5. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ขาดผู้รับผิดชอบหลัก (เจ้าภาพ) ในการดำเนินงานที่ชัดเจน
2. นโยบายระดับจังหวัดต้องมีความชัดเจนในเรื่องผู้สูงอายุ
3. การสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่องจากภาครัฐ
4. การขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

6. แหล่งงบประมาณ

1. จัดหาทุนเองจากการทอดกฐิน/ผ้าป่า

2. การสนับสนุนจากภาครัฐ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

7. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนา

1. การสร้างความตระหนักและทัศนคติและแนวคิดด้านผู้สูงอายุให้กับบุคลากรหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องด้านผู้สูงอายุ

2. นโยบายผู้สูงอายุแผนงานระดับจังหวัด และแผนงานท้องถิ่นต้องชัดเจน มีการชี้แจงให้กับผู้ปฏิบัติ และหน่วยงานที่ทำงานและเกี่ยวข้องทราบ

3. การบูรณาการการทำงานด้านผู้สูงอายุ เช่น ประเด็น การส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงทรัพยากร คำแนะนำเรื่องสิทธิสำหรับผู้สูงอายุ กับหน่วยงานที่ดำเนินงานและเกี่ยวข้อง

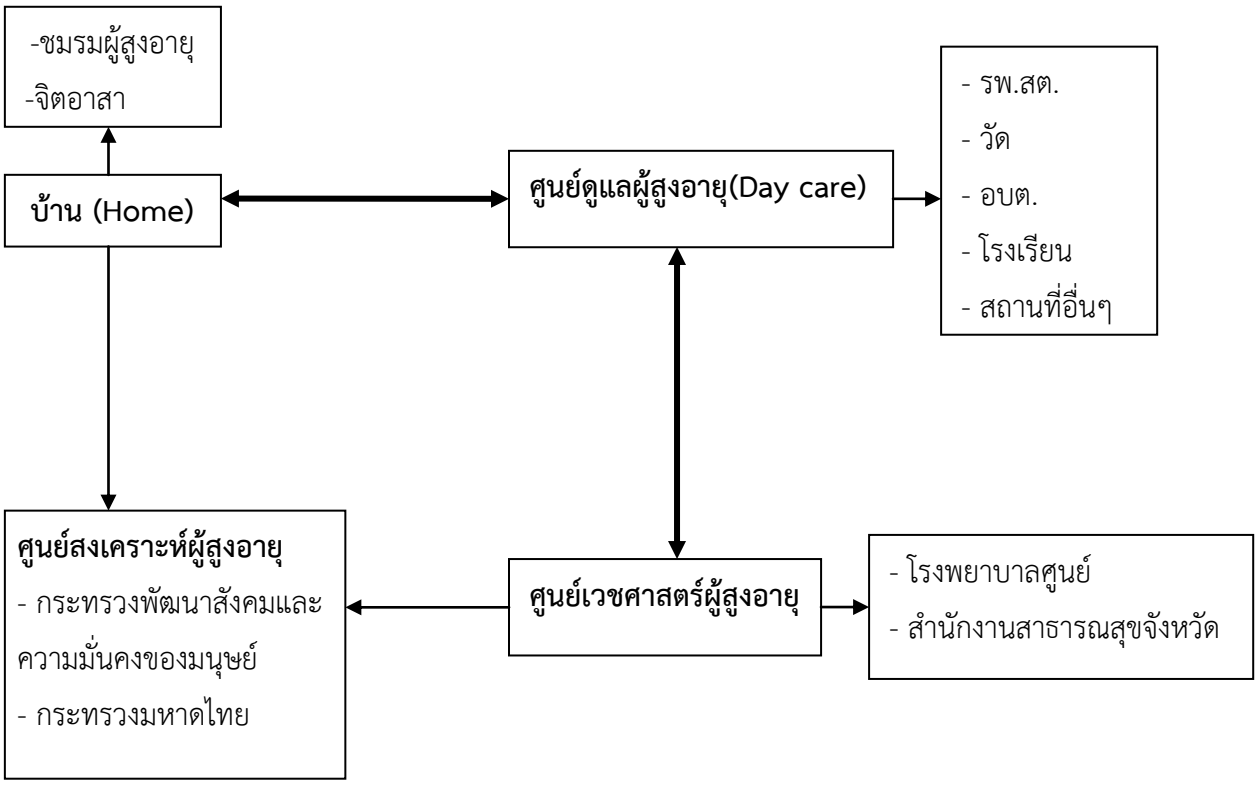
4. พัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุขให้มีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

5. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล การส่งต่อข้อมูลด้านผู้สูงอายุ เช่น การแบ่งกลุ่มอายุผู้สูงอายุที่ต้องให้การดูแลให้ชัดเจน ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุที่เป็นจิตอาสา

6. เน้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

7. การสนับสนุนงบประมาณเพิ่มในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

แผนภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน



บทที่ 5
สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษานี้เพื่อศึกษาหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาว กรณีศึกษาหน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในปัจจุบัน เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน และเพื่อศึกษาความพึงพอใจและทัศนคติของผู้รับบริการต่อบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จากการศึกษาสรุปเป็นประเด็นสำคัญๆ ได้ดังนี้

1. สถานการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 27 แห่ง หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลลำปางและโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 3 แห่ง จำนวน 2,592 คน เป็นเพศชาย จำนวน 1,049 คิดเป็น ร้อยละ 40.5 และเพศหญิง จำนวน 1,543 คิดเป็นร้อยละ 59.5 พบว่าเป็นกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 38.8 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 35.7 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.5 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สามีหรือภรรยามากที่สุด ร้อยละ 21.9 เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยพบมีผู้ดูแล ร้อยละ 96.5 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 3.5 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 59.9

ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพดี มากที่สุด ร้อยละ 45.1 ภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 7.2 และ ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 1 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 70-79 ปี ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมากๆ สูงสุด ร้อยละ 3.0 และ 0.5 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.3 และ 0.4 ตามลำดับ ด้านภาวะสุขภาพจิต พบมีสภาพจิตใจรู้สึกหดหู่/เศร้า ร้อยละ 9.3 และรู้สึกเบื่อหน่าย ร้อยละ 10.6 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย กลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 70-79 ปี มีภาวะสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

ด้านการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน ร้อยละ 2.2 ต้องพึ่งพาคนอื่นทั้งหมด ร้อยละ 1.2 สัดส่วนในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่การทำกิจวัตรประจำวันที่มีระดับความยากมากขึ้น เช่น การทอนเงิน การเลือกซื้อเสื้อผ้า การเดินทาง เป็นต้น พบว่าผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือใช้อุปกรณ์ต่างๆ ช่วย ร้อยละ 7.2 และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 6.6 การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ พบกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน ร้อยละ 1.4 และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 0.7 ขณะที่การทำกิจวัตรประจำวันที่มีระดับความยากมากขึ้น พบในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน ร้อยละ 4.5 และ ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 4.6

และการเดินทางมารับบริการที่สถานบริการของผู้สูงอายุ พบว่า ลูก/หลาน/ญาติ พามารับบริการที่สถานบริการมากที่สุด ร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ เดินทางมารับบริการที่สถานบริการด้วยตนเอง ร้อยละ 27.6 เพื่อนบ้านพามาสถานบริการ ร้อยละ 3.4 และ หน่วยงานในชุมชน เช่น มูลนิธิต่างๆ หรืออบต. ร้อยละ 0.5 ขณะที่ผู้สูงอายุอยู่ลำพังไม่สามารถมารับบริการสุขภาพด้วยตนเอง ร้อยละ 3.8

2. ครอบครัวและผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุ

ด้านครอบครัวผู้สูงอายุและผู้ดูแลในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 29 แห่ง และ 1 โรงพยาบาล ในจังหวัดลำปาง จำนวน 1,288 คน พบว่าส่วนใหญ่จะมีรายได้น้อยกว่า 2500 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 44.3) ซึ่งเป็นกลุ่มอายุ 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 19.1) และ ไม่มีรายได้ ร้อยละ 22.8 พบกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ดูแลผู้สูงอายุไม่มีรายได้ ร้อยละ 5.6 ด้านภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องดูแล ส่วนใหญ่ร้อยละ 37 มีสุขภาพดี ขณะที่สุขภาพไม่ดี และไม่ดีมากๆ ร้อยละ 6.8 และ 1.4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ บุตรสาว ร้อยละ 42.5 ขณะที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นคู่สามีหรือภรรยา ร้อยละ 3.6 และ 3.8 การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.9 ครอบครัวดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ (มีผู้ช่วยบางเวลา) รองลงมาคือ ครอบครัวดูแลบางเวลา (มีผู้ช่วยส่วนใหญ่หรือมีผู้ดูแล) ร้อยละ 20.4 ครอบครัวดูแลคนเดียวเท่านั้นไม่มีผู้ช่วย ร้อยละ 15.4 ตามลำดับ และ ร้อยละ 4.9 ผู้สูงอายุอยู่บ้านลำพังไม่มีคนดูแล

ในขณะที่ความต้องการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าครอบครัวและผู้ดูแลมีความต้องการศูนย์สุขภาพหรือสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 95 และครอบครัวและผู้ดูแลต้องการรูปแบบการดูแลระยะยาวในรูปแบบดังนี้ ต้องการการออกให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุอย่างน้อยเดือนล่ะ 1 ครั้ง ร้อยละ 34 รองลงมาคือการดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน ร้อยละ 31 การจัดเป็นสถานที่พักผ่อนหรือทำกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 19 การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบสถานบริบาลผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 12 และการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการฝากดูแล (เลี้ยง) เป็นครั้งคราวที่สถานบริการของรัฐ/เอกชน ร้อยละ 4 ตามลำดับ

ด้านค่าใช้จ่าย พบว่าครอบครัวและผู้ดูแลที่ส่งผู้สูงอายุไปรับการดูแลที่สถานบริการ มีค่าจ่ายให้สถานบริบาลต่อเดือน น้อยกว่า 7,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 26 และ 7,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 13

3. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ต่อการบริการสุขภาพของหน่วยบริการ

3.1 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้บริการของสถานบริการ แยกเป็นประเด็นดังนี้

ด้านการให้บริการระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อระบบการค้นทะเบียนประวัติ ตรวจรักษาสามารถทำได้เร็วมากที่สุด ร้อยละ 60.6 ค่าเฉลี่ย 3.94±0.65

ด้านคุณภาพการให้บริการ พบว่ามีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการรักษาโรคที่เป็น และความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการให้การพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 62.2 ค่าเฉลี่ย 3.98±0.63 และ 3.97±0.63

ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการที่แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่มาดูเมื่อท่านมีปัญหามากที่สุด ร้อยละ 59 ค่าเฉลี่ย 3.95±0.66

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของหน่วยบริการในชุมชนอยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายมากที่สุด ร้อยละ 57.2 ค่าเฉลี่ย 4±0.7

ด้านมาตรฐานและคุณภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อท่านเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนมีคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 63.2 ค่าเฉลี่ย 3.99±0.63

สรุปความพึงพอใจในภาพรวม พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อด้านมาตรฐานและคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 62 ค่าเฉลี่ย 4.01±0.64

3.2 ความพึงพอใจของครอบครัว และผู้ดูแลต่อการให้บริการของสถานบริการ แยกเป็นประเด็นดังนี้

ด้านการให้บริการ ครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อ ระบบการค้นทะเบียนประวัติ ตรวจรักษา สามารถทำได้รวดเร็วมากที่สุด ร้อยละ 58.8 ค่าเฉลี่ย 3.94±0.71

ด้านด้านคุณภาพการให้บริการ ครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการให้การพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 62.4 ค่าเฉลี่ย 3.95±0.7

ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่เอาใส่ใจ เป็นกันเอง และให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใสมากที่สุด ร้อยละ 57.7 ค่าเฉลี่ย 4.06±0.82

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อมีป้ายบอกบริการอยู่ในจุดที่ชัดเจนในการใช้บริการมากที่สุด ร้อยละ 57.9 ค่าเฉลี่ย 3.93±0.82

ด้านมาตรฐานและคุณภาพการบริการ ครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อท่านเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนมีคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 61.3 ค่าเฉลี่ย 3.96±0.79

สรุปความพึงพอใจในภาพรวม พบว่าครอบครัวและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อด้านมาตรฐานและคุณภาพมากที่สุด ร้อยละ 60.3 ค่าเฉลี่ย 3.99±0.82

4. ข้อเสนอแนะการดำเนินงานศูนย์ดูแลกลางวัน

แนวทางการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน

1. จัดหาสถานที่ โดยพิจารณาจากสถานที่ที่มีอยู่แล้ว หรือแต่อาจจะเป็นศูนย์ของหมู่บ้านที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์อะไรเป็นต้น ไม่ต้องเป็นพื้นที่ที่สร้างใหม่ เช่น ศูนย์อสมช. รพ.สต. วัด และโรงเรียน เป็นต้น

2. ควรมองหาทุนทางสังคมที่เป็นทุนเดิมอยู่ว่ามีอะไรบ้าง และมีอะไรบ้างที่ขาดต้องการเพิ่มเติม

3. การดำเนินการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care) ให้เหมือนกับศูนย์ดูแลเด็กเล็กที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. แต่งตั้งคณะกรรมการและที่ปรึกษาในการดำเนินงาน

5. การแบ่งกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลกลางวัน แบ่งเป็น กลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยง

6. กำหนดกิจกรรมที่จะดำเนินงานในศูนย์ฯ ให้ชัดเจน

7. ผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน ประกอบด้วย

- รพ.สต.	- แหล่งสนับสนุนข้อมูล และองค์ความรู้
	- พี่เลี้ยงในการเขียนโครงการฯ
	- สนับสนุนบริการด้านสุขภาพ
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- แหล่งสนับสนุนงบประมาณ
	- การจัดอบรมความรู้ให้กับผู้สูงอายุ
	- การบริหารจัดการในศูนย์ฯ
- ผู้สูงอายุ	- การเขียนโครงการฯ เพื่อดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฯ
	- เป็นเจ้าของศูนย์ฯ

8. มีการวางแผนการติดตามและประเมินการดำเนินงาน

5 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน จากการศึกษาได้แนวทางการดำเนินงาน 4 รูปแบบ ดังนี้

5.1 รูปแบบที่ 1 วัดเป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว

สถานที่ตั้ง	วัด
ผู้รับผิดชอบ	ผู้สูงอายุ/วัด/อบต.
แหล่งงบประมาณ	ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

5.2 รูปแบบที่ 2 รพ.สต. เป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว

สถานที่ตั้ง	รพ.สต.
ผู้รับผิดชอบ	ผู้สูงอายุ/รพ.สต./วัด
แหล่งงบประมาณ	ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

5.3 รูปแบบที่ 3 บ้านเป็นศูนย์กลางในการดูแลระยะยาว

สถานที่ตั้ง	บ้าน
ผู้รับผิดชอบ	ผู้สูงอายุ/รพ.สต.
แหล่งงบประมาณ	ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

5.4 รูปแบบที่ 4 ระบบ Home Health Care เป็นศูนย์ประสานในการดูแลระยะยาว

สถานที่ตั้ง	ในชุมชน
ผู้รับผิดชอบ	ผู้สูงอายุ/HHC/รพ.สต.
แหล่งงบประมาณ	ภาครัฐ: อบต., รพ.สต./ภาคเอกชน

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การกำหนดนโยบายระดับกระทรวง จังหวัด นำสู่การปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องมีแนวทางการปฏิบัติชัดเจน และหน่วยงานที่ให้ปรึกษาในเรื่องนี้

2. การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่าง ชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยว

3. การสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้กับสังคม ชุมชน และบุคลากรภาครัฐและเอกชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ

4. การพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

5. การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มจิตอาสา ผู้ดูแล และครอบครัว

6. การพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรขึ้นเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่

7. การสนับสนุนการดำเนินงานและจัดสรรงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

8. มีการติดตามและประเมินการทำงานของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

1. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2548). รายงานผลการศึกษาโครงการ: การทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในประเทศต่าง ๆ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
2. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 14, 385-399.
3. การสำรวจภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539 หน้า 173-183
4. กรรณิกา ขวัญอารีย์ และภุชงค์ เสนานุช. “เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดบริการสังคมรูปแบบกลุ่มพึ่งพา (Group Home) และบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุในชุมชน” สำนักพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วันศุกร์ที่ 25 สิงหาคม 2549ห้องราชาวดี 2 โรงแรมปริ้นพาเลซ กรุงเทพมหานคร, 2549.
5. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคณะ. รูปแบบการบูรณาการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนและการปฏิรูประบบสุขภาพ.
6. ขนิษฐา นันทบุตร. (2551). บทสังเคราะห์ ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบการทำงานของผู้ดูแล. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบบริการการพยาบาล สภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ. (2542). นโยบายและแผนงานในการพัฒนาสถาบันครอบครัว. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.women-family.go.th (21 กันยายน 2553).
8. ชมนาด พจนามาตร์ พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ จิตราภรณ์ จิตรีเชื้อ ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ และ มาลินี วัฒนากูล. (2551). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการโดยผู้ดูแล: กรณีศึกษาภาคเหนือ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสภาการพยาบาล.
9. ชลลดา ภักดีประพฤกษ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทาง .ครอบครัวกับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข
10. ดร.ภุชงค์ เสนานุช, ผศ.กรรณิกา ขวัญอารีย์. รูปแบบการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน : กลุ่มพึ่งพา (Group Home) และการบริการดูแลที่บ้าน (Home Care). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียว อ้างอิง http://swhcu.net/km/mk-article/sw-km/105-pc-kn.html [12/28/2011]
11. นารีรัตน์ จิตรมนตรี วิไลวรรณ ทองเจริญ และ สาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
12. ปรีดา แต้อารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมฬี, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. (2543). ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย ในการปฏิรูปสุขภาพและใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

13. พูนสุข เวชวิฐาน. (2551). การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย: มุมมองจากผู้สูงอายุและลูกวัยผู้ใหญ่. วพวส., 9(1), 25-36.
14. พัชรินทร์ คำอินทร์. (2548). ประสบการณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่ได้รับการพึ่งพา โดยผู้ดูแลในครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
15. มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2541). ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
16. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552
17. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.).นพ.ชูชัย ศภวงศ์ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ พญ.สุพัฒรา ศรีวณิชากร และนพ.เกษม เวชสุทธานนท์ (บรรณาธิการ). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.พิมพ์ครั้งที่ 2552. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
18. ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารรามาธิบดีพยาบาลสาร, 2(1), 84-94.
19. รุจา ภู่ไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: หจก. วี เจ พริ้นติ้ง.
20. เล็ก สมบัติ. (2549). รายงานการศึกษาวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุและ ครอบครัวในปัจจุบัน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
21. วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ. ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1 , บริษัทศักดิ์โสภาการพิมพ์ จำกัด. 2553
22. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท มิสเตอร์ก็อปปี้
(ประเทศไทย) จำกัด.
23. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). ครอบครัวและผู้สูงอายุ. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ (บก.), การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
24. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร เล็ก สมบัติ และ ระพีพรรณ คำหอม. (2541). รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาสถาบันครอบครัว : ปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. เจ. ปริ๊นซ์ การพิมพ์.
25. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม. (2551). รายงานการวิเคราะห์เอกสารเบื้องต้น เรื่อง ความต้องการการบริการผู้ดูแล. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบบริการการพยาบาล สภาการพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
26. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ. (2552). รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
27. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ดวงพร เฮงบุณยพันธ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, วิไลลักษณ์ วิสาสะ, พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และมณีรัตน์ ผ่องแผ้ว. (2538). กระบวนการให้บริการ ผลการดำเนินงาน ความพึงพอใจ และแรงจูงใจของผู้ปฏิบัติงาน ณ ศุนย์บริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. โรเนียวเย็บเล่ม

28. สิรินทร ฉันศิริกาณจน. (2552). คู่มือดูแลพ่อแม่. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ อักษรสัมพันธ์.
29. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. (2550). การศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
30. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2548). หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ. Retrieved August 2, 2005, from http://oppo.opp.go.th/info/network.htm
31. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน.พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2545.
32. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). มนู วาทิสุนทร และคณะ (บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
33. อาพร สุขสวัสดิ์. (2534). บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
34. Alber, J. (1990). Recent development in German welfare state : Basic continuity or paradigm shift? In N. Gilbert & R.A. Van Voorhis (Eds.), Changing patterns of social protection (pp. 9-74). London: Transaction Publishers.
35. Australia of Health and Welfare. (2005). National aged care programs. Retrieved August 14, 2005, from http://www.aihw.gov.au/agedcare/nationalprogs/index.cfm
36. Campbell, J. C., & Ikegami, N. (2000). Long term care insurance comed to Japan: A major departure for Japan, this new program aims to be a comprehensive solution to the problem of caring for frail older prople. Hwalth Affairs, 19(3), 26-39.
37. Day, T. (2005). About caregiving. Retrieved March 3, 2005, from http://www.longtermcarelink.net/about_caregiving.html
38. Department of Health. (2001). National service framework for older people. London:DoH.
39. Ebersole, P., & Hess, P. (2001). Geriatric nursing and healthy aging. St. Louis: Mosby.
40. Friedman, M. M. (1986). Family Nursing: Theory and Assessment (2th ed.). New York: Appleton-Contury-Crofts.
41. Hooyman, N. R. & Kiyak, H. A. (2009). Social Gerontology A Multidisciplinary Perspective (8th ed.), Boston: Pearson.
42. Mehta, K. K. (2002) National policies on ageing and long-term care in Singapore: A case of cautious wisdom? In D.R. Phillips & A. C. M. Chan (Eds.). Ageing and long-term care: National policies in the Asia-Pacific (pp.150-180), Singapore: Bestprint Printing.

43. Olsen, G. M. (1999). Half empty of half full? The Swedish welfare state transition. Canada Review of Sociology and Anthropology, 36, 242-263.
44. Organization Panamerican da la Salud. (2001). Country health policy for Mexico presidencia de la republica con discapacidad. Retrieved March 3, 2005, from http://discapacidad.presidencia.gov.mx
45. Shanas., E. (1979). The Family as a Social Support System in Old Age. The Gerontologist, 19(2), 169-174.
46. WHO study group. (2000). Home-based Long-term care. WHO technical report series 898. Geneva, World Health Organization.
47. Wold Health Organization. (2003). Long-term care in developing countries: Ten case studies. Geneva: WHO.
48. Wolf, D., & Ballal, S. S. (2006). Family support for older people in an era of demographic change and policy constraints. Ageing & Society, 26, 693-706.
49. Zarit, S., & Femia, E. (2008). Behavioral and Psychosocial Interventions for Family Caregivers. Journal of Social Work Education, 44(3), 47-53.Caregivers. *Journal of Social Work Education*, 44(3), 47-53.

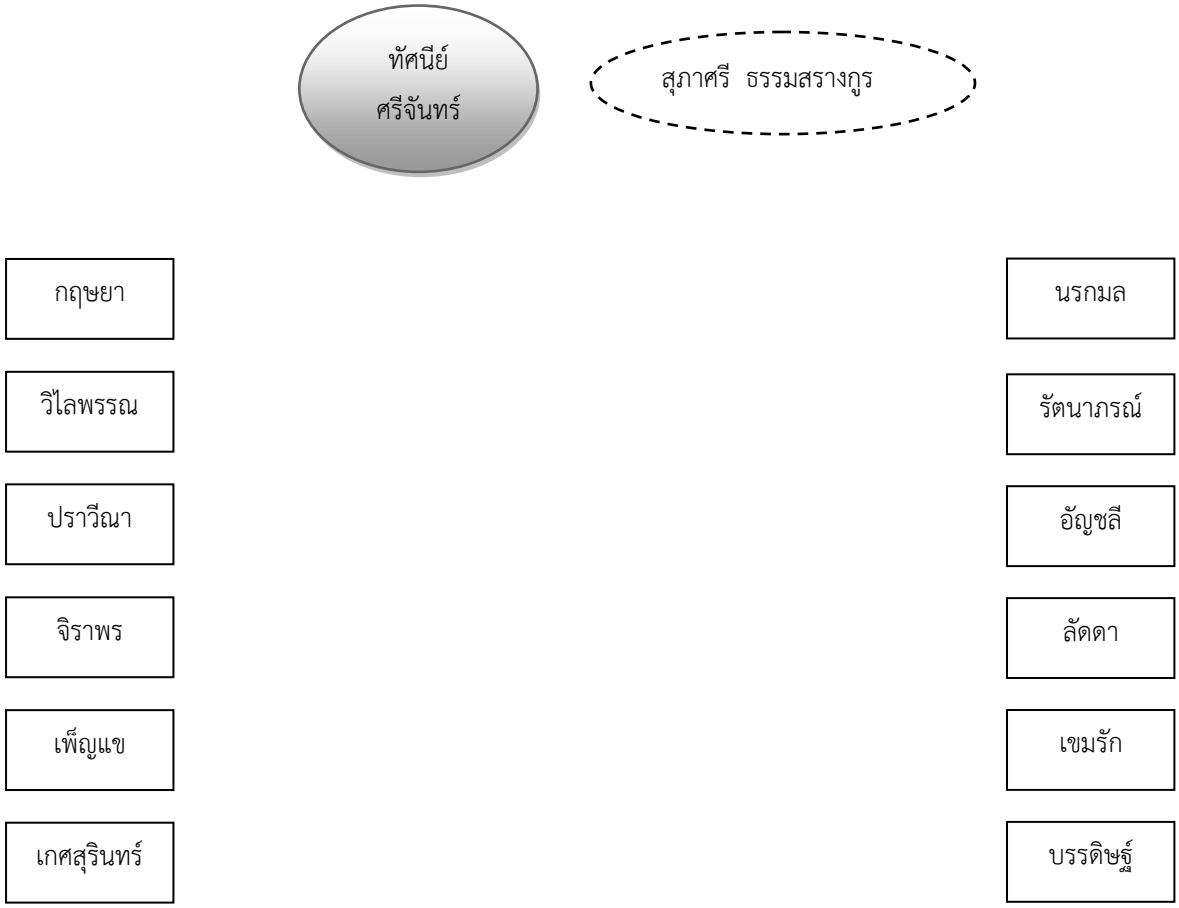
ภาคผนวก

แผนผังการนั่งประชุมและข้อมูลการสนทนา

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

ในวันที่ 31 มกราคม 2555

ณ ห้องประชุมเวียงคำ โรงแรมเวียงทอง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง



แนะนำตัว

1. คุณกฤษยา	สุธาพันธ์	รพ.สต.บ้านเอื้อม
2. คุณวิไลพรรณ	วิชรธาดาพงศ์	รพ.สต.บ้านเอื้อม
3. คุณปราวีณา	พงษ์จันทร์	รพ.สต.สบเฟือง
4. คุณจิราพร	หิรัญญบุตร	รพ.สต.สบไพร
5. คุณเพ็ญแข	ราตรีสวัสดิ์	รพ.สต.ม่วงแงว
6. คุณเกศสุรินทร์	เทือกถา	รพ.สต.ท่าโทก
7. คุณนิศารัตน์	จัตุทะศรี	รพ.สต.ทุ่งกล้วย
8. คุณศักดา	ทาคำ	รพ.สต.ทุ่งกล้วย
9. คุณศรีวรรณ	ตันใจกูล	รพ.สต.ทุ่งม่าน
10. คุณจารุณี	ปันดี	รพ.สต.นิคม 7
11. คุณกาญจนา	แก่นราช	รพ.สต.ต้นธงชัย
12. คุณบรรดิษฐ์	สิงห์ใจ	รพ.สต.ต้นมื่น
13. คุณเขมรัก	ปิลาเป็ง	รพ.สต.แม่กีย
14. คุณลัดดา	อายะชู	รพ.สต.ท่าขัว
15. คุณอัญชลี	จันทะวัง	รพ.สต.บ้านกาด
16. คุณรัตนาภรณ์	วงภูธร	รพ.สต.รัตนานุรักษ์
17. คุณนรกมล	ขันตรี	รพ.สต.ใหม่จำบอน

ผู้นำสนทนา นางสาวทัศนีย์ ศรีจันทร์

ผู้บันทึกข้อมูล นางสุภาศรี ธรรมสรางกูร

เริ่มสนทนา เวลา 09.15 น. ผู้นำการสนทนากล่าวต้อนรับ พูดถึงวัตถุประสงค์ แนะนำตัว สรุปนิยามการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม

ประเด็นสนทนาที่ 1 ท่านคิดว่าในพื้นที่ของท่านมีจุดเด่นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร

คุณจารุณี ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการจากรัฐบาล ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มมากขึ้น เฉลี่ยตามอายุ

คุณอัญชลี เวลาผู้สูงอายุเจ็บป่วยก็จะมีตัวแทนกลุ่มเพื่อนเยี่ยมเพื่อนไปเยี่ยม

คุณรัตนาภรณ์ มีชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้าน ถ้าผู้สูงอายุไม่มีเงินไปโรงพยาบาล ชมรมฯก็ให้ค่ารถไปโรงพยาบาล เวลาเจ็บป่วยก็จะมีของเยี่ยม เวลาตายชมรมผู้สูงอายุเป็นเจ้าภาพงานสวดศพและมีเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้อีก

คุณบรรดิษฐ์ มีศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุในหมู่บ้าน มีอาคารสถานที่ตั้งชัดเจนมีคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน ตำบลเป็นที่ตั้งของข้อมูล มีการดูแลผู้สูงอายุ

คุณศักดา ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิดและการทำกิจกรรมต่างๆของหมู่บ้าน เช่น จัดกิจกรรมกีฬาผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกาย ทำโครงการหางบประมาณเองของบของ กสต. และของท้องถิ่น โดยมี

การปรึกษากันระหว่างประธานและคณะกรรมการว่าจะทำโครงการอะไร อปท. มีการตั้งแผนยุทธศาสตร์ 4 ปี เรื่องของผู้สูงอายุชัดเจน ผู้สูงอายุมีการสอนการทำใบไม้ใบตองให้กับนักเรียนในโรงเรียน

คุณรัตนาภรณ์ มีกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุที่บ้านแม่ก๋ง

คุณนรกมล มีกองทุนเงินออมวันละบาทที่ตำบลต้นธงชัย

<u>สรุปจุดเด่น</u> ผู้สูงอายุสามารถบริหารจัดการกลุ่มเองได้ภายใต้การดูแลของอปท. ชุมชน ภาครัฐ และ NGO เช่น สสส. ได้มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาให้กับคนรุ่นหลัง

ภาครัฐ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง พม. อปท. อบต. สาธารณสุข ศึกษาธิการ เกษตร พัฒนากร

<u>ประเด็นสนทนาที่ 2</u> ท่านคิดว่าในพื้นที่ของท่านจะพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างไรโดยที่แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม

<u>กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี</u>

ผู้นำการสนทนา กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดียังไม่เจ็บป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่อาจเป็นกลุ่มเสี่ยงการดูแลกลุ่มนี้เป็นอย่างไรบ้าง

คุณบรรดิษฐ์ จุดแข็ง มีการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย ทำดอกไม้ จักสาน

คุณลัดดา เล่นดนตรีไทย

คุณรัตนาภรณ์ ไปวัดทุกวันพระ ฝึกสมาธิ

คุณบรรดิษฐ์ บ้านพิชัยมีเปิดเพลงจีน เจ้าแม่กวนอิม ก่อนที่ชมรมฯจะเปิด กระจายเสียงในหมู่บ้าน เปิดอาทิตย์ละ 2 วัน เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต

คุณนรกมล มีจิตอาสาไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่ไม่สบาย

คุณบรรดิษฐ์ บางที่เจริญมีการทำกิจกรรมสม่ำเสมอ บางหมู่บ้านจะมีเพียง 10 – 20 คนเท่านั้นที่จะมารวมกลุ่มกัน บางที่ต้องทำมาหากินไม่มีเวลาทำกิจกรรม

คุณจารุณี ที่นิคม 7 ไม่มี กลุ่มสุขภาพดีเช้ามาไปทำมาหากิน การรวมกลุ่มถ้าจะไปวัดไปตามประเพณีไปตามวิถีชีวิต จิตอาสาไม่มี ทุกวันนี้เวลาโรงพยาบาลมีโครงการลงมาเป็นเพื่อนช่วยเพื่อนรพ.สต. รับมาเหมือนกัน แต่ไม่พ้นอสม. ต้องดูบริบทของชุมชน ชมรมฯ มีเหมือนกันมีแต่ชื่อ สุดท้ายมาผลประโยชน์ไม่ลงตัวก็จะมีเรื่องกัน มีการตั้งกลุ่มต้นปี แต่ไม่มีความต่อเนื่อง สุดท้ายก็จะแผ่วผู้สูงอายุใช้ชีวิตตามปกติบ้านใครบ้านมัน เที่ยวหากันบ้างที่รู้จักกัน

คุณกฤษยา ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันได้ เพราะมีเหตุจูงใจคือมีแกนนำที่เข้มแข็ง

คุณจารุณี งานที่ผู้สูงอายุไปคือวันพระใหญ่และงานศพจะเป็นการชุมนุมผู้สูงอายุ ถ้าจะเชิญผู้สูงอายุมาเวทีปกติมาประชุมการคัดกรองสุขภาพ ผู้สูงอายุจะต่อรองว่าหมอ ไม่ว่าง ผู้สูงอายุในชนบทเรื่องปากท้องสำคัญกว่าเรื่องสุขภาพ ถามว่าผู้สูงอายุป่วยไหมก็ไม่ป่วย

ผู้นำการสนทนา ฟังดูเหมือนกับว่าแยกเป็น 2 ประเด็น คือ**ตัวผู้สูงอายุเอง**ยังต้องมีอาชีพเป็นของตัวเองก็เลยไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมป้องกันตัวเองได้ และ**แกนนำผู้สูงอายุ**

คุณบรรดิษฐ์ วันที่ผู้สูงอายุจะมารวมกลุ่มกันครบคือวันจ่ายตังเบี้ยยังชีพ เขาจะมาร่วมกิจกรรม

คุณกาญจนา ต้นธงชัย เป็นชุมชนที่ติดเมือง ถ้าเป็นหมู่บ้านดั้งเดิมจะมีการรวมกลุ่มกันเข้มแข็ง ยกตัวอย่างชุมชนที่ติดหลวงพ่อเกษมเป็นชุมชนใหม่แต่ว่าไม่เข้มแข็งเพราะว่ามาจากต่างถิ่น พอเป็นชุมชนใกล้

เมืองเขาเป็นข้าราชการเก่ามีความรู้เขาจะมาที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางทุกวันศุกร์ เขามาเสาะแสวงหาพอเขาได้กิจกรรมอะไรไป เขาจะไปทำต่อในกลุ่มของเขาแต่อีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นหมู่บ้านข้างในซึ่งเป็นบ้านชนบท เขาจะอยู่ของเขา บ้านจัดสรรไม่ได้เลย ผู้นำมาจากมหาดไทยเป็นระดับสูงเขายังรวมกลุ่มไม่ได้ เพราะว่าเอาเรื่องการปกครองมาใช้ไม่ได้ กลุ่มเข้มแข็ง เขามีลูกเป็นแพทย์เป็นเครือข่ายช่วยดึงงบประมาณมามีความน่าเชื่อถือ เพราะฉะนั้นลูกทีมจะถามว่าเมื่อไหร่จะจัด อีกอย่างคือเรื่องเงินตำบลต้นธงชัยไม่มารับเอง ใช้ระบบการโอนเข้าธนาคารแทน ถ้าวันรับเงินไม่มาการทำกิจกรรมยาก

คุณศักดา นโยบายของนายกคนใหม่ให้สมาชิกอบต. พบปะประชาชนให้ไปแจกเงินในหมู่บ้าน ที่คุยกันมาผมว่าถ้าเป็นอำเภอเมืองด้วยกันมีช่องว่าง ดูอาชีพก็มีช่องว่าง เช่น ข้าราชการ early คนทำงาน อาชีพทำนา มองเป็นเมืองด้วยกันไม่ใช่มองแต่ละที่ ผมว่าจุดเด่นของอำเภอเมืองลำปาง คือ มีวัดและก็มีการประสานงานในระดับสสจ. ท้องถิ่นก็ต้องเป็นแนวทางทิศทางเดียวกัน นโยบายชัดเจน

คุณทัศนีย์ ชมรมที่เข้มแข็งขึ้นกับแกนนำเป็นหลักสามารถเอาลูกทีมอยู่อยากทราบว่าชมรมที่เข้มแข็งมีประมาณที่เปอร์เซ็นต์

คุณศักดา เราต้องให้นิยามของชมรมเข้มแข็งก่อนว่าคืออะไร เข้มแข็งหมายถึงความต่อเนื่อง เราจะนิยามว่าอำเภอเมืองเข้มแข็งยังไง

หลายคน **เข้มแข็งคือ จัดกิจกรรมเองได้ มีความต่อเนื่อง**

คุณทัศนีย์ ประมาณการ ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งมีถึงครึ่งหรือไม่

คุณนรกมล รับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน เข้มแข็งมี 2 หมู่บ้าน ติดตามต่อเนื่องตลอด มีน้อยยังพึ่งเจ้าหน้าที่อยู่บาง เช่น ที่สามารถดำเนินการได้ดี จะมีทีมเอารถปิคอัพใส่ลูกน้องพามาวิทยาลัยพยาบาลฯ ได้อะไรมาเขาก็จะไปถ่ายทอดต่อ

คุณทัศนีย์ แสดงว่าเข้มแข็งเขาดูแล จุดอ่อนก็คือชมรมเข้มแข็งมีแต่ไม่ครอบคลุม ความหลากหลายของผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคต่อการทำงานไหม

คุณศักดา จะมองเป็นบวกก็ได้เสริมกัน คนที่ผ่านประสบการณ์จะมาช่วยจัดการช่วยแชร์ความคิด แต่ถ้ามองเป็นลบฉันไม่มีความรู้นะ

คุณทัศนีย์ สถานการณ์ของผู้สูงอายุมีความหลากหลาย เรามองเห็นลู่ทางที่จะพัฒนาไหม

คุณกาญจนา ที่ตำบลต้นธงชัยนายอำเภอเก่า 2 คนไม่มาร่วมกิจกรรมเลย เขาบอกว่าขอพัก เขาไม่อยากจะยุ่งอะไร

คุณนรกมล ประธานผู้สูงอายุของตำบลท่าโทก ตอนนี้ไปเป็นประธานสาขาสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเป็นระดับจังหวัดเป็นจิตอาสา

คุณทัศนีย์ ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุเกิดจิตอาสา

คุณศักดา หาโอกาสช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุมาเจอกัน เช่น วันจ่ายตัง วันศีลใหญ่ งานฌาปนกิจ

คุณนรกมล การจัดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง พอหมดงบก็จบ

คุณทัศนีย์ ที่ผ่านมาชมรมผู้สูงอายุเกิดตามธรรมชาติหรือเจ้าหน้าที่เราไปจัดการ

คุณกาญจนา ที่เข้มแข็งเขาก็ทำของเขาเอง เชิญเราไปให้ความรู้เป็นครั้งคราว แล้วกลุ่มที่อ่อนแอ เขาก็เงียบ เราก็เข้าไปกระตุ้น

คุณนรกมล ถึงจะอ่อนหรือจะแข็ง เขาก็มีกิจกรรมแน่นอน คือ วัด ประเพณีใหญ่ ผู้สูงอายุจะมาวัดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เราก็ฉวยโอกาสตรงนี้เข้าไปพัฒนา เช่น งานศพผู้สูงอายุก็จะมา

คุณทัศนีย์ มีผู้เข้าไปจุดประกายเขาใช่หรือไม่

คุณกฤษยา เราต้องเข้าไปจุดประกาย ต้องไปให้เขาก่อน เช่น งานศพผู้สูงอายุไม่เชิญเราก็ต้องไป ไปก่อนก็จะได้ใจ

คุณกาญจนา ที่ ม.1 ตำบลต้นธงชัย เขาไม่ได้เอาเรื่องเงินเป็นหลัก เขาจะ<u>ออมเงินเยอะถ้าป่วยจะให้กลุ่มที่เข้มแข็งจะให้ก่อน</u> อีกกลุ่มหนึ่งมีเงินเป็นล้านแต่ไม่มีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง

คุณศักดา อปท. มีส่วนช่วยได้มาก มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ เราต้องให้เกียรติเขามาบริหารจัดการทำโครงการอะไรสักอย่าง

คุณทัศนีย์ เราจะเข้าถึง อปท.ได้อย่างไร

คุณศักดา มีงบของ กสต. (กองทุนสุขภาพประจำตำบล) อยู่

คุณรัตนาภรณ์ อปท. เขามีแผน 4 ปี เขาจะเรียกผู้สูงอายุของแต่ละหมู่มาให้เขียนโครงการ เขาจะกันเงินไว้ว่าส่วนนี้เป็นของผู้สูงอายุ เยาวชน โรงเรียน

คุณนรกมล โดยตำแหน่งหัวหน้า รพ.สต. จะต้องเป็นคณะกรรมการ

คุณทัศนีย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องไปประสานเชื่อมโยงกับเขา

คุณศักดา หาเจ้าภาพหลักให้ได้ก่อน

คุณทัศนีย์ เจ้าภาพหลักผู้สูงอายุภาครัฐคือ พม.อยู่ที่ระดับจังหวัดพอลงไปไม่มีงานรับอยู่ที่ปลัดใดปลัดหนึ่งที่ดูแล พม.หวังมากคือ อปท.เป็นตัวแทนของ พม.

คุณศักดา อปท.คือพัฒนาชุมชน

คุณศรีจันทร์ ถ้าเรื่องสุขภาพใครเป็นเจ้าภาพ

หลายคน สาธารณสุข

คุณทัศนีย์ เราจะเป็นผู้จุดประกายด้านสุขภาพ

คุณนรกมล ในพื้นที่ยกตัวอย่างการทำกิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับสุขภาพเขาจะมาเชิญเรา กิจกรรมอื่นเขาก็จะเชิญคนอื่น เราไม่ได้เป็นเจ้าภาพหลัก

คุณทัศนีย์ แต่บางงานที่เป็นส่วนของเรารับผิดชอบก็ต้องเป็นเรา

คุณศักดา ในส่วนของเราทำอยู่แล้ว เช่น การคืนข้อมูลเพียงแต่ว่า**เจ้าภาพหลักให้ท้องถิ่น** ขอให้เรามีส่วนร่วมด้านสุขภาพเท่านั้น

คุณทัศนีย์ การทำงานตอนนี้ไม่มีการสั่ง เป็นการหาพรรคพวก การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ลูกค้าเราคือพื้นที่ไม่ใช่สสจ. เพราะฉะนั้นถ้าหากว่าพื้นที่เราเข้าใจความเป็นมาเป็นไปนี่เป็นเรื่องของสุขภาพ พวกเราต่างหากที่จะต้องมานั่งคุยกันว่า งานนี้คงต้องเริ่มจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้วล่ะ แต่ไม่ได้ทำคนเดียว เราต้องทำกับเพื่อนก่อน ถ้าเผื่อเราสามารถที่จะต้องเป็นตัวตนอย่างนี้ มันก็ไม่ต้องลงทุนมาก พูดแล้วเพื่อนเชื่อ ถ้าน้องใหม่ไปที่ รพ.สต. ก็คงต้องไปแนะนำตัวเองไปสร้างความคุ้นเคยพอสมควร เราต้องวิเคราะห์ตัวเราว่าในความเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมันก็เหมือนมองจุดอ่อนจุดแข็ง ทำยังไงเจ้าหน้าที่ของเราสามารถเข้าสู่ชุมชนได้ ต้องมีการพัฒนาทักษะอะไรมั้ย

คุณศักดา ที่ตำบลทุ่งกล้วยมี 2 ท้องถิ่นคือ อปท.และเทศบาล ผมต้องร่วมมือกับองค์กรปกครองท้องถิ่นไว้ก่อนในงานสุขภาพ

คุณทัศนีย์ แล้วเราต้องถามตัวเองว่า ณ ปัจจุบัน เราจะทำยังไง เราต้องวิเคราะห์บุคลากรของเราต้องพัฒนาอะไรบ้างหรือใครต้องมาทำอะไรต่ออีก ในส่วนนี้จะพัฒนาอย่างไร วิเคราะห์ให้ครบก่อนค่อยคิดพัฒนา

คุณบรรดิษฐ์ คำว่า วิเคราะห์ ต้องมีองค์ประกอบอะไรบ้างให้ครบ

คุณจารุณี คนดำเนินการ งบประมาณอะไรเหล่านี้เรามีหมดแล้ว แต่ไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องสุขภาพกรณีชมรมผู้สูงอายุมีทุกปี เขียนโครงการเงินออม 1 บาท ผู้สูงอายุไม่ได้มองที่สุขภาพเลย มองไปที่กลุ่มจักสาน มองไปที่เรื่องปากท้องมากกว่า

คุณทัศนีย์ เพราะอะไร ถึงถูกพลิกอย่างนั้น

คุณจารุณี ผู้สูงอายุเขาก็จะมีสวัสดิการส่วนหนึ่ง พื้นฐานของชีวิต กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพจริง ถ้ามีผู้สูงอายุเจ็บป่วยเขาก็จะตระหนักถึงการดูแลด้านสุขภาพจริงๆ ทุกวันนี้เวลาเจ็บป่วยไม่สบายไปหาหมอฟรีอยู่แล้ว หมอต้องไปเยี่ยมบ้านนี่คือสิ่งที่เป็นบริบทอยู่ในชุมชน

คุณทัศนีย์ สรุปในชุมชนให้ความสำคัญของการส่งเสริมน้อย

คุณจารุณี งบประมาณที่ชมรมมี เอาไปตั้งศูนย์ทำดอกไม้เสร็จเรียบร้อยก็มีปัญหา ซักพักนึงก็จะผ่านไป ในส่วนสาธารณสุขเราก็จะมีงบอีกหลายตัว อปท. ก็มองในเรื่องปากท้อง

คุณรัตนาภรณ์ เหมือนเราทำงาน งานใครก็งานมัน สาธารณสุขก็ดูแลสุขภาพ อปท. ก็เป็นเรื่องอาชีพ เรื่องงบประมาณเทลงไปขาดความเชื่อมโยง

คุณจารุณี เวลาไปประชุมในเวที เกิดเขาไม่ยกมือกันมันก็จบทุกอย่างก็เดินไปตามแผนแม่บทของอปท. แต่ละที่

คุณทัศนีย์ ชุมชนให้ความสำคัญของการส่งเสริมป้องกันน้อย การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุยังไม่ได้เข้าถึงเนื้อหาของสุขภาพที่แท้จริง ขอถามมุมมองของการจัดการสุขภาพ การปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาการคัดกรอง การคืนข้อมูลในผู้สูงอายุเราสามารถคัดกรองความเสี่ยงของเขาได้มั้ย

หลายคน ผู้สูงอายุมาคัดกรองประจำปีอยู่แล้ว

คุณทัศนีย์ คัดกรองแล้วเขายังไม่ป่วยแต่เสี่ยงเบาหวาน ความดัน เราทำยังไง

คุณจารุณี มีบริบทของกิจกรรมอยู่แล้ว ปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง มีการให้ความรู้เป็นกลุ่มเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป อาหารตามวัย เพราะกลุ่มพวกนี้ถูกขึ้นทะเบียนอยู่แล้ว ถ้าเป็นรายบุคคลก็เป็นตามนัด ถ้าเขาไม่มาจริงๆ ถึงจะตาม concept ของคนไทยถ้ามาแล้วต้องได้ยา

คุณทัศนีย์ กลุ่มที่ 1 ที่ยังไม่ป่วย แต่อาจเสี่ยง ขณะนี้ชมรมผู้สูงอายุที่เป็นจุดที่น่าจะเป็นจุดประกายเป็น center แผนยุทธศาสตร์ คาดหวังสูงว่าทำไงกลุ่มนี้จะลุกขึ้นมาปกป้องพี่น้องของเขาที่ไม่ป่วย

คุณรัตนาภรณ์ เป็นบางที่

คุณนรกมล ถ้าเราไม่มีตรงนี้ งานสาธารณสุขในเรื่องของผู้สูงอายุบอกได้เลยว่าทำได้ยาก ถ้าแกนนำไม่ลุกขึ้นมาจะทำยังไงให้เหมือนอสม.

คุณจารุณี นัด Follow up บ่อยๆ เขาก็บ่น

คุณทัศนีย์ แกนนำชมรมผู้สูงอายุมีความสำคัญเราต้องพัฒนาศักยภาพของเขาให้มีความเข้มแข็งในด้านการส่งเสริมป้องกัน

คุณรัตนาภรณ์ โดยเฉพาะประธานชมรม แกนนำ

คุณกาญจนา ขอเสนอว่าผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมที่วิทยาลัยพยาบาลฯ ทำไมเขาถึงมาทุกศุกร์ อยากให้ไปหาข้อมูล เพราะผู้สูงอายุมาจากหลายอำเภอ บางส่วนเขาก็จะกลับไปทำในหมู่บ้านของเขา

คุณศักดาและกลุ่ม เทคนิคกิจกรรมดี มีการอำนวยความสะดวก ผูกพัน

คุณบรรดิษฐ์ บางอย่างเราไปเบี่ยงเบนเราไปกำหนดว่าวิถีอะไรดียั่งยืนอะไรที่ธรรมชาติ

คุณทัศนีย์ เราต้องพัฒนาบนพื้นฐานบริบทของแต่ละพื้นที่ 7 ขั้นตอนน่าจะใช้ได้

คุณบรรดิษฐ์ บางหมู่บ้านเข้มแข็งมาก บางหมู่บ้านผู้สูงอายุกินเหล้า ยกตัวอย่าง บ้านกาด ออกกำลังกายวันเว้นวันเพราะว่ามีแกนนำผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง

คุณนรกมล เราต้องหาแกนนำที่มีจิตอาสา

คุณบรรดิษฐ์ แกนนำมีอยู่แล้ว คณะกรรมการผู้สูงอายุมีแล้ว ก็พัฒนากลุ่มนี้

สรุป กลุ่มที่ 1 จัดตั้งกลุ่มโดยมีแกนนำที่เข้มแข็ง จัดกิจกรรมกลุ่มต่อเนื่อง และให้เกิดความผูกพัน

<u>กลุ่มที่ 2 การดูแลกลุ่มมีโรคเรื้อรัง</u>

คุณบรรดิษฐ์ เจ็บป่วยเรื้อรังไปรพ.สต.

หลายคน รพ.สต. ร่วมกับอสม. ผู้สูงอายุไปเยี่ยมที่บ้าน

คุณบรรดิษฐ์ เราก็ประเมินผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 กลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคม ในส่วนที่รับยาฝาก อสม. เยี่ยมบ้าน

คุณทัศนีย์ การเยี่ยมบ้านเราตั้งเป้าวางอนาคตดูเป็นรายหรือว่างานมาในมือเราก็ทำตามงานที่รับมอบหมาย

คุณบรรดิษฐ์ ของผมมีผู้ป่วยเรื้อรังเยอะ ก็ต้องจัดลำดับหาค่ากลาง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเรื้อรังรพศ.ส่งมาให้ทำแผลให้เยี่ยมผู้สูงอายุ

คุณจิราพร อปท. มีงบให้ผู้สูงอายุมีของเยี่ยม เราก็ไปเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านไปกับอสม.

คุณอัญชลี มีการเยี่ยมเฉพาะ HHC ที่รพศ.ส่งมา ถ้าญาติสนับสนุนได้ก็ผ่าน ถ้าไม่มีญาติเราก็เยี่ยม บางคนเดินได้ปกติแต่มีโรคเรื้อรัง ไม่มาเจาะเลือด ไม่มารับยา เราก็จดหมายหรือ โทรศัพท์ตาม เขาก็ยังไม่สนใจ บางคนเขียนจดหมายมาว่าขอบคุณที่เป็นห่วงไม่ต้องจดหมายตามแล้วเพราะลุงต้องทำงาน บางคนเบี้ยยังชีพที่ได้มารวมกลุ่มกันซื้อเหล้ากินหมดในวันนั้นก็มีตายด้วยแอลกอฮอล์ติดๆ กันไปแล้ว 2 คน หมู่บ้านสร้างสุขภาพที่เข้มแข็งก็มี รพ.สต.บ้านกาดมีหมู่เดียว

คุณศักดา ผู้ป่วยเรื้อรังจะมารับยาอย่างเดียว ขอยาเดิมถ้ายาเปลี่ยนสีเปลี่ยนบริษัทจะไม่ยอม เราต้องอธิบาย

คุณทัศนีย์ ผู้ป่วยเรื้อรังเป็นภาระของรพ.สต. ใช่หรือไม่ เป็นภาระอย่างไร

คุณนิศารัตน์ ปัญหาคนไข้บางคนมาไม่ได้ เราให้อสม. ดูแลที่บ้าน ลูกสะใภ้มารับยาแทนได้ ผู้สูงอายุ 80 กว่าปีอยู่บ้านเดินได้แต่ไม่ยอมมา มีปัญหาการเดินทาง แพทย์ไม่ค่อยจะออกเยี่ยมบ้านกับพยาบาลเขาจะมาตรวจเรื้อรังครึ่งเช้าแล้วก็กลับ บางคนเป็น DM ตกต้นไม้ มีปัญหาที่หลัง อยากทำกายภาพบำบัดที่รพ.สต.แต่มาไม่ได้

คุณนรกมล ตำบลใหม่จำบอนมีปัญหาแบบนี้เหมือนกัน บ้านอยู่ไกลรพ.สต. ประมาณ 10 กิโลเมตร พัฒนาโดยเขียนโครงการของบ อปท. พัฒนาขีดความสามารถของอสม. แล้วให้อสม.เป็นคนนำส่ง บางทีก็นัดหมายว่าเจ้าหน้าที่จะรับไปเพราะผ่านอยู่แล้ว ขากลับมีคนส่ง ใครที่มีรถให้รับไปพร้อมกัน เราจะปรับการนัดหมายกลุ่ม HT, DM ให้มาวันเดียวกัน

คุณวิไลพรรณ ปัญหาผู้ป่วย COPD ที่ On Oxygen ที่บ้าน oxygen หมด อุปกรณ์ที่ใช้หมด มีปัญหาการเติม oxygen ต้องอาศัยรถประจำทางไปเติมให้ เสียเงินเพิ่ม เพราะไม่สะดวกในการเดินทาง

คุณทัศนีย์ ถ้าหากเราจะช่วยเขาในเรื่องนี้ จะทำยังไง

คุณปราวีณา ตำบลสบเฟืองมี case แบบนี้เหมือนกัน จะประสาน อบต.บ้านเอื้อม เอารถไปบริการเปลี่ยน oxygen ให้

คุณบรรดิษฐ์ เคยไปดูงานผู้ป่วยเรื้อรัง ท้องถิ่นเขาจะรับผิดชอบ ถ้า oxygen หมด สามารถเบิกเงิน ค่ารถ อปท.ได้

คุณทัศนีย์ สรุปประสาน อปท. ให้บริหารจัดการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย

คุณปราวีณา เจ้าหน้าที่ต้องเป็นผู้นำเสนอปัญหานี้กับ อปท.ก่อน

คุณอัญชลี ขอพูดถึงโรคเรื้อรัง แต่ก่อนที่โรงพยาบาลจะ refer ผู้ป่วยเรื้อรังมาให้ ตั้งโครงการวาดฝันไว้สวยหรูว่าจะมีแพทย์พยาบาลทีมเตรียมไว้ เริ่มจากโซนละ 1 เปิดเต็มรูปแบบ เดี๋ยวนี้หายไป**แพทย์ไม่มี พยาบาลไม่มา** ผลักภาระให้รพ.สต.ใหญ่มาก คนไข้ก็เยอะขึ้น แต่ละที่กินข้าวบ่ายโมง กิจกรรมที่ปรับเปลี่ยนแทบไม่มี จ่ายยาแล้วก็จบ

คุณนรกมล ระบบปรึกษาอย่างเดียว เสียค่าโทรศัพท์

คุณทัศนีย์ ระบบการ refer ไม่ชัดเจน

คุณรัตนาภรณ์ โรงพยาบาลโทรมาว่าจะส่งคนไข้เด็ก 2 เดือน กลับ หายใจเองไม่ได้ ให้เตรียม oxygen จึงโทรกลับ NICU จะเตรียมยังไง ในเมื่อคนไข้ใส่ tube ขอให้อยู่โรงพยาบาลก่อน

คุณจารุณี ปัญหาเรื้อรัง คุยกันหลายรอบ แต่ไม่ได้รับการแก้ไข

คุณศักดา กรณีฉุกเฉินจะเบิกค่ารถ refer ได้ ค่าประสานงานจากโรงพยาบาลได้

คุณทัศนีย์ ผู้ป่วยเรื้อรัง รพ.สต.ให้การดูแลต่อเนื่อง เรามีบทบาทอย่างไร

คุณอัญชลี ความคาดหวังของโรงพยาบาล คิดว่าเจ้าหน้าที่รพ.สต.ทำได้ทุกอย่าง

คุณกาญจนา คนไข้เรื้อรัง โรงพยาบาลมีแผนกอายุรกรรม แผนก lab แต่ รพ.สต.ต้องทำทุกอย่างเอง ทั้งจ่ายยา เบิกยา เจาะ lab ทำการเงิน ตรวจทั้งหญิงตั้งครรภ์และเด็ก

คุณทัศนีย์ ระบบส่งต่อ พูดถึงผู้ป่วยเรื้อรังระดับ รพ.สต.ให้การดูแลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุรับยาต่อเนื่องไหม มีการดูแลอาหารการกิน การปรับพฤติกรรม เราได้มีบทบาทไหม

คุณกาญจนา ให้คำแนะนำค่ะ

คุณทัศนีย์ โดยชุมชน เขาได้ช่วยจัดการเรื่องเหล่านี้มากน้อยเพียงไร

คุณกาญจนา มี **อสม.**ที่จะช่วยติดตามให้เรา

คุณทัศนีย์ สถานการณ์จริงมีเพียงอสม.ที่ช่วยติดตามถ้าจะพัฒนา เราอยากเห็นอะไรกลับกลุ่มนี้ที่จะช่วยการดูแลที่ต่อเนื่องควรสร้างใครขึ้นมา

คุณรัตนาภรณ์ **ญาติ**เขาค่ะ

คุณบรรดิษฐ์ แกนนำ ความรู้

คุณรัตนาภรณ์ แกนนำระดับครอบครัวค่ะ เพราะว่าลูกทำอาหารให้กิน ถ้าลูกเขาทำเค็ม ทำมันก็ต้องกิน เคยถามเขาว่าปวดเข่า ไม่ให้กินหน่อไม้ทำไมกิน ผู้สูงอายุก็รู้ถ้าบ่นมากเขาก็ไม่ทำให้กิน ฉะนั้นเราต้องสร้างครอบครัวให้เกิดความตระหนักในเรื่องสุขภาพ

คุณทัศนีย์ สรุปพัฒนา**แกนนำ**ครอบครัว

คุณเกศรินทร์ ระบบผู้ป่วยเรื้อรังเป็นภาระมาก ถ้าจะให้ดีเสนอว่าสร้างให้มีตำบลดูแลผู้ป่วยเรื้อรังไปเลย 1 ตำบล เป็นโรงพยาบาลสาขา

คุณทัศนีย์ พี่อยากมองไปในชุมชนจะผ่องถ่ายงานนี้ให้ชุมชนมาแบกรับเรื่องผู้สูงอายุบ้างได้ไหม มาตรฐานข้อ 6 ของ รพ.สต. การดูแลที่บ้าน

คุณนิศารัตน์ สอนให้อสม.และญาติดูแลเรื่องการทำแผล การพลิกตัว การทำกายภาพบำบัดที่บ้านให้ อสม.เข้าไปด้วย ถ้ามีปัญหามีภาวะแทรกซ้อนให้มาแจ้งเจ้าหน้าที่ เราก็แจ้งให้แพทย์และพยาบาลซึ่งจะมาทุกวันพฤหัสบดีมาตรวจคนไข้เรื้อรังก็จะลงไปเยี่ยมที่บ้าน

คุณทัศนีย์ สรุปในระบบของหน่วยงานรพศ.อาจจะต้องดูแลรพ.สต.เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันอยากถามว่าเราจะทำยังไงให้เกิดการสร้างศูนย์รวมในชุมชน ภายใต้การดูแลของคนในชุมชน เกิดได้ไหม

คุณนรกมล หมายถึงว่าเราจัดกิจกรรม NCD ในหมู่บ้านเลยใช่ไหม

คุณทัศนีย์ มีศูนย์รวมของการพบปะสังสรรค์กัน ศูนย์อะไรซักอย่างนึง โดยชุมชนมีส่วนร่วม

คุณรัตนาภรณ์ ตอนที่พยาบาล PCU ออก ก็ทำอย่างนั้นค่ะ แต่เราอยู่กัน 2 คน ถ้าเราไปในหมู่บ้าน 2 คน แล้วใครจะตรวจที่รพ.สต. คะ

คุณทัศนีย์ มองให้เล็กลง เราไม่จำเป็นต้องยกขบวนไป แต่มีทีมอาสาสมัครดูแลในบางเรื่อง

คุณรัตนาภรณ์ อสม. ดูแลในบางเรื่องอยู่แล้ว วัดความดัน

คุณศักดา เราอาจหางบประมาณ เช่น ในหมู่บ้านมีผู้ป่วยเรื้อรังมารับยา แจ้งอบต.ให้หารถรับส่งเขาจะได้ฐานเสียงให้ประสานอบต.ให้ส่งผู้ป่วย

คุณทัศนีย์ ผู้ป่วยเรื้อรังทุกคน ต้องมา รพ.สต.มั้ย

คุณนรกมล ต้องมาค่ะ ถ้าไม่มาคือเราลงไปหมอจะยอมรับมั้ย การที่จะขนลงไปจะคุ้มค่ามั้ย เราจำกัดหลายอย่าง

คุณทัศนีย์ ขอเป็นข้อตกลงของพวกเรา

คุณอัญชลี อบต. บทบาทในการดูแลสุขภาพไม่มีเลย ช่วยส่งผู้ป่วยช่วยได้

คุณศักดา อบต. เขาจะมีเกณฑ์กรณีไหนควรมาส่ง ไม่ควรส่ง

คุณทัศนีย์ โจทย์ที่ 2 เป็นเรื้อรัง กินยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ค่อยออกกำลังกาย กินอาหารไม่ถูกหลัก จัดการที่ครัวหลายคน ครอบครัว พัฒนาแกนนำครอบครัว

คุณทัศนีย์ พอเห็นภาพมั้ยค่ะ คิดว่ารับได้มั้ยค่ะ

<u>สรุป</u> ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง สถานการณ์ปัจจุบัน มีการรับยาไม่ต่อเนื่อง มีการเยี่ยมบ้านโดยทีมเจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. แกนนำผู้สูงอายุ เยี่ยมตามความสำคัญเป็น case ที่ส่งจาก HHC โรงพยาบาลลำปาง ผู้สูงอายุบางคนยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็มจัด ผู้สูงอายุมีปัญหาการเดินทางไปรับยา ปัญหาระบบ refer จากโรงพยาบาลลำปางมายัง รพ.สต. ในรายผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อสม.ช่วยในการเยี่ยมบ้านติดตาม case แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง แนวทางการพัฒนา ประสาน อปท.ในการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุและพัฒนาแกนนำระดับครอบครัว (กสค.)

กลุ่มที่ 3 กลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือมีภาวะพึ่งพิง

คุณทัศนีย์ สถานการณ์กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุที่ต้อง Home care, Home ward, Home Health care เป็นอย่างไรบ้าง

คุณเกศรินทร์ HHC ผู้สูงอายุในพื้นที่จะดูว่าผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ไหม ถ้าจะให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเยี่ยมติดตามทุกรายเป็นไปไม่ได้ก็คงพึ่งอสม.เยี่ยมในรายที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีโรคแทรกซ้อน เราทำแบบฟอร์มให้อสม.เยี่ยมแล้วบันทึกแล้วส่งมาให้ที่สถานีอนามัยในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียงหรือใส่ NG tube, foley's cath หรือในรายที่ รพศ.ส่งมาที่ค่อนข้างหนัก เจ้าหน้าที่รพ.สต. ติดตามเยี่ยมเอง

คุณเพ็ญแข case DM เขาจะมารักษาที่ รพ.สต. แต่มีปัญหาญาติไม่สามารถมาเอายาไปให้ได้ คนไข้ก็ไปไหนมาไหนไม่ได้อยู่กัน 2 คนแม่ลูก เจ้าหน้าที่ต้องไปเจาะ lab ที่บ้าน ได้ผลแล้วเอามาให้แพทย์ดูแล้วก็เอายาไปส่งตอนเย็น

คุณรัตนาภรณ์ จะมี case แบบนี้เหมือนกันมี 2 – 3 ราย ตอนเย็นก็นัดหมาย NPO แล้วตอนเช้าไปเจาะเลือดและเอายามาส่งที่บ้าน

คุณทัศนีย์ พี่เลี้ยงที่เป็นเพื่อนเยี่ยมเพื่อน case แบบนี้เขาจะลงเยี่ยมด้วยไหม

หลายคน เขาจะไปให้กำลังใจ แต่ในเรื่องการดูแลเป็นเรา

คุณทัศนีย์ แสดงว่าเป็นการเสริมแรงการเยี่ยมบ้านแต่ไม่ใช่ประเด็นหลัก แล้วเวลาการดูแล การอาบน้ำ ADL เป็นภาระของใคร

คุณอัญชลี ต้องเป็นญาติเพราะเราไปทุกวันไม่ได้ ต้องสอนญาติให้เป็น

คุณทัศนีย์ ฉะนั้นแนวทางพัฒนาการสอนญาติในการดูแลผู้ป่วย

คุณเกศรินทร์ สอน**ญาติ**ให้ดูแลในเรื่องการทำแผลโดย สอ. สนับสนุนอุปกรณ์

คุณทัศนีย์ บทบาท อสม. ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

อัญชลี วัดความดัน ให้คำแนะนำอาหารการกิน การออกกำลังกาย การทำแผล

คุณทัศนีย์ ขอถามว่า ผู้สูงอายุกับไม่สูงอายุเวลาไปดูที่บ้านแตกต่างกันอย่างไร

คุณเกศรินทร์ การดูแล กรณีผู้สูงอายุที่เรื้อรัง นอนติดเตียง ก็ไม่แตกต่าง กรณีคนหนุ่มได้รับอุบัติเหตุก็เหมือนกัน ต้องมีญาติดูแลตลอด 24 ชม.เหมือนกัน เราต้องให้คำแนะนำเพราะถ้าเขาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ก็ต้องดูแลเหมือนกัน ต้องมีขบวนการ rehabilitation โดยตรง แต่ถ้าคนหนุ่มจะมีหน่วยงานอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ (ทางไปแจ้ห่ม) ถ้าคนหนุ่มจะมีทีม HHC ของโรงพยาบาลมาเยี่ยม คิดว่าคงมีโอกาสมากกว่าคนแก่ ญาติเห็นมีหมอ เทศบาล อนามัย กองฟื้นฟูมาเยี่ยมเพราะคนแก่อาจจะไม่มีโอกาสหาย อายุ 30 – 40 ปี นั่งรถเข็นได้ประกอบอาชีพได้โอกาสหายเยอะกว่า

คุณทัศนีย์ ผู้สูงอายุต้องฟื้นฟูด้วยไหม

หลายคน ฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

คุณทัศนีย์ ทีมของผู้สูงวัยมีใครบ้าง

หลายคน นักกายภาพบำบัด HHC จากโรงพยาบาลลำปาง แกนนำฟื้นฟูคนพิการ อบต. นักสังคมสงเคราะห์

คุณศรีวรรณ อบต.เขาจะรู้ว่าผู้สูงอายุฟื้นฟูสมรรถภาพได้ไหม ถ้าไม่ได้เขาให้ไปตรวจเป็นผู้พิการก็จะได้เบี้ยยังชีพผู้พิการ ก็จะได้เบี้ยยังชีพ 2 เด้ง

คุณทัศนีย์ ฉะนั้นบทบาทของเราต้องประสานงาน อปท. อำเภอเมืองมีชมรมผู้พิการใช่หรือไม่

คุณจารุณี ในพื้นที่นิคม 7 มีชมรมผู้พิการเป็นชมรมที่ยังไม่ได้เปิดตัวไม่มีองค์กรสนับสนุนอย่างชัดเจน สนับสนุนในเรื่องของกายอุปกรณ์ คนไข้เขาจะรู้ว่าจะเริ่มยังไง การเข้าถึงการประเมินความพิการเป็นไปในแนวทางที่ค่อนข้างจะชัดเจน ขนาดว่าอยู่บ้านนอกคนแก่แล้วหูไม่ได้ยิน อยากพิการเขาจะรู้ขั้นตอนทำอย่างไร อบต.จะมีงานชัดเจน เริ่มต้นขอใบส่งตัวที่รพ.สต. ไปตรวจที่โรงพยาบาลประเมินความพิการได้สมุดสีน้ำเงินแล้วไปศาลากลางแล้วมาที่อบต. ในเรื่องสวัสดิการความพิการไม่ค่อยมีปัญหา เรื่องของกายอุปกรณ์ถ้าอยากได้เร็วอยู่ที่แรงเงินของแต่ละคนที่เหลือก็เข้าคิว เหมือนกับเก้าอี้โยก รถเข็น จะมาเป็นรอบๆ มีการสำรวจเป็นระยะๆ

คุณทัศนีย์ ฟังดูเหมือนกับว่าในชุมชนมีคนที่ทำการแบบนี้อยู่แล้ว เพียงแต่เราเข้าไปประสาน

คุณจารุณี ไม่ต้องประสานก็ได้ค่ะ ถ้าเขามีความพิการเกิดขึ้นเขาจัดการตัวเอง ประชาชนถ้าเป็นส่วนได้เขารับทราบรวดเร็วถ้าเป็นผู้สูงอายุผู้พิการได้ 2 เด้ง ถ้าเป็นชาวบ้านทั่วไปเป็นเอดส์ด้วยได้ 3 เด้ง ในเรื่องของสวัสดิการจะไม่ค่อยมีปัญหา แต่มีปัญหาเรื่องการดูแลตัวเอง

คุณทัศนีย์ ตอนนี้เราจะมองในฐานะเราเป็นด้านสุขภาพ ชุมชนที่มีผู้สูงอายุนอนพึ่งพิง ต้องทำระบบไว้

คุณจารุณี เรามีแกนนำ rehab รพ.สต. ละ 3 คน ทุกหมู่บ้าน มีความรู้ด้านแพทย์แผนไทยนิคม7 อาศัยเขาเป็นแกน ถ้าเรามี case ให้จดชื่อมาก่อนเขาจะมีของเยี่ยมมีค่าตอบแทนการเยี่ยมให้มีทุกรพ.สต. เพิ่งอบรมมา

คุณทัศนีย์ เพราะฉะนั้นประสานงานแกนนำ สรุปพัฒนาทีมเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

คุณกาญจนา ที่ต้นธงชัยมีผู้พิการเป็นอสม.ด้วย เขาจะไปเยี่ยมทุกหมู่บ้าน ถ้าคนนี้ไม่แน่ใจว่าเป็นผู้พิการหรือเปล่าเขาจะไปดูให้เขาจะแนะนำว่าต้องเตรียมเอกสารอะไรไปโรงพยาบาลจะไปวันไหน คนนี้เขาจะรู้ว่าไปหาหมอคนไหน ตอนแรกเขาทำเฉพาะในหมู่บ้าน ตอนหลังเขามีจิตอาสาอยู่ที่ตำบลพิชัย เขาก็จะไปดูให้แล้วแต่ว่าผู้พิการจะให้ค่าตอบแทน เขาจะพาไปหาหมอ พอได้เอกสารใบรับรองแพทย์เขาจะเอาไปขึ้นทะเบียนให้ที่ พม. แต่ตอนนี้เขาเป็นคณะกรรมการของชมรมผู้พิการจังหวัดที่พม. แต่มีปัญหาประธาน ชมรมฯ ยักยอกเงินเป็นแสนที่เขาตระเวนไปแต่ละอำเภอ ตอนนี้คนนี้เขาก็เลยถอยออกมา

คุณทัศนีย์ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนนั้นเป็นใครบ้าง เจ้าหน้าที่ต้องมีข้อมูลทั้งหมดในสถานบริการ

คุณกาญจนา ขอเพิ่มว่าคนที่เป็นอปท.ประจำหมู่บ้านเป็นสท.หรืออบต. ต้องรู้ว่าใครเป็นผู้พิการ คุณต้องเป็นคนช่วยให้คำแนะนำเพราะว่าคุณอาสาที่จะดูแลพี่น้องในเขตหมู่บ้านของคุณ เพราะถ้าได้ใบรับรองจากพม.แล้วต้องมาขึ้นทะเบียนที่เทศบาล

คุณทัศนีย์ เรามาดูเชิงระบบจาก รพ.สต.นำไปสู่โรงพยาบาลต้องพัฒนาอะไรบ้าง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่พึ่งพิงตัวเองไม่ได้ ได้รับบริการที่สมบูรณ์

คุณนรกมล จากที่พวกเราเสนอมา

1. พัฒนาญาติในการดูแลผู้ป่วยพร้อมกับสนับสนุนอุปกรณ์และให้ความรู้
2. พัฒนาการเยี่ยมบ้าน

คุณกาญจนา 3. น่าจะมีช่องทางด่วนผู้สูงอายุ

คุณทัศนีย์ ขอถามโรงพยาบาลลำปาง

คุณสุภาศรี เดิมเป็นคำสั่งกระทรวงให้มีช่องทางด่วนผู้สูงอายุ 60 ปี โรงพยาบาลก็จัดให้เข้าแถวนี้ ในความเป็นจริง แถวผู้สูงอายุจะยาวมาก ช่องอื่นกระจายทุกช่องก็เลยยุบไปโดยปริยายตอนนี้เปลี่ยนเป็น 80 ปีขึ้นไป ถ้ามายื่นบัตรก็จะได้ช่องทางด่วนแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษเข้าได้ทุกเลน

คุณทัศนีย์ ตอนนี้มีเกณฑ์การทำงานในพื้นที่เราอยู่ รพ.สต. เราคิดว่าหน่วยเหนือควรส่งเสริมพัฒนาเพิ่มเติมระดับรพ.สต.อะไรบ้าง

หลายคน ขวัญกำลังใจเจ้าหน้าที่ สนับสนุนบุคลากร ผู้เชี่ยวชาญมาเยี่ยมบ้าง เช่น นักกายภาพบำบัด

คุณอัญชลี สนับสนุนบุคลากรมาเดือนละครั้งก็ยังดี กรณี HHC คุณบอกว่าจะมีทีมเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลร่วมกับรพ.สต. ที่นี้รพ.สต. ไปเยี่ยมแล้วแต่ความคาดหวังเขายังรอ ทีมโรงพยาบาล เราทราบว่า case คุณเยอะแต่คุณก็ควรต้องมา ในเมื่อคุณบอกญาติไป

คุณนรกมล รอโรงพยาบาลจะยาก ทำยังไงสำหรับนักกายภาพจะพัฒนาคนที่จะดูแลในชุมชน การอบรม อสม.หมู่บ้านละ 2 คน สำหรับการดูแลเยี่ยมบ้าน

คุณทัศนีย์ ระบบการเสริมองค์ความรู้ เป็นพี่เลี้ยง

คุณกาญจนา ปีที่แล้วอบรมแล้วเอาแกนนำอสม. มาอบรม มีนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลห้างฉัตร อบรมการทำ exercise อสม. มีความรู้มากขึ้น อสม.ที่มีจิตอาสาก็จะไปเยี่ยมบ้านผู้พิการเพราะว่าทำโครงการ

คุณทัศนีย์ พัฒนาศักยภาพทีมแกนนำเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพและเป็นพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง

คุณศักดา ตำบลทุ่งกล้วยอบรมแพทย์แผนไทย ผู้สูงอายุก็มาบำบัด ถ้าหางบประมาณอบรม 372 ชม. คอร์สละ 4,500 บาทต่อคน มีใบเลขรหัสที่เขาผ่าน ถ้าเขามาอยู่ที่เรา เขาได้ case จะได้เงินมาเข้ารพ.สต. หลังจากนั้นถ้าเสร็จจากที่เขานวดเขาจะไปดูแลผู้สูงอายุได้

คุณทัศนีย์ จะเป็นการลงทุนที่คุ้มไหม

คุณอัญชลี แล้วต่อไปเอาเงินที่ไหนมาจ้างเขา

คุณศักดา ได้งบจากสปสช. ประสานของบ กสต. ก็น่าจะได้ ตอนนี้เช็คดูเงินบำรุงเขาหาเงินได้เยอะ

คุณทัศนีย์ พัฒนาส่งเสริมแพทย์ทางเลือกในรพ.สต. ศักยภาพของ รพ.สต. 27 แห่ง จะทำได้หมดไหมเป็นการติดอาวุธให้ชาวบ้าน น่าจะเป็นภาระของพื้นที่หรือท้องถิ่น

คุณนรกมล มีความหลากหลาย อปท. 27 แห่ง ที่ไม่เหมือนกัน แต่ถ้าในระบบกสต. มีงบตรงนี้ จังหวัดน่าจะมีการแนะนำว่าควรสนับสนุนตรงจุดนี้

คุณทัศนีย์ หน้าที่เราเจ้าหน้าที่น่าจะเข้าไปจัดการ

คุณนรกมล บางที่ก็พูดยาก บางที่ก็โอเค

คุณทัศนีย์ เป็นภาคีเครือข่ายที่เราไม่มีสิทธิ์บอกว่า you must do แต่บอกว่า you should ได้ ขอถามว่าการที่เราจะพัฒนาเชิงระบบ ในการทำบางที่อาจยังขยับไม่ได้ ถ้าเราอยากเห็นความสำเร็จของกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พวกเราเห็นด้วยหรือไม่ถ้ามีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

คุณกาญจนา ไม่ดีค่ะ มีศูนย์แล้วลูกจะทิ้ง ที่ตำบลต้นธงชัยรายล่าสุดนอนอยู่กับที่มีเงินเกือบล้าน แต่หลานเอาไปหมด ทิ้งให้อยู่กับบ้าน นอนครวญครางทั้งคืน คนไข้อายุ 80 ปี หูก็ไม่ดี ไม่ยอมไปอยู่ศูนย์ฯนิคมสังคมเป็นคนลงโทษญาติเพราะว่าสังคมเป็นคนร้องเรียน ถ้าคุณไม่ดูแลจะเอาพม.เข้ามา

คุณนรกมล เขาจะเอาผู้สูงอายุไปทิ้งไว้ ตายแล้วมาเอาแต่ใบมรณะบัตร

รัตนาภรณ์ แม่เขาพิการอยู่แล้ว ตอนนี้ลูกก็พิการอีก มันก็ดีสำหรับผู้สูงอายุกรณีไม่มีใครดูแล

คุณทัศนีย์ ศูนย์นี้หมายถึง ศูนย์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คอยช่วยเหลือ คนในศูนย์อาจจะไปดูแลที่บ้านด้วย การตั้งศูนย์เห็นด้วยหรือไม่

คุณอัญชลี เห็นด้วยศูนย์นี้คอยดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มีงบประมาณมีอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ที่นอนลม การฟื้นฟู การทำกายภาพบำบัด การดูแลแผล

คุณกาญจนา ศูนย์ศสมช. ในหมู่บ้าน ตอนนี้อสม.ชุมชนไม่ดูแล เพราะเขาไม่มีเวลา ไม้ค้ำยันของอนามัยมีเยอะให้ยืมไปจนกว่าจะหายโดยไม่คิดค่าบริการ คนไข้ใส่สาย NG ก็มาขอที่รพ.สต. เราก็ให้ไป

คุณทัศนีย์ ทุกพื้นที่เกิดไม่ได้ ถ้าบางพื้นที่จัดการได้ศูนย์จะเป็นตัวช่วยไหม แต่ใครจะเป็นเจ้าของ ต้องมาออกแบบ

คุณรัตนาภรณ์ มีศูนย์ฯดี แต่ต้องไม่ใช่เจ้าหน้าที่เรา ต้องมีคนจัดการ

คุณกาญจนา ถ้าเป็นแบบศูนย์เด็กเล็กก็ดีค่ะ ฝากไว้ตอนกลางวันเหมือนศูนย์ ที่บ้านหนูเอง ตอนนี้ก็ไม่มีแล้วค่ะ

คุณทัศนีย์ ต้องวิเคราะห์ตามความเป็นจริง ถ้าทำเราจะทำวิธีไหน รพ.สต.เป็นพี่เลี้ยง ชุมชน เป็นแกนชุมชนมันกระจัดกระจาย ชุมชนหมายถึงใคร ถ้าเราทำเป็นศูนย์รวมจะทำยังไง

คุณจารุณี มีศูนย์อยู่หน้าสอ.นิคม 7 ซึ่งหนูต้องเข้าไปดูแลทุกเดือน คือศูนย์พัฒนาสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง รับผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนทั้งหมด ก็ขอประชาสัมพันธ์ ถ้าใครอยากทำบุญศูนย์ด้านหน้าสวยงามมาก ในนั้นมีทั้งนวด ประคบ เขาประสานเอาหมอนวดที่สอ. และขาดบุคลากร ต้องขอชื่นชมบุคลากรที่อยู่ว่ามีจิตอาสาอย่างมาก ในการดูแลผู้สูงอายุเจ้าหน้าที่ 1 คนอยู่เวรดูแลผู้สูงอายุทั้ง 2 ชั้น แต่ละคนที่คัดมามีประเภทตาบอด มีประเภทอยู่ติดเตียงที่เขาต้องป้อนข้าวตอนเช้า อาจารย์คะในนั้นมีอาหารกินครบ 3 มื้อแต่ไม่มีความสุขทางใจ นั่งล้อเข็นยังตีกัน มีเรื่องของชู้สาว หนูต้องเข้าไปในศูนย์ฯดูแล case เดือนละครั้ง เยี่ยมทั้ง case ที่นอนบนเตียงต้องรู้จักคนไข้ ทุกคนคำว่ามีศูนย์ ไม่ใช่เรื่องเล็กๆง่ายๆ เอาแค่หมอนวด 1 คนที่อยู่อนามัยถ้าให้มานั่งอยู่อนามัยโดยที่ไม่มีรายได้เขาก็ไม่เอา ตอนเย็นเขาจะไปรับจ้างของเขา คนที่มีเงินก็จะได้ rehab เขาจะไปนวดประคบให้ที่บ้านตามสูตรของเขา

คุณทัศนีย์ พี่ไม่ได้นึกถึงศูนย์ที่หนูเล่า คือศูนย์ที่หลวงจัดมาแต่ไม่ใช่ของชาวบ้าน ในความหมายกำลังพูดถึงศูนย์ที่บ้านของน้องกาญจนามากกว่า ซึ่งเกิดจากชุมชนๆต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพราะว่าคนมันอยู่ใกล้คนมีปัญหาสามารถไปรับบริการได้ ชาวบ้านมาไม่ได้ก็คือพี่เลี้ยงศูนย์ไป ถ้ามาทำกิจกรรมได้ก็ให้เขาออกมา เมื่อกี้ได้ฟังหนูว่าปิดไปแล้วหรือ

คุณกาญจนา ปิดไปแล้วค่ะ แต่เขามีกิจกรรมทุกเดือนแทน

คุณทัศนีย์ นี่เป็นอะไรอย่างนึงที่พี่อยากให้เราเรียนรู้จากของเก่า ไม่ใช่คิดเสร็จแล้วเป็นไปไม่ได้ เสียเวลาอีก สรุปกลุ่ม 3 ควรทำอะไร แนวทางการพัฒนา

คุณนรกมล 1. ศูนย์บริหารจัดการในเรื่องของผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อาจจะเป็นคณะกรรมการ
2. พัฒนาส่งเสริมการแพทย์ทางเลือก โดยอาจให้มีท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแล
3. พัฒนาญาติในการดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแล
4. พัฒนาทีมเยี่ยมบ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งการคืนข้อมูลการดูแลสุขภาพ
5. การประสานงานคนที่มีส่วนร่วม
6. ช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ
7. สนับสนุนพัฒนาทีมดูแลผู้พิการโดยสหวิชาชีพ

คุณจารุณี เอาให้ชัดเจน ทีมดูแลผู้พิการไม่ใช่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

คุณทัศนีย์ สรุป 3 กลุ่ม จะพัฒนาอะไรบ้าง แล้วจะหารูปแบบการดูแลระยะยาวต่อไป
กลุ่มแรก เน้นให้เขาดูแลกันเอง คือผ่านชมรมฯ
กลุ่มสอง เริ่มป่วย อยากให้ครอบครัวมีส่วนร่วมแต่ชมรมยังเป็นแกนอยู่
กลุ่มสาม ตอนนี้ชุมชนใหญ่ขึ้นเพราะว่าต้องการสนับสนุน อุปกรณ์ต่างรวมถึงการดูแล ที่มีความซับซ้อนก็ต้องพัฒนาศักยภาพด้วย
สรุปแล้วทั้ง 3 กลุ่ม อะไรเป็นแกนหลักการดูแลผู้สูงอายุ

หลายคน จิตอาสา

คุณทัศนีย์ จิตอาสาเกิดจากลุ่มไหน

คุณกาญจนา ผู้นำชุมชน อสม.

คุณอัญชลี **หนูว่าต้องเป็นคนที่มีศักยภาพกว่า อสม. เป็นระดับวิชาชีพ ผู้ป่วยเจาะคอมา อสม.ทำไม่ได้ ต้องมีเจ้าหน้าที่ดูแล**

คุณทัศนีย์ 1. ต้องเป็นเรา เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

คุณกาญจนา 2. แกนนำท้องถิ่น อสม.

คุณนรกมล 3. แกนนำชมรมผู้สูงอายุ

คุณทัศนีย์ ตอนนี้เราจะออกแบบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไรทั้ง 3 กลุ่ม เมื่อกี้เราบอกว่าเรามีตัวร่วมในกลุ่ม ควรมีศูนย์มั้ย ศูนย์มี 2 แบบ ศูนย์ปฏิบัติการกับศูนย์บริหารจัดการ

คุณรัตนาภรณ์ จะมีศูนย์ที่ตั้งของชมรมผู้สูงอายุ เราต้องมีแผนมีรายชื่อผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มไว้ให้คณะกรรมการผู้สูงอายุมาประชุมวางแผนว่าจะเยี่ยมผู้สูงอายุยังไง ใช้ชมรมฯ ให้เป็นประโยชน์ข้อมูลอยู่ตรงชมรมๆ

คุณทัศนีย์ อันนั้นคือรูปแบบเป็นศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ

คุณกาญจนา แต่ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมฯ เขาก็จะไม่ดูแล

คุณรัตนาภรณ์ เราก็เข้าไปประสานว่า ผู้สูงอายุอยู่ในหมู่บ้านเขาต้องดูแล

คุณทัศนีย์ ต้องมีกรรมการอยู่ในชมรมฯ ต้องมีใครบ้าง

คุณรัตนาภรณ์ อบต.จะดูแลเรื่องเบี้ยยังชีพทุกคนเขาจะมีรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมด

คุณทัศนีย์ มีกรรมการแล้ว กิจกรรมเกิดจากใคร

คุณนรกมล มีการคืนข้อมูล มีการตั้งกรรมการการวางแผนจัดการ พัฒนาศักยภาพ

คุณทัศนีย์ พัฒนาใครบ้างบุคลากรสาธารณสุขด้วย พัฒนาอะไร ขาดทักษะอะไร

คุณกาญจนา เสนอทุกวันนี้งานประจำรับเยอะ งานสูงอายุเรารับ เวลาพัฒนาศักยภาพ การทำกายภาพเราก็ไป ไปทำกิจกรรมนันทนาการออกกำลังกายเราก็ไป เวลานำกลุ่มเราก็ทำไม่ได้ดี เวลาทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุหูก็ไม่ดี ทำให้เราไม่ค่อยชอบ แต่เวลาทำกับเด็กๆจะกระตือรือร้นทำกับอสม.จะworkกว่า

คุณทัศนีย์ พัฒนาอะไรอีก

คุณกฤษยา พัฒนาองค์ความรู้ การดูแลผู้สูงอายุ

คุณทัศนีย์ นอกจากองค์ความรู้ต้องทำงานที่ไหน อะไรที่เป็นที่ต้องการของเรา ที่อยากพัฒนาให้เข้มข้นกว่านี้

คุณจารุณี มองว่าการพัฒนาศักยภาพเป็นการพัฒนาทีมหรือแกนนำ เราอาจอยู่ในฐานะพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา แต่ทีมที่จะทำอาจเป็นจิตอาสาหรือ อสม.

คุณทัศนีย์ ถามว่า รพ.สต.ทุกคนสามารถเป็นนักประสาน นักจัดการได้หมดมั้ย

คุณนรกมล พัฒนาในส่วนของชุมชนอย่างที่ว่าโอเคนะ ในส่วนของเจ้าหน้าที่เราต้องช่วยกันมั้ย บางคนอาจถนัดในเรื่องของเป็น modurator บางคนอาจถนัดในเรื่อง note taker บางคนอาจถนัดในเรื่องจัดกิจกรรม

คุณทัศนีย์ เทคนิคการจัดการในชุมชนได้มั้ย เพราะแต่ละคนไม่เหมือนกัน

คุณนรกมล พัฒนาหมายถึง ทีมอาจเป็นระดับตำบล แอมถนัดกิจกรรมก็ให้แอมรับไป ตัวเองถนัดในเรื่องของการสรุปก็ทำสรุปไป อีกคนอาจทำอีกอย่างโอเคมั้ย เราทำตรงนี้เราไม่ได้ทำในเรื่องสูงวัยอย่างเดียว เราสามารถทำในเรื่องอื่นได้

คุณทัศนีย์ มีทักษะอื่นอีกมั้ย

คุณกาญจนา เวลาเขาเชิญเราไปพูดอะไรอย่างนี้ค่ะ บางทีถ้าเป็นแพทย์ เป็นทันตเขามีความรู้เชี่ยวชาญด้านนั้น เขาให้ความรู้ได้ดีมาก อยากให้เชิญเขามีส่วนร่วม

คุณนรกมล เป็นบางครั้ง

คุณทัศนีย์ อันนั้นเป็นการประสาน ถ้าเราจัดการในชุมชนเป็น

คุณนรกมล ชมรมผู้สูงอายุเขาออกหนังสือเอง เรามีหน้าที่ประสาน

คุณทัศนีย์ พี่ถามต่อ ในฐานะนักจัดการคิดว่าเราบูรณาการงานหรือยัง

หลายคน ทำแล้ว

คุณทัศนีย์ ติดขัดอะไรมันถึงไม่ออกทั้งที่พยายามทำ

คุณจารุณี อาจเป็นว่าเรามีแผนเมื่อไปถึงเวทีชุมนมันถูกตั้งด้วยเงื่อนไขของจุดประสงค์หลักของเขาว่าการพัฒนาผู้สูงอายุ จะเป็นยังงี้ เราจะนำเสนอยังไง ประเด็นเรื่องเงิน การดูแลสุขภาพเครือข่ายมีแต่ละองค์กรเขาดึงงบฯของเขา สำหรับพวกเราถ้าเราอยากทำตามวัตถุประสงค์ของเราต้องมีงบประมาณของเรา ในการที่เราจะทำเอง

คุณทัศนีย์ เหมือนกับว่าก่อนทำ เราน่าจะรู้ฐานเดิมของเขาก่อนว่าเขาเป็นยังไง

คุณจารุณี ถึงแม้ว่าก่อนที่จะมีการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเป็นปีๆ เขาจะเชิญสาธารณสุขเข้ามาเสนออะไร สุดท้ายเราแพ้ยกมือมันก็จะตามบริบทของท้องที่

คุณนรกมล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้งบฯ มาทำตรงนี้ เขาจะตั้งเงื่อนไขว่าต้องทำอย่างนี้ แต่ความจำเป็นของเราอาจไม่ตรงกัน เราก็ต้องทำตามเงื่อนไขที่เขาให้มา

คุณทัศนีย์ ปีนี้เราอาจเจอแบบนั้น ถ้าครั้งต่อไปเราวางแผนล่ะ ศึกษาบริบท อปท. เขาพูดเสมอว่า เขาไม่รู้ เพราะตอนนี้เขาออกแบบมาเรียบร้อยแล้ว ปีนี้ไม่ให้ แต่เราจะทำยังไงให้เขารู้สึกว่าปีหน้าคุณต้องมองฉัน เป็นไปได้มั้ย

คุณรัตนาภรณ์ เขาบอกว่าปีหน้าให้เสนอมาอีก แต่พอเราจะเสนออีก เขาเข้าข้อบังคับไว้เรียบร้อยแล้ว เรามารู้ทีหลังอีก

คุณทัศนีย์ ถ้าเป็นปัญหาแบบนี้ เป็นอุปสรรคที่เราไม่สามารถควบคุมได้ใช่หรือไม่ เป็นเรื่องของความหลากหลายในพื้นที่นี้ต้องเผชิญมันต่อไป บูรณาการในพื้นที่ขึ้นกับแต่ละพื้นที่ว่าเขามีนโยบายอย่างไร ทีนี้มาดูการเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการสู่ชุมชน เราทำอะไร โรงพยาบาลทำยังไง ชุมชนทำอะไร ความเชื่อมโยงคิดว่าเชื่อมหรือยัง

คุณกาญจนา ยังเชื่อมไม่ดีค่ะ โรงพยาบาลส่งมาว่าเยี่ยมด่วนวันนี้ คนไข้จะ discharge ซึ่งเราไปให้ไม่ได้

คุณทัศนีย์ ระบบ refer ยังไม่ชัดเจน ยังติดขัดอยู่

คุณกาญจนา ยังไม่เป็นหนึ่งเดียวค่ะ

คุณจารุณี 1. ส่งทาง e-mail ทาง Internet โปรแกรมนี้อยู่ใน website ของสสอ.เมือง ถ้าวันนี้คุณไม่เข้า web คุณก็จะไม่เห็นว่ามี case ส่งมามั้ย

2. คุณไม่มีการแจ้งว่ามี case

3. ระบบยังไม่มีการทดสอบระบบ ถ้าคุณส่งข้อมูลมาผิดเราจะคืนข้อมูลให้คุณยังไง

4. เวลาคุณส่งข้อมูลมาจำนวนมาก เจ้าหน้าที่แต่ละพื้นที่มานั่งดูคนเดียว ก่อนจะมีการใช้ระบบน่าจะมีการประชุมพิจารณาแต่ละข้อว่าทำยังไง บางที่ก็ทราบบางที่ก็ไม่ทราบ หนูก็ไม่ทราบทราบจากเพื่อน ระบบ HHC ล้มเหลว

คุณทัศนีย์ ให้โรงพยาบาลลำปางรับไว้ เพราะว่าเป็นเรื่องใหม่ การที่ไม่เชื่อมโยงกันก็ผ่านไปก่อน ไม่รู้ว่าโรงพยาบาลลำปางได้ส่งผังงานผู้สูงอายุให้ รพ.สต.หรือยัง

คุณสุภาศรี แจ้งผ่านระบบ HHC ค่ะ

คุณนรกมล ระบบ IT ของโรงพยาบาลลำปางแจ้งว่าจะมีระบบนี้ผ่านหัวหน้าสอ.แล้วเขาบอกว่าจะแจ้งอีกทีกับผู้รับผิดชอบ คนทำไม่ได้ใช้คนใช้ไม่ได้ทำก็เลยเกิดปัญหาความเข้าใจเลยน้อย เสนอเรียกผู้รับผิดชอบโดยตรงมาคุยกัน แค่ครึ่งวันจบแก้ปัญหาง่ายมาก

คุณทัศนีย์ โอเคเป็นเรื่องของการสื่อสาร มองในภาพรวมยังไม่ชัดเจน อีกอันนึงงบประมาณที่สนับสนุนโครงการนี้ทั้งในและนอกระบบมีมากหรือน้อยได้มาจากไหน

คุณนรกมล พม.ให้เรื่องการพัฒนาแกนนำกสต. ให้เรื่องความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม

คุณทัศนีย์ PP area base มีมั้ย

คุณนรกมล ส่วนใหญ่อำเภอเป็นคนเขียนให้เรา

คุณทัศนีย์ สุดท้ายพี่ขอถามว่า เรื่องนี้ใครควรดูแลในชุมชนใครควรเป็นผู้รับผิดชอบหลักในชุมชน

คุณกาญจนา ท้องถิ่น

คุณทัศนีย์ ฉะนั้นก็สร้างจากชุมชนโดยชุมชนแล้วใครจ่าย

หลายคน อบต.เป็นคนจ่าย

คุณทัศนีย์ ผู้สูงอายุใครดูแลในชุมชน

หลายคน ครอบครัวและชมรมฯ

คุณทัศนีย์ อันใหม่ใครดูแล

หลายคน ครอบครัว ชมรมฯ และท้องถิ่น

คุณทัศนีย์ ถ้าเราพูดแบบนี้แสดงว่าโครงการนี้เหมือนกับผลักไปให้ท้องถิ่นเขียนโครงการเองใช่ไหม

คุณกาญจนา ใช่เพราะเขามีงบประมาณแต่เรามีความรู้ ถ้าเขาขอสนับสนุนมาเราต้องพร้อม

คุณทัศนีย์ เขียนโครงการนี้ ใครเป็นผู้รับผิดชอบ

คุณรัตนาภรณ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือชมรมผู้สูงอายุหรือชุมชน

คุณทัศนีย์ ผู้รับผิดชอบหลักต่อไปคือชมรมผู้สูงอายุหรือผู้ที่ชุมชนมอบหมายแล้วแต่จะตกลงกัน ทุกรพ.สต. เรามีพื้นที่หลักหรือยัง พื้นที่เป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุ

คุณนรกมล มีแล้ว ทำอยู่แล้ว

คุณทัศนีย์ คนละกี่หมู่

คุณนรกมล นำร่อง รพ.สต.ละ 1 หมู่

คุณรัตนาภรณ์ แล้วก็ค่อยขยาย

คุณทัศนีย์ เรื่องใหญ่ที่จะพัฒนาเรื่องอะไร กลุ่มเป้าหมายที่ 1 เอาใคร

คุณรัตนาภรณ์ คณะกรรมการทำงานผู้สูงอายุในชุมชน

คุณทัศนีย์ คณะกรรมการชุดนี้ควรเรียนเรื่องอะไร

คุณนรกมล เรื่องการเป็นจิตอาสา

คุณจารุณี ความรู้ทั่วไปในการดูแลผู้สูงอายุ

คุณรัตนาภรณ์ เทคนิคการเขียนแผนงาน/โครงการ

คุณทัศนีย์ ลูกค้ากลุ่มที่ 2 เป็นใคร

คุณนรกมล แกนนำสุขภาพในครอบครัวเรียนเรื่องเนื้อหาการดูแลผู้สูงอายุ

คุณทัศนีย์ กลุ่มที่ 3 คือใคร

คุณนรกมล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอบรมเรื่ององค์ความรู้ การจัดการประสานงานและแพทย์ทางเลือก

คุณทัศนีย์ ทั้ง 3 – 4 ด้าน ทำไมเราต้องพัฒนา

คุณจารุณี 1. เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทิศทางเดียวกัน

2. เพื่อให้มีศักยภาพในการจัดการและการดูแล

3. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงอยู่ได้อย่างสมศักดิ์ศรี

4. ลดภาระการดูแลและลดค่าใช้จ่าย

คุณทัศนีย์ ทั้งหมดทั้งมวลนี้จะทำเมื่อไร

กลุ่ม ภายในปี 2555

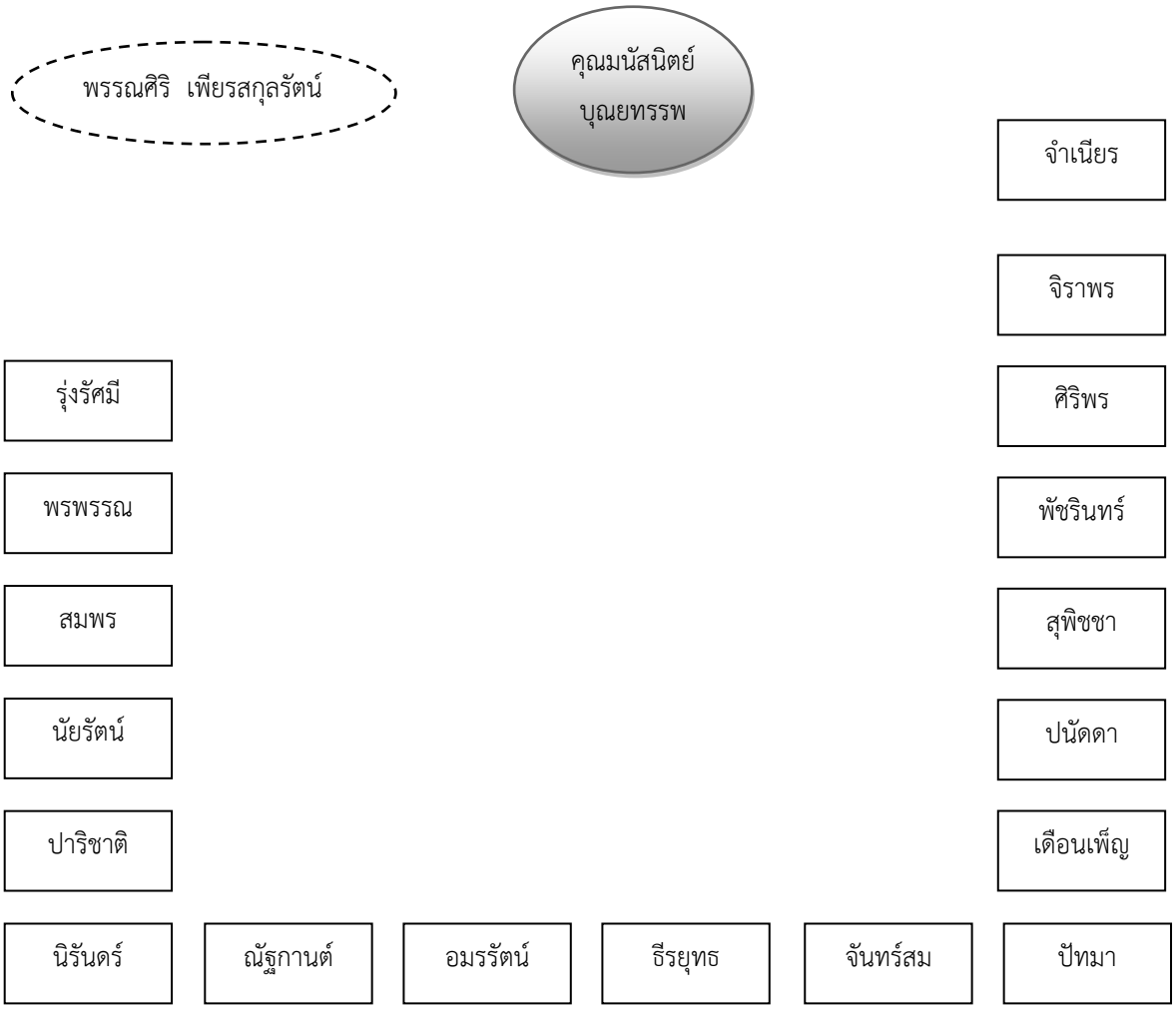
คุณทัศนีย์ สุดท้ายข้อเสนอแนะ

คุณนรกมล 1. ให้จังหวัดและกระทรวงสนับสนุนงบประมาณ

2. ประสานพม. ให้ลงไปช่วยด้วย ประสานงานระดับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

3. ขวัญและกำลังใจ

กลุ่มสนทนาที่ 2



ผู้นำสนทนา คุณมนัสนิตย์ บุณยทรรพ
ผู้บันทึกข้อมูล คุณพรรณศิริ เพียรสกุลรัตน์
เริ่มสนทนา เวลา 09.30 น.

ผู้นำสนทนา แจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการของผู้สูงอายุในชุมชนต่อสถานบริการ

แนะนำตัว

1. คุณจำเนียร วรรณรัตน์ รพ.สต.ศรีหมวดเกล้า
2. คุณศิริพร สุขสารัญ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง
3. คุณพัชรินทร์ เครือนพรัตน์ รพ.สต.บ้านจำค่า
4. คุณสุพิชชา ขัติวงศ์ รพ.สต.ทรายทอง
5. คุณปนัดดา ฟูใจ รพ.สต.นิคม 16
6. คุณเดือนเพ็ญ ลีลาเมธีกุล รพ.สต.กล้วยแพะ
7. คุณปัทมา นาสูงเนิน รพ.สต.สบมาย
8. คุณจันทร์สม เตชะอุ่น รพ.สต.หัววัง
9. คุณธีรยุทธ โพธิสุข รพ.สต.บ้านเสด็จ
10. คุณอมรรัตน์ ทิลาวงศ์ รพ.สต.กล้วยม่วง
11. คุณณัฐกานต์ ขันนาแล รพ.สต.กล้วยแพะ
12. คุณนิรันทร์ กาชัย รพ.สต.ทุ่งหัวช้าง
13. คุณปาริชาติ โลหะกิจ สสอ.เมืองลำปาง
14. คุณนัยรัตน์ อุดมกฤตยาชัย ศสช.สบตุ๋ย
15. คุณสมพร สายสิงห์ทอง ศสช.หัวเวียง
16. คุณพรพรรณ ป้อมสุข ศสช.เวียงเหนือ
17. คุณรุจิราพร เครือนพรัตน์ เทศบาลนครลำปาง
18 คุณรุ่งรัศมี รางทอง เวชกรรมสังคม รพ.ลำปาง
19. คุณพรรณศิริ เพียรสกุลรัตน์ เวชกรรมสังคม รพ.ลำปาง

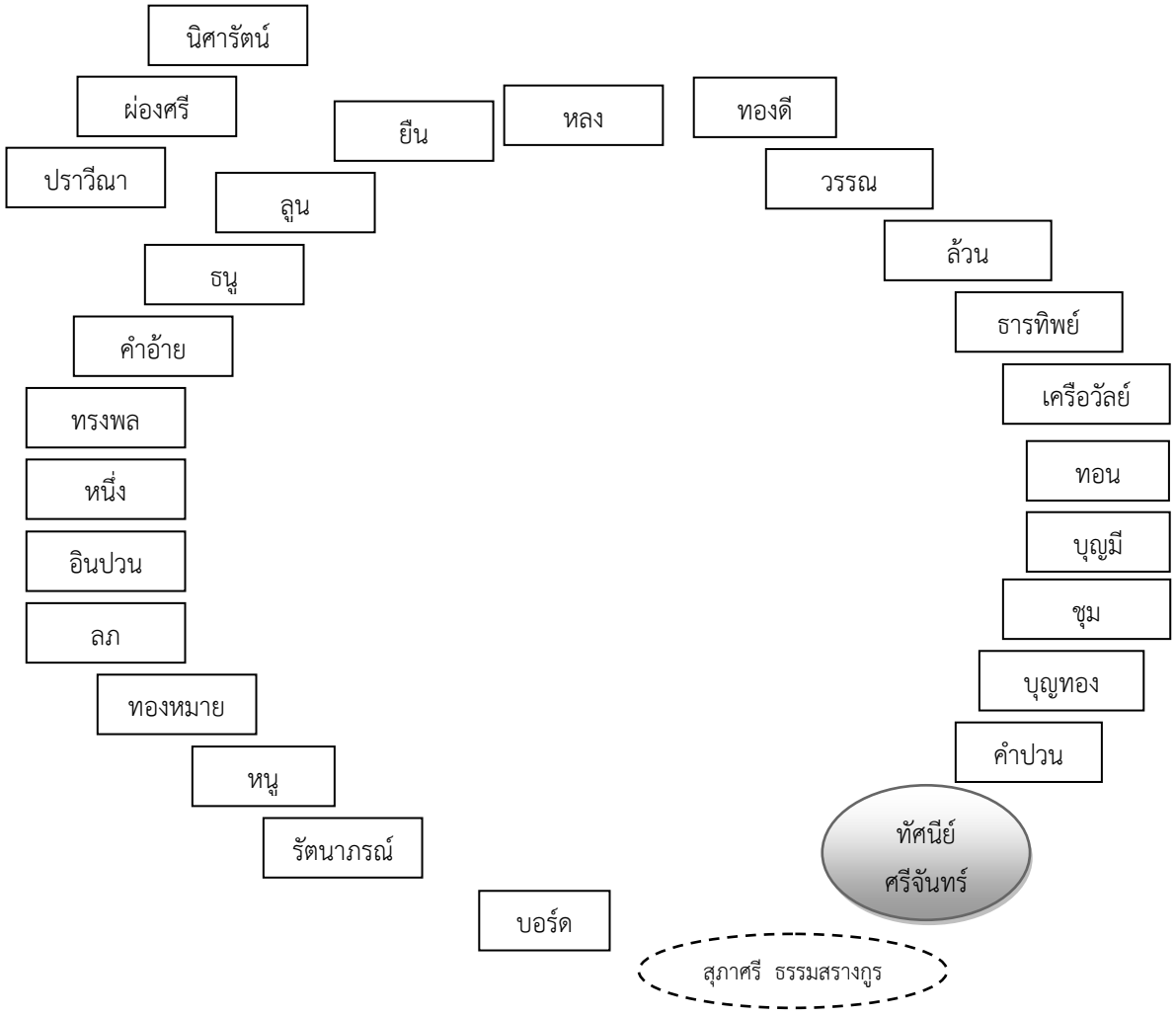
แผนผังการนั่งประชุมและข้อมูลการสนทนา

กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและบุคลากรทางการแพทย์

ในวันที่ 12 มีนาคม 2555

ณ ห้องประชุมชั้น 6 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีลำปาง จังหวัดลำปาง

กลุ่มสนทนาที่ 1



ผู้นำสนทนา

ผู้จดบันทึก

ผู้ร่วมสนทนา

ผู้นำสนทนา นางสาวทัศนีย์ ศรีจันทร์

ผู้บันทึกข้อมูล นางสุภาศรี ธรรมสรางกูร

เริ่มสนทนา เวลา 10.30 น.

แนะนำตัว

1. นางหนู	ใจอินทร์	ผู้สูงอายุ	ตำบลสบเฟือง
2. นางทองหมาย	คำชุ่ม	ผู้สูงอายุ	ตำบลสบเฟือง
3. นายลภ	ใจกันทา	รองประธานชมรมผู้สูงอายุ	ตำบลสบเฟือง
4. นายอินปวน	บุตรทา	ประธานชมรมฯ	ตำบลทุ่งโจ้
5. นายหนึ่ง	เขียวมาวงค์	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผนเทศบาล	ตำบลต้นธงชัย
6. นายทรงพล	เครือคำหล้า	รองปลัดฯ	อบต.บ้านค่า
7. นายคำอ้าย	แก้วสาร	ประธานฯผู้สูงอายุ	บ้านต้นฮ่างพัฒนา
8. นายธนู	มากมี	ประธานสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยประจำจังหวัดลำปาง ประธานชมรมผู้สูงอายุต้นธงชัย	
9. นายลูน	แก้วสาร	ชมรมฯรัตนานุรักษ์	ค่าหลวง
10. นายยืน	วงศ์ลังกา	ประธานผู้สูงอายุท่าโทก	ต้นธงชัย
11. นายหลง	จักรเที่ยง	ประธานชมรมฯแพะหนองแดง	ตำบลทุ่งฝาย
12. นายทองดี	หมายหมั้น	ประธานชมรมฯบ้านค่า	ค่าหลวง
13. นายวรรณ	นันตะกูล	ประธานชมรมฯบ้านค่า	ค่าหลวง
14. นายล้วน	ยี่ยวน	ประธานชมรมฯ	ค่าหลวง
15. นางธารทิพย์	คำสืบ	อสม.	
16. นางเครือวัลย์		ผู้สูงอายุ	ทุ่งกล้วย
17. นายทอน	แก้วมา	ผู้สูงอายุ	ทุ่งกล้วย
18. นายบุญมี	คำฟูบุตร	ผู้สูงอายุ ม.12	บ้านเอื้อม
19. นายชุม	ฟูพันธ์	ผู้สูงอายุ ม.5	บ้านเอื้อม
20. นางบุญทอง	เถาปัญญา	ผู้สูงอายุ	ค่าหลวง
21. นางคำปวน		ผู้สูงอายุ	
22. นางปราวีณา	พงษ์จันทร์		รพ.สต.ค่าหลวง
23. นางผ่องศรี	ยะเรือนงาม		รพ.สต.ท่าโทก
24. นางนิศารัตน์	จัตุทะศรี		รพ.สต.ทุ่งกล้วย
25. นางรัตนาภรณ์	วงภูธร	ผู้เขียน Mind Map	รพ.สต.รัตนานุรักษ์

คุณทัศนีย์ กล่าวต้อนรับ แนะนำตัว สถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุเป็นอย่างไรบ้าง

คุณคำอ้าย จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมา 2 ปี เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ยามเจ็บป่วย ซื้ออาหารเยี่ยมผู้สูงอายุเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล เมื่อมีสมาชิกชมรมฯเสียชีวิต จะช่วยเหลือค่าทำศพรายละ 7,000 บาทขึ้นไป โดยเก็บจากสมาชิกคนละ 20 บาท เก็บเมื่อสมาชิกเสียชีวิต ช่วยเหลือกันทั้งทางกาย ทางใจ ทางทรัพย์สิน ต้องช่วยกันตอนนี้ถ้าเราไม่ช่วยกัน ใครจะมาช่วย

คุณบุญมี ชมรมผู้สูงอายุบ้านเอื้อมมีเงินอยู่ 12,000 บาท เก็บมาจากสมาชิกคนละ 10 บาท เก็บเมื่อมีผู้เสียชีวิต เวลาผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาลไปเยี่ยม ไปช่วยดูแล นอกจากนี้มีกิจกรรมออกกำลังกาย รวมกลุ่มทั้งนักเรียนและชุมชน

คุณทองดี เมื่อมีผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาลมีกองทุนซื้อของเยี่ยมผู้สูงอายุและค่ารถไปส่งผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านมีกิจกรรมหลายอย่าง เช่น จักสานตะกร้าจากทางมะพร้าว ประดิษฐ์ดอกไม้ กลุ่มสตรีเป็นคนทำ ผู้ชายก็มีกลุ่มเลี้ยงไก่ไว้ขาย ตะกร้ามีผู้รับซื้อไปขายเป็นสินค้า OTOP ของหมู่บ้าน ประกวดได้ที่ 1 ใน 8 หมู่บ้าน สมาชิกชมรมมีทั้งหมด 400 กว่าคน มีประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุ เมื่อสมาชิกเสียชีวิต ชมรมฯเป็นเจ้าภาพงานศพ ใช้เงินกองกลางช่วย นอกจากนี้มีการดูแลคนเจ็บป่วยในหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ มีหลายระดับที่ยากจนก็มี ไม่มีข้าวกิน ก็เรี่ยไรพวกข้าวสาร อาหารแห้ง จากชาวบ้าน

คุณรัตนาภรณ์ ที่หมู่ 5 ชมรมของพ่อทองดีสามารถสร้างที่ออกกำลังกายของหมู่บ้าน สร้างลานเดิน มีกลุ่มรำไม้พลอง มีอาคารที่ตั้งชมรมเป็นของตัวเองอยู่ติดกับ OTOP และมีกลุ่มสตรีเย็บผ้าอยู่ข้างๆ และกำลังเรี่ยไรเงินซื้อเครื่องออกกำลังกาย

คุณยืน ประธานผู้สูงอายุหมู่ 9 มีการช่วยเหลือเยี่ยมเยือนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และช่วยเหลืองานศพ เนื่องจากเป็นหมู่บ้านเล็กมีประชากรน้อย รายได้เก็บจากผู้สูงอายุคนละ 10 บาท เวลามีงานในหมู่บ้านจะต้องไปทุกที่

คุณรัตนาภรณ์ ตำบลรัตนานุรักษ์และตำบลค่าหลวง จะมีมูลนิธิของอาจารย์จากเชียงใหม่ให้เงินมา 3 แสน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุประกอบอาชีพ

คุณทองหมาย ชมรมผู้สูงอายุบ้านสบเฟือง ทำดอกไม้จันทน์สัปดาห์ละ 5 วัน มีรายได้ฝากไว้ที่ธนาคาร มีการช่วยเหลือผู้สูงอายุเวลาเสียชีวิต โดยเก็บเงินจากสมาชิกคนละ 10 บาท

คุณธนู แจ้งให้ทราบว่า พมจ. มีกองทุนมอบเงินให้กรณีเสียชีวิต 2,000 บาท ทุกคน ซึ่งเดิมให้เฉพาะคนยากจน ตอนนี้ข้าราชการบำนาญได้หมด ถ้าชมรมมีการจดทะเบียนเป็นองค์กรสาธารณกุศล พม. จะมอบให้ 20,000 บาท เช่น ที่ทุ่งฝายเป็นกองทุนเก็บไว้และเก็บจากสมาชิก 10 บาท หรือ 20 บาท ก็ได้ สมทบเอาไว้ใช้จ่ายช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยได้ 500 บาท กรณีผู้สูงอายุเสียชีวิตได้ 1,000 บาท

คุณทัศนีย์ ถามว่าชมรมผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ทุกวันนี้พอใจหรือยัง อะไรบ้าง

คุณคำปวน ดีใจที่มีส่วนร่วม

คุณทัศนีย์ ส่วนที่ไม่พอใจมีบ้างหรือไม่

คุณทองดี การสนับสนุนงบจากภาครัฐยังมีน้อย อยากได้ไปให้สมาชิกกู้ยืม

คุณบุญทอง อยากให้สนับสนุนงบประมาณซื้ออุปกรณ์เพื่อสนับสนุนกิจกรรมออกกำลังกาย

คุณทัศนีย์ ถ้าผู้สูงอายุป่วยอยู่ที่บ้านทำอย่างไรบ้าง

คุณทอน ผู้สูงอายุไปเยี่ยมเยือนที่บ้านเอาขนม กับข้าว ของกิน นม ไปฝาก

คุณบุญทอง ไปแนะนำลูกหลายให้ดูแล ถ้าไม่มีลูกหลานก็ต้องไปดูแลเช็ดเนื้อเช็ดตัวให้ ป้อนข้าว

คุณทัศนีย์ มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในหมู่บ้านมีมั้ยค่ะ เราทำอย่างไร

คุณทองดี มีที่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ลูกหลานไปอยู่ที่อื่น เราก็ติดตามลูกหลานมาดูแล

คุณทัศนีย์ ฟังดูชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งระดับหนึ่ง บทบาทภาครัฐเป็นอย่างไร

คุณทรงพล บทบาทของท้องถิ่นเป็นเรื่องของนโยบาย มีงบ กสต.สนับสนุนตรงนี้ ตัวของอบต.สนับสนุนทางอ้อม ช่วยทางรพ.สต.ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยทำโครงการเจ้าหน้าที่ รพ.สต.มีความเชี่ยวชาญด้านนี้ไปดำเนินการในเรื่องการออกกำลังกายได้หมดทุกรพ.สต. ทางชมรมผู้สูงอายุก็ได้ดำเนินการเขียนโครงการของบดูแลสุขภาพ เชิญวิทยากรจากรพ.สต. ส่วนรพ.สต.ขอโครงการการคัดกรองเบาหวาน ผู้ป่วยเรื้อรัง อาหารปลอดภัยได้หมดทั้งชมรมผู้สูงอายุ

คุณหนึ่ง ต้นธงชัยได้สนับสนุนงบไปกับกสต. (กองทุนสุขภาพตำบล) ส่วนของผู้สูงอายุมีประธานตำบลเป็นแกนนำ ประสานประธานหมู่บ้านทั้งหมด 13 หมู่ เขียนโครงการมาตามระเบียบของกองทุนได้หมู่ละ 10,000 บาท รวมทั้งหมดได้จัดสรรไป 120,000 บาท รพ.สต.ต้นธงชัย รพ.สต.ใหม่จำบอน ทำโครงการประเภทการดูแลสุขภาพการคัดกรองเบาหวาน สายใยรัก ศูนย์ 3 วัย

คุณทัศนีย์ ที่นี้ทางชมรมผู้สูงอายุทราบมั้ยว่า อปท.มีเงินสนับสนุนตรงนี้

คุณทอน ไม่ทราบ

คุณทัศนีย์ ปัญหาอุปสรรคอันหนึ่ง คือ การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง

คุณทรงพล แล้วแต่ อปท.

คุณหนึ่ง ส่วนใหญ่จะประสานแกนนำประธานจะทราบทุกหมู่บ้าน

คุณทรงพล ถ้าไม่ใช่ประธานรองประธานแต่ละหมู่บ้าน อาจไม่ทราบ

คุณหนึ่ง ทางโรงเรียนเคยจัดทำโครงการของบฯสนับสนุนให้เด็กช่วยเหลือผู้สูงอายุนัดเด็กไปตามหมู่บ้านจัดกลุ่มละ 10 – 20 คน มีอาจารย์นำไปสำรวจผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ให้เด็กกวาดบ้าน ถูบ้าน เช็ดตัว ไปช่วยกัน แต่ตอนนี้โรงเรียนยุบไปก็อยากให้โครงการดีๆ แบบนี้มีอีก ถ้าในพื้นที่มีโรงเรียนเพราะเห็นเป็นโครงการที่ดี

คุณรัตนาภรณ์ รอบหน้าเสนอเชิญโรงเรียนมาด้วย บ้าน วัด โรงเรียน

คุณทัศนีย์ ก่อนที่จะไปเรื่องต่อไป ขอเชิญคุณรัตนาภรณ์สรุปค่ะ

คุณรัตนาภรณ์ สรุปสถานการณ์ของผู้สูงอายุปัจจุบันนี้ มีชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านคล้ายกันคือ ดูแลผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยไปเยี่ยม เมื่อเสียชีวิตสมาชิกไปช่วยเหลืองานศพและ เก็บเงินกัน ชมรมมีการพัฒนา บางที่มีการออกกำลังกาย มีกลุ่มจักสาน กลุ่มเลี้ยงไก่ ทำดอกไม้จันทน์ แต่ละที่มีสมาชิกมาประมาณ 80% ของหมู่บ้าน

คุณทัศนีย์ ที่เหลือ 20% อยากทราบเหตุผล เขาไม่มาเพราะอะไรค่ะ

คุณบุญมี เขาไม่พร้อม บางคนอาจคิดสั้น คิดว่าตนเองยังหนุ่มอายุ 60-65 ปี วันเกิดรู้แต่ไม่รู้วันตาย

คุณทัศนีย์ แสดงว่าการเป็นชมรมผู้สูงอายุนี้ เป็นการเตรียมตัวสำหรับการตายของตนเองหรือ

คุณคำปวน อีกเหตุผลหนึ่งเป็นที่พบปะสังสรรค์

คุณบุญทอง	เป็นการช่วยเหลือกัน คนที่ยังไม่มาคิดว่ายังหนุ่มแน่นไม่ต้องการการช่วยเหลือ
คุณลภ	เขาไปทำงาน ยังไม่พร้อม
คุณบุญมี	สมาชิกเข้าชมรมผู้สูงอายุได้หมด อายุเท่าไรก็ได้ เก็บรายละ 10 บาท แต่ถ้าอายุ 60 ปีขึ้นไปจะได้เบี้ยยังชีพ
คุณรัตนาภรณ์	สรุปต่อ คนที่เข้าชมรมคือต้องการช่วยเหลือคนอื่น เช่น ตาย ป่วย ความพอใจในการ เข้าชมรมผู้สูงอายุคือการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ที่ไม่พอใจคือการสนับสนุนจากภาครัฐไม่พอ เบี้ยรายเดือนน้อย บางท่านไม่ทราบว่ามีเงินกองทุน (กสต.) ผู้สูงอายุที่ป่วยมีการออกเยี่ยม มีการแนะนำลูกหลานดูแล ถ้าไม่มีลูกหลานก็จะไปดูแลให้ทางท้องถิ่นจะสนับสนุนงบประมาณกสต. การดูแลการเยี่ยมต่างๆการออกกำลังกาย สนับสนุนรพ.สต.โดยต้องเขียนโครงการขอไป ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำตอบกับรพ.สต.ร่วมกันทำงาน ประธานตำบลจะประสานประธานหมู่บ้าน อบต. จะนัดประธานหมู่บ้านกับคณะกรรมการ เพื่อจะดูว่าโครงการงบประมาณจะมาแล้ว มีข้อเสนอแนะให้นักเรียนดูแลผู้สูงอายุ
คุณทัศนีย์	ถ้าหากเลือกได้ ลองฝันอยากเห็นกลุ่มของผู้สูงอายุเป็นอย่างไรบ้าง
คุณบุญมี	อยากให้ผู้สูงอายุทุกหมู่บ้านมีสุขภาพแข็งแรง มีการออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพของตัวเองและดูแลสุขภาพของผู้อื่นด้วย
คุณหนู	อยากให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีความสบายใจ
คุณคำอ้าย	อยากให้ผู้สูงอายุมีที่พักพิงในหมู่บ้านและมีคุณหมอไปเยี่ยมเวลาเจ็บป่วยอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง สถานที่ก็แล้วแต่หมู่บ้าน
คุณหลง	อยากให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีอาหารกิน
คุณยืน	อยากให้มีลูกหลานมาเยี่ยมเยือน ดูแล
คุณทองดี	อยากให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีเงินใช้ มีของกิน มีจิตใจดี
คุณวรรณ	อยากให้ผู้สูงอายุแข็งแรง มีลูกหลานดูแลไปเยี่ยมเยือนอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง ก็ยังดี จัดหาอาหารที่อร่อยถูกปากเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
คุณล้วน	อยากให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย
คุณธารทิพย์	เป็นอสม. ไปทำงานเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุว่าท่านเจ็บป่วยหรือไม่ ซักประวัติ จดบันทึกการเจ็บป่วยเรื้อรัง วัดความดัน
คุณเครือวัลย์	อยากให้ผู้สูงอายุอยู่สุขสบาย
คุณทอน	อยากให้ทางราชการมีการอบรมสั่งสอนให้ลูกหลานเข้าใจผู้สูงอายุ เพราะบางคนลูกหลานไม่ดูแล
คุณชุม	อยากให้ผู้สูงอายุไปวัดไปวา เมื่อยังมีกำลังอยู่
คุณบุญทอง	อยากให้คุณหมอเป็นวิทยากรนำออกกำลังกายสักอาทิตย์ละครั้ง หรือมอบให้อสม.เป็นตัวแทนก็ได้
คุณคำปวน	อยากให้มีการรวมตัว มีกิจกรรมเดือนละครั้ง คุณหมอจะได้ไปเยี่ยมเยือนดูแลผู้สูงอายุ
คุณทองหมาย	อยากให้ผู้สูงอายุมีพี่พักพิง บางคนมีลูกแต่ลูกอยู่ไกล ไปทำงาน
คุณอินปวน	อยากให้ตั้งศูนย์เลี้ยงคนชราไปเช้าเย็นกลับ ลูกหลานมีภาระไปทำมาหากิน ไม่มีเวลาดูแล
คุณทัศนีย์	อปท.ฝันว่าอย่างไร

คุณหนึ่ง อยากเห็นการจัดกิจกรรม อันดับแรกสนับสนุนงบประมาณได้ เสนอว่าทางวิทยาลัยพยาบาลฯ กระตุ้นให้ผู้นำเห็นความสำคัญ อยากให้มีโครงการระยะยาวต่อเนื่องดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ปกติ เสี่ยงเป็นโรคบ่อยและเมื่อเสียชีวิต โครงการส่วนใหญ่เป็นการอบรม บางส่วนเราไม่เอาไปใช้ก็ไม่ได้ประโยชน์

คุณบุญทอง อยากให้คุณหมอนอนที่สถานีอนามัย และอยู่วันเสาร์-อาทิตย์ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยกลางคืน บางคนยากจนไม่มีเงินเหมารถไปโรงพยาบาล

คุณทัศนีย์ สรุป ภาพที่มองเห็นผู้สูงอายุเราฝันเห็น ถ้าผู้สูงอายุปกติไม่เจ็บป่วย ความฝันเราคือได้รับการดูแลสุขภาพและได้รับการเอาใจใส่จากลูกหลายด้วย ถ้าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงคือความดันเริ่มสูง น้ำตาลเริ่มสูง เมื่อกี้อสม.บอกว่ากลุ่มนี้ต้องมีการเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาว่าป่วยหรือไม่ กลุ่มป่วยผู้สูงอายุได้รับการดูแล ดูแลที่บ้านถ้าบ้านไม่ไหวดูที่โรงพยาบาลลำปาง ถ้าที่โรงพยาบาลก็ไหวดูแลที่ศูนย์ดูแลตลอดเวลา และศูนย์ไปเช้า-เย็นกลับเหมือนศูนย์เด็กเล็กดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด ทั้งปกติ ทั้งเสี่ยงและป่วย

คุณบุญมี ผู้สูงอายุที่ลูกหลานไม่ดูแลมี 2 อย่างคือ
อย่างที่ 1 ไม่มีญาติ ก็จะมีเจ้าหน้าที่มีอสม.ไปดูแล
อย่างที่ 2 ลูกหลานเยอะไม่มีการดูแล ดังคำโบราณที่ว่า คำพูดดี ลูกหลานใกล้ชิด คำพูดเป็นพิษ ญาติมิตรห่างไกล แต่ผู้สูงอายุที่นี้ไม่มีแบบนี้

คุณทัศนีย์ พอนึกภาพออกใช่ไหมค่ะ มีอีกกลุ่มหนึ่งคือผู้สูงอายุเสียชีวิต ถ้าตายได้เงินช่วยเหลือ สรุปแล้วนี่คือฝัน มีอะไรเพิ่มเติม

คุณวรรณ ผู้สูงอายุพิการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อยู่กลุ่มไหน

คุณทัศนีย์ ก็เป็นกลุ่มป่วยไปอยู่โรงพยาบาลหรืออยู่ศูนย์หรืออยู่บ้าน ที่นี้เรามาหาทางแก้ เราจะทำอย่างไรผู้สูงอายุทั้ง 4 กลุ่มจะไปได้ถึงฝัน

คุณวรรณ จัดตั้งกลุ่มและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ

คุณบุญทอง ชมรมมีแล้วก็พัฒนา

คุณบุญมี โดยมีเป้าหมายให้มีสมาชิกให้ครบ 100%

คุณทัศนีย์ ข้อที่ 2 อะไรอีก

คุณคำปวน สนับสนุนการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดย อปท.

คุณรัตนาภรณ์ มีเครื่องออกกำลังกายอยู่แล้ว แต่ไม่ค่อยออกกำลังกายควรจะจัดตั้งศูนย์รวมและจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย

คุณทัศนีย์ จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน มีคุณหมอเป็นพี่เลี้ยง

คุณคำอ้าย ถ้าได้ศูนย์นี้เป็นของหมู่บ้านทุกตำบล ผู้สูงอายุก็จะรวมกลุ่มมาอยู่ที่นั่นก็จะเป็นมหาโชค อาทิตย์หนึ่งนิมนต์พระมาเทศน์สัก 1 ครั้ง

คุณธารทิพย์ ถ้ามีศูนย์ หมู่ อสม. ช่วยดูแลได้

คุณทัศนีย์ เป็นความคิดอันแหลมคมมาก ต่อไปเราจะมีกิจกรรมอะไรบ้าง เป้าหมาย ใครเป็นคนทำ งบประมาณเท่าไร กิจกรรมที่ 1 ทำอะไรคะ

คุณคำอ้าย ต้องประชุมชี้แจงชาวบ้านทุกคน โดยมีประธานชมรมฯ ผู้ใหญ่บ้าน เชิญกรรมการผู้สูงอายุ และ อบต.มาด้วย คุณหมอและอสม.ด้วย ไม่ต้องใช้งบประมาณก็ได้

คุณทัศนีย์ กิจกรรมต่อไปทำอะไร ประชุมแล้วชาวบ้านตกลง มีศูนย์จะทำยังไง

คุณรัตนาภรณ์ จัดตั้งคณะกรรมการศูนย์ เป็นคนในชุมชนซึ่งผ่านการคัดเลือก อาจเป็นจิตอาสา

คุณบุญมี จำนวนประมาณ 15 คน มีค่าอาหารว่างในวันประชุม

คุณคำอ้าย ประชุมกรรมการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้งานสำเร็จ

คุณทัศนีย์ จัดตั้งกรรมการแล้วสถานที่เอาที่ไหนคะ

คุณทองดี ใช้ของส่วนรวมที่สาธารณะในหมู่บ้าน มีศาลา SML มีทุกหมู่บ้านหรือใช้ศาลาวัดก็ได้ ตำบลบ้านค่ามีศูนย์เด็กทุกหมู่บ้าน มีการยุบรวมศูนย์ ศูนย์เด็กว่างก็เอามาปรับปรุง

คุณทัศนีย์ เดิมเอางบที่ไหนมาสร้างศูนย์เด็กเล็ก

คุณคำอ้าย อบต.

คุณทัศนีย์ งบประมาณขอรับสนับสนุนจาก อปท.มาปรับปรุง ผู้รับผิดชอบเป็นใคร

คุณคำอ้าย ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน กับอปท.

คุณทัศนีย์ ได้สถานที่แล้ว อุปกรณ์เอาจากไหน

คุณบุญมี ทอดผ้าป่า

คุณทัศนีย์ งบประมาณนอกจากอปท.แล้วทอดผ้าป่า ถ้าเปรียบเป็น computer ซื้อเครื่องคอมพิวเตอร์มาแล้ว โปรแกรมล่ะ กิจกรรมต่อไปทำยังไง

คุณคำอ้าย หาพี่เลี้ยงดูแลศูนย์

คุณทัศนีย์ จัดหาและพัฒนาผู้ดูแลศูนย์ เอามาจากไหน มีเงินเดือนมั้ย

คุณบุญมี ท้องถิ่น

คุณทัศนีย์ น้องหนึ่งเป็นไปได้มั้ยค่ะ หลักการถ้าชุมชนอยากมีผู้ดูแลศูนย์

คุณหนึ่ง ด้วยเงื่อนไข ต้องเป็นพนักงานจ้างของเทศบาล

คุณคำอ้าย อสม.ดูแลด้วย

คุณทัศนีย์ ถ้าไม่เป็นพนักงานจ้างแต่เป็นจิตอาสาได้มั้ย เป้าหมายคือจัดจ้างส่วนหนึ่ง จิตอาสาส่วนหนึ่ง คนรุ่นเก่ามีจิตสาธารณะสูง แต่คนรุ่นใหม่ถามหาค่าตอบแทน ที่เสนอเมื่อกี้ มีจิตอาสาและอสม. มีเงินเดือนบ้างช่วยกันบ้าง

คุณรุ่งรัศมี จัดหาผู้ดูแล ถ้าจะเอาคนที่มีจิตอาสา ก็ควรต้องพัฒนาจิตอาสาด้วย

คุณทัศนีย์ ค่ะ มีแล้วค่ะ จัดหาและพัฒนาศูนย์ ทีนี้จัดตั้งศูนย์แล้วมีผู้ดูแลแล้ว จะมีผู้สูงอายุมามั้ย

คุณคำอ้าย มันจำเป็น ผู้สูงอายุต้องมาร่วมกิจกรรม เพราะไม่มีที่ไปและมีมาตรการดำเนินงานในศูนย์ให้ชัดเจน ใครจะตายแล้วมาเข้าอย่างนี้ไม่ได้

คุณทัศนีย์ ถ้าอย่างนั้น มีการกำหนดมาตรการและประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องและประชาชนทราบ ใครรับผิดชอบ

คุณคำอ้าย คณะกรรมการ

คุณทัศนีย์ มีคนถามว่าศูนย์นี้ต้องอยู่ตลอด หยุดไม่ได้นะ ใครเป็นผู้ควบคุม กำกับดูแลให้มีทุกวันต่อเนื่อง

คุณคำอ้าย ประธานชมรมผู้สูงอายุ ควบคุมกำกับ และมีกรรมการมีคุณหมอด้วย อบต.ด้วย

คุณทัศนีย์ สรุปแล้วต้องมีทั้ง อบต.และเจ้าหน้าที่กำกับงานเราให้สำเร็จ งบประมาณต้องมีมั้ยคะ การประชาสัมพันธ์ต้องมีงบประมาณทำแผ่นพับมั้ยค่ะ

คุณลภ ประกาศเสียงตามสาย และบอกต่อ

คุณทัศนีย์ สรุปแล้วประชาสัมพันธ์ไม่ใช้งบฯ งบประมาณนี้ใช้เมื่อตอนก่อสร้างศูนย์ ประชุมกรรมการและจ้างพี่เลี้ยงศูนย์

คุณหนึ่ง ขอถามศูนย์เราเป็นแบบไหน กลุ่มศูนย์เราเอาแบบทั้งไป-กลับ เอาผู้ป่วยมาให้ดูแลอยู่ประจำ

คุณรัตนาภรณ์ ขอถามรองปลัดค่ะ ผู้ดูแลศูนย์พอจะหางบฯมาจ้างได้มั้ยค่ะ

คุณทรงพล ติดตรงระเบียบสปสช. เคยมีหนังสือหารือมาเพราะมันซ้ำซ้อนกับทางโรงพยาบาลของรัฐ

คุณหนึ่ง ถ้าเราทำโครงการ เช่น ได้งบสนับสนุน 20,000 เราอาจไปบริหารจัดการ เอาเงินมาใช้ตรงนี้บ้าง อาจจัดเวรเอาอสม.มาช่วย เอาเด็กนักเรียนมาทำความสะอาดหรือผู้สูงอายุมาช่วยป้อนอาหาร แต่ต้องมีเจ้าภาพเป็นแกนหลัก เช่น กองสวัสดิการ อาจจัดเจ้าหน้าที่มารับผิดชอบประสาน รพ.สต.มาดูแลบ้าง

คุณทัศนีย์ ตามที่ตกลง ประธานชมรมผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่ต้องมีกรรมการร่วมด้วย ประธานนี้เป็นประธานศูนย์ด้วย

คุณทรงพล ประธานชมรามถ้าอยากได้งบ อบต.อาจจัดอบรม พอมีงบประมาณเหลือ ก็เอามาบริหารศูนย์ได้

คุณทัศนีย์ อาจทำโครงการทำอาชีพ เช่น ทำพวงหรีด จักสาน ถ้ามีรายได้มีกำไรก็เอามาช่วยตรงศูนย์

คุณทรงพล ความจริงประธานชมรมผู้สูงอายุจะเขียนโครงการอะไร เทศบาลและอปท.ก็สนับสนุน อปท.มีเจ้าหน้าที่ มีคอมพิเตอร์ก็จะช่วยเหลือ รพ.สต.ให้ความร่วมมืออยู่แล้ว

คุณทัศนีย์ เพื่อความเหมาะสมนะคะ ไม่ได้ทำผิดประเภท

คุณหนึ่ง มีการจัดทำบัญชีให้ถูกต้องชัดเจน

คุณทัศนีย์ จากที่พูดมาจบด้วยการมีศูนยน์ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งภาพนั้นไม่ใช่ดูแลผู้สูงอายุที่นอนป่วยอย่างเดียว แต่เป็นศูนย์ที่มีชีวิตชีวา คนมาส่งเสริมสุขภาพมาดูแลตัวเองทำอาชีพ มาออกกำลังกาย มาดูแลเรื่องอาหารการกิน

คุณหนึ่ง มาสังสรรค์ ดนตรี กีฬา พร้อม

คุณรัตนาภรณ์ สรุป สิ่งที่จะให้ยั่งยืนในฝันคือ จัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้ต่อเนื่องและยั่งยืน เป้าหมายให้ได้ 100% สนับสนุนโครงการออกกำลังกายผู้สูงอายุ จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อสม.มีจิตอาสาเข้ามาดูแล การจัดตั้งศูนย์นี้มีการประชุมชี้แจงให้ประชาชนทราบว่าจะมีศูนย์เกิดขึ้นในชุมชน ประชาชนต้องรับรู้ว่ามีศูนย์แล้ว โดยมีผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ อบต. รพ.สต. เป็นผู้ประสานประชุมชี้แจง เหตุผลที่สร้างศูนย์ การดูแลยังไง การจัดตั้งกรรมการ มีการประชุม 1-2 ครั้ง/เดือน กรรมการมาจากชาวบ้าน ผู้นำจิตอาสา หรือพ่อเลี้ยง แม่เลี้ยง ก็ได้ จำนวน 15 คน อุปกรณ์และสถานที่ตำบลบ้านค่าใช้ศูนย์เด็กมาปรับปรุง ส่วนที่อื่นอาจใช้ศาลา SMl ปรับปรุง ใครเป็นผู้นำ คณะกรรมการคือผู้ใหญ่บ้าน งบประมาณมีการระดมทุนทอดผ้าป่า การจัดหาและพัฒนาผู้ดูแลศูนย์คือจิตอาสา อสม. และนักเรียน ใครทำ คณะกรรมการดูแลศูนย์ ค่าตอบแทนแล้วแต่คณะกรรมการของแต่ละหมู่บ้านกำหนดมาตรการและการประชาสัมพันธ์ คนทำ คือ คณะกรรมการโดยออกเสียงตามสายการบริหารจัดการ ผู้กำกับดูแลศูนย์ คือ ประธานชมรม คณะกรรมการ อบต. อปท. เจ้าหน้าที่รพ.สต. งบประมาณฝันจากงบที่เหมาะสมของอบต.

คุณทัศนีย์ ครบตามประเด็น หลักการ 1 ตำบล 1 ศูนย์ ทำงานร่วมกับอปท. ขอขอบคุณทุกท่านที่ร่วมให้ความคิดเห็น

<u>สรุปประเด็นที่ได้จากการเสวนาครั้งนี้</u>

แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. จัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง
2. จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ

   2.1 การสร้างความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่ โดยการประชุมชี้แจงผ่านการประชุมหมู่บ้าน/ชุมชน

   2.2 จัดตั้งคณะกรรมการและมีการประชุมอย่างน้อยเดือนละครั้ง โดยคณะกรรมการมาจากผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่บ้าน อปท. เจ้าหน้าที่รพ.สต. และจิตอาสา หรือผู้สนับสนุนกิจกรรมในชุมชน จำนวนไม่เกิน 15 คน

   2.3 จัดหาสถานที่และอุปกรณ์ในศูนย์ฯ โดยใช้ศูนย์เด็กเก่าหรืออาจใช้ศาลามาปรับปรุง

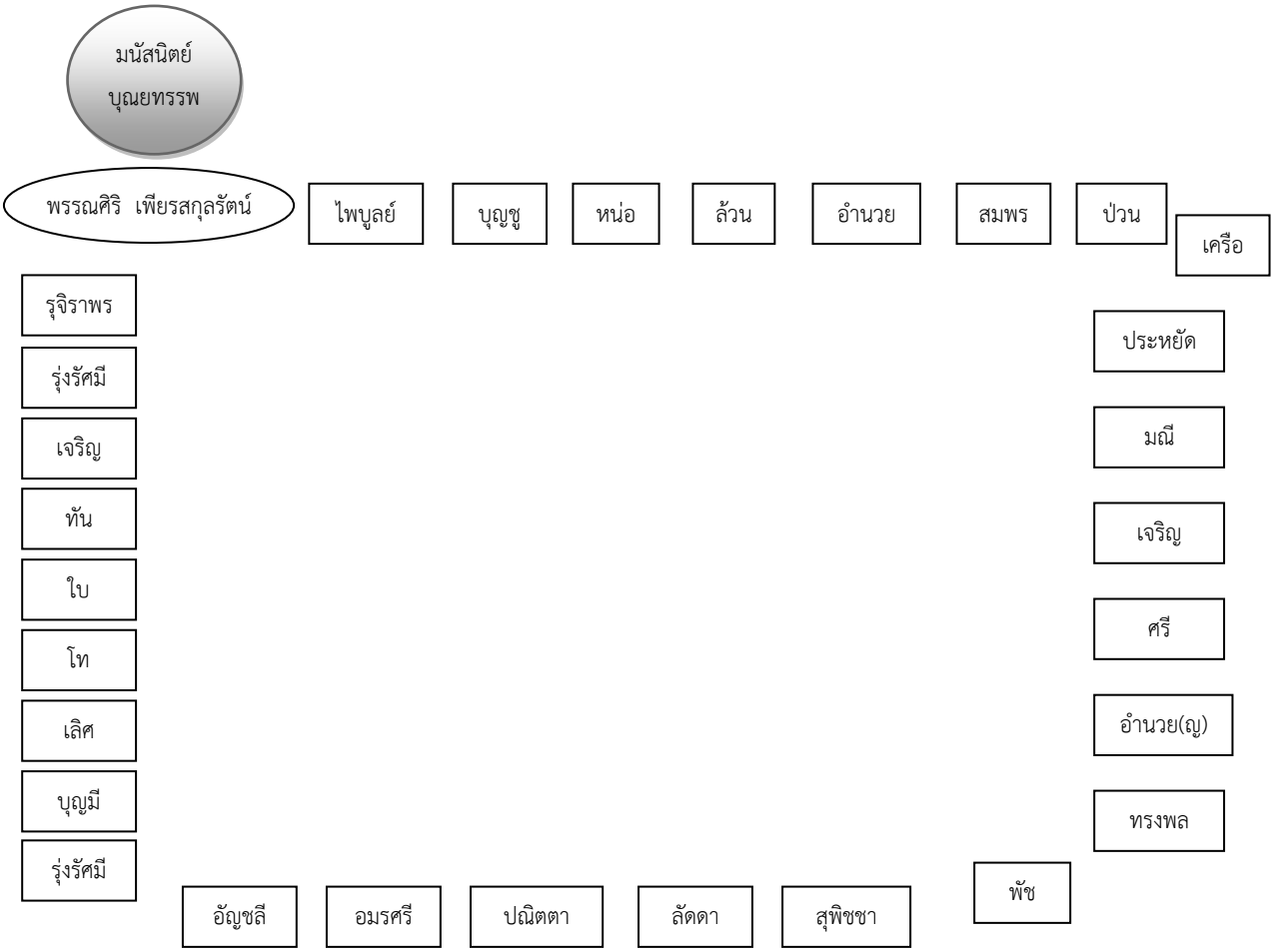
   2.4 จัดหางบประมาณจากการระดมทุน ทอดผ้าป่าหรือขอรับการสนับสนุนจาก อปท.

   2.5 จัดหาและพัฒนาผู้ดูแลศูนย์ฯ โดยจัดจ้างผู้ดูแลหรือจิตอาสาจากผู้สูงอายุ/อสม./นักเรียนในชุมชน

   2.6 ประชาสัมพันธ์การบริการและเชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์โดยผ่านเสียงตามสายหรือบอกต่อ

   2.7 การกำกับดูแลการดำเนินงานในศูนย์ฯ โดยประธานศูนย์ฯผู้นำชุมชน, อปท. และเจ้าหน้าที่รพ.สต.

กลุ่มสนทนาที่ 2



ผู้นำสนทนา นางมนัสนิตย์ บุณยทรรพ

ผู้จดบันทึก นางพรรณศิริ เพียรสกุลรัตน์

ผู้ร่วมสนทนา ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

<u>โซนบ้านกาด</u> PCU ม่วงแงว, PCU ท่าขัว, PCU สบไพร, PCU บ้านกาด,PCU ทุ่งม่านเหนือ, PCU แม่กีย

<u>โซนบ้านเอื้อม</u> PCU เสด็จ, PCU สบมาย, PCU นิคม 16, PCU จำค่า, PCU หัววัง, PCU ทรายทอง

กองสาธารณสุขเทศบาลนครลำปาง

ตัวแทนจากสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ประจำจังหวัดลำปาง

ตัวแทนผู้สูงอายุบ้านดงม่อนกระทิง ต.บ่อแฮ้ว อ.เมือง จ.ลำปาง

<u>ผู้นำสนทนา</u> คุณมนัสนิตย์ บุณยทรรพ

<u>ผู้บันทึกข้อมูล</u> คุณพรรณศิริ เพียรสกุลรัตน์

<u>เริ่มสนทนา</u> เวลา 10.15 น.

ผู้นำสนทนา แจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการของผู้สูงอายุในชุมชนต่อสถานบริการ

ผู้นำการสนทนา

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
2. ชี้แจงหัวข้อมูลที่จะเป็นประเด็นในการสนทนา คือ

    2.1 สถานการณ์ของผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นอย่างไร

    2.2 ความฝันหรือความต้องการในการดูแลบริการผู้สูงอายุ

    2.3 การวางแผนการดำเนินงานอย่างไรในการดูแลผู้สูงอายุ
3. ชี้แจงกฎ กติกา ของการเสนอความคิดเห็น

ประเด็นที่ 1 สถานการณ์ของผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นอย่างไร

คุณเลิศ ของกลุ่มผู้สูงอายุ ม.11 บ้านสบมาย มีการรวมกลุ่มกันไปดูแลเยี่ยมให้กำลังใจและให้เงิน 100 บาท กรณีเสียชีวิตจะมีการนำเงินออมของชมรมที่เก็บคนละ 10 บาท/เดือน ให้จำนวน 2,000 บาท พร้อมพวงหรีดและดอกไม้จันท์จำนวน 1 ถุง สำหรับใช้ในงานศพ กรณีผู้สูงอายุต้องการใช้เงินจะให้ยืมครั้งละ 300 บาท โดยไม่คิดดอกเบี้ย

คุณเครือ ชมรมฯของตนเองมีเพื่อนเยี่ยมเพื่อน แต่มีการเก็บเงิน 2 ประเภท คือ เงินออมและเงินกองกลาง เงินกองกลางคือ เก็บคนละ 100 บาท/ปี ส่วนเงินออมคือ ทุกเดือนที่มีการทำกิจกรรมชมรมออกกำลังกาย จะมีการออมเงินโดยใครจะออมเท่าไหร่ก็ได้มีสมุดบันทึกไว้ถ้าใครต้องการเบิกใช้ก็เบิกใช้จากส่วนนี้ได้ กรณีเจ็บป่วยมีการเยี่ยมซื้อของเยี่ยม ถ้าเสียชีวิตให้เงิน 1,500 บาท และเป็นเจ้าภาพสวด 1 คืน

คุณโท ในชมรมของตนเองถ้าเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลให้คืนละ 100 บาท โดยเอาเงินจากเงินออมของชมรม

คุณนิตยา ตนเองเป็นผู้ดูแลแม่ อายุ 92 ปี ขากหัก 2 ข้าง ป่วยมา 2 ปี บางครั้งเหนื่อยแต่ก็ต้องดูแลและตนเอง เป็นอสม.ด้วย บางครั้งต้องไปดูแลผู้สูงอายุท่านอื่นด้วย บางคนไปดูแลที่บ้านสกปรกมาก อสม.ไปช่วยดูแลร่วมกัน อบต.และสาธารณสุข บางคนไม่มีญาติ ไม่มีคนดูแลถูกทอดทิ้ง อยากให้มีคนดูแล

คุณเครือ ผู้สูงอายุเป็นพระในบ้านลูกๆ ต้องดูแล

คุณพัชรินทร์ ถ้ากรณีมีศูนย์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนก็จะลดภาระของผู้ดูแลลง

คุณไพบูลย์ ประธานสูงอายุบ้านดงม่อนกระทิง โดยปกติกิจกรรมที่เราทำจะคล้ายคลึงกัน เช่น เงินกองทุนหมู่บ้าน เงินอสม.ทุกวันนี้เราอยู่แบบภาครัฐช่วยเหลือประมาณ 70% เช่น สาธารณสุข โรงพยาบาลลำปาง เทศบาลฯ ในส่วนของบ้านดงม่อนกระทิง ต้องขอขอบคุณทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลำปาง เทศบาลที่ช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่นอกเหนือจากภาครัฐแล้ว เราจะทำอย่างไรให้เป็น model ได้ อยากให้แต่ละที่นำเสนอข้อดีของแต่ละสถานที่

คุณรุจิราพร ในเขตเมือง จะมีปัญหาถ้าสูงอายุอยู่คนเดียว จะลำบากมาก ถูกทอดทิ้ง ไม่มีคนดูแลเราจะใช้วิธีให้ อสม.หรือผู้สูงอายุใกล้เคียงมาแล้ว เจ้าหน้าที่และลงไปเยี่ยมดูแล ในส่วนผู้สูงอายุจะมีสโมสรผู้สูงอายุ เพื่อพบปะสังสรรค์กันเดือนละครั้งกรณีถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่มีผู้ดูแล จะส่งผู้สูงอายุไปอยู่ในศูนย์ผู้สูงอายุของ พมจ.

คุณเลิศ อยากให้มีศูนย์พักพิง ศูนย์สงเคราะห์คนชรา เพื่อช่วยเหลือคนพิการหรือผู้สูงอายุแบบชั่วคราว ถ้ามีปัญหามากค่อยส่งมาโรงพยาบาล

คุณพิชชา ในส่วนที่ขาดไม่ได้ คือ ท้องถิ่น ยกตัวอย่างกรณีสูงอายุถูกทอดทิ้ง กรณีสูงอายุถูกทอดทิ้ง ญาติไม่ดูแล บ้านสกปรกรกรุงรังมาก ยกตัวอย่าง อบต.เสด็จ มีการเข้าถึงชุมชนไปช่วยเหลือดูแลบ้านจนสะอาด อีกกรณีคือ ผู้สูงอายุท่านหนึ่งดื่มเหล้า มีสมองเสื่อม ญาติไม่ดูแลและจะเอาไปอยู่ศูนย์ผู้สูงอายุนิคม 7 แต่ผู้สูงอายุไม่ไป และบางทีมีปัญหาเชิงลึกอีกมากมาย

คุณประหยัด สูงอายุมีหลายชุมชนหลายเขตมารวมกันทำได้ยากมีการเก็บออมของผู้สูงอายุและช่วยเหลือกันในหมู่บ้าน ต้องคุยกับประธานผู้สูงอายุ อสม. ในชุมชน มาพูดคุยและหาแนวทางว่าจะดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร

คุณมณี บางบ้านมีผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียว มีการเลี้ยงหมาจำนวนมาก ทำให้เวลาจะเข้าไปเยี่ยมทำไม่ได้เข้าถึงไม่ได้ อสม.บางคนบางที่มีการรวมกลุ่มกันเยี่ยมเอง ขวนขวายไปเยี่ยมเองและมีการออมเงินไปให้สูงอายุที่เจ็บป่วย

คุณเจริญ ผู้ด้อยโอกาส การเข้าถึงทำได้ไม่ดี เสนอว่าควรมีศูนย์ผู้สูงอายุในสถานีอนามัยน่าจะดี จิตอาสาที่เข้ามาช่วยดูแลน่าจะมีค่าตอบแทนบ้าง เนื่องจากถังใหม่ๆก็จะได้ แต่ถ้ามีค่าตอบแทนบ้างน่าจะมีความต่อเนื่องมากกว่านี้

<u>สรุป</u>

1. สถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุคือ กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี ก็มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ มีการออมเงินหลายรูปแบบเพื่อใช้ในกิจกรรมเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทั้งเยี่ยมให้กำลังใจมีของเยี่ยมมีเงินให้ กรณีเสียชีวิตมีการรวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น ให้เงินแก่ญาติเป็นเจ้าภาพจัดงานศพ
2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่เจ็บป่วย จะมีกิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน แต่มีผู้สูงอายุบางคนถูกทอดทิ้ง ไม่มีคนดูแลและการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง
3. อยากให้มีศูนย์พักพิง ศูนย์สงเคราะห์คนชรา เพื่อช่วยเหลือผู้พิการหรือผู้สูงอายุ

<u>ประเด็นที่ 2</u> ความฝันหรือความต้องการของผู้สูงอายุในการดูแลบริการผู้สูงอายุ

คุณหน่อ ไม่อยากให้เป็นความฝัน อยากให้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง น่าจะมีศูนย์พักพิงดูแลผู้สูงอายุ

คุณพัชรินทร์ อยากให้มีการตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในสถานีอนามัยหรือในชุมชน

คุณไพบูลย์ ตอนนี้มีการตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในสถานีอนามัยหรือในชุมชน

คุณลัดดา กรณีศูนย์นิคม 7 รับผู้สูงอายุได้แค่ 50 คน กรณีคนเดิมเสียชีวิตถึงจะรับเพิ่ม

คุณรุจิราพร ล่าสุด จะส่งผู้สูงอายุไปศูนย์นิคม 7 รอค่อนข้างนานและต้องเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ อยากให้มีศูนย์ที่ชัดเจนยิ่งกว่านี้

คุณไพบูลย์ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ทั้งๆที่มีเงินแต่ไม่ค่อยเข้าสังคมไม่เข้าวัด ยังดื่มเหล้า ลูกหลานเลยไม่ค่อยอยากดูแลเหมือนกับว่าผู้สูงอายุทิ้งตัวเอง ไม่ใช่สังคมทอดทิ้ง

คุณปนิตตา จิตอาสาที่ดูแลผู้สูงอายุ มีจิตอาสาจริงแต่ไม่มีความรู้ เช่นการให้ยา การนวด อยากให้สนับสนุนความรู้และอยากให้สนับสนุนอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุ

คุณศรี เนื่องจากสูงอายุที่ต้องการการดูแลจำนวนมาก อสม.หรือจิตอาสาดูแลไม่ทั่วถึง

คุณสมพร ฟังดูแล้วแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ ปกติ เจ็บป่วย โรคเรื้อรัง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดูแล้วแต่ละรพ.สต. มีเจ้าหน้าที่แค่ 2 คน ไม่เพียงพอ ถ้าสมมติมีจิตอาสาหรือผู้ประสานระหว่างผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่ แต่น่าจะมีค่าตอบแทนเพราะเดิมไม่มีความต่อเนื่อง

คุณเจริญ และน่าจะอยู่ภายใต้ความดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คุณอำนวย งบประมาณส่วนนี้น่าจะมาจาก อบต. อบท. เดิมทุกหน่วยงานจะมาขอความคิดเห็นของชาวบ้าน แต่เงียบหาย อยากให้มีคนมาติดตามสิ่งที่เคยมาขอข้อมูลจากชาวบ้าน เช่น โครงการนี้อยากให้เกิดขึ้นจริงและต่อเนื่อง

คุณสมพร มีพระราชบัญญัติเรื่องของผู้สูงอายุ ปี 2546 มีทั้งหมด 13 ข้อ แต่ที่ได้จริงและเห็นเป็นรูปร่าง คือ เบี้ยยังชีพเท่านั้น แต่เรื่องอื่นๆ ยังไม่ค่อยเห็นชัดเจน เช่น การบริการในสถานบริการของผู้สูงอายุ

คุณมนัสนิตย์ ในโรงพยาบาลลำปาง มีการจัดบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุมีจำนวนประมาณ 60% การใช้ช่องทางด่วนจึงมีการกำหนดให้ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาซับซ้อน เดินไม่ได้ ได้รับช่องทางด่วนก่อน

คุณเจริญ อยากให้วางแผนการดูแลต่อเนื่อง และเยี่ยมบ่อยขึ้น อยากให้มีการผลักดันเข้าส่วนกลางหรือสาธารณสุขจังหวัดให้ได้

คุณอมรศรี ในเรื่องการจัดทำศูนย์ฯสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการ คือ เจ้าหน้าที่จำนวนน้อย งบประมาณน้อย และขาดอุปกรณ์ต่างๆ จิตอาสาเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุอยากให้พัฒนา จาก อสม. ซึ่งมีข้อมูลอยู่แล้ว ส่วนค่าตอบแทนน่าจะมาจาก อบต. และในส่วนของงบประมาณน่าจะมาจากหลายส่วน เช่น พมจ. สปสช. กองทุนสุขภาพตำบล แต่ต้องมีการเขียนโครงการต่างๆ เช่น การเยี่ยม การอบรมพัฒนาความรู้ และค่าตอบแทนสำหรับอสม. เช่น 50 บาท/วัน

คุณปณิตตา อยากให้มีศูนย์ประสานการดูแลผู้สูงอายุ ตอนนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพเปิดโอกาสให้ของบประมาณโครงการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในและนอกเขตเมือง

คุณรุจิราพร ศูนย์ประสานผู้สูงอายุจะได้เฉพาะผู้สูงอายุกลุ่ม 1 เท่านั้นแต่ในส่วนที่ดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย น่าจะมีศูนย์ดูแลกลางวัน ทั้งอาหารและยาจะทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

<u>สรุป</u>

1. เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลจำนวนมาก อสม.หรือจิตอาสาดูแลได้ไม่ทั่วถึง
2. อยากให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หรือมีหลายส่วนช่วยกันดูแลทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. อบท. สนับสนุนและการเขียนโครงการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ
3. อยากให้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยแบบ Day Care คือไปเช้าเย็นกลับ มีรถรับส่งดูแลกลางวันทั้งเรื่องอาหาร ยา การฟื้นฟูสมรรถภาพทั่วไป จะทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

<u>ประเด็นที่ 3</u> การวางแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุ

คุณรุจิราพร รัฐบาลน่าจะมีนโยบายที่ชัดเจน เรื่องของผู้สูงอายุให้เป็นนโยบายหลักของชาติ

คุณอัญชลี เห็นด้วย น่าจะเริ่มจากนโยบาย เช่น ศูนย์ต้องมีสถานที่ชัดเจนสำหรับก่อสร้าง มีเจ้าหน้าที่เฉพาะประจำศูนย์ เพราะถ้าให้จิตอาสามาเปลี่ยนเวรกันจะไม่ค่อยต่อเนื่อง เป็นรูปธรรมและการของบประมาณทุกอย่างจะล่าช้าและยุ่งยาก ถ้าเป็นนโยบายจากภาครัฐถึงจะเป็นรูปเป็นร่างขึ้น

คุณปณิตตา น่าจะทำลักษณะเดียวกับศูนย์เด็กเล็กในชุมชน คือ มีสถานที่ชัดเจนและมีเจ้าหน้าที่ค่าตอบแทนให้คนทำงาน

คุณอมรศรี ต้องดูว่าใครจะเป็นคนรับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น ถ้าจัดทำในสถานีอนามัยต้องเป็นของสาธารณสุขจะขอสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นยาก

คุณอัญชลี ไม่อยากให้สรุปว่าเป็นสาธารณสุขดูแลน่าจะมีการพูดคุยกันหลายๆหน่วยงาน

คุณสุพิชชา หน่วยงานสาธารณสุขบางที่ออกนอกระบบไปอยู่กับ อบท.ซึ่งการสนับสุนงบประมาณและอื่นๆดีมาก ระบบสามารถทำงานได้ work มาก ในอนาคตถ้า Day Care นี้ ขึ้นกับ อบท.ระบบบริหารจัดการน่าจะดีมากกว่า

คุณปณิตตา อยากให้มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ ทำอย่างไรให้ลูกหลานมีความกตัญญูดูแลผู้สูงอายุในวาระสุดท้าย และน่าจะมีการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมให้ครอบครัวและในชุมชน

คุณอำนวย อยากให้มีส่วนของสภาวัฒนธรรมเข้ามาร่วมด้วย

คุณทรงพล การขับเคลื่อนเรื่องของผู้สูงอายุให้เป็นนโยบาย ระดับจังหวัดขับเคลื่อนนำเสนอเรื่องของผู้สูงอายุให้เป็นนโยบาย

คุณไพบูลย์ วันนี้มีรองประธานสาขาสภาผู้สูงอายุ มาร่วมด้วยซึ่งท่านก็เป็นจิตอาสาเช่นกัน

คุณบุญชู ผู้สูงอายุในเขตเมือง จะมีการประสานกันอยู่แล้วไม่ค่อยมีปัญหาในส่วนของสาขาสภา แต่ในส่วนของชุมชนจะไม่ค่อยมาร่วมเป็นสมาชิกสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จะเพิ่มการประชาสัมพันธ์มากขึ้น

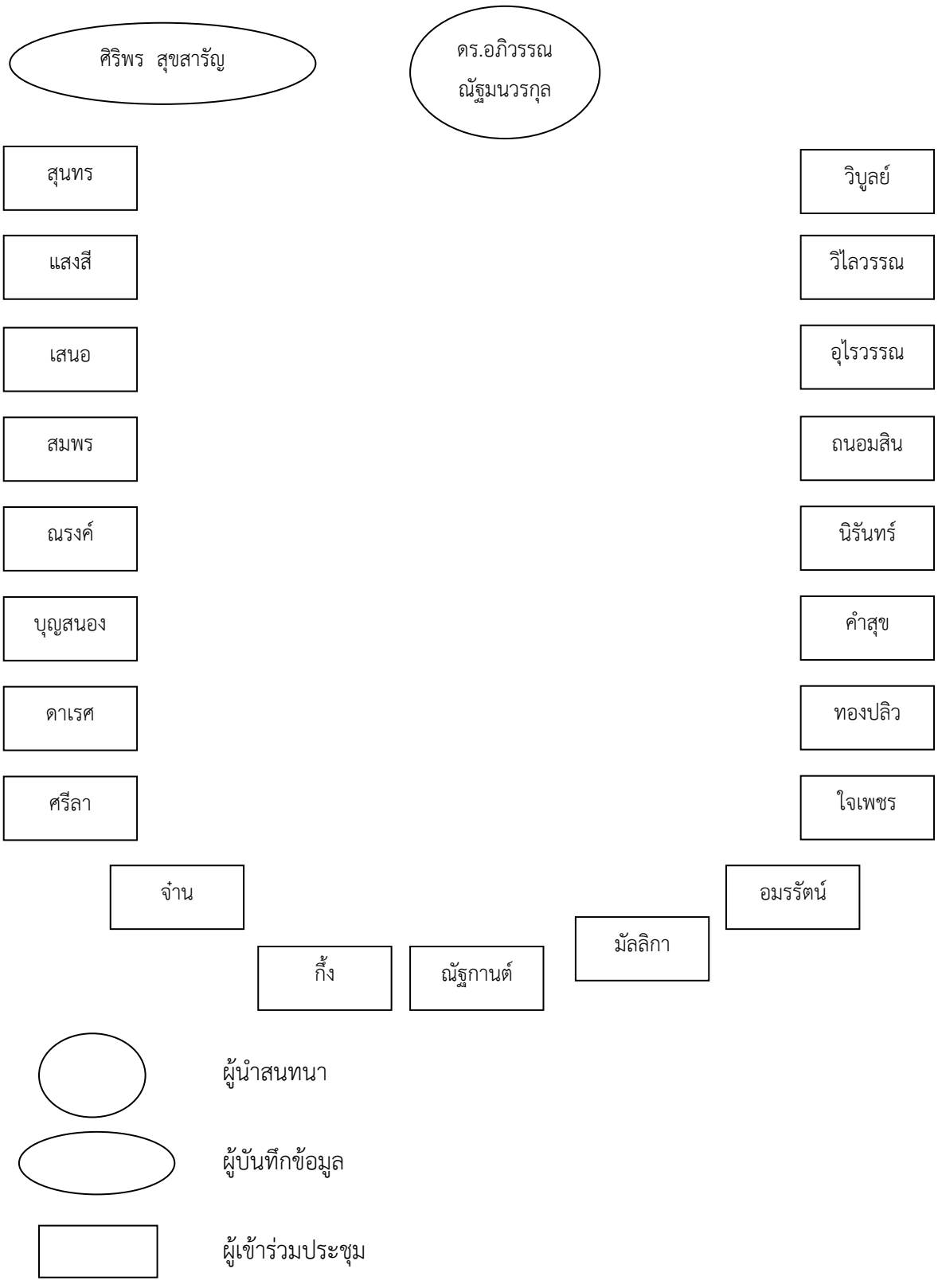
เจริญ อยากเสริมให้มีการรวมกลุ่มกันเพื่อสร้างเสริมอาชีพ เช่น ทำดอกไม้ประดิษฐ์ ทำตุง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีอาชีพและมีรายได้

<u>สรุป</u>

1. อยากให้มีนโยบายเรื่องของผู้สูงอายุที่ชัดเจนและเป็นนโยบายหลักแห่งชาติ
2. การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุน่าจะมีนโยบายที่ชัดเจน ลักษณะเดียวกับศูนย์เด็กเล็กในชุมชน มีสถานที่ชัดเจน สำหรับก่อสร้างมีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ และมีค่าตอบแทนให้ผู้ปฏิบัติงาน
3. อยากให้ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มดูแลสุขภาพตนเอง รวมกลุ่มทำการส่งเสริมอาชีพและรายได้ และอยากให้มีการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม ในการดูแลผู้สูงอายุของคนในครอบครัวและชุมชน

<u>ปิดประชุม</u> เวลา 12.25 น.

กลุ่มสนทนาที่ 3



ผู้นำสนทนา ดร.อภิวรรณ ณัฐมนวรกุล

ผู้บันทึกข้อมูล คุณศิริพร สุขสารัญ

เริ่มสนทนา เวลา 09.50 น.

แนะนำตัว

1. ดร.อภิวรรณ ณัฐมนวรกุล
2. คุณวิบูลย์ เลขานุการกลุ่มผู้สูงอายุบ้านสิงห์ชัย ชุมชนสิงห์ชัย
3. คุณวิไลวรรณ ไชยแสงสุขกุล สมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุบ้านสิงห์ชัย ชุมชนสิงห์ชัย
4. คุณอุไรวรรณ เรณูรส ประธาน อสม.ชุมชนป่าขาม 1 ชุมชนป่าขาม 1
5. คุณถนอมสิน จอมคีรี ประธานกลุ่มผู้สูงอายุศรีเกิด ชุมชนศรีเกิด
6. คุณใจเพชร วงศ์มหา ประธานชุมชนศรีเกิด ชุมชนศรีเกิด
7. คุณศรีลา หอมแก่นจันทร์ ประธานสูงอายุบ้านกล้วยกลาง ชุมชนบ้านกล้วยกลาง
8. คุณดาเรศ พ่อค้า กรรมการชุมชนประสบสุข ชุมชนประสบสุข
9. คุณเสนอ ดวงน่าน เลขานุการกลุ่มผู้สูงอายุกล้วยแพะ ชุมชนบ้านกล้วยแพะ
10. คุณบุญสนองฝั้นจักสาย เลขานุการกลุ่มผู้สูงอายุกล้วยแพะ ชุมชนบ้านกล้วยแพะ
11. คุณณรงค์ โพธิลังกา ประธานสูงอายุบ้านกล้วยแพะ ชุมชนบ้านกล้วยแพะ
12. คุณทองปลิว เชื้อสายใจ สมาชิกกลุ่มสูงอายุโทกหัวช้าง ชุมชนโทกหัวช้าง
13. คุณคำสุข อุ่นเรือน สมาชิกกลุ่มสูงอายุโทกหัวช้าง ชุมชนโทกหัวช้าง
14. คุณกิ้ง อุ่นผูก เลขานุการกลุ่มสูงอายุบ้านกล้วยกลาง ชุมชนบ้านกล้วยกลาง
15. คุณจ๋าน ศรียอด กรรมการกลุ่มสูงอายุบ้านหัวฝาย ชุมชนบ้านหัวฝาย
16. คุณนิรันทร์ กาชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.โทกหัวช้าง
17. คุณอมรรัตน์ ทิลาวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.กล้วยม่วง
18. คุณมัลลิกา
19. คุณณัฐกานต์ ขันนาแล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.กล้วยแพะ
20. คุณสมพร สายสิงห์ทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศสม.หัวเวียง
21. คุณศิริพร สุขสารัญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
22. คุณสุนทร เกิ่นกระโทก ประธานสูงอายุศรีหมวดเกล้า ชุมชนศรีหมวดเกล้า
23. คุณแสงศรี วงค์แสนคำ กรรมการสูงอายุศรีหมวดเกล้า ชุมชนศรีหมวดเกล้า

หัวข้อ สิ่งที่เราอยากได้ในชุมชน อะไรที่ทำให้ประสพความสำเร็จอุปสรรค / การแก้ไข

ประเด็นที่ 1 ปัจจุบันสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร

คุณกิ้ง มีกลุ่มสตรี

คุณถนอมสิน มีอสม.เป็นพี่เลี้ยง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง ร่วมกิจกรรมทุกเดือน

คุณเสนอ มีสโมสรผู้สูงอายุ

คุณถนอมสิน ได้รับการสนับสุนสวัสดิการสังคม/กสต./กลุ่มแม่บ้าน/SML

คุณณรงค์ มีกลุ่มสูงอายุ/ชมรม/ชมรมการออกกำลังกาย/กลุ่มเยาวชน/ปราชญ์ชาวบ้าน

คุณสมพร มีแกนนำหมู่บ้าน

คุณอุไรวรรณ มีจิตอาสาช่วยกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุและช่วยงานโรงพยาบาลลำปาง

สรุป ผู้สูงอายุในชุมชนมีการรวมตัวกัน จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้สูงอายุในทุกชุมชน ร่วมกิจกรรมทุกเดือนในกรณีผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

ประเด็นที่ 2 ปัญหา/อุปสรรค

คุณวิบูลย์ ขาดงบประมาณ ขาดความร่วมมือ ขาดวัสดุอุปกรณ์/เครื่องเสียง

คุณถนอมสิน ขาดการประสานงาน ประสานช้า เตรียมงานไม่ทัน ขาดการวางแผนการเดินทางมาร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุอยากมาแต่ญาติไม่พร้อม

คุณใจเพชร ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงหลาน

คุณมัลลิกา ปัญหาครอบครัว ปัญหาความแตกแยกของคนในชุมชน/การเมือง

คุณคำสุข ปัญหาด้านสุขภาพ/ผู้ดูแล

คุณถนอมสิน การเยี่ยมผู้สูงอายุ เยี่ยมสมาชิกที่เจ็บป่วย แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่ได้เป็นสมาชิกป่วยไม่สามารถเข้าไปเยี่ยมเพราะไม่รู้จัก

คุณใจเพชร รพ.สต.หัวเวียงขับเคลื่อนแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุ มีศูนย์สามวัยในชุมชนดูแลเด็ก วัยกลางคน ผู้สูงอายุ ขาดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

คุณอุไรวรรณ ปัญหาสังคม ต่างคนต่างอยู่/ขาดความรู้/ที่อยู่อาศัย/สิ่งแวดล้อม

ฝันที่อยากเห็นเป้าหมายการพัฒนาผู้สูงอายุ

คุณถนอมสิน อยากมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในตำบล การสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ/เอกชนที่ยั่งยืนและตรงเวลา

คุณณรงค์ มีกองทุนหมู่บ้านให้ยืมเงินจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุก่อน อยากได้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกวิธี มีทีมสหสาขาวิชาชีพ

คุณอุไรวรรณ มีทางลาดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในหน่วยบริการ ได้รับการดูแลในเรื่องสาธารณูปโภคและสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุ

คุณวิบูลย์ บางชุมชนไม่มีวัด ทำให้ไม่มีศูนย์รวมด้านจิตใจ/สิ่งยึดเหนี่ยว/ศูนย์ปฏิบัติธรรม อยากมีศูนย์ออกกำลังกาย มีเครื่องออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

คุณถนอมสิน - ความร่วมมือ/ศูนย์ประสานในการดูแลผู้สูงอายุ/จิตอาสา

- ความเข้มแข็งของแกนนำ/คนในชุมชน

คุณกิ้ง อยากได้เครื่องออกกำลังกายที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุต้องการเทคโนโลยีขั้นสูง มีคอมพิวเตอร์มีศูนย์ดูแลกลางวัน/กลางคืน ค่าใช้จ่ายไม่แพง/ไม่มีค่าใช้จ่าย มีพี่เลี้ยงดูแลในศูนย์ ทั้งภาครัฐและชุมชน มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้พิการหรือ<60 ปีก็สามารถมาใช้ได้

<u>สรุป</u> 1. ปัญหาด้านสังคม ผู้สูงอายุ ปัจจุบันต่างคนต่างอยู่มาร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อย มีความขัดแย้งของคนในชุมชน

2. ทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องช่วยเลี้ยงหลาน บางคนต้องทำงาน เช่น ค้าขาย จึงไม่ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกในชุมชน

3. ปัญหาด้านสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยขาดผู้ดูแล ผู้สูงอายุบางคนไม่มีญาติ บางคนไม่เป็นสมาชิกในชมรม ทำให้ไม่สะดวกในการเข้าไปเยี่ยม

4. ปัญหาอื่นๆ ขาดการประสานงานจากหน่วยงานองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ขาดงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

<u>ประเด็นที่ 3</u> แนวทางการดำเนินงานและการวางแผน

คุณวิบูลย์ ประชาคมแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและเชิญที่ปรึกษาทุกภาคส่วนในชุมชน

คุณถนอมสิน วางแผนงาน/โครงการ เสนอของบสนับสนุน/จัดกิจกรรมหารายได้ เช่น ผ้าป่า กฐิน งานบอล ขันโตก ฯลฯ ของบบริจาค

จัดกิจกรรมตามโครงการ

- กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ ออกกำลังกายนันทนาการ
- กิจกรรมการให้ความรู้ ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ
- ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน/กลางคืน
- ฝึกอาชีพ

คุณวิบูลย์ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน

- ประเมินความพึงพอใจ
- ประเมินความก้าวหน้า/ปัญหา อุปสรรค

คุณถนอมสิน มีการศึกษาดูงานหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบ เพื่อนำมาพัฒนาในชุมชน

คุณใจเพชร เชิญผู้เชี่ยวชาญ/ผู้อาวุโส/ปราชญ์ชาวบ้านเป็นที่ปรึกษา

คุณณัฐกานต์ ปรับปรุงแก้ไขปัญหา/ดำเนินการต่อเนื่อง

<u>สรุป</u> 1. จัดประชาคมคนในชุมชนเพื่อค้นหาปัญหา/ศึกษาดูงานหมู่บ้านชุมชนต้นแบบ

2. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและเชิญทุกภาคส่วนในชุมชนเป็นที่ปรึกษา

3. วางแผนงาน/โครงการ เสนอโครงการเพื่อของบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือหางบประมาณเองโดยจัดทอดกฐิน ผ้าป่าฯ

4. ดำเนินงานการแผนงานโครงการ

5. ติดตามผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน

6. ประเมินความพึงพอใจ/ความก้าวหน้า/ปัญหาอุปสรรค

7. ปรับปรุงแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

<u>ประเด็นที่ 4</u> ผู้รับผิดชอบ(ใคร)การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

คุณถนอมสิน ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล กองสวัสดิการสังคม/กองสาธารณสุข/รพ.สต./กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล

คุณณรงค์ กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน

คุณใจเพชร อสม.ในชุมชนเป็นผู้ดูแล/ประธานชุมชนดูแลงบประมาณ

คุณวิบูลย์ คณะกรรมการชุมชนดูแลสถานที่/กิจกรรม

คุณณัฏกานต์ กรณีที่ผู้สูงอายุในชุมชนดูแลกันเอง คือ

- มีคณะกรรมการในชุมชน
- จากบุคคลในครอบครัว
- อสม./จิตอาสาในชุมชน
- กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อนของกลุ่มผู้สูงอายุ

คุณถนอมสิน ควรจะมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวันหรือกลางคืน(ถ้าเป็นไปได้) ประจำตำบลซึ่งบริหารโดยคณะกรรมการในชุมชน ร่วมกับหน่วยงานและองค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน

<u>สรุป</u>

1. ดูแลกันเอง โดยคณะกรรมการชุมชน สมาชิกในครอบครัว อสม.ในชุมชน ประธานชุมชนติดตามดูแลงบประมาณในการดำเนินงาน
2. ดูแลร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เช่น คณะกรรมการชุมชนกองสวัสดิการ/กองสาธารณสุขรพ.สต. กองทุนหลักประกันสุขภาพหรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
3. จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน/หรือกลางคืนประจำตำบล โดยมีหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินงานกับคนในชุมชนตำบลนั้นๆ เพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ตลอดจนคนในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพร่วมใช้บริการ

รูปกิจกรรม



ชุดที่ 1 สำหรับผู้สูงอายุ Code .....

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ชื่อผู้สูงอายุ ชื่อ-สกุล.....

<u>สัมภาษณ์พร้อมญาติ กรณีที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้</u>

ชื่อ-สกุล(ญาติ).....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

หนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI (กิโลกรัม./เมตร^2).....

<u>กรณีหลังค่อมหรือนอนติดเตียงให้วัด Arm span</u>

<u>(วัดเส้นจากปลายนิ้วกลางขวาผ่านลำตัว-ซ้าย)</u> .....ซม.

<u>ลักษณะข้อมูลทั่วไป</u>

1. อายุ (ผู้สูงอายุ อายุ 60ปีขึ้นไป) ..... ปี

2. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

3. สถานะภาพ

☐ สมรส ☐ หม้าย

☐ หย่า/แยก ☐ โสด

4. ท่านเรียนหนังสือจบในระดับไหน

☐ ไม่ได้เรียน/อ่านออกเขียนได้ ☐ ไม่ได้เรียน/อ่านออกเขียนไม่ได้

☐ ไม่จบประถมต้น ☐ จบประถมต้น

☐ จบประถมปลาย ☐ จบมัธยมต้น

☐ จบมัธยมปลาย/ปวช. ☐ จบอนุปริญญา/ปวส.

☐ จบปริญญาตรี/สูงกว่า

5. ท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ ลำพังคนเดียว ☐ ลูกเขย

☐ สามีหรือภรรยา ☐ หลาน

☐ ลูกสาว ☐ พ่อแม่

☐ ลูกชาย ☐ พี่น้อง

☐ ลูกสะใภ้ ☐ ญาติอื่น ๆ

☐ อื่น ๆ.....

6. เมื่อเจ็บป่วยท่านมีผู้ดูแลหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

.....คู่สมรส .....บุตรชาย

.....บุตรสาว .....บุตรเขย

.....บุตรสะใภ้ .....ลูกจ้าง

.....เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก/เพื่อน .....อื่นๆ ระบุ.....

7. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพหรือมีอาชีพเสริมที่ก่อให้เกิดรายได้หรือไม่

☐ ไม่ทำ ☐ ทำ

8. รายได้ของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อเดือนเท่าไร (ทุกที่มาของรายได้เทียบเส้นความอยากจน ปี พ.ศ. 2553)

☐ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,678 บาท ☐ มากกว่า 1,678 บาท

9. สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไม่มีจ่ายเอง ☐ สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

☐ บัตรสุขภาพถ้วนนา (30 บาท) ☐ มีประกันสังคม

☐ มีประกันชีวิตด้านสุขภาพ ☐ อื่นๆ .....

10. เมื่อเจ็บป่วยมีองค์กรจากภาครัฐหรือเอกชนอะไรบ้างมาช่วยเหลือท่านบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ หน่วยสาธารณสุขในพื้นที่

☐ พัฒนาสังคมจังหวัด ☐ องค์กรสาธารณประโยชน์ในชุมชน เช่น มูลนิธิต่าง ๆ

☐ อื่น ๆ .....

<u>ภาวะสุขภาพ</u>

11. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่ามีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร

☐ ดีมาก ☐ ดี

☐ พอใช้ ☐ ไม่ดี

☐ ไม่ดีมากๆ

12. ท่านได้รับการตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือไม่
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไม่ได้รับการตรวจ ☐ ได้รับการตรวจ โปรดระบุ (✓หน้าข้อที่ท่านตรวจ)

.....ตรวจช่องปาก .....ตรวจการมองเห็น

.....ตรวจการได้ยิน .....ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด

.....ตรวจระบบทางเดินหายใจ .....ตรวจความดันโลหิต

.....ตรวจหาเบาหวาน .....ตรวจไขมันในเลือด

.....อื่นๆ .....

13. ปัจจุบันนี้ท่านกินยากี่ชนิด (ร่วมทั้งยาที่ผู้สูงอายุซื้อหาเอง เช่น พวกยาสมุทรไพร ยาบำรุง/เสริมสุขภาพอื่น ๆ)

☐ ไม่กินยา ☐ กินยา ระบุ จำนวน กี่ชนิด ..... ชนิด

14. ท่านกินยานอนหลับหรือไม่อย่างไร

☐ ไม่กินยา ☐ กินยานอนหลับ ระบุ ..... น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์

..... มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์

..... ประจำทุกวัน

<u>การเคลื่อนไหวและข้อเข่า</u>

15. ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาท่านเคยหกล้มหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุจำนวนครั้ง..... ในรอบ 6 เดือน

<u>ถ้าเคย ระบุบริเวณที่หกล้ม ครั้งล่าสุด</u>

☐ ในบ้าน (✓หน้าข้อที่เป็น)

.....ห้องนอน .....ห้องน้ำ

.....ห้องรับแขก .....ห้องครัว

.....อื่นๆ ระบุ.....

☐ นอกบ้าน

โปรดระบุ (บริเวณ/สถานที่) .....

<u>ผลกระทบจากการหกล้ม</u>

☐ ได้รับบาดเจ็บอวัยวะ นอนพักรักษาตัว จำนวน .....วัน (ทั้งในและนอกโรงพยาบาล)

..... บริเวณที่แขน ..... บริเวณที่ศรีษะ

..... บริเวณที่ขา ..... บริเวณลำตัว

..... บริเวณสะโพก ..... อื่น ๆ ระบุ .....

☐ ไม่ได้รับบาดเจ็บเลย

16. ท่านเคยประสบอุบัติเหตุทางสมองหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ ..... ไม่สลบ

..... สลบ/จำเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้

..... สลบ/จำเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้

..... อื่น ๆ .....

17. ท่านมีปัญหาด้านการมองเห็นหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ (✓หน้าข้อที่เป็น)

..... มองไม่เห็น (ตาบอดข้างเดียวหรือทั้ง2ข้าง) ..... มองเห็นไม่ชัด

..... มองเห็นภาพซ้อน/ตามัว ..... มองไกลมองใกล้ไม่ชัด

..... อื่นๆ ระบุ.....

18. ท่านมีปัญหาการได้ยินหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

19. ท่านมีจำนวนฟันที่ใช้งานกี่ซี่ (รวมฟันปลอมด้วย)

☐ น้อยกว่า 20 ซี่ ☐ 20 ซี่หรือมากกว่า 20 ซี่

20. ท่านรับประทานอาหารครบตามหลักโภชนาการ วันละกี่มื้อ

☐ 1 มื้อ ☐ 2 มื้อ ☐ 3 มื้อ

<u>การกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระในผู้สูงอายุ</u>

21. ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีปัญหาในการปัสสาวะหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

22. ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระหรือไม่ **<u>(ท้องผูก)</u>**

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

23. เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพท่านเลือกใช้บริการสุขภาพอย่างไร **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ ไปสถานพยาบาลที่มีแพทย์ (ตรวจจากแพทย์)

☐ ไปสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์

☐ ไปรักษาพื้นบ้าน/หาหมอพื้นบ้าน (แผนโบราณ)

☐ ซื้อยากินเอง/รักษาตัวเอง

24. ท่านเดินทางมารับบริการทางการแพทย์ที่สถานบริการสุขภาพอย่างไร **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ อยู่ลำพังไม่สามารถมารับบริการสุขภาพด้วยตัวเอง

☐ ไปทางมารับบริการที่สถานบริการด้วยตนเอง

☐ ลูก/หลาน/ญาติ พามารับบริการสถานบริการสุขภาพ

☐ เพื่อนบ้าน พามาสถานบริการสุขภาพ

☐ หน่วยงานในชุมชน พามาสถานบริการสุขภาพ เช่น มูลนิธิ อบต. เป็นต้น

☐ อื่น ๆ ระบุ .....

<u>กิจวัตรประจำวัน (ADL)</u>

25. ท่านอาบน้ำเองได้หรือไม่

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ

☐ ทำได้โดยต้องมีคนช่วย หรือมีราวเกาะ (มีคนช่วยนำลง/ขึ้นจากอ่างน้ำ)

☐ ต้องให้คนอื่นอาบน้ำให้

26. ท่านเอาใจใส่ดูแลเรื่องการแต่งตัวเองได้หรือไม่ เช่น การหวีผม โกนหนวด

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย

☐ ทำได้โดยมีคนช่วยบ้าง

☐ ไม่สามารถทำได้เลย

27. ท่านไปห้องน้ำได้เองหรือไม่

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ

☐ ทำได้ต้องมีคนช่วย หรือมีอะไรช่วยในการพยุงตัว

☐ ไม่ได้ต้องให้คนอื่นช่วยอุ้มไป

28. ท่านขึ้น/ลง เตียงหรือที่นอนได้หรือไม่

☐ ทำได้โดยไม่มีคนช่วยเหลือหรือเครื่องช่วยใดๆ

☐ ทำได้บ้างโดยมีคนช่วยหรือมีเครื่องช่วย

☐ ทำไม่ได้เลยต้องมีคนอื่นช่วยพยุง

29. ท่านรับประทานอาหารได้เองหรือไม่

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย (สามารถรับประทานอาหารได้เองโดยตลอด)

☐ ทำได้โดยมีคนช่วย (เช่น ช่วยตักอาหารให้)

☐ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง

30. ท่านสวม/ถอดเสื้อผ้าได้เองหรือไม่

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย

☐ ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยบ้าง

☐ แต่งตัวเอง / ถอดเสื้อผ้าเองไม่ได้เลย

31. ท่านเดินได้หรือไม่

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีคนหรือสิ่งใดช่วย (ยกเว้นไม้เท้า)

☐ ทำได้โดยต้องมีคนช่วยพยุง หรือใช้เครื่องช่วยพยุง, รถเข็น ฯลฯ

☐ ไม่สามารถเดินได้เลย

32. ท่านสามารถเดินขึ้นลงบันได 1 ขั้นได้หรือไม่

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย

☐ ทำได้ต้องมีคนช่วย หรือมีราวบันได

☐ ทำไม่ได้เลยต้องให้คนช่วยพาขึ้น/ลง

33. ท่านสามารถกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

☐ กลั้นได้เป็นปกติ

☐ กลั้นไม่ได้เป็นครั้งคราว (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง /สัปดาห์)

☐ กลั้นอุจจาระไม่ได้

34. ท่านสามารถกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

☐ กลั้นได้เป็นปกติ

☐ กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

☐ กลั้นไม่ได้หรือใช้สายสวนปัสสาวะ และหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้

<u>กิจวัตรประจำวัน (IDL)</u>

35. ในกรณีที่ท่านมีโทรศัพท์ ท่านสามารถใช้โทรศัพท์ได้เองหรือไม่

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย รวมทั้งการหาเบอร์โทรศัพท์และหมุนหมายเลขเอง

☐ ทำได้ถ้ามีคนช่วย (สามารถพูดโทรศัพท์ได้หรือเรียกโอเปอเรเตอร์ในกรณีฉุกเฉิน ได้แต่ต้องมีคนช่วยหาเบอร์ และหมุนเลขหมายให้)

☐ ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้เลย

☐ ไม่ตอบ **(กรณีไม่มีโทรศัพท์บ้าน/มือถือ**)

36. ท่านสามารถไปไหนมาไหนโดยใช้หรือไม่ใช้ยานพาหนะ

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วยเหลือ

☐ ทำได้ถ้ามีคนช่วยเหลือ (ต้องมีคนช่วยเหลือหรือเดินทางไปกับท่าน)

☐ ท่านไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้

37. ท่านสามารถเลือกซื้ออาหารหรือเสื้อผ้าในร้านค้าหรือร้านขายของชำได้หรือไม่

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย

☐ ทำได้โดยต้องมีคนช่วยเหลือ

☐ ไม่สามารถซื้อของได้เองเลย

38. ท่านหุงหา/อุ่นอาหารได้เองหรือไม่

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย (สามารถทำได้ด้วยตนเอง)

☐ ทำได้โดยต้องมีคนช่วย (สามารถเตรียมเครื่องปรุงบางอย่างได้)

☐ ไม่สามารถเตรียมอาหารได้เลย

39. ท่านจัดการเรื่องเงินหรือใช้จ่ายเงินที่ลูกหลานให้ได้หรือไม่

☐ ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย (จ่ายเงินสดด้วยตนเอง)

☐ ทำได้โดยต้องมีคนช่วย (สามารถจัดการเรื่องซื้อวันต่อวันได้แต่ต้องมีคนช่วยจัดการเรื่องการชำระเงินให้ท่าน)

☐ ไม่สามารถจัดการเรื่องเงินทองได้เลย

<u>ด้านสุขภาพจิต</u> <u>ด้านภาวะอารมณ์/สุขภาพจิต ในระยะ 1 เดือนที่ผ่าน (ในช่วง2สัปดาห์ที่ผ่านมา)</u>

40. คุณรู้สึกหดหู่ เศร้าหรือท้อแท้ สิ้นหวัง **<u>(อาจเป็นอาการที่ผู้สัมภาษณ์หรือญาติสังเกตได้)</u>**

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

41. คุณรู้สึกเบื่อหน่าย ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน **<u>(อาจเป็นอาการที่ผู้สัมภาษณ์หรือญาติสังเกตได้)</u>**

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

<u>พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต</u>

42. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น/ยาฉุน หรือไม่

☐ ไม่สูบ ☐ เคยแต่เลิกสูบ เลิกมาแล้ว ระบุ.....ปี

☐ สูบ

ถ้าสูบ ☐ ทุกวัน ☐ บางครั้ง กี่ม้วน...../สัปดาห์

กี่ม้วนต่อวัน..... สูบมานานกี่.....ปี

43. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้าน้ำตาลเมา (กระแช่) หรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม

☐ เคยดื่ม เลิกมาแล้ว ระบุ .....ปี

☐ ดื่มประจำ (ทุกวัน) ปริมาณ ..... (แก้ว หรือ ซีซี หรือ กี่ดริ้ง 30 ซีซี เท่ากับ 1 ดริ้ง)

☐ ดื่มบางโอกาส

44. ท่านออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นอย่างน้อยหรือไม่

☐ ไม่ออกกำลังกาย

☐ ออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย **<u>ระบุ (✓หน้าข้อที่ท่านปฏิบัติได้มากกว่า 1 ข้อ)</u>**

..... วิ่ง ..... ไทเก็ก

..... เดิน ..... เต้นแอโรบิก

..... บริหารร่างกาย ..... เล่นกีฬา อาทิ เทนนิส/ว่ายน้ำ/เปตอง เป็นต้น

..... อื่น ๆ.....

<u>สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย</u>

45. ลักษณะของบ้าน

☐ บ้านเดี่ยวพื้นสูง ☐ บ้านเดี่ยวสองชั้น

☐ ห้องแถวไม้/ตึกแถว ☐ บ้านเดี่ยวชั้นเดียวติดพื้นดิน

☐ อื่น ๆ .....

46. ลักษณห้องนอนของผู้สูงอายุ

☐ อยู่ชั้นล่าง ☐ อยู่ชั้นบน

☐ อื่น ๆ .....

47. ลักษณะส้วม

☐ ส้วมนั่งชักโครก/ราดน้ำ ☐ ส้วมซึมราดน้ำ (นั่งยองๆ)

☐ ส้วมหลุม ☐ ไม่มีส้วม

☐ นั่งกระโถน ☐ อื่น ๆ .....

<u>การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment MNA)</u>

1. ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณรู้สึกอย่างไรกับความอยากรับประทานอาหาร

ไม่รู้สึกอยากอาหาร	=	0	คะแนน	
ความรู้สึกอยากอาหารลดลง	=	1	คะแนน	
รับประทานอาหารได้ตามปกติ	=	2	คะแนน	☐

2. น้ำหนักตัวคุณลดลงหรือไม่ ตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา

ลดลงมากกว่า 3 กก.	=	0	คะแนน	
ไม่ทราบ	=	1	คะแนน	
น้ำหนักลดลง 1 – 3 กก.	=	2	คะแนน	
น้ำหนักเท่าเดิม	=	3	คะแนน	☐

3. การเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นอย่างไร

นอนบนเตียงหรือใช้รถเข็นตลอดเวลา	=	0	คะแนน	
ลุกจากเตียงหรือใช้รถเข็นได้เอง	=	1	คะแนน	
เคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ	=	2	คะแนน	☐

4. ใน 3 เดือนที่ผ่านมามีภาวะเครียดหรือเกิดเจ็บป่วยบ้างหรือไม่

มี	=	0	คะแนน	
ไม่มี	=	2	คะแนน	☐

5. มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทบ้างหรือไม่

ความจำเสื่อมอย่างรุนแรง หรือมีภาวะซึมเศร้า	=	0	คะแนน	
ความจำเสื่อมระดับอ่อน	=	1	คะแนน	
ไม่มีปัญหาทางจิตเวช	=	2	คะแนน	☐

6. ค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index ; BMI)

คำนวณจากน้ำหนักตัว (Kg.) /ส่วนสูง (m^2)

BMI น้อยกว่า 19	=	0	คะแนน	
BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 19 และไม่เกิน 21	=	1	คะแนน	
BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 21 และไม่เกิน 23	=	2	คะแนน	
BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 23	=	3	คะแนน	☐

การรวมคะแนน (คะแนนสูงสุด 14 คะแนน)

มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน - ภาวะโภชนาการปกติ

- ไม่จำเป็นต้องตอบแบบสอบถามต่อ

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน - มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ

- ทำแบบสอบถามต่อ

เช่นเดียวกับแบบทดสอบแรก ให้คุณเลือกคำตอบแล้วรวมคะแนน จากนั้นให้นำไปรวมคะแนนกับการทดสอบตอนที่ 1 เพื่อค้นหาคำตอบเกี่ยวกับภาวะโภชนการของคุณ

1. คุณอาศัยอยู่ลำพัง (ไม่ได้อยู่ในสถานพักคนชราหรือโรงพยาบาล)

ไม่	=	0 คะแนน	
ใช่	=	1 คะแนน	☐

2. คุณรับประทานยามากกว่า 3 ชนิดต่อวัน

ใช่	=	0 คะแนน	
ไม่	=	1 คะแนน	☐

3. คุณมีแผลกดทับหรือแผลที่ผิวหนังหรือไม่

มี	=	0 คะแนน	
ไม่มี	=	1 คะแนน	☐

4. คุณรับประทานอาหารกี่มื้อต่อวัน

1 มื้อ	=	0 คะแนน	
2 มื้อ	=	1 คะแนน	
3 มื้อ	=	2 คะแนน	☐

5. ในแต่ละวันคุณรับประทานอาหารที่มีโปรตีนบ้างหรือไม่ (ตอบใช่หรือไม่)

- รับประทานนมและผลิตภัณฑ์นมอย่างน้อย 1 แก้วต่อวัน
- รับประทานถั่วเมล็ดแห้งหรือไข่ 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์
- รับประทานเนื้อสัตว์, ปลา.สัตว์ปีกทุกวัน

ตอบไม่ใช่ทุกข้อหรือใช่เพียงข้อเดียว	=	0.0 คะแนน	
ตอบใช่ 2 ข้อ	=	0.5 คะแนน	
ตอบใช่ 3 ข้อ	=	1.0 คะแนน	☐

6. คุณรับประทานผลไม้ทุกวัน ประมาณวันละ 15 คำ/วัน

ไม่	=	0 คะแนน	
ใช่	=	1 คะแนน	☐

7. คุณดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มต่าง ๆ เช่น (น้ำเปล่า, น้ำผลไม้, ชา, กาแฟ, นม) ประมาณวันละเท่าใด

น้อยกว่า 3 แก้ว	=	0.0 คะแนน	
3 - 5 แก้ว	=	0.5 คะแนน	
มากกว่า 5 แก้ว	=	1.0 คะแนน	☐

8. ในการรับประทานอาหาร คุณสามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่

ไม่สามารถรับประทานได้เอง	=	0 คะแนน	
รับประทานได้เองแต่ค่อนข้างลำบาก	=	1 คะแนน	
รับประทานได้เองไม่มีปัญหา	=	2 คะแนน	☐

9. คุณคิดว่าตัวคุณเองมีภาวะโภชนาการอย่างไร

ทุพโภชนาการ	=	0 คะแนน	
ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ	=	1 คะแนน	
ไม่มีปัญหา	=	2 คะแนน	☐

10. เมื่อเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกันคุณคิดว่า ภาวะโภชนาการของคุณเป็นอย่างไร

ด้อยกว่า	=	0.0 คะแนน	
ไม่ทราบ	=	0.5 คะแนน	
เท่ากัน	=	1.0 คะแนน	
ดีกว่า	=	2.0 คะแนน	☐

11. เส้นรอบวงกึ่งกลางแขนของคุณมีขนาดเท่ากับ (Mid-arm Circumference : MAC) (ซม.)
(วัดจากจุดกึ่งกลางระหว่างปุ่มหัวไหล่และปุ่มข้อพับ)

น้อยกว่า 21 ซม.	=	0.0 คะแนน	
มากกว่าหรือเท่ากับ 21 ซม. แต่ไม่เกิน 22 ซม.	=	0.5 คะแนน	
มากกว่าหรือเท่ากับ 22 ซม.	=	1.0 คะแนน	☐

12. เส้นรอบวงขาของคุณมีขนาดเท่ากับ (Calf Circumference : CC) (ซม.)
(วัดจากจุดกึ่งกลางระหว่างปุ่มหัวเข่าและปุ่มตาตุ่ม)

น้อยกว่า 31 ซม.	=	0 คะแนน	
มากกว่าหรือเท่ากับ 31 ซม.	=	1 คะแนน	☐

เมื่อทำแบบทดสอบแล้วให้นำคะแนนที่ได้จากทั้ง 2 แบบทดสอบมารวมกันแล้ว คุณจะทราบว่าภาวะโภชนการของคุณขณะนี้ คือ

คะแนนมากกว่า 24 คะแนน คุณมีภาวะโภชนาการปกติ

คะแนนระหว่าง 17 - 23.5 คะแนน คุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ หรือการขาดสารอาหาร แต่ยังอยู่ในระดับที่ดูแลตัวเองได้ด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น อาหารจำพวกโปรตีนเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด และพบแพทย์เป็นประจำ เพื่อปรึกษาและให้คำแนะนำด้านการดูแลภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น

คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน คุณต้องขอคำปรึกษาแพทย์โดยเร็ว เพราะคุณมีภาวะของการขาดอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งอาจจะมีผลต่อเนื่องกระทบกระเทือนถึงการทำงานของระบบอื่น ๆ ในร่างกายได้ดูแลตัวเองให้มากขึ้นเพื่อความอยู่ดีมีสุขอย่างแท้จริง

ความพึงพอใจด้านบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ/รพ.สต

ประเด็นคำถามด้านบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.1 ขั้นตอนการให้บริการ					
1. ความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการ					
2. ระบบการค้นทะเบียนประวัติ ตรวจรักษา สามารถทำได้รวดเร็ว					
3. มีการจัดลำดับและการให้บริการเป็นไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม สะดวกและรวดเร็ว					
4. มีระเบียบและขั้นตอนของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เหมาะสม					
5. ความสะดวก รวดเร็ว ในการให้บริการ และการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก					
คุณภาพการให้บริการ					
6. การตรวจร่างกายโดยเจ้าหน้าที่					
7. ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการรักษาโรคที่ท่านเป็น					
8. ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการให้การพยาบาล					
9. การให้ข้อมูลและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์					
10. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล					
11. ท่านมีโอกาสพูดคุยแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับแพทย์/พยาบาล					
12. มีเครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการเพียงพอและทันสมัย					
13. ท่านได้รับความสะดวก รวดเร็ว ในการรักษาบริการทุกครั้ง					
14. มีระบบบริการที่ต่อเนื่องในการรักษา					
15. ความพึงพอใจของท่านต่อคุณภาพการให้บริการโดยรวมทุกด้าน					
16. มีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ					
19. ความรวดเร็วและระมัดระวังในการให้บริการผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่					
20. เจ้าหน้าที่ให้บริการท่าน มีความรู้ มีความสามารถที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์					
21. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับขั้นตอนบริการ					
22. เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจในการตอบปัญหาข้อสงสัยและอาการเจ็บป่วยของท่าน					
23. เจ้าหน้าที่แสดงความกระตือรือร้น เมื่อท่านมาขอรับบริการ					

ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.3 เจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ					
24. ความรวดเร็วในการที่แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่มาดูเมื่อท่านมีปัญหา					
25. เจ้าหน้าที่เอาใส่ใจ เป็นกันเอง และให้บริการด้วยความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส					
1.4 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
26. มีป้ายบอกบริการอยู่ในจุดที่ชัดเจนในการใช้บริการ					
27. สถานที่ตั้งของหน่วยบริการในชุมชนอยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก					
28. มีที่นั่งพัก ขณะรอรับการตรวจเพียงพอ					
29. มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับเหมาะสมและเพียงพอ					
1.5 ด้านมาตรฐาน และคุณภาพบริการ					
30. ท่านเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนมีคุณภาพ					
31. ท่านเชื่อมั่นว่า ยาที่ท่านได้รับ มีมาตรฐานและเหมือนกับสถานบริการอื่นๆ					
32. ท่านมีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ในการให้การรักษาท่าน					
33. มีระบบเครือข่ายบริการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องของหน่วยบริการในชุมชนของทีมเจ้าหน้าที่ ท่านสะดวกในการขอรับบริการ					

ชุดที่ 2 สำหรับครอบครัว/ชุมชน Code .....

แบบสอบถามความพึงพอใจและความต้องการของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ชื่อผู้สัมภาษณ์ ชื่อ-สกุล.....

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. อาชีพ

☐ เกษตรกร ☐ รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ
☐ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ☐ รับจ้างทั่วไป
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ อื่นๆ.....

4. รายได้ต่อเดือน

☐ น้อยกว่า 2,500 บาท ☐ 2,501-5,000 บาท
☐ 50,001-10,000 บาท ☐ 10,001-20,000 บาท
☐ มากกว่า 20,001 บาท ☐ ไม่มีรายได้

5. ครอบครัวของท่านมีผู้สูงอายุที่ต้องดูแลหรือไม่ **(ถ้า ตอบ...ไม่มีข้ามไปตอบข้อ 9)**

☐ มี ☐ ไม่มี

6. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลที่บ้าน (ในปัจจุบัน) มีสุขภาพอย่างไร

☐ ดีมาก ☐ ดี
☐ พอใช้ ☐ ไม่ดี ☐ ไม่ดีมากๆ

7. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ (ตัวท่าน)

☐ เป็นสามี ☐ เป็นบุตรเขย ☐ เป็นภรรยา
☐ เป็นบุตรสะใภ้ ☐ เป็นบุตรชาย ☐ เพื่อนบ้าน
☐ เป็นบุตรสาว ☐ เป็นผู้รับจ้าง ☐ เป็นญาติ
☐ หลาน ☐ อื่นๆ.....

8. การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวท่านเป็นอย่างไร

☐ ผู้สูงอายุอยู่บ้านลำพังไม่มีคนดูแล
☐ ท่านดูแลคนเดี่ยวเท่านั้นไม่มีผู้ช่วย
☐ ท่านดูแลคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ (มีผู้ช่วยบางเวลา)
☐ ท่านดูแลบางเวลา (มีผู้ช่วยส่วนใหญ่หรือมีผู้ดูแล)
☐ อื่นๆ.....

9. ท่านคิดว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ท่านมีอยู่เพียงพอหรือไม่

☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ

10. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ไม่เคยได้รับเลย ☐ อ่านหนังสือเอง

☐ ฟังวิทยุ/ทีวี ☐ องค์ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

☐ เพื่อน/เพื่อนบ้านเล่าสู่กันฟัง ☐ อื่นๆ.....

11. ท่านต้องการให้ชุมชนของท่าน **<u>มีศูนย์สุขภาพหรือสถานบริการของภาครัฐ</u>** ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในชุมชนหรือไม่

☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

12. รูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ท่านต้องการเป็นอย่างไร

☐ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

☐ การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบการฝากดูแล (เลี้ยง)
เป็นครั้งคราวที่สถานบริการของรัฐ/เอกชน

☐ การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบสถานบริบาลผู้สูงอายุในชุมชน

☐ การออกให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุอย่างน้อยเดือนล่ะ 1 ครั้ง

☐ การจัดเป็นสถานที่พักผ่อนหรือทำกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ

☐ อื่น ๆ .....

13. ท่านที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องระยะยาวเสียค่าใช้จ่ายเท่าไรต่อเดือน **(ตอบข้อนี้ กรณีผู้สูงอายุอยู่บ้าน)**

☐ น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

☐ ตั้งแต่ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน

☐ ตั้งแต่ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน

☐ ตั้งแต่ 15,001-20,000 บาทต่อเดือน

☐ ตั้งแต่ 20,000 บาท ต่อเดือน ขึ้นไป

14. ท่านดูแลผู้สูงอายุโดยการฝากเลี้ยงดูในสถานบริบาลเสียค่าใช้จ่ายต่อเดือนเท่าไร

(ตอบข้อนี้ กรณีผู้สูงอายุอยู่สถานบริบาล)

☐ น้อยกว่า 7,000 บาทต่อเดือน

☐ ตั้งแต่ 7,001-10,000 บาทต่อเดือน

☐ ตั้งแต่ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน

☐ ตั้งแต่ 15,001-20,000 บาทต่อเดือน

☐ ตั้งแต่ 20,001-25,000 บาทต่อเดือน

☐ ตั้งแต่ 25,001 บาทต่อเดือน ขึ้นไป

ความพึงพอใจด้านบริการสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ/รพ.สต

ประเด็นคำถามด้านบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.1 ขั้นตอนการให้บริการ					
1. ความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการ					
2. ระบบการค้นทะเบียนประวัติ ตรวจรักษา สามารถทำได้รวดเร็ว					
3. มีการจัดลำดับและการให้บริการเป็นไปตามขั้นตอนที่เหมาะสม สะดวกและรวดเร็ว					
4. มีระเบียบและขั้นตอนของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เหมาะสม					
5. ความสะดวก รวดเร็ว ในการให้บริการ และการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก					
1.2 คุณภาพการให้บริการ					
6. การตรวจร่างกายโดยเจ้าหน้าที่					
7. ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการรักษาโรคที่ท่านเป็น					
8. ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการให้การพยาบาล					
9. การให้ข้อมูลและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์					
10. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล					
11. ท่านมีโอกาสพูดคุยแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับแพทย์/พยาบาล					
12. มีเครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการเพียงพอและทันสมัย					
13. ท่านได้รับความสะดวก รวดเร็ว ในการรักษาบริการทุกครั้ง					
14. มีระบบบริการที่ต่อเนื่องในการรักษา					
15. ความพึงพอใจของท่านต่อคุณภาพการให้บริการโดยรวมทุกด้าน					
16. มีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ					
19. ความรวดเร็วและระมัดระวังในการให้บริการผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่					
20. เจ้าหน้าที่ให้บริการท่าน มีความรู้ มีความสามารถที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์					
21. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับขั้นตอนบริการ					
22. เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจในการตอบปัญหาข้อสงสัยและอาการเจ็บป่วยของท่าน					
23. เจ้าหน้าที่แสดงความกระตือรือร้น เมื่อท่านมาขอรับบริการ					

ประเด็นคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.3 เจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ					
24. ความรวดเร็วในการที่แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่มาดูเมื่อท่านมีปัญหา					
25. เจ้าหน้าที่เอาใส่ใจ เป็นกันเอง และให้บริการด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส					
1.4 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก					
26. มีป้ายบอกบริการอยู่ในจุดที่ชัดเจนในการใช้บริการ					
27. สถานที่ตั้งของหน่วยบริการในชุมชนอยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก					
28. มีที่นั่งพัก ขณะรอรับการตรวจเพียงพอ					
29. มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับเหมาะสมและเพียงพอ					
1.5 ด้านมาตรฐาน และคุณภาพบริการ					
30. ท่านเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ในชุมชนมีคุณภาพ					
31. ท่านเชื่อมั่นว่า ยาที่ท่านได้รับ มีมาตรฐานและเหมือนกับสถานบริการอื่นๆ					
32. ท่านมีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ในการให้การรักษาท่าน					
33. มีระบบเครือข่ายบริการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องของหน่วยบริการในชุมชนของทีมเจ้าหน้าที่ ท่านสะดวกในการขอรับบริการ					

หนังสือยินยอม

(INFORMED CONSENT FORM)

การศึกษาเรื่อง **โครงการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน**
กรณีศึกษาหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ. 2555

ชื่อผู้ทำการศึกษา สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ชื่อผู้ให้คำยินยอม .....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ❑- ❑❑❑❑-❑❑❑❑❑-❑❑-❑

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากคณะผู้ทำการศึกษาถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ ประโยชน์ที่จะเกิดจากการศึกษาในครั้งนี้อย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

คณะผู้จัดทำการศึกษารับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

คณะผู้ทำการศึกษารับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการนี้เมื่อใดก็ได้และเข้าร่วมโครงการครั้งนี้โดยสมัครใจ

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ นางสาวอรวรรณ์ คูหา ที่ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000 หรือหมายเลขโทรศัพท์ 083-187-4165 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และโทษจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้า ที่จะได้รับในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงนาม.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย

คือ.....จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงนาม.....พยาน

วันที่ .....