

การพัฒนาระบบ ดูแลผู้สูงอายุ



โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน



โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน
25/25 ถนนพหลโยธิน 4 ตำบลคลองเตย อำเภอคลองเตย จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์ 0-2441-9040-3 ต่อ 15-18 โทรสาร 0-2441-0163



รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ
เรื่อง

การพัฒนาระบบ ดูแลผู้สูงอายุ

ระหว่างวันที่ 22 - 23 มกราคม 2552
ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร



โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)

การพัฒนาระบบ การดูแลผู้สูงอายุ

ISBN

พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2552 จำนวน 500 เล่ม

จัดทำโดย

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

25/25 ถนนพุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-9040-3 ต่อ 15-18 โทรสาร 0-2441-0163

ที่ปรึกษา

พญ. สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ทัศนีย์ ญาณะ

บรรณาธิการ

สายศิริ ต่านวัฒนะ

กองบรรณาธิการ

พฤกษา นุกนุกญ

วรรณนา สุมีรัง

ปกและรูปเล่ม

วัฒน์สินธุ์ สุวรรตนานนท์

พิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒน์ไพศาล โทร. 02-432-1673-5

คำนำ

การจัดประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ” ที่ได้จัดขึ้นระหว่างวันที่ 22 - 23 มกราคม 2552 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ เป็นกิจกรรมต่อเนื่องทางวิชาการของสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ร่วมกับ องค์การภาคีทางสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

การประชุมวิชาการครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มคนทำงาน นักวิชาการ และภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยถือเป็นการทบทวน พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ตลอดจนเครื่องมือและเทคโนโลยีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ รวมทั้งเพื่อนำความรู้ที่ได้จากการประชุมครั้งนี้ไปพัฒนาข้อเสนอการสนับสนุนเชิงนโยบาย ในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระบบสุขภาพชุมชนที่มีลักษณะเป็นการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ภายใต้การทำงานร่วมกันขององค์การภาคีทางสุขภาพอย่างบูรณาการ

การจัดทำหนังสือเล่มนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมเนื้อหาสำคัญจากการประชุมรวมทั้งภาพกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาเพิ่มเติม ต่อยอด และนำสาระความรู้จากการประชุมไปประยุกต์ใช้ สำหรับนักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิ แต่เนื่องจากรายละเอียด เนื้อหาสาระของการประชุมที่มีมาก คณะผู้จัดจึงได้จัดทำ CD เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ” แนบประกอบมากับหนังสือนี้ ซึ่งหวังว่าจะเป็นประโยชน์กับผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการปฐมภูมิที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีของชุมชน

ในการจัดประชุมวิชาการและการจัดทำหนังสือเล่มนี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) อีกทั้งได้รับความช่วยเหลือและความร่วมมือจากสถาบันวิชาการ นักวิชาการ นักวิจัย และผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจากพื้นที่เป็นจำนวนมากที่ได้ร่วมกันสร้างงานและสิ่งสมประสงค์ที่มีคุณค่ามาเป็นส่วนสำคัญในการจัดการประชุมและนำมาสู่เนื้อหาของหนังสือเล่มนี้ ซึ่งทางคณะผู้จัดทำขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

คณะผู้จัดทำ

สำนักงานวิจัยและพัฒนา

ระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)

8	<p>พิธีเปิดการประชุม วัตถุประสงค์สะท้อนปัญหาและความร่วมมือในอนาคต เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>ห้องย่อย เวทีเต็มสาร: แบ่งปันความรู้ 23 มกราคม 2552</p> <ul style="list-style-type: none"> • มิราเคิลแกรนด์ A: การเตรียมตัวเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ • มิราเคิลแกรนด์ B: การจัดระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน • มิราเคิลแกรนด์ C: รูปแบบ วิธีการจัดการสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก 	78
10	<p>คำกล่าวรายงานต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข</p>		
14	<p>คำกล่าวเปิด การประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ “ภาคร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ”</p>	<p>ข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการด้านผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องกับบริการ</p>	102
18	<p>สรุปสาระสำคัญการบรรยาย เรื่อง “ทิศทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทย”</p>	<p>อภิปราย แนวทางการสนับสนุน ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน</p>	106
22	<p>สรุปสาระการอภิปราย “Update สถานการณ์ องค์ความรู้ แนวโน้มและทิศทางการทำงานผู้สูงอายุ”</p>	<p>ประมวลและสรุปผลการประชุม</p>	112
24	<p>ห้องย่อย เวทีเต็มสาร: แบ่งปันความรู้ 22 มกราคม 2552</p> <ul style="list-style-type: none"> • มิราเคิลแกรนด์ A: รูปแบบการจัดการและการสร้างเสริมศักยภาพผู้สูงอายุและชุมชน (ชมรมผู้สูงอายุ คนต้นแบบ/แกนนำผู้สูงอายุ ครอบครัวเข้มแข็ง) • มิราเคิลแกรนด์ B: รูปแบบการจัดบริการและจัดการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ • มิราเคิลแกรนด์ C: นานาสาระเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ 	<p>พิธีเปิดการประชุม</p> <p>ภาคผนวก</p> <p>ภาคผนวก ก เอกสารโครงการฯ</p> <p>ภาคผนวก ข ผลวิเคราะห์แบบประเมินผลการประชุม</p> <p>ภาคผนวก ค รายงานการศึกษาทบทวนนโยบายด้านผู้สูงอายุกับบริการปฐมภูมิ</p> <p>ภาคผนวก ง วิทยากร ทีมเลขานุการที่การประชุม และทีมคณะทำงาน</p>	116
		<p>ภาคผนวก</p>	118

การพัฒนาระบบ การดูแลผู้สูงอายุ

ความท้าทายต่อศักยภาพ
ของบริการปฐมภูมิ

ขอขอบคุณผู้รวบรวม
เรียบเรียงเนื้อหาจากการประชุม

- คุณทัศนีย์ ญาณะ
- คุณพฤษภา นุกนุก
- คุณผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ
- คุณกิตติมา ปรรามภ์
- ทพญ.กัญญา บุญธรรม
- พญ.นภาพุลา โรจนสุภัค
- คุณนัฐพร สุขพอดี
- พญ.อรพรรณ ตะเวทิพงศ์
- ทพญ.นนทลี วีรัชย์
- คุณนงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์
- คุณบำรุง ชลอเดช

ถอดความจากวีดิทัศน์ : นำเสนอในพิธีเปิด

ปัญหาและ ความร่วมมือในอนาคต

เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ

วันที่ 22 มกราคม 2552 ห้องนิรโรคีฬาแกรนด์ บอลรูม

เวลา 09.00-09.15 น.



ความจริงข้อหนึ่งที่ถูกค้นพบมานานหลายพันปี นั่นคือสัจธรรมของชีวิตมนุษย์ เมื่อได้กำเนิดขึ้นมาแล้ว สักวันหนึ่งก็ต้องก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และไม่ว่าคุณจะเป็นใคร ก็ไม่อาจปฏิเสธสิ่งนี้ได้

คุณตาคุณยายเหล่านี้ ล้วนเคยเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และได้ประกอบคุณงามความดีมาตั้งแต่ ครั้งอดีต ทำให้หลายท่านกลายเป็นที่เคารพนับถือของลูกหลาน แต่ก็มีหลายครั้งที่ผู้สูงอายุมักจะถูกมองว่าเป็นภาระของลูกหลาน

ในปัจจุบันสังคมไทยมีผู้สูงอายุเกือบ 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของคนไทยทั้งประเทศ และมีการคาดการณ์ว่าสังคมไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่าในอีก 17 ปีข้างหน้า และจะเกิดอะไรขึ้น หากในชุมชนที่เราอยู่ในประเทศที่เราอาศัยมีประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและกลายเป็นกำลังหลักของชาติสังคมไทยจะเดินหน้าต่อไปเช่นไร

ร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ถูกมองว่าเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาอาศัย แต่ในทางตรงกันข้ามทักษะและประสบการณ์ชีวิตกลับไม่ได้

ถดถอยลงไปตามสังขาร แต่ข้อจำกัดด้านร่างกายก็ทำให้พื้นที่ของผู้สูงอายุถูกจำกัดให้เล็กลง จนคนส่วนใหญ่ในสังคมมองแทบไม่เห็น และต้องทำอะไรให้ผู้สูงอายุมีพื้นที่ในสังคมมากขึ้นและได้ใช้ความรู้ที่สั่งสมมาหลายสิบปี

ที่ผ่านมาปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมักจะเน้นไปที่ปัญหาด้านสุขภาพ หากแต่ความเป็นจริงยังมีปัญหาเชิงระบบอื่นๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่กำลังรอคอยการแก้ไขอย่างจริงจัง

หน่วยงานจากภาครัฐเองก็ได้จัดทำมีโครงการส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุด้านต่างๆ ในหลายพื้นที่ แต่กิจกรรมเหล่านั้นยังไม่ได้มีการบูรณาการอย่างเป็นระบบ การดูแลผู้สูงอายุจึงยังดำเนินไปในลักษณะแยกส่วน

การจัดสัมมนาครั้งนี้จึงมุ่งหวังให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุ และเพื่อให้เห็นถึงทิศทางการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เนื่องจากชุมชนเป็นผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด และสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประธานมูลนิธิสำคัญ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูง อายุไทยสะท้อนว่า

“ผมทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเยอะ ถ้าจะถามว่าทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุนี้ จะทำอย่างไรอันที่หนึ่งผู้สูงอายุที่แข็งแรงอยู่ ที่ทำงานอยู่ต้องพัฒนาเค้าให้ทำงานได้เรื่อยๆ ข้อที่สอง ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องสุขภาพประเภทนี้ต้องสงเคราะห์ แต่ผมเชื่อว่าที่จะสงเคราะห์เนี่ย ถ้าเมื่อเราได้วางแผนชีวิตไว้ ดีงานสงเคราะห์นี้จะลดลง”

ด้วยความคาดหวังที่ต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่กำลังจะเพิ่มมากขึ้น ในสังคมไทยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากหลายภาคส่วน ซึ่งไม่มีใครที่จะมองเห็นและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีเท่ากับผู้ที่อยู่ใกล้ชิด นั่นก็คือชุมชนที่เป็นฐานกำลังหลักของการแก้ไขปัญหาในครั้งนี้

นายแพทย์บรรด
ศิริพานิช

กล่าวรายงานต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ในการเปิดการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ

ภาคร่วมพัฒนาระบบ ดูแลผู้สูงอายุ

วันที่ 22 มกราคม 2552 ห้องนิรโรคิเลสแกรนด์ บอลรูม
เวลา 09.00-09.15 น.

โดย พญ.สุพัตรา
ศรีวิชัยชากร
ผู้อำนวยการสถาบัน
วิจัยและพัฒนา
ระบบสุขภาพชุมชน

เรียน นายวิทยา แก้วภราดัย รัฐมนตรี ว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ดิฉันในนามของผู้จัดการประชุม และผู้เข้าร่วมประชุม ขอขอบพระคุณท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างยิ่ง ที่ได้กรุณาให้เกียรติมาเป็นประธานเปิดการประชุม ในวันที่การประชุมวิชาการ “ภาคร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ” ซึ่งจัดโดยสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยแผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย และองค์การภาคีเครือข่าย โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในกลุ่มคนทำงาน และภาคีที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อให้ความหมาย ความสำคัญ และความภาคภูมิใจ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เพื่อทบทวน พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ ตลอดจนเครื่องมือและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ จากงานวิจัยงานวิชาการ และบทเรียนประสบการณ์ของพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ
4. เพื่อพัฒนาข้อเสนอการสนับสนุนเชิงนโยบาย ในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระบบสุขภาพชุมชน

สำหรับเนื้อหาของการประชุม ประกอบด้วยการนำเสนอสถานการณ์ผู้สูงอายุ องค์ความรู้วิชาการ ที่ได้จากงานวิจัย และประสบการณ์จากการทำงาน เครื่องมือในการทำงานผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนข้อเสนอนโยบาย รูปแบบการประชุมในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่

การเสวนาทางวิชาการเป็นการนำเสนอองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนแนวคิดมุมมองเชิงวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นรากฐานทางวิชาการสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์คนทำงานจากพื้นที่เกี่ยวกับการทำงานผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ ตลอดจนการถ่ายทอดทักษะและประสบการณ์การทำงาน ขณะเดียวกันยังสามารถสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุจากรูปธรรมความสำเร็จที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่



การแสดงนิทรรศการ ถ่ายทอดและ นำเสนอบทเรียนและองค์ความรู้ ให้เห็น เป็นรูปธรรม การแสดงนิทรรศการยังมี ความมุ่งหมายที่จะถ่ายทอดวิธีคิดของคน ทำงานหรือองค์กรภาคี ที่เกี่ยวข้องให้ผู้ เข้าร่วมการประชุมได้สัมผัส สร้างความ รู้สึกและการรับรู้ตามความเป็นจริงที่เกิด ขึ้นในพื้นที่

ผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 600 กว่า ท่าน ประกอบด้วย คนทำงานในหน่วย บริการปฐมภูมิทั้งส่วนที่มาจากสถานี อณามัย และโรงพยาบาล บุคลากรที่ เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการ ที่ทำงานหรือสนใจในการ ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

บัดนี้ ได้เวลาอันสมควรแล้ว ดิฉันขอ เรียนเชิญท่านประธาน กล่าวเปิดการ ประชุม ให้แก่ที่ประชุมต่อไป



กล่าวเปิดการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ
เรื่อง

ภาคีร่วมพัฒนา ระบบดูแลผู้สูงอายุ

วันที่ 22 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 09.15 - 09.30 น.

โดย นายวิทยา แก้วภราดัย
รัฐมนตรีว่าการกระทรวง
สาธารณสุข

เรียน ท่านนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช
ท่านผู้บริหาร และท่านผู้มีเกียรติ
ที่เข้าร่วมประชุมทุกท่าน

กระผมรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้มา
ทำหน้าที่ประธานเปิดการประชุมวิชาการ
บริการปฐมภูมิ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแล
ผู้สูงอายุ” ซึ่งจัดโดย สถาบันวิจัยและพัฒนา
ระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ร่วมกับ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ
องค์กรภาคีเครือข่าย ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่
22 - 23 มกราคม นี้



จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรวัย
สูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในประเทศไทย
นั้น มีจำนวนและสัดส่วนประชากรที่มีอายุ
60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ
9.2 ในปี พ.ศ.2543 และคาดว่าในปี พ.ศ.
2562 สัดส่วนจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.3 ซึ่งเป็น
ข้อบ่งชี้ว่า ขณะนี้สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่
สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)

ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูง
อายุในชุมชน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและ
ต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน
เพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างมี
ประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้อง
พัฒนานโยบาย กลไก และการจัดการใน
พื้นที่ โดยการเสริมกลไกประสานในระดับ
พื้นที่ (จังหวัด อำเภอหรือตำบล) และสร้าง
มาตรฐานงาน ตัวชี้วัดการทำงาน ดูแล
ผู้สูงอายุในชุมชน ที่มุ่งเน้นให้เกิดแนวทาง
สำคัญในการดำเนินงาน ระบบดูแลผู้สูงอายุ

ในประเทศไทย โดยใช้โรงพยาบาลตำบล
ส่งเสริมสุขภาพและ แกนนำ อสม. เป็นหลัก
ในการจัดการและให้บริการ โดยมีหน่วยงาน
องค์กรในชุมชนให้การสนับสนุน

นอกจากนี้ การเสริมสร้างศักยภาพ
บริการปฐมภูมิ โดยเน้นครอบครัวและชุมชน
เป็นฐานสำหรับผู้สูงอายุ เน้นระบบการดูแล
ดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การสร้างเสริม
สุขภาพ การป้องกันโรคและการคัดกรอง
ด้านสุขภาพ การดูแลรักษาโรคและความ
เจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการดูแล
ระยะสุดท้าย



ทั้งนี้ การดำเนินงานดังกล่าว ต้องมีความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ และกลไกที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นศูนย์รวมของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน ทั้งยังเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัว องค์กรชุมชน ตลอดจนอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน ให้มีความสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

อีกประการหนึ่งที่สำคัญยิ่งนั้นคือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ปราศจากสภาวะการพึ่งพาให้นานที่สุด โดยมีจุดเน้นอยู่ที่กลยุทธ์ในการป้องกันโรค ร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การสมาคมและอื่นๆ พัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นคนที่มีคุณภาพ มีคุณค่า สามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำความรู้ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นคลังสมองของชาติมาใช้ ประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติ ตลอด

จนการเตรียมความพร้อมของประชากรทุกช่วงวัย ทุกกลุ่มเป้าหมายให้มีความสามารถเตรียมตัวสู่สังคมสูงอายุได้อย่างเหมาะสม ควบคู่กับการสร้างระบบและกลไกทางสังคมที่เกื้อหนุนให้คนในสังคมดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคง มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สุดท้ายนี้ กระผมขอให้การประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ” นี้ เป็นไปตามความคาดหวังของคณะผู้จัดการประชุม ที่จะให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน อันประกอบด้วย บุคลากรด้านสุขภาพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จะได้รับความรู้ ความเข้าใจ มีทิศทางการทำงาน เพื่อให้เกิดเป็นพลังที่จะขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

บัดนี้ ได้เวลาอันสมควรแล้ว กระผมขอเปิดการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ เรื่อง “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ” ณ บัดนี้



สรุปสาระสำคัญการบรรยาย
เรื่อง

กระบวนการทัศนศึกษา การพัฒนาสุขภาพ ผู้สูงอายุไทย

วันที่ 22 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 09.30 - 10.30 น.

โดย นพ. บรรลุ ศิริพานิช
ประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและ
พัฒนาผู้สูงอายุไทย

ในการบรรยายครั้งนี้
นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช
ได้นำเสนอใน 6 ประเด็นหลัก คือ

1. ข้อมูลพื้นฐาน ทุณเดิม ภาพรวม เกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย

- 1.1 จำนวนผู้สูงอายุ (2550) จำนวน 7,038,000 คน ถือเป็น 10.7% ของประชากรทั้งหมด ในประเทศ และสังคมในปัจจุบันกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” โดยผู้สูงอายุ มี 3 กลุ่มคือ อายุระหว่าง 60 - 69 ปี มี 58.8 % อายุ 70 - 79 ปี มี 31.7% และ อายุ 80+ ปี มี 9.5%
- 1.2 ที่อยู่ อยู่ในเขตเทศบาล 78.6% นอกเขตเทศบาล 21.4 %
- 1.3 การศึกษา อ่านออกเขียนได้ 76.1% อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ 23.9% จบประถมศึกษา 68.9% มัธยมศึกษา 5.8% ปวส. อนุปริญญา 0.8% ปริญญาขึ้นไป 2.9%



- 1.4 สุขภาพดี 43.0% ปานกลาง 28.9% ไม่ดี 21.5% ไม่ดีมาก ๆ 2.8% ลำบาก 3.8%
- 1.5 ยากจน (รายได้ต่ำกว่า 1,400 บาทต่อเดือน) จำนวน 20 % ของผู้สูงอายุทั้งหมด (2549) แต่ในอนาคตแนวโน้มร้อยละผู้สูงอายุที่ยากจนจะลดลง เนื่องจากมีผู้สูงอายุรุ่นใหม่มาแทนที่ (มีการศึกษาสูงกว่า อาชีพดีขึ้นกว่า รุ่นเก่า) ซึ่งสามารถหาข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุเพิ่มเติมได้ที่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2. ความจริงเกี่ยวกับสุขภาพ

- 2.1 สุขภาพเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงตาย และมีนัยยะต่อกัน นั่นหมายถึง การดูแลสุขภาพไม่สามารถทำได้ในยามแก่ เพราะเด็กที่แข็งแรงในวันนี้ ก็ส่งผลให้เป็นผู้ใหญ่ที่แข็งแรงในวันหน้า ดังนั้น “การ

ทำงานเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงต้องเริ่มตั้งแต่ในมดลูก”

- 2.2 การดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ (ปัจเจก) สามารถดำเนินการเองได้ มีแต่ส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องให้ผู้อื่นทำให้ ดังนั้นเรื่องสุขภาพหากผู้สูงอายุต้องการมีสุขภาพดี ก็ต้องลงมือทำเอง เช่น ถ้าอยากแข็งแรงก็ต้องออกกำลังกาย

3. ขอบเขตงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ไม่ได้มีความเฉพาะเรื่องสุขภาพเท่านั้น หากแต่ยังมีงานอีกหลายอย่างที่มียัยยะต่อกัน เช่น งานด้านการศึกษา งานด้านสวัสดิการ เป็นต้น โดยหลัก 2 ประการในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ

- 3.1 ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้ ต้องเสริมการพัฒนาให้ช่วยตัวเองได้ตลอดไปและให้ดียิ่งขึ้น จนสามารถช่วยเหลือผู้อื่น ยกตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่อยากมีสุขภาพที่ดี ต้องหมั่นออกกำลังกาย กินอาหารที่มีประโยชน์



3.2 ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ต้อง
สังเคราะห์เพื่อให้สามารถช่วย
ตนเองให้ได้

ดังนั้น งานผู้สูงอายุไม่ใช่แค่ดูแลเรื่อง
สุขภาพเพียงอย่างเดียว ต้องบูรณาการ
แบบองค์รวม และต้องสร้างภาคีเครือข่าย
ในการดูแลผู้สูงอายุ มีไม่แค่หน้าที่ของสาย
สุขภาพเพียงอย่างเดียว

4. ภารกิจในงานพัฒนา

สุขภาพผู้สูงอายุไทย

จากรายงานการวิจัยพบว่า สิ่งที่ผู้สูง
อายุไทยต้องการมีอยู่ 2 อย่าง 1. การมี
สุขภาพดี 2. ใช้ชีวิตกับลูกหลานอย่างมี
ความสุข

งานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุต้องเน้น
การดูแลแบบองค์รวม การส่งเสริม ป้องกัน
โรค รักษา และฟื้นฟู โดยควรเน้นให้ความ
สำคัญกับงานส่งเสริม และงานป้องกันเป็น
เรื่องสำคัญ และต้องทำอย่างใดอย่างหนึ่ง
เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุป่วย เพื่อ
หลีกเลี่ยงการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากการ
รักษาพยาบาล

**โดยแบ่งแยกงานพัฒนา
ออกเป็น 4 ด้านหลัก คือ**

งานพัฒนาสุขภาพกาย เน้นการ
ทำงานเพื่อสนับสนุนการออกกำลังกาย
อาหาร เช่น เรื่องอาหารการกินต้องให้
เหมาะกับท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ การ
ออกกำลังกายต้องจัดให้เหมาะสมกับวัย
เช่น ฟิตเนส ภาคน้ำร้อน โนราห์ ภาคน้ำเย็น ผู้
จัดกิจกรรมต้องมีความรู้ถึงรูปแบบการออก
กำลังกายที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

งานพัฒนาสุขภาพจิต เน้นการรวม
กลุ่ม ครอบครัว กิจกรรมทางศาสนาเป็น
เรื่องสำคัญ ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุ
14,000 แห่งทั่วประเทศ ชมรมผู้สูงอายุมี
บทบาทอย่างมากต่อการพัฒนาสุขภาพจิต
ของผู้สูงอายุ

งานพัฒนาสุขภาพทางสังคม เน้น
การรวมกลุ่ม การสร้างเครือข่ายทางสังคม
และยกย่องให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคม
และมีจิตอาสา ฯลฯ

งานพัฒนาสุขภาพทางปัญญา เน้น
การศึกษาต่อเนื่อง การศึกษาตามอัธยาศัย
ศาสนธรรม ชมรมและเศรษฐกิจพอเพียง

ในประเด็นนี้เรื่องงานพัฒนาสุขภาพ
ผู้สูงอายุไทยภาพรวม ขอเสนอให้ผู้สูงอายุ
ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปควรได้รับการฉีดวัคซีน
ไขหวัดใหญ่ฟรี โดยให้สำนักงานหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็น
ผู้สนับสนุน และสำหรับประเด็นเรื่องงาน
ฟื้นฟูสุขภาพ ในการจัดหาผลิตภัณฑ์ให้กับ
ผู้สูงอายุ ขอเสนอให้ใช้ผลิตภัณฑ์ภายใน
ประเทศ และจัดงานบริการให้สามารถ
ปฏิบัติได้ภายในครอบครัวและชุมชน

**5. บทบาทของฝ่ายต่างๆ ในการดูแล
ผู้สูงอายุ**

จากคำถามนี้สิ่งที่จะเป็นคำตอบที่ดี
ที่สุดคือ ต้องร่วมกันทำทั้งบุคคล ครอบครัว
ชุมชนและรัฐ กล่าวคือ ทุกฝ่ายล้วนมี
บทบาทสำคัญ

ผู้สูงอายุ ต้องดูแลตนเอง โดยผู้ดูแล
ต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง
ครอบครัวควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม
ร่วมในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุให้ได้ และ

มีการจัดการที่ดีให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทใน
ครอบครัว และชุมชนในอนาคต

องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จะเป็น
กำลังหลักสำคัญในการทำงานผู้สูงอายุ

รัฐ สนับสนุนในเรื่องของการออก
กฎหมายที่ส่งเสริมหรือเอื้อต่อการมีสุขภาพ
ดีของผู้สูงอายุ

6. ทิศทางการพัฒนา

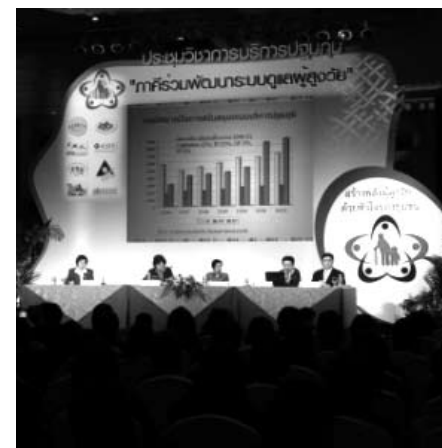
ขอแนะนำให้ผู้เข้าร่วมประชุมศึกษา
จากเอกสารใน 3 เรื่อง คือ

- แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1
(2525-2545) และฉบับที่ 2
(2545-2565) โดยปัจจุบันได้มีการ
อนุมัติหลักการไปสู่ในระดับ
กระทรวง ทบวง กรมฯ
- ธรรมนูญสุขภาพ ปัจจุบันได้
ดำเนินการแล้วเสร็จไปแล้วกว่า
ร้อยละ 80 (อยู่ระหว่างรอ
พิจารณา)
- แผนพัฒนาสุขภาพในหลายระดับ
เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์ก
รปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต.
เทศบาล อบจ. เป็นต้น

สรุปสาระอภิปรายกลุ่มในหัวข้อ

Update สถานการณ์ องค์ความรู้ แนวโน้มและทิศทางการ การทำงานผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ ระดับปฎิบัติ

วันที่ 22 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 10.45-12.30 น.



ผู้ร่วมอภิปรายประกอบด้วย

ประเด็น สถานการณ์
องค์ความรู้ ทิศทางการ
ทำงานผู้สูงอายุ
แบบบูรณาการ

โดย แพทย์หญิงสิรินทร
ฉันทศิริกาญจน
คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประเด็น มิติด้านสังคม
และการพัฒนา

โดย นางสาวศิริวรรณ ศิริบุญ
วิทยาลัยประชากรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเด็น มิติด้านระบบ
บริการสุขภาพ

โดย นายแพทย์ ดร.สัมฤทธิ์
ศรีธำรงค์สวัสดิ์
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา
หลักประกันสุขภาพไทย

ประเด็น มิติด้านความ
มั่นคงและความเท่าเทียม

โดย ผศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา
คณะเศรษฐศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดำเนินการอภิปรายโดย
พญ.สุเมตตา ศรีวณิชชากร
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา
ระบบสุขภาพชุมชน

สรุปสาระสำคัญการบรรยาย

ทิวช้อ

สถานการณ์ องค์ความรู้ เกี่ยวกับการทำงานผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ

วันที่ 22 มกราคม 2552

ห้องนิรโทษกรรม อาคาร 10.45 - 12.30 น.

โดย แพทย์หญิงสิรินทร
วันสิริกาญจน

ปัจจุบันสังคมไทยก้าวเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ คำว่าสูงอายุหมายถึงการมีอายุ 60 ปีขึ้นไป และจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ.2563 ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงแวดวงของการสาธารณสุขเท่านั้นไม่เพียงพอ การรวมเครือข่ายของผู้ที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุและทำงานร่วมกันแบบบูรณาการนับเป็นมิติที่ดีของการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อวางระบบที่ดีในการรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคต

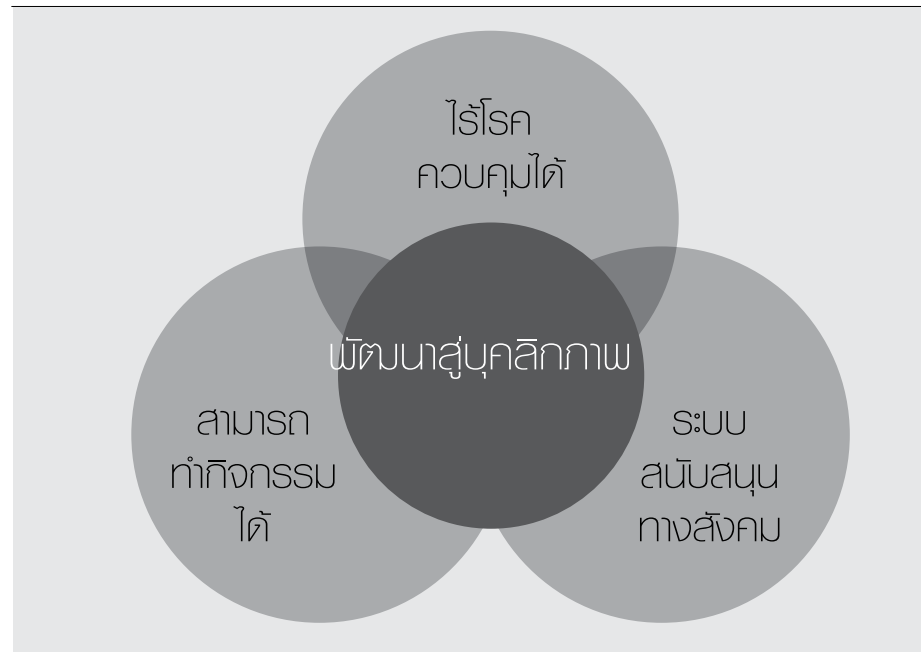
สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ที่สำคัญคือด้านสุขภาพซึ่งมีการเสื่อมสภาพตามวัย นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาการอยู่ตามลำพังสูงมากขึ้นถึงร้อยละ 7.1 ปัญหาความยากจนทำให้เกิดภาวะพึ่งพาแต่มีบางคนที่ไม่อยากจนแต่ก็ต้องการความช่วยเหลือในบางช่วงของชีวิต และปัญหาสภาพแวดล้อมที่ไม่อำนวยความสะดวกต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงวัย ดังนั้น การช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดีต้องดูแลในทุกมิติพร้อมๆ กัน

สำหรับนโยบายการดูแลผู้สูงวัยที่แบ่งตามภาวะสุขภาพนั้นแบ่งเป็น 3 ประเด็นคือ สุขภาพดี มีโรคเรื้อรังและห่อม บอบบาง หากแบ่งตามเกณฑ์การพึ่งพา คือไม่ต้องมีการพึ่งพาเลย พึ่งพาบางส่วนและต้องพึ่งพา ซึ่งนโยบายต้องการนำไปสู่เป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี สามารถค้นพบโรคและให้การรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแล



ระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีที่เรียกว่า “อยู่สบาย ตายสะดวก” และสุดท้ายเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง “Self care & self wisdom”

กล่าวโดยสรุป คือ มิติของการดูแลผู้สูงวัย คือการดูแลสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้หลักการ “ห้าประสานเพื่องานผู้สูงอายุ” โดยการรวมเครือข่ายกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการคลัง โดยบูรณาการทั้งสุขภาพกาย จิต และสังคมไปพร้อมๆ กัน



หลักการการจัดรูปแบบบริการด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม

- ให้มีการบริการแบบบูรณาการเชิงรุกโดยเน้นครอบครัวและชุมชนเป็นฐานสำหรับผู้สูงอายุทุกคน
- เน้นระบบการดูแลต่อเนื่องทุกมิติของการดูแลสุขภาพ ทั้งเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการคัดกรอง การดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลระยะสุดท้าย
- เน้นให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการที่จัดไว้
- จัดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ให้สอดคล้องประสาณเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
- โดยบุคลากรทุกระดับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ (เกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ)

การดำเนินการจัดรูปแบบบริการด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ

1. การสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็ง โดยสร้างความมั่นคงด้านการเงินทั้งครอบครัวและผู้สูงอายุ ส่งเสริมศักยภาพและความรู้ของผู้ดูแล สร้างเสริมทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ และให้มีการสนับสนุนจากท้องถิ่นและชุมชน
2. การสนับสนุนศักยภาพผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่องทั้งในแง่ระบบและผู้ดูแล ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบการพัฒนา เช่น
 - จัดให้มีการเตรียมการก่อนสู่วัยสูงวัยทุกด้าน
 - เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ความรู้ และกิจกรรมทางสังคม

- จัดบริการสุขภาพและบริการสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านและเกื้อกูลจากชุมชน โดยมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในชุมชนให้ชัดเจน
- มีแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุทุกระดับโดยรัฐผลิตเองหรือเป็นผู้กำกับดูแล
- มีระบบการดูแลปฐมภูมิในชุมชนครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหาตลอดช่วงชีวิต รวมทั้งมีระบบส่งต่อที่เหมาะสม
- จัดระบบบริการให้เข้าถึงได้โดยง่าย หรือมีระบบบริการเชิงรุกเข้าถึงผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- มีระบบดูแลผู้ดูแลโดยเฉพาะในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีปัญหามาตาม เช่น ผู้ดูแลที่สูงอายุ กลุ่มที่มีภาระหน้าที่มากมาย หรือกลุ่มที่ต้องดูแลผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อม

- มีบุคคล / คณะกรรมการรับผิดชอบการดำเนินการต่างๆ รวมทั้งกำกับดูแล
- สนับสนุนและกำกับดูแลงานบริการทางสุขภาพและสังคมให้สอดคล้องกับความต้องการ
- พัฒนาแหล่งข้อมูลข่าวสาร และการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต (ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว)

3. นโยบายชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งมีองค์ประกอบและรูปแบบกิจกรรมพัฒนาได้หลายประการ คือ

- ให้มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุ โดยมีข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในแง่มุมต่างๆ
- จัดให้มีกองทุนสนับสนุนการดูแลตลอดจนการบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- มีการพัฒนา / ช่วยเหลือด้านอาชีพและรายได้แก่ครอบครัวและผู้สูงอายุเพื่อให้คงศักยภาพที่จะดูแล

4. การจัดการเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาสโดยชุมชน อาทิ การบริการด้านอาหาร (ธนาคารอาหาร/การจัดส่งอาหาร) การสนับสนุนให้มีครอบครัวอุปถัมภ์ หรือการดูแลโดยเพื่อนบ้านหรือชุมชนการสนับสนุนยานพาหนะ การปรับลักษณะที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม รวมทั้งการจัดหาให้มีอุปกรณ์เสริม / อุปกรณ์เฉพาะช่วยในการดูแล

สรุปสาระสำคัญการบรรยาย
หัวข้อ

มิติด้านสังคม กับการพัฒนา

วันที่ 22 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 10.45 - 12.30 น.

โดย อาจารย์ศิริวรรณ ศิริบุญ

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่อง จากอัตราเพิ่มประชากรผู้สูงอายุมีระดับสูงกว่าอัตราเพิ่มประชากรรวม หรือพูดง่าย ๆ ว่าประชากรสูงอายุเพิ่มเร็วกว่าประชากรรวม ทั้งนี้ เพราะการลดภาวะเจริญพันธุ์จากระดับที่เคยสูงในอดีต บวกกับการลดลงของการตายและมีการเพิ่มขึ้นของอายุคาดหมายหรืออายุขัยเฉลี่ยของประชากรซึ่งจะเพิ่มขึ้นในอนาคต

จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ.2550 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึง 7.02 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 10.7 คาดประมาณการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 จะเหลือประชากรวัยทำงานเพียง 2.4 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ทำให้อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนลดลง จากการสำรวจการทำงานและความต้องการในการทำงานของผู้สูงอายุและความเพียงพอของรายได้ (เนภาพร ขโยวรรณ,การอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาโครงการเพื่อผู้สูงอายุในท้องถิ่นตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ: 20-22 พ.ย.51) พบว่าร้อยละ 6 ของผู้สูงอายุที่

ต้องการทำงานแต่ไม่มีงานทำ เพียงร้อยละ 35.7 ที่มีการทำงานในรอบสัปดาห์ และร้อยละ 16.8 ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ต่อปี

เมื่อสรุปลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550 พบว่าร้อยละ 62 มีคู่สมรส ผู้สูงอายุในเมืองมีคนโสด หม้าย หย่า แยก มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท ประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 59 ยังเป็นผู้สูงอายุที่อายุน้อย คือ อายุ 60 - 69 ปี ประชากรผู้สูงอายุประกอบด้วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (55% กับ 45%) ร้อยละ 71 มีที่พักอาศัยในเขตชนบท ร้อยละ 16 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 74 มีการศึกษาระดับประถม

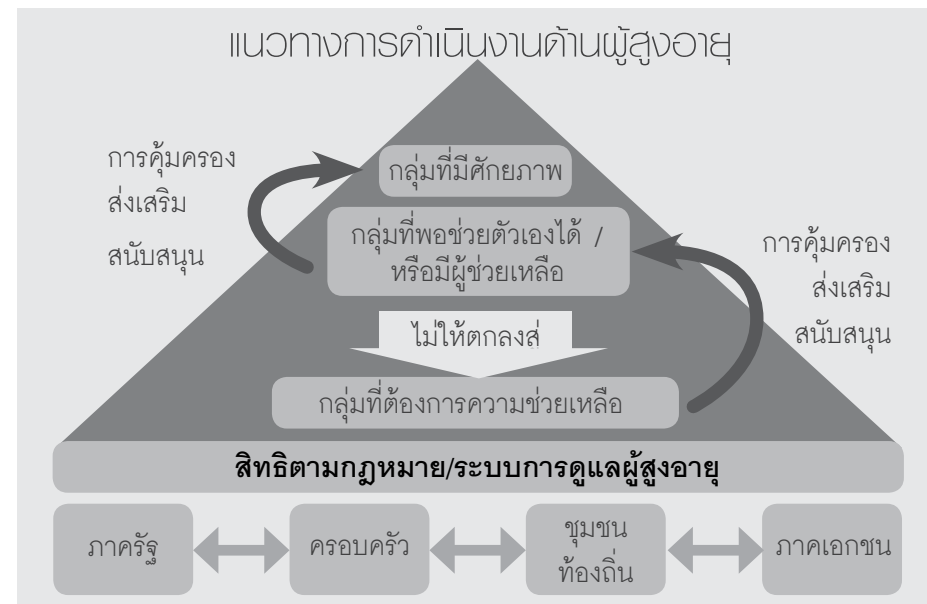
ด้านภาวะสุขภาพสัดส่วนที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น จำนวนปีที่ต้องอยู่อย่างพึ่งพาเพิ่มขึ้นและผู้หญิงมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ชาย

การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุถือเป็นบรรทัดฐานทางสังคม (Social norms) ที่มีพื้นฐานมาจากความรับผิดชอบที่มีต่อสมาชิก (Social responsibility) ซึ่งถือว่าเป็นการต่างตอบแทน (Reciprocity)



อันเป็นความเสมอภาค (Equity) จากการตรวจสอบสังคมไทยมีทัศนคติอย่างไรต่อผู้สูงอายุ พบว่าจากการศึกษาสัดส่วนประชากรอายุ 18 - 59 ปีที่มีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค (วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาฯและสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุแห่งชาติ: การติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564) พบว่าทุกภาคทุกช่วงอายุมีทัศนคติเชิงบวกสูงตั้งแต่ร้อยละ 75.3 - 85.6

แนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุสามารถเสนอได้ดังกรอบแผนภาพด้านล่างสะท้อนว่า ลักษณะของกลุ่มผู้สูงอายุมีความหลากหลาย และต้องการการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในหลายลักษณะจากกลุ่มบุคคล ครอบครัว หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง



สำหรับการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ประชากรไทยยังมีการเตรียมตัวค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มีการเตรียมตัวเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป โดยพิจารณาจากข้อมูลการศึกษาเชิงสำรวจ ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติต่อผู้สูงอายุในปี 2550 เสนอผลการเตรียมการเพื่อผู้สูงอายุแต่ละด้านดังแผนภาพ

การคิดหรือเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุในแต่ละด้าน

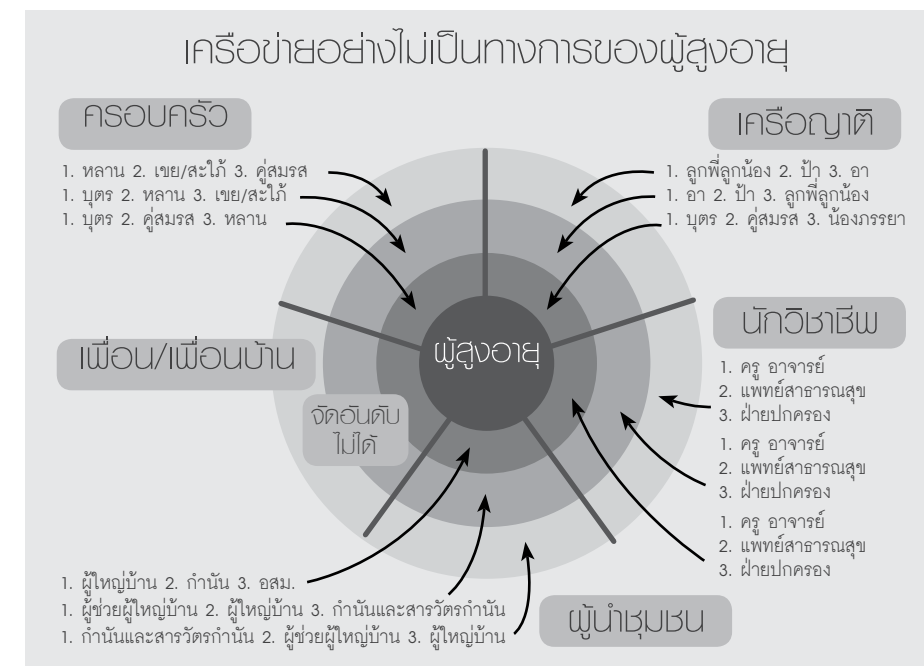
ของประชากรอายุ 18-59 ปี พ.ศ. 2550

	18-24 ปี	25-44 ปี	45-59 ปี	รวม
อยู่อย่างไร/ กับใคร	26.0	36.4	48.3	39.2
ผู้ดูแล	24.9	35.8	49.1	39.1
สุขภาพกาย	41.4	50.9	57.9	52.1
สุขภาพใจ	35.3	44.7	55.3	47.2
การออม	45.9	58.2	61.2	57.6
อาสาสมัครทำงานในชุมชน	18.0	25.3	32.4	26.8
ศึกษาระยะ	26.5	33.4	48.0	37.6
เตรียมทำศพ	18.5	30.8	39.5	32.2

ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สทส. และวิทยาลัยประชากรศาสตร์)

เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุระดับชุมชน (community-based approach) จะมีบทบาทมากขึ้น ในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการซึ่งประกอบด้วยทั้งครอบครัว เครือญาติ เพื่อน/เพื่อนบ้าน รวมทั้งผู้นำชุมชนและนักวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในด้านต่างๆ (ดังแสดงในแผนภาพ) อย่างไรก็ตามเชื่อว่าทั้งครอบครัวและเครือญาติจะมีข้อจำกัดในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต

นอกจากนี้ในระดับชุมชนยังมีการสร้างเครือข่ายกึ่งเป็นทางการที่มีบทบาทต่อการทำงานผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน ศูนย์บริการทางสังคมของผู้สูงอายุตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นที่



ที่มา: ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ "การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ" ในมหาวิทยาลัยมหิดล เอกสาร กองบริหารงานวิจัย หมายเลข 015/41 เมษายน 2541

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและแผนระดับส่วนกลางพบว่ายังไม่มีการทำงานแบบบูรณาการ หน่วยงานที่เป็นกลไกการดำเนินงานในระดับท้องถิ่นต่างมีภาระงานล้มมือ และซ้ำซ้อนกับการทำงานในระดับท้องถิ่น ข้อเสนอ คือ ภาครัฐควรทำหน้าที่พัฒนาการบริการ พัฒนาระบบสวัสดิการ

ชุมชน เป็นพี่เลี้ยง ในการดำเนินงานติดตามประเมินผล ส่งเสริมศักยภาพของท้องถิ่น และส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ เพราะมาตรการต่างๆ ในการปฏิบัติยังมีปัญหาที่ยังไม่ได้มีการติดตาม ทั้งนี้เพื่อทำให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในระยะยาว

สรุปสาระสำคัญการบรรยาย
หัวข้อ

มิติด้านระบบ บริการสุขภาพ

วันที่ 22 มกราคม 2552 ห้องนิรโรคิเลสแกรนด์ บอลรูม
เวลา 10.45 - 12.30 น.

โดย นพ.ดร.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

แนวโน้มและทิศทางระบบบริการการ ทำงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการระดับ ปฐมภูมิ

ในช่วง 4 - 5 ปีที่ผ่านมามีโอกาสที่ดีในการเอื้อให้ผู้สูงอายุมากขึ้น คือ การมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เอื้อให้เกิดรูปแบบหน่วยบริการปฐมภูมิที่หลากหลาย เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน คลินิกชุมชนอบอุ่น รวมถึงการส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมในการจัดบริการของเอกชน และท้องถิ่น

จากการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ท้องถิ่นกลายเป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับสนับสนุนระบบบริการและแก้ปัญหาสุขภาพะ นอกจากนี้ยังมีส่วนช่วยพัฒนาการจัดระบบการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (EMS) การมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลก็เป็นแหล่งงบประมาณที่ผลักดันให้ท้องถิ่นสามารถทำให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชน สร้างการมี

ส่วนร่วมและมีบทบาทด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นการเสริมพลังอำนาจแก่ชุมชนได้เพิ่มมากขึ้นด้วย

ในด้านสถานการณ์การคลังของสถานีนอนามัยภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่ามีการสนับสนุนงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ ครุภัณฑ์และกำลังคนจากเครือข่ายดีขึ้น จากการศึกษาของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2548 พบว่าสถานีนอนามัยมีรายจ่ายเฉลี่ย 1.2 ล้านบาทต่อปีหรือ 600,000 บาทต่อแห่งต่อปี (ไม่รวมเงินเดือน) หรือเพียง 400,000 บาทเมื่อหักเงินเดือนเจ้าหน้าที่และค่ายา สิ่งเหล่านี้เป็นตัวบ่งบอกประการหนึ่งที่สะท้อนถึงการสนับสนุนงบประมาณว่าเป็นอย่างไร

เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายด้าน โดยเฉพาะสถานการณ์กำลังคนในระดับสถานีนอนามัยที่มีเจ้าหน้าที่เฉลี่ยเพียง 2 - 3 คนต่อแห่ง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการทำงานระดับปฐมภูมิ ทั้งที่มีการลงทุนเรื่องการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิก่อนข้างมาก ทั้งยังมีแรงกดดันด้านการให้บริการที่เกิด

จากภาระงานที่ล้นมือเนื่องจากความต้องการการรับบริการสูง ภาระโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ประชากรสูงอายุและ กลุ่มโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นต้องการบริการที่ต่อเนื่องอย่างรอบด้านและบูรณาการ ทั้งปัญหาเรื่องความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทำให้เกิดการส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และเหตุผลส่งผู้ป่วยกลับไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งต้องมีการติดตามเยี่ยมเพื่อฟื้นฟูสภาพ ผู้พิการหรือทุพพลภาพชั่วคราว ภาระที่ต้องมีผู้ดูแลในกลุ่มพึ่งพิง ภาระในการแก้ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นมากขึ้นในเรื่องที่แก้ไขเองไม่ได้

ดังนั้น จะเห็นว่าการที่จะดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ดีขึ้นจำเป็นต้องปรับมโนทัศน์หรือแนวคิดในการพัฒนาจึงจะสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาไปในทิศทางที่พึงประสงค์ หากการมองว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ด้อยโอกาสการแก้ไขปัญหาคือเป็นรูปแบบของการสงเคราะห์ หากคำนึงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุทิศทางการพัฒนาจะเป็นไปในรูปแบบที่ตรงกันข้าม การที่สังคมไทย



ก้าวเข้าสู่ภาวะการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทำให้ต้องพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่ต้องเป็นองค์รวมและบูรณาการทั้งในมิติด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมือง เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพะของผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมและพัฒนาบทบาทของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพะของผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบและศักยภาพการจัดบริการสุขภาพชุมชนให้ครอบคลุมสำหรับทุกกลุ่มและผู้ดูแล พัฒนาศักยภาพให้มีศักยภาพในการจัดการมากขึ้น และพัฒนากลไกสนับสนุนแบบบูรณาการดูแลด้านสุขภาพและด้านสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

กล่าวโดยสรุป คือ บริการของรัฐมีภาระงานมากและภาระงานเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ดังนั้นจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีให้บริการสำหรับผู้ให้บริการ ขณะที่สถานการณ์สุขภาพในผู้สูงอายุทำให้ทุกคนต้องตระหนักว่า มิติสุขภาพที่มองในเรื่องความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ เนื่องจากมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ มากกว่าในมิติด้านการบริการ จึงต้องการการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน

แนวคิดในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ควรมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนอย่างมีสุขภาวะ ภายใต้การเกื้อหนุนของเครือข่ายในชุมชน และการสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงจะนำมาสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์ได้แก่

1. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาวะของตนเอง
2. ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวโดยมีระบบการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และการสนับสนุนในชุมชนที่เข้มแข็ง
3. มีบริการสุขภาพที่ครอบคลุมบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและสังคม แก่ผู้สูง

อายุในชุมชน และบริการเชิงรุกถึงบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้

4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีภาคประชาชน มีบทบาทร่วมในการบริหารระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานรัฐทั้งในและนอกชุมชน
5. ระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนต้องสามารถพัฒนาและดำเนินการได้อย่างมีความยั่งยืน

ความครอบคลุมและความเชื่อมโยงในการบริการ ส่วนใหญ่มุ่งไปในกลุ่มผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และต้องการการดูแลเชิงขาดการดูแลที่ครอบคลุม และตกเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล

ชุดบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชน

การส่งเสริมอาชีพ	กลุ่มอาชีพต่างๆ ซึ่งมีอยู่ไม่ได้เจาะจงว่าเป็นอาชีพเฉพาะของผู้สูงอายุ
การสร้างความมั่นคงด้านรายได้	เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ อปท. หลายแห่งมีการเพิ่มจำนวนผู้ได้รับเบี้ยยังชีพโดยใช้งบท้องถิ่นรวมทั้งเพิ่มจำนวนเงินด้วย
การส่งเสริมสถานภาพผู้สูงอายุ	ทุกแห่งมีการส่งเสริมด้านประเพณีวัฒนธรรม ศาสนาภูมิปัญญาท้องถิ่น/ภูมิปัญญาผู้สูงอายุ กิจกรรมสันทนาการชมรมผู้สูงอายุ
สวัสดิการชุมชน	มีกองทุนฌาปนกิจ มีบางแห่งที่มีการจัดสวัสดิการชุมชนโดยกองทุนหมู่บ้าน
บริการช่วยเหลือด้านสังคม	อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (พื้นที่นำร่อง)
บริการด้านสุขภาพ	การส่งเสริมสุขภาพ(ออกกำลังกาย โภชนาการ) การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง บริการรักษาพยาบาลทั่วไป/คลินิกเบาหวาน บริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแล บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) มีเฉพาะแห่ง
	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (เฉพาะแห่ง) บริการสายด่วนปรึกษาด้านสุขภาพ (เฉพาะแห่ง) ความดัน แพทย์แผนไทย (เฉพาะแห่ง) รักษาพยาบาลที่บ้าน (เฉพาะแห่ง)

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนในปัจจุบัน

1. ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ บริบทของชุมชนที่เอื้อต่อการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน และเกื้อกูลกันในแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกัน
2. แนวคิดในการพัฒนาระบบการบริการต้องเปลี่ยนให้มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนทุกแห่ง
3. มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนทุกแห่งแต่มีความครอบคลุมต่างกัน ส่วนใหญ่ยังคงมีลักษณะแยกส่วนเฉพาะเรื่อง ขาดความครอบคลุมและเชื่อมโยงโดยเฉพาะบริการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการผู้ดูแล
4. อปท. มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้นกับวิสัยทัศน์และศักยภาพผู้นำ ศักยภาพด้านการเงินความพร้อมของปัจจัยพื้นฐาน
5. แหล่งเงินสำหรับจัดบริการมาจากหลายแหล่ง นโยบายกระจายอำนาจและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้มีงบประมาณลงไปชุมชนมากขึ้น ศักยภาพในการบริหารจัดการรวมถึงการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงมีความสำคัญ

ภาพรวมของทิศทางการพัฒนา

1. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: ต้องทำแบบองค์รวม และบูรณาการ ทั้งในมิติด้าน สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง
2. พัฒนาความเข้มแข็งชุมชน: เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น กองทุนชุมชน การมีส่วนร่วมภาคประชาชน กระบวนการประชาคม การรวมกลุ่มเพื่อกิจการสาธารณะในลักษณะอาสาสมัคร ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ถ่ายทอดภูมิปัญญา ส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพในชุมชน
3. ส่งเสริมและพัฒนาบทบาท อปท. ในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ: งบประมาณ /กองทุนตำบล กำลังคน (เจ้าหน้าที่ ผู้ช่วยผู้ดูแล อาสาสมัครผู้สูงอายุ) การจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมแบบบูรณาการ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ (Social determinants of health)
4. พัฒนารูปแบบและศักยภาพการจัดบริการสุขภาพชุมชน: พัฒนารูปแบบให้ครอบคลุมสำหรับทุกกลุ่ม และผู้ดูแล พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการจัดบริการ พัฒนากลไกสนับสนุนและบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพา

สรุปสาระสำคัญการบรรยาย
ทิวข้อ

มิติด้านความมั่นคง และความเท่าเทียม

วันที่ 22 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 10.45 - 12.30 น.

โดย พศ.ดร.วราวุฒ
สุวรรณระดา

สังคมผู้สูงอายุกับระบบการ คุ้มครองทางสังคม

ตารางสรุปสถานการณ์ปัจจุบันด้านล่าง
นี้สะท้อนให้เห็นความไม่แน่นอนของผู้สูง
อายุและระบบคุ้มครองทางสังคมในภาพ
รวมของหลักประกันด้านรายได้ยาม
ชราภาพ

ความไม่แน่นอนในช่วงบั้น ปลายของชีวิต	ระบบการคุ้มครอง ทางสังคม	สถานะในปัจจุบัน
สมรรถภาพในการทำงาน หารายได้	หลักประกันด้านรายได้ ยามชราภาพ	• ระบบบำนาญสำหรับแรงงาน ในระบบ
แหล่งรายได้เพื่อการ ดำรงชีวิต	หลักประกันด้านรายได้ ยามชราภาพ	• ระบบเงินสงเคราะห์เพื่อการยัง ชีพสำหรับผู้สูงอายุ
โรคภัยไข้เจ็บ	หลักประกันด้านสุขภาพ	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สุขภาพโดยทั่วไป / ความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวัน	ระบบเพื่อการดูแล / การดูแลระยะยาว	ระบบสงเคราะห์ ระบบตลาด



ดังนั้นจึงอาจจะเสนอแนะเกี่ยวกับการ
ดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุและบทบาทของ
ภาคประชาชนในการจัดสวัสดิการสังคมได้
ดังนี้

1. การสร้างหลักประกัน ด้านรายได้ยามชราภาพ

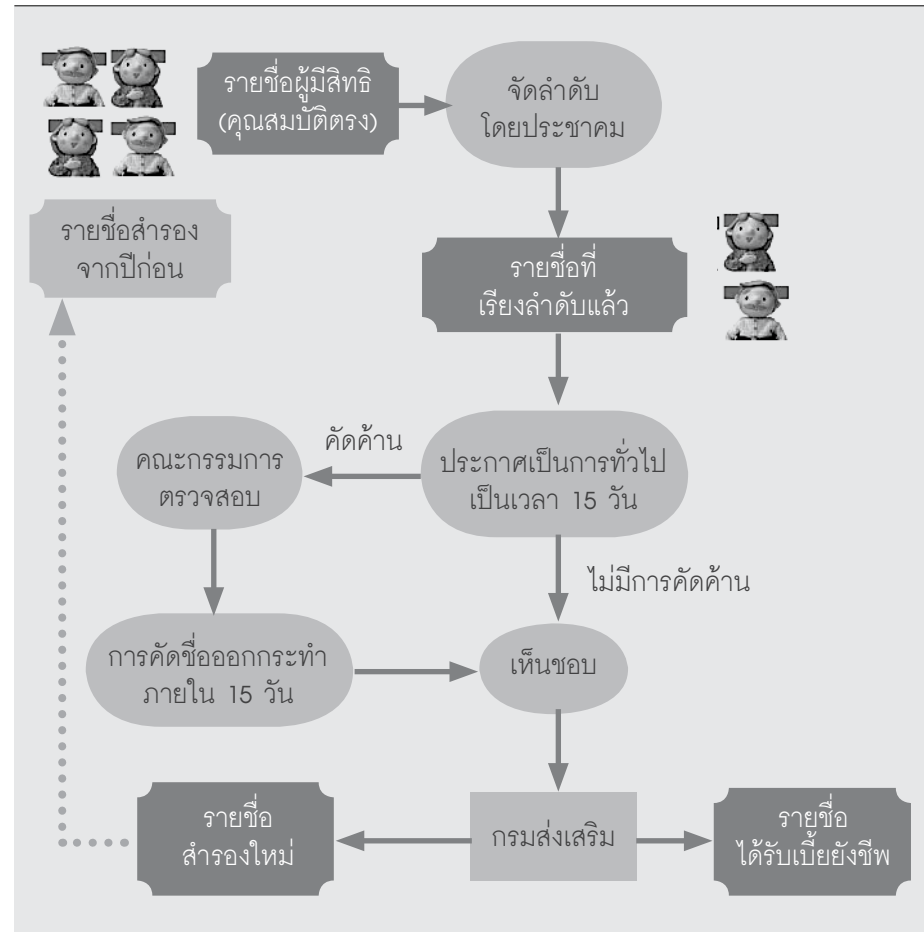
**แหล่งรายได้ยามชราภาพของผู้สูง
อายุในปัจจุบัน** (จากการสำรวจ
ประชากรวัยสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.
2550) พบว่ามาจากบุตรหลาน 52.3% จาก
การทำงาน 28.9% จากคู่สมรส 6.1% จาก
เงินบำนาญ 4.4% จากเงินออม/รายได้
ดอกเบี้ย/ทรัพย์สิน 2.9%

**การเกื้อหนุนภายในครอบครัว
กำลังจะลดบทบาทลง** อันเนื่องจากแนว
โน้มการลดลงอย่างต่อเนื่องของ Potential
Support Ratio ลักษณะของครอบครัวที่
เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายสู่
ครอบครัวเดี่ยวประกอบกับแนวโน้มของ
การไม่แต่งงานมีสูงขึ้น / จังหวะเวลาของ
การแต่งงานของหนุ่มสาวเริ่มช้าลง Total
Fertility Rate ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทน

ข้อจำกัดของการออมส่วนบุคคล

ปัจเจกบุคคลอาจจะมองใกล้ ไม่พิจารณา
ปัญหาไกลตัว ความไม่แน่นอนของอายุขัย
เฉลี่ย การวางแผนการบริโภค-ออมใน
ปัจจุบันและอนาคตมีความเสี่ยง/Time
Horizon ยาวเกินกว่าที่ความสามารถของ
บุคคลจะคาดเดาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ เช่น
ความผันผวนของรายได้ในอนาคต/ความ
ผันผวนของอัตราดอกเบี้ยในตลาดการเงิน
และตลาดทุน/ภาวะเงินเฟ้อ/วิกฤติเศรษฐกิจ

**เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุของ
ประเทศไทย** โดยทั่วไปเป็นการมุ่งให้ผู้สูง
อายุด้วยโอกาส ใช้ระบบคัดเลือกกลุ่มเป้า
หมายโดยคณะกรรมการชุมชน (Mean-
tested) มีการใช้งบประมาณจากรัฐบาล
กลาง (เงินอุดหนุนเฉพาะกิจ) ระบบเบี้ย
ยังชีพสำหรับผู้สูงอายุพบว่าข้าราชการมี
เงินบำนาญและ กบข. ลูกจ้างเอกชนมีเงิน
ประกันสังคม และ Provident fund (บาง
คน) สำหรับแรงงานนอกระบบแล้วไม่มีเลย
มีเพียงแต่รายได้ที่มาจากเงินออมส่วน
บุคคลเท่านั้น



ผู้คัดเลือกผู้รับเบี้ยยังชีพ: คัดเลือกโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเวทีประชาคมซึ่งบางแห่งเสนอระบบตามแผนภาพด้านล่างซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถใช้งบประมาณของตนเองให้เพิ่มเติมหรือเพิ่มจำนวนผู้ได้รับเบี้ยยังชีพได้ ปัจจุบันท้องถิ่นบางแห่งมีการให้เบี้ยยังชีพ 500 บาทต่อคนต่อเดือน โดยให้เพิ่มได้ไม่เกิน 1,000 บาทต่อคนต่อเดือนตามเหมาะสม

2. การดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ

รูปแบบการดูแลระยะยาวอย่างเป็นทางการในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะได้แก่ การดูแลในสถานสงเคราะห์คนชรา (การสงเคราะห์โดยกลไกรัฐบาล)/ การดูแลในสถานสงเคราะห์ภายใต้มูลนิธิ/ องค์กรสาธารณกุศล/สมาคม (การสงเคราะห์โดยกลไก NPO (not for profit organisation) และการซื้อบริการจากภาค

เอกชน (กลไกตลาด) เช่น จากโรงพยาบาล (ขึ้นทะเบียนกับกองการประกอบโรคศิลปะ/ต้นทุนสูง) บ้านพักคนชรา/สถานบริการ (ขึ้นทะเบียนการค้ากับกระทรวงพาณิชย์) และศูนย์จัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ขึ้นทะเบียน/ไม่ขึ้นทะเบียน) ซึ่งอย่างไรก็ตามพบว่า ยังมีช่องว่างที่ชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อีกในหลายส่วน รวมไปถึงประเด็นเรื่องของการจัดการทางการเงินของผู้สูงอายุ ทรัพย์สิน หรือพินัยกรรม การทำนิติกรรมแทนผู้สูงอายุยังเป็นประเด็นที่ควรต้องคำนึงถึง

3. บทบาทของภาคประชาชนในการจัดสวัสดิการ

หากไม่พูดถึงเรื่องบ้านานู พบว่าหลายชุมชนมีศักยภาพในการจัดการเพียงพอในการจัดระบบบริการ อย่างไรก็ตามหากผนวกเรื่องระบบบ้านานูเข้าไปในระบบการจัดสวัสดิการชุมชน จะทำให้เกิดภาระผูกพันในการสัญญากับสมาชิก ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่ยั่งยืนของระบบสวัสดิการชุมชน

การสร้างระบบสวัสดิการในระดับพื้นที่และขยายผลในระดับจังหวัด หากสังเกตผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร จะพบว่า มีบางจังหวัดที่ภาพของความเป็นสังคมผู้สูงอายุไปไกลกว่า

จังหวัดอื่นมาก เช่น จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดอ่างทอง เป็นต้น ดังนั้น การจัดระบบสวัสดิการชุมชน ควรคำนึงถึงโครงสร้างของประชากรที่แตกต่างกันในแต่ละจังหวัด และไม่ควรใช้ระบบหรือรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ

4. ข้อเสนอทิศทางการสร้างระบบการคุ้มครองทางสังคมมีข้อคำนึงถึง 4 ประการ คือ

- 1) รัฐบาลกับการสร้างหลักประกันด้านรายได้จะทำอย่างไร
- 2) ชุมชนกับบทบาทในการจัดสวัสดิการยังคงต้องมีต่อไป
- 3) ช่องว่างที่ต้องเติมเต็มของมาตรฐานการดูแลในระยะยาว
- 4) ชุมชนกับบทบาทในการดูแลระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การคุ้มครองทางสังคมการประกันด้านรายได้ และช่องทางการเข้ามาของรัฐ ชุมชน ยังเป็นคำถามที่ต้องการการพิจารณาและวิเคราะห์ต่อไป

เวทีเต็มสาระ: (ห้องย่อย)

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อพัฒนาระบบ การดูแลผู้สูงอายุ

วันที่ 22 มกราคม 2552

ในช่วงบ่ายของการประชุมวันแรก ได้จัดการนำเสนอสาระ เนื้อหา และเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเป็นห้องย่อยจำนวน 3 ห้อง ในห้องย่อยแต่ละห้องมีการวางขอบเขตเนื้อหาและออกแบบกระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้เข้าร่วมประชุม โดยลักษณะการดำเนินการเป็นแบบ Interactive ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่น่าสนใจและสามารถเก็บเกี่ยวความรู้ เทคนิควิธีการทำงานเพื่อพัฒนาระบบภาคีความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไปได้ โดยแบ่งออกเป็น

- 1 ห้องมิราเคิลแกรนด์ A หัวข้อ “นานาสาระเพื่อสุขภาพผู้สูงวัย”
- 2 ห้องมิราเคิลแกรนด์ B หัวข้อ “รูปแบบการจัดบริการและจัดการดูแลส่งเสริมสุขภาพในหน่วยบริการสำหรับผู้สูงอายุ”
- 3 ห้องมิราเคิลแกรนด์ C หัวข้อ “รูปแบบการจัดการและการสร้างเสริมศักยภาพผู้สูงอายุและชุมชน” (สาระหลักว่าด้วยชมรมผู้สูงอายุ/คนต้นแบบ/แกนนำผู้สูงอายุ และการเสริมสร้างครอบครัวเข้มแข็ง)



ประมวลภาพ
จากห้องย่อย





ประมวลภาพ
จากห้องย่อย

ประมวลภาพ
จากห้องย่อย



เวทีเต็มสาระถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

นานาชาติ: เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ

วันที่ 22 มกราคม 2552 ห้องนิรโรคีลแกรนด์ A
เวลา 13.30-16.45 น.



วิทยากรและผู้จัด กระบวนการเรียนรู้

ทพญ.นนทลี วีระชัย คุณณภามาศ กมล
พรวิจิตร ร่วมกับทีมงานจากกรมการแพทย์
กรมอนามัย สถาบัน เวชศาสตร์ฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุขและผู้แทนผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่
โดยมีที่มหาวิทยาลัยบูรพา ดังนี้

ฐานออกกำลังกาย เพื่อผู้สูงอายุ

1. นางสิริกาญจน์ ปัญญาวัฒนานนท์
2. นางสาวภคพิมล ไกรสร
3. นายอเนก กิตติวราหะ
4. นายณัฐดนัย เจริญสุขวิมล

ฐานอาหารเพื่อผู้สูงอายุ

1. นางสุจิตรา ผลประไพ
2. นางสาวนันทจิต บุญมงคล
3. นางสาวรัตนวดี พึ่งคำ

ฐานสุขภาพช่องปาก

(ฐานคอยกันพ่องเบือ
ผู้สูงอายุรุ่นใหม่ สร้างโลกสดใส
ใส่ใจสุขภาพฟัน)

1. นางสาวนันทริกา เลิศเขวงกุล
โรงพยาบาลเจ้าห่ม อ.แจ้ห่ม
จ.ลำปาง
2. นายกมล เนตรรัศมี
ประธานชมรมसानรักผู้สูงอายุ
อำเภอแจ้ห่ม อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง
3. นางอรพินท์ สมร่าง
เลขาชมรมผู้สูงอายุตำบลแจ้ห่ม
อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง

ฐานฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. นางสาวสุภาพร กิติหาล้า
2. นางสาวธนาภรณ์ รदानนท์
3. นางสาวสารินี แก้วสว่าง

รูปแบบและกระบวนการหลัก

เป็นการจัดกิจกรรมเป็นฐาน 4 ประเด็น
ตามเนื้อหาหลัก โดยผสมผสานการให้
ความรู้และทดลองฝึกปฏิบัติเพื่อนำไป
ใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ผู้จัด
กระบวนการจะมีการแจ้งกติกาการเข้าร่วม
ในขั้นตอนแรกซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่มโดย
ประมาณจำนวนคนให้เท่ากันแต่กลุ่ม
ตั้งชื่อ ต่อมาให้แบ่งเรียนรู้แต่ละฐานการ
เรียนรู้ ฐานละ 10-15 นาทีรวมทั้งสรุปและ
แลกเปลี่ยนซักถามในแต่ละฐานการเรียนรู้
ขั้นตอนสุดท้ายเป็นการให้เวลาตัวแทน
แต่ละกลุ่มสะท้อน แลกเปลี่ยนบทเรียนสิ่ง
ที่ได้เรียนรู้ในแต่ละฐาน

สาระสำคัญของแต่ละฐานเรียนรู้

1. ฐานออกกำลังกาย

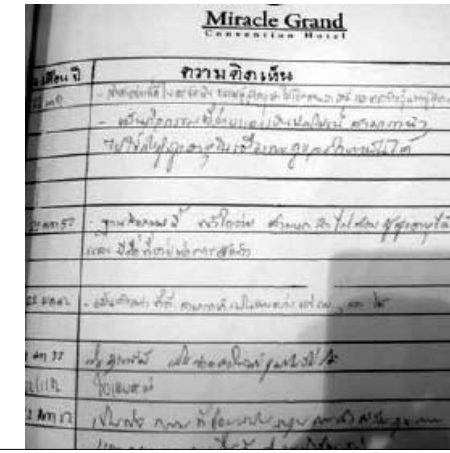
รูปแบบและกระบวนการ

ใช้การบรรยายและฝึกปฏิบัติ โดย
วิทยากรกล่าวถึงความสำคัญของการ
ออกกำลังกายของผู้สูงอายุเพื่อลดอุบัติเหตุ
ที่เกิดจากการหกล้มและเป็นการเพิ่มความ

แข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการยืน การ
เดิน การทรงตัว การเคลื่อนไหวและข้อต่อ
ต่างๆ ของผู้สูงอายุ จากนั้นให้ผู้เข้ารับการ
อบรมฝึกปฏิบัติพร้อมกันทั้งหมดโดยใช้
เก้าอี้ที่ไม่มีล้อเลื่อนเป็นส่วนประกอบใน
การฝึกกายบริหาร ซึ่งมีผู้สาธิตการออก
กำลังกายอยู่ด้านหน้า จำนวน 12 ท่าน

ที่มาความสำคัญการออกกำลังกาย

จากการสำรวจประชากรสูงอายุไทย
พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
พบว่า สถิติการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ
10.4 ส่วนใหญ่เกิดในผู้หญิงมากกว่า
ผู้ชาย และเกิดนอกตัวบ้านมากกว่าในบ้าน
นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลสุขภาพด้วย
ตนเองโดยวิธีการออกกำลังกาย มีเพียง
ร้อยละ 41.7 เท่านั้น นับรวมกิจกรรมการ
ทำงานที่ใช้แรงกายด้วยแล้ว ดังนั้น เพื่อ
เป็นการลดอุบัติเหตุที่เกิดจากการหกล้มใน
กลุ่มผู้สูงอายุให้น้อยลง กองออกกำลังกาย
เพื่อสุขภาพ จึงได้นำวิธีการออกกำลังกาย
โดยการบริหารกาย 14 ท่ามาใช้ เพราะ
เห็นว่าเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ง่าย
และมีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ



สำหรับประโยชน์ของการบริหารกาย 14 ท่านี้ ก็คือ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการยืน การเดิน การทรงตัว และช่วยให้การเคลื่อนไหวร่างกายสามารถทำได้ในวงกว้างมากขึ้น เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุ

ประโยชน์จากการออกกำลังกาย 14 ท่าพร้อมฝึกปฏิบัติ นำโดยวิทยากร ในฐานเรียนรู้ได้แก่

1. การบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อในผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุได้บริหารร่างกายเป็นประจำทุกวัน จะมีส่วนช่วยให้การเคลื่อนไหวร่างกายทำได้กระฉับกระเฉงมากขึ้น ลดการปวดเมื่อยบริเวณกล้ามเนื้อและข้อต่อที่เกิดจากการทำงานต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา นานๆ และลดการใช้ยาแก้ปวด ซึ่งจะมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีท่าออกกำลังกาย จำนวน 8 ท่า ได้แก่ เหยียดคอ ยกแขน กรรเชียง เหยียดหลัง เหยียดเข่า เตะเท้า เหยียดข้อเท้าและนั่งสวนสนาม โดยการนั่งออก

กำลังกายบนเก้าอี้ที่มีความแข็งแรง และไม่มีล้อเลื่อน

2. การบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุทำเป็นประจำจะมีส่วนทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการยืน การเดิน การทรงตัวจะมีความแข็งแรงมากขึ้น อุบัติการณ์ของการพลัดตกหกล้มหรือล้มล้มจะลดน้อยลง โดยมีท่าการออกกำลังกาย จำนวน 6 ท่า ได้แก่ เหยียดน่อง เขย่งปลายเท้าสลับยืนบนส้นเท้า เหวี่ยงขาออกข้าง ย่อเข่า งอและเหยียดสะโพกและโยกลำตัว (บางท่าใช้มือจับที่พนักเก้าอี้เพื่อการทรงตัวของร่างกาย)

นอกจากนี้ วิทยากรได้สอดแทรกประโยชน์ของการบริหารร่างกายแต่ละท่า เช่น ท่าย่อเข่าจะช่วยผู้สูงอายุให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่มั่นคงมากขึ้น (ขาไม่สั่น) มีประโยชน์ในการขึ้น-ลงบันไดและการเข้าห้องน้ำ ท่าเหยียดคอเป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อคอ เป็นต้น

สรุปประเด็นที่มีการตั้งคำถาม อภิปรายแลกเปลี่ยน

Q: หากผู้สูงอายุไม่สามารถออกแรงบริหารร่างกายได้ตามรูปแบบในบางท่าบริหารร่างกาย

A: แนะนำให้ผู้สูงอายุออกแรงเท่าที่ทำได้ และหมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้สามารถออกแรงได้ตามรูปแบบการบริหารร่างกาย

Q: จำนวนครั้งของการบริหารร่างกายที่เหมาะสม

A: แนะนำให้ออกกำลังกายในแต่ละท่าบริหาร ประมาณ 10-12 ครั้ง เนื่องจากการอบรมครั้งนี้มีเวลาจำกัดจึงใช้การสาธิตและฝึกปฏิบัติบริหารร่างกายท่าละประมาณ 2-3 ครั้ง

ข้อมูลความเห็นอื่นๆ

1. วิทยากรมีการนำเสนอข้อสังเกตที่โดดเด่นสามารถทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความสนใจในการเรียนรู้ รวมทั้งสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้เข้ารับการอบรม เช่น การแจกวีซีดี
2. วิทยากรอาจจะปรับรูปแบบจากการ

บรรยาย ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเชิงวิชาการหรือเป็นผู้สาธิตการออกกำลังกายบ้าง

3. การฝึกปฏิบัติผู้อบรมที่อยู่ด้านหลัง ไม่ค่อยได้ยินเสียงวิทยากรและมองไม่เห็นผู้สาธิต เนื่องจากข้อจำกัดด้านสถานที่ ควรจะปรับวิธีการนั่งจากแบบห้องเรียนเป็นครึ่งวงกลม

2. ฐานอาหาร

รูปแบบ และกระบวนการ

ใช้การบรรยายประกอบการสาธิตซักถาม เล่นเกมส์ทายปัญหาระหว่างการเรียนรู้ สรุปกระบวนการหลักได้ดังนี้

1. ให้ความรู้ และสาธิต ด้านการบริโภคอาหาร ตามธงโภชนาการ

กลุ่ม ข้าว - แป้ง	8 ทัพพี
กลุ่ม ผัก	6 ทัพพี
กลุ่ม ผลไม้	4 ทัพพี
กลุ่ม เนื้อสัตว์	6 ช้อนกินข้าว
กลุ่ม นม	1 แก้ว
น้ำมัน น้ำตาล และเกลือ	ช้อนชา (กินแต่น้อย เท่าที่จำเป็น)

2. สาธิต ตัวอย่างอาหาร 1 วัน สำหรับผู้สูงวัย
- มือเช้า : ข้าวกล้อง + ผัดขิงปลา + แกงเลียง + มะละกอ
- มือว่างเช้า : กล้วยน้ำว่า + นมพร่องมันเนย
- มือกลางวัน : ข้าวคอกกะปิ + ส้มเขียวหวาน
- มือว่างบ่าย : มันต้มน้ำตาล
- มือเย็น : ข้าวกล้อง + ปลาทุ้มส้ม + ยำถั่วพู + มะม่วงสุก
3. อภิปราย ชักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้

สาระสำคัญ

จากการนำเสนอในที่ประชุม

1. องค์ความรู้ เรื่อง ธงโภชนาการ

บันทึก 1

กลุ่มข้าว แป้ง กินปริมาณมากที่สุด เพื่อให้ได้สารอาหารหลัก คือ คาร์โบไฮเดรต (ข้าว ข้าวเหนียว ขนมปัง เผือก มัน ขนมจีบ เส้นก๋วยเตี๋ยว) ตัวอย่าง ข้าวเหนียว 1/2 ทัพพี = 1 ทัพพี, ขนมปัง 1 แผ่น = 1 ทัพพี

บันทึก 2

กลุ่มผัก และผลไม้ กินปริมาณรองลงมา เพื่อให้ได้วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร ผัก (ต้มสุก) 6 ทัพพี เน้น เบญจรงค์ (5 สี) (แดง เหลือง ส้ม เขียว ขาว) ผลไม้ 4 ส่วน (ตัวอย่าง ส้ม 2 ผล = 1 ส่วน มะละกอ 6 ชิ้น = 1 ส่วน องุ่น 10 ผล = 1 ส่วน มะม่วงสุก 1/2 ผล = 1 ส่วน)

บันทึก 3

กลุ่มเนื้อสัตว์ ถั่ว ไข่ และนม กินปริมาณพอเหมาะ เพื่อให้ได้โปรตีน คุณภาพดี เหล็ก และแคลเซียม เนื้อสัตว์ / พืช 6 ช้อนกินข้าว (ตัวอย่าง ปลา 1 ช้อน = 1 ช้อนกินข้าว 15 กรัม เต้าหู้หลอด 1/2 หลอด = 1 ช้อนกินข้าว เต้าหู้แผ่น 1/4 ชิ้น = 1 ช้อนกินข้าว กุ้ง 2 ตัว = 1 ช้อนกินข้าว ไข่ 1 ฟอง = 2 ช้อนกินข้าว น่องไก่เล็ก 1 น่อง = 1 ช้อนกินข้าว)

บันทึก 4

กลุ่มน้ำมัน น้ำตาล เกลือ หน่วยวัด = ช้อนชา (กินแต่น้อยเท่าที่จำเป็น)

2. สาธิตตัวอย่าง อาหาร สำหรับผู้สูงอายุ ใน 1 วัน

โดยเน้นผักให้มาก ปลาเป็นหลัก ผลไม้ที่ไม่หวาน ปริมาณพอควร

สรุปประเด็นที่มีการตั้งคำถาม

อภิปราย แลกเปลี่ยน

Q: ประเด็นคำถามที่ได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมประชุมมากที่สุด คือ เรื่อง การรับประทานไข่ ของผู้สูงอายุ รับประทานทุกวันได้หรือไม่

A: ถ้าผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเรื่อง ภาวะไขมันสูง ก็รับประทานได้ แต่แนะนำให้รับประทาน โปรตีนจากพืช สัตว์ ด้วย เพื่อได้สารอาหารครบถ้วน

Q: โปรตีนจากพืช และสัตว์ รับประทาน สัดส่วนอย่างไร จึงจะเหมาะสม

A: โปรตีนจากสัตว์ 2/3 ส่วน และโปรตีน 1/3 ส่วนจากพืช

Q: อาหารมือเช้า และอาหารมือเย็น มือใด ควรจะมีปริมาณมากกว่า

A: จาก Model ที่สาธิต สามารถดัดแปลง สัดส่วนให้เหมาะสม กับผู้สูงอายุได้ สัดส่วนตามธงโภชนาการ ใน 1 วัน

Q: ปริมาณ สัดส่วน ทัพพี / ช้อนกินข้าว ไข่อะไรมาเป็นเกณฑ์ว่า ผลไม้กี่ผล ผลไม้กี่ชิ้น ผลไม้ 1/2 ผล เนื้อปลา เนื้อสัตว์ 1 ช้อน

A: ไข่พลังงาน (กิโลแคลอรี) เป็นตัวกำหนด หน่วยดวงวัดที่ใช้ เป็นหน่วยที่ใช้ในครัวเรือน

Q: ไข่ต้มนานเกิน 30 นาที ไม่มี Cholesterol จริงหรือไม่

A: ไม่จริง

ข้อมูลความเห็นอื่นๆ

1. ผู้เข้าร่วมประชุมมีความสนใจ ตั้งใจรับฟังวิทยากร มีการซักถาม ได้ตอบดี มีการบันทึกด้วยการจัด ถ่าย VDO ถ่ายรูป
2. ให้ความสนใจ Model ที่นำมาสาธิต เป็นอย่างมาก
3. เวลาของการดำเนินการ 10 นาที ทำให้วิทยากรต้องพูดอย่างรีบเร่ง
4. เวลาในการแลกเปลี่ยนน้อยเกินไป ยังมีคำถามที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันหลายประเด็น
5. 12 กลุ่มย่อยของผู้เข้าประชุม แต่ละรอบมีจำนวน 25 - 30 คน ซึ่งถูกรอบผู้ฟังให้ความสนใจเป็นอย่างดี
6. หลายท่านสนใจที่จะได้รับองค์ความรู้เพิ่มเติม จึงให้ไปค้นคว้าเพิ่มเติมและ

Download ได้ที่ www.nutrition.anamai.oph.go.th

7. องค์ความรู้ที่นำเสนอเป็นรูปธรรม ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชนต่อไป

3. ฐานสุขภาพช่องปาก

(ฐานกอยกันพองเนื้อ ผู้สูงวัยรุ่นใหม่ สร้างโลกสดใส ใส่ใจสุขภาพฟัน)

รูปแบบและกระบวนการ

เริ่มต้นด้วยคำถามสะท้อนแนวความคิดการดำเนินงานและใช้การสาธิตประกอบอุปกรณ์เพื่อนำเสนอ ร่วมทำกิจกรรมและแลกเปลี่ยนสอบถามรายละเอียด

สื่อประกอบการสาธิต

- โปสเตอร์ การแสดงการข้อมสีฟัน การแปรงฟันให้สะอาด จนปราศจากสีแดงของสีข้อมสีฟัน และแสดงกระเปาะใส่อุปกรณ์การแปรงฟัน แสดงอัตลักษณ์ของกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ
- โปสเตอร์แสดง วิธีการบันทึกการติดสีของสีข้อมสีฟัน การรวมคะแนน เพื่อตรวจความสะอาดหลังจากการแปรงฟันแต่ละครั้ง
- อุปกรณ์การข้อมสีฟัน ได้แก่ ขวดสีข้อมสีฟัน Cotton bud และกระจกส่องดูสีที่ติดฟัน
- ภาพตั้งโต๊ะแสดงกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ฝึกฝนดนตรี ชีรต์เต้นแอโร แพ้มีกิจกรรม เผยแพร่งานครัวรวมตัวเข้าวัด ฝึกหัดอ่านเขียน เรียนรู้จากสมุนไพร และอนามัยจากคุณหมอ
- แฟ้มผลงานของชมรมผู้สูงอายุ
- เกียรติบัตรการรับรางวัลต่างๆ

ขั้นตอนการสาธิต

คุณนันทริกา กล่าวนำกิจกรรมการดำเนินการของชมรมผู้สูงอายุฯ ที่เริ่มต้นจากการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก กับทันตบุคลากร โรงพยาบาลแจ้ห่ม จากการได้รับความรู้เรื่อง สุขภาพช่องปาก การร่วมคิดทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การร่วมรับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไปสู่การออกแบบการตรวจสุขภาพช่องปาก และความสะอาดฟัน ด้วยวิธีการที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม

จากนั้น คุณแม่อรพินท์ ซึ่งเป็นครูเกษียณ ได้เล่าให้ฟังถึงวิธีการบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก และความสะอาดของฟัน โดยใช้สมุดนับฟัน ซึ่งมีการบันทึกสภาพในช่องปาก ได้แก่ 1) ตำแหน่งของฟันที่มีอยู่ ฟันผุ ฟันที่ถูกถอนไปแล้ว และฟันที่โยก 2) ฟันที่มีอาการปวด เสียว เหงือกอักเสบ มีหินปูน หรืออื่นๆ 3) จำนวนฟันในปาก บันทึกความสะอาดฟัน โดยมีการนับคะแนนระดับของคราบจุลินทรีย์ และคะแนนที่ได้ และบันทึกคำแนะนำ ได้แก่ 1) พบทันตแพทย์เพื่ออุดฟัน 2) พบทันตแพทย์เพื่อถอนฟัน 3) พบทันตแพทย์เพื่อขูดหินปูน 4) พบทันตแพทย์เพื่อทำฟันปลอมและอื่นๆ ประกอบการสาธิตจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม ที่สมัครใจให้ย้อมสีฟัน เพื่อวัดระดับความสะอาดฟันในช่องปาก การให้คะแนนระดับความสะอาดฟัน โดย ตรวจระดับสีที่ติดฟัน ถ้าติดมากเกือบทั้งซี่ ให้คะแนน 3 ติดประมาณครึ่งซี่ ให้คะแนน 2 ติดที่บริเวณคอฟัน ให้คะแนน 1 ไม่ติดเลยให้คะแนน 0 และรวมคะแนน

ผู้สูงอายุที่มีคะแนนจากการวัดระดับความสะอาดฟัน ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป ต้องไปรับการขูดหินปูนกับทันตแพทย์ ส่วนผู้สูงอายุที่คะแนนต่ำกว่า 1 ให้ดูแลรักษาความสะอาดช่องปากด้วยตัวเอง

คุณพ่อกมล จะเป็นผู้ร่วมแสดงการสาธิต และอธิบายเพิ่มเติม เรื่อง การจัดทำอัตลักษณ์ของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ด้วยการทำกระเป๋าผ้าที่ผลิตโดยผู้สูงอายุเอง เพื่อใส่แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ผ้าขนหนูผืนเล็ก สำหรับให้ผู้สูงอายุใช้ประจำตัว และจะมีชื่อติดที่ฝากระเป๋าค้นด้านในด้วย ทั้งถุงผ้า และสมุดนับฟัน สมาชิกต้องจ่ายเงินซื้อเอง เมื่อเสร็จสิ้นการสาธิต จะเชิญชวนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความรู้สึกในสมุดบันทึกของชมรมผู้สูงอายุด้วย

สาระสำคัญจากการนำเสนอ

ในที่ประชุม

การใช้สีย้อมฟันหาที่ตัวฟัน และสรุปเป็นคะแนนความสะอาด ทำให้รู้ได้ว่าสภาพฟันในช่องปากนั้นไม่สะอาด สร้างความตระหนักในการดูแลความสะอาดช่องปากให้มากขึ้น ด้วยการแปรงฟัน และตรวจความสะอาดของสีย้อมฟันซ้ำทุก 1 เดือน ถ้าคะแนนความสะอาดไม่ดีขึ้น ก็ต้องไปตั้งใจแปรงฟันใหม่ และถ้าคะแนนความสะอาดสูงมาก ก็ต้องไปรับการขูดหินปูน จากทันตบุคลากร และการบันทึกการตรวจฟันผุ ฟันโยก การไม่มีฟัน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรู้โรคในช่องปากของตนเอง และไปรับการรักษาได้

การทำถุงผ้า เพื่อเป็นอัตลักษณ์ของการทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ เป็นผลิตภัณฑ์ที่ผู้สูงอายุทำเอง ทำให้เกิดความภูมิใจ และเต็มใจที่จะใช้ประโยชน์ถุงผ้า และสมุดนับฟัน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุต้องซื้อในราคาต้นทุน เพื่อแสดงความมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

สรุปประเด็นที่มีการตั้งคำถาม

อภิปราย และแลกเปลี่ยน

- การย้อมสีฟัน ทำให้รู้ได้ว่า ฟันไม่สะอาด
- ค่าความเชื่อถือของการวัดคะแนนความสะอาดช่องปาก เชื่อถือได้ จากการที่ในสมุดนับฟัน จะมีการบันทึกความสะอาดช่องปาก 10 ครั้ง และการย้อมสีฟันจะทำเดือนละครั้ง การบันทึกความสะอาดช่องปากในผู้สูงอายุแต่ละครั้งอาจไม่เท่ากัน ขึ้นกับการแปรงฟันของผู้สูงอายุในครั้งนั้น ๆ
- คะแนนความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญ ในการที่ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักเรื่องการทำความสะอาดช่องปากให้ดี
- คุณนันทริกาเป็นพยาบาล แต่ทำในเรื่องสุขภาพช่องปากด้วย เนื่องจากมาจากการคิดที่ว่า พยาบาลทำได้ทุกอย่าง มีความรู้สึกผูกพันกับผู้สูงอายุ และรู้ว่าต้องมีกิจกรรมบูรณาการงาน

ข้อมูลความเห็นอื่น ๆ

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมสานรักผู้สูงวัย อำเภอแจ้ห่ม ใน

ปัจจุบันเกิดจากการร่วมคิด ร่วมทำกิจกรรมในกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยได้รับการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจาก บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลแจ้ห่ม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง มีความตระหนักในการช่วยดูแลสุขภาพช่องปาก ตลอดจนสุขภาพกายของตนเอง เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมที่มีการรับรู้แต่เพียงมีการทำในเด็ก แต่พบว่า ผู้สูงอายุก็สามารถทำกิจกรรมนี้ได้ ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เห็นประโยชน์ ในการนำไปทำกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบได้

ผู้สูงอายุมีความสามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุด้วยตนเอง และแนะนำตนเองได้ เมื่อได้รับความรู้ เช่น ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจฟัน และมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ จะได้รับการแนะนำให้ไปใส่ฟันกับทันตบุคลากร

4. ฐานการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ

รูปแบบและกระบวนการ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในเรื่องความเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะความพิการได้มากกว่ากลุ่มประชากรช่วงอายุอื่น ๆ นวัตกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถนำมาช่วยป้องกันสุขภาพและป้องกันภาวะความพิการซ้ำซ้อนในกลุ่มผู้สูงอายุได้ ตัวอย่างเช่น การฟื้นฟูสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวจากภาวะ

อัมพฤกษ์ อัมพาต และการฟื้นฟูสำหรับผู้มี
ปัญหาด้านการกลืนเป็นต้นโดยมีกิจกรรม
ดังนี้

1. กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรม
ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูง
อายุ โดยการนำเสนอแนวคิดและ
กิจกรรมการทำงานของหน่วยงาน
Day Care ของศูนย์สิรินธรเพื่อการ
ฟื้นฟูฯ ที่นำรูปแบบการดำเนินงานใน
การดูแลผู้สูงอายุจากประเทศญี่ปุ่นมา
ประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย
ซึ่งมีแนวคิดหลักในการดูแลผู้สูง
อายุ ผู้ป่วย ผู้พิการอย่างครอบคลุมทั้ง
ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดย
ให้ความสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำ
วัน รวมถึงการให้ข้อมูลและคำแนะนำ
ต่อญาติและผู้ดูแลกลับไปดูแลอย่างต่อเนื่อง
ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายตอน
เช้า, กิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะการ
เข้าสังคม (การประกอบอาหาร, ดนตรี
บำบัด, ปลูกผัก) และกิจกรรมในวาระ
สำคัญต่างๆ (วันเกิด, วันปีใหม่, วัน
สำคัญทางศาสนา) เป็นต้น
2. แสดงตัวอย่างพร้อมให้ผู้เข้าร่วมจับคู่
กันเพื่อฝึกปฏิบัติในกิจกรรมการฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้สูงอายุด้วยตนเอง ได้แก่
การฟื้นฟูหรือออกกำลังกายแขน
สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการ
เคลื่อนไหวจากภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต
และการฟื้นฟูสำหรับผู้มีปัญหาด้านการ
กลืน
3. ชักถาม อภิปราย แลกเปลี่ยน
4. แจกสื่อและเอกสารประกอบ

สาระสำคัญจากการนำเสนอในที่ ประชุม

1. การถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแล
ฟื้นฟูผู้สูงอายุ เน้นการให้ความสำคัญ
ต่อกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวัน,
การให้ข้อมูลและคำแนะนำต่อญาติ
และผู้ดูแลกลับไปดูแลอย่างต่อเนื่องที่
บ้านได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และส่งเสริม
การทำกิจกรรมกลุ่มหรือการรวม
กลุ่ม เพื่อคงสภาพการทำงานของ
ร่างกาย (Maintain function) และ
การฟื้นฟูจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ
2. การฟื้นฟูหรือออกกำลังกายสำหรับผู้
สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวจาก
ภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการที่
ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยตนเองโดย
การใช้แขนข้างที่มีแรงช่วยยกแขนที่
อ่อนแรง เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ
ต่อและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้การ
เคลื่อนไหว - การใช้มือและแขน ซึ่ง
ควรกระทำได้ตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่ผู้สูง
อายุมีภาวะอ่อนแรง, มีความรู้สึกตัวดี
และสภาพร่างกายคงที่แล้ว (Stable)
แนะนำให้ทำการเคลื่อนไหวแขนอย่าง
น้อยวันละ 90 ครั้ง

*** ข้อห้ามและข้อควรระวัง ในการ
เคลื่อนไหวแขน คือ ให้ทำการเคลื่อนไหว
อย่างช้าๆ ไม่กระชากเพราะอาจจะทำให้
ข้อต่อเคลื่อนไหวได้เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะ
กล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่

การฟื้นฟูสำหรับผู้มีปัญหาด้านการ กลืน ต้องคำนึงถึง

- (1) กล้ามเนื้อบริเวณปาก, ลิ้นและขา
กรรไกร ซึ่งจะต้องมีการออกกำลังกาย

กล้ามเนื้อในบริเวณนี้ด้วยการอ้าปาก,
ทำปากจู๋, แลบลิ้นแตะริมฝีปากบนและ
ล่าง, แลบลิ้นออกมาพยายามแตะจมูก
และคาง, แลบลิ้นแตะมุมปากซ้าย-
ขวา, หัดพูดคำว่า “คาลา คาลา คาลา”
ให้เร็วที่สุด สำหรับผู้สูงอายุบาง
รายที่ไม่สามารถขยับปาก, ลิ้นและขา
กรรไกรได้เอง จะต้องมีญาติหรือผู้ดูแล
ช่วยนวดลิ้นและช่วยขยับปากและขา
กรรไกรให้แทน

- (2) ท่าทาง ควรมีการจัดท่าทางที่เหมาะสม
เช่น ท่านั่งหลังพิงพนักเก้าอี้ เข่างอวาง
ราบกับพื้น คอก้มเล็กน้อย หรือในบาง
รายที่มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อลำตัว,
แขน-ขา ให้จัดท่าทางที่อยู่ในลักษณะ
ตรงข้ามกับอาการเกร็ง เพื่อให้การ
กลืนอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสมและ
เป็นการป้องกันการสำลักอาหารและ
น้ำได้
- (3) ลักษณะของอาหาร การเลือกอาหารที่
เหมาะสมโดยเริ่มต้นจากการเลือกรับ
ประทานอาหารที่มีลักษณะข้น (Texture)
เป็นเนื้อเดียวกัน แล้วจึงค่อยๆ พัฒนา
ให้มีความข้นลดลงไปจนถึงอาหาร
เหลว เช่น น้ำผลไม้และน้ำเปล่า

สรุปประเด็นที่มีการตั้งคำถาม

อภิปราย แลกเปลี่ยน

Q: การฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีปัญหาอัมพฤกษ์
อัมพาต จะใช้เวลานานเท่าใด

A: ระยะเวลาในการฟื้นฟูจะขึ้นอยู่กับ
พยาธิสภาพและระดับความรุนแรงของ
แต่ละคน แต่มีการศึกษาพบว่า ถ้าผู้สูงอายุ
หรือผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่าง
เหมาะสม ภายใน 6 - 8 เดือนแรกหลัง

จากที่เริ่มมีอาการ ก็จะมีโอกาสที่ฟื้นฟู
สมรรถภาพได้ดีกว่าผู้ที่เป็นระยะเวลานาน

Q: ในกรณีผู้สูงอายุที่ใส่สายยางสำหรับให้
อาหารและน้ำ (NG tube) จะฟื้นฟูด้าน
การกลืนได้หรือไม่ ถ้าได้ควรใช้วิธีการ
อย่างไร

A: สามารถทำได้ โดยใช้หลักการและวิธี
การฟื้นฟูสำหรับผู้มีปัญหาด้านการกลืน
แต่ควรจะดำเนินการภายใต้การประเมิน
และฟื้นฟูโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะนำไป
ฟื้นฟูด้วยตนเอง

Q: วิธีทดสอบว่าคนๆ นั้นมีปัญหาด้านการ
กลืนอย่างง่ายมีวิธีการอะไรบ้าง

A: การซักถามหรือจากการทดสอบโดยให้
กลืนน้ำเปล่า 1 ช้อนชาแล้วดูว่ามีอาการ
สำลักหรือไม่

ข้อมูลความเห็นอื่น ๆ

1. เป็นห้องที่มีพลังในการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้อย่างมาก จะเห็นได้จาก
วิทยากรเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
และมีความสามารถในการถ่ายทอด-
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จึงทำให้
ผู้เข้าร่วมสามารถนำไปประยุกต์ในการ
ทำงานของตนเองได้
2. การที่จะจัดกระบวนการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้แบบนี้ได้ ต้องมีปัจจัยหลายๆ
อย่างที่เหมาะสม เช่น การประสาน
งานและบริหารจัดการทั้งก่อน-ระหว่าง
และหลังกระบวนการ, วิทยากร, สื่อ
หรือเทคนิคที่ใช้ในการถ่ายทอด, กลุ่ม
ผู้เข้าร่วม เป็นต้น

เวทีเต็มสาระถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

รูปแบบการจัดบริการ และจัดการดูแลส่งเสริม สุขภาพในท่อน่วยบริการ สำหรับผู้สูงอายุ

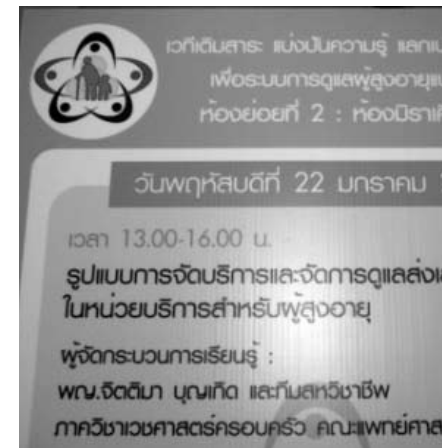
วันที่ 22 มกราคม 2552 ห้องมโหรีเฉลิมเกียรติ B
เวลา 13.30 - 16.45 น.

วิทยากรและผู้จัด กระบวนการเรียนรู้

แพทย์หญิงจิตติมา บุญเกิด
แพทย์หญิงแสงสุลี ธรรมไกรสร
และแพทย์หญิงดำรงรัตน์ เลิศรัตนานนท์
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะ
แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณวิลาวัลย์ ประสานอุดม
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ รามาธิบดี

เภสัชกรหญิง ศศิธร กาญจนากร,
เภสัชกรหญิง ศิริพงษ์ มโนสันติไพบูลย์,
คุณสมนทิพย์ ไพรสุวรรณ,
คุณประภัสสร จันทร์พรมมา,
คุณศรีสุภา แก้วประพาฬ,
คุณนิสิต เทียงสมพงษ์,
คุณกฤษณา กิตติชัย
และคุณดวงกมล สายด้วง
ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลรามาธิบดี



เนื้อหาหลัก

เสนอหลักคิด ข้อมูลในประเด็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ แนะนำเครื่องมือและกระบวนการช่วยประเมินสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุรายบุคคล รวมทั้งเรียนรู้เรื่องการออกแบบและวิธีจัดบริการให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพในคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ มีกรณีศึกษาสำหรับเรียนรู้ประเมินและให้การดูแลผู้มีปัญหาซับซ้อนหลายมิติ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีประเด็นปัญหาเฉพาะ (สมองเสื่อม จิตเวช) อันสามารถสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้มีส่วนช่วยเพื่อการป้องกันภาวะความพิการในผู้สูงอายุ

รูปแบบและกระบวนการ

กิจกรรมในท้องนี้จะจัดเป็น 3 รอบๆ ละ 1 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีโอกาสหมุนเวียนไปเรียนรู้กับกิจกรรมห้องอื่นๆ ได้ตามความสนใจ ภายในห้องแบ่งเป็น 8 กลุ่ม จำนวนแต่ละกลุ่มจะประมาณ 15-20 คน มีพี่เลี้ยงซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพจากภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดีช่วยให้คำแนะนำ

และจัดการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มลักษณะกิจกรรมแยกเป็นช่วงบรรยายเนื้อหาช่วงแรก 10 นาที แลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินคนไข้ ผ่านกรณีศึกษาในกลุ่มย่อย 10 นาที ผู้แทนที่เข้าร่วมกิจกรรมนำเสนอหรือให้ความเห็นในประเด็นที่กลุ่มสนใจหรือตั้งคำถามในที่ประชุมรวม 5 นาที จากนั้น เป็นบรรยายสรุปพร้อมแนวทางประเมินผู้สูงอายุทางคลินิก 20 นาที

เครื่องมือประกอบการเรียนรู้ ชุดแบบประเมินทางคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ 1 ชุด ประกอบด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรล แบบประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬา (ก่อน admit ตามภาวะปกติที่บ้าน) และแบบทดสอบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างย่อ รวมทั้งกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการทบทวนสถานภาพปัญหาอย่างเป็นองค์รวมวิธีการประเมินที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษานั้นๆ



สาระสำคัญจากการนำเสนอ

แพทย์หญิงจิตติมา บุญเกิด วิทยากรหลัก ได้บรรยายเกี่ยวกับการประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment in Primary Care) ประสบการณ์จากโรงพยาบาลรามาริบัติ จะมีการดำเนินการลักษณะเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) โดยมี การประเมินสุขภาพทั้งหมด 8 มิติ ตาม guideline ของ USPSTF สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ดังนี้ คือ

1. Injury prevention (การป้องกันอุบัติเหตุ)
2. Visual and hearing (การมองเห็น การได้ยิน)
3. Nutrition (ภาวะโภชนาการ)
4. Immunizations (การได้รับวัคซีนป้องกันโรค)
5. Sexuality (ภาวะทางเพศสัมพันธ์)
6. Continence (การขับถ่าย)
7. Mental status (สภาวะอารมณ์จิตใจ)
8. Social issues (ประเด็นทางสังคม) การประเมินจะทำได้ต้องมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อทำโดย

Multidisciplinary team ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatricians) พยาบาล เกษัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก และ นักโภชนาการ

วัตถุประสงค์ของการประเมินผู้สูงอายุ

1. Uncover geriatric problems in multi-domains ค้นหาปัญหาสุขภาพที่ซ่อนเร้น
2. Geriatric syndrome evaluation ประเมินโรค/การเจ็บป่วยจากการสูงอายุ
3. Multi-factorial intervention ให้การดูแลช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัจจัยของปัญหา
4. Geriatric prevention ป้องกันโรค/ปัญหาสุขภาพ

โปรแกรมสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- Primary and secondary prevention : Large scale prevention
- Office-based programmes VS Community-based programmes

- Tertiary Prevention: Unique rehabilitation needs for older adults

เป้าหมายของโปรแกรมสุขภาพดีในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การปรับปรุงส่วนที่ต้องทำหน้าที่ 2) การพัฒนาคุณภาพชีวิต 3) การส่งเสริมให้เกิดหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเลิศ และ 4) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ปัญหาทางการแพทย์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ รพ.รามามา ได้แก่ 1) เรื่องสายตา (81.5%) 2) ยา (67.8%) 3) ฟัน (30.5%) 4) การได้ยิน (23%) 5) โภชนาการ (11.4%) 6) สุขภาพทางเพศ (7.1%)

ปัญหากลุ่มอาการผู้สูงอายุในคลินิกที่พบบ่อย ได้แก่ 1) สมองเสื่อม (22%) 2) ซึมเศร้า (11.3%) 3) การทรงตัว (11.5%) 4) การไ้ยาหลายชนิด (10.9 %)

ปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (21.8%) 2) การทำปฏิกิริยาระหว่างยาหลายชนิด (5.2 %)

ลักษณะปัญหาของการทำร้ายต่อผู้สูงอายุ (Elderly abuse) พบมากที่สุด คือ โดยคำพูด (verbal) (13) ทางจิตใจ (8) และทางร่างกาย physical (2)

หลังจากการบรรยายในกลุ่มใหญ่ พญ.จิตติมา บุญเกิด ได้ยกกรณีตัวอย่างผู้ป่วยสองราย (กรณีศึกษา A และ B) เพื่อนำไปสู่การสนทนากลุ่มย่อย โดยมี แพทย์หญิงดารงรัตน์ เลิศรัตนานนท์ และ แพทย์หญิงแสงสุลี ธรรมไกรสร เป็นผู้นำกลุ่มย่อยแต่ละกรณีศึกษา โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมจัดกระบวนการเรียนรู้กรณีศึกษาระดับ 4 กลุ่ม รวมทั้งหมด 8 กลุ่มย่อย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแสดงความคิดเห็นได้ทุกคน

กลุ่ม A: Case A (Dementia and depression)

ผู้ป่วยชายอายุ 75 ปี ส่วนภรรยาอายุ 66 ปี มาตรวจที่โรงพยาบาลเรื่องเจ็บป่วยบ่อยๆ เมื่อซักประวัติเพิ่มเติมพบว่าเครียดจากการดูแลสามีที่ตอนนี้ดูวุ่นวายและมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น ซึมเศร้าใช้ผ้าลินินหลายรอบไปกลับบ้านและตลาดเพื่อดูว่าภรรยาไม่หนีไปไหน และกลางคืนไม่ยอมนอนนอนวุ่นวายต้องการมีเพศสัมพันธ์บ่อยขึ้นเกือบทุกวัน

- คุณลุงมีปัญหาระยะยาวเรื่องพฤติกรรมจะเดินไปปีศาจหน้าบ้านที่โรงรถวันละหลายครั้ง
- ได้ประวัติเพิ่มจากผู้ป่วย ว่าบุตรสาวมีอาการซึมเศร้า ก้าวร้าวบางครั้ง เวลานอน จะมีมีด 1 เล่มข้างๆ เคยเอาเชือกมาทำเป็นห่วงผูกคอ

คำถามให้สมาชิกกลุ่มคิดต่อและแลกเปลี่ยน

1. ปัญหาในแง่องค์รวม (Holistic Approach) ผู้ป่วยรายนี้
2. วิธีการประเมินในผู้ป่วยรายนี้ จะประเมินในด้านใดบ้าง

ประเด็นการแลกเปลี่ยน

- คุณนิรฎฐา นีราศัย พยาบาลจากจังหวัดร้อยเอ็ด เสนอให้ทำการประเมินด้าน กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อมและให้ข้อมูลว่าภรรยาที่มีความเครียดจากการดูแลทั้งภายในและภายนอกครอบครัว มีทีมสหสาขาวิชาชีพไปให้การดูแลมีองค์การท้องถิ่นร่วมให้การดูแล เช่น เรื่องภาวะเศรษฐกิจ เพราะต้องหาเลี้ยงครอบครัวคนเดียว ประเมินภาวะคนไข้ไม่ดีขึ้นส่งต่อไปยังหน่วยงานที่มีศักยภาพมากกว่า
- คุณพัชรินทร์ รัฐอนันต์พินิจ พยาบาลโรงพยาบาลภูพาน จังหวัดลำปาง คิดว่าผู้ป่วยที่มีปัญหามากกว่า คือสามี วุ่นวาย บั๊สสาวะไม่เป็นที่ มีลูกสาวเป็น valvular heart และเกิด stroke ที่ป่วยเป็น CVA และต้องดูแลหลานซึ่งตัวภรรยากลายเป็น caregiver หลัก

- คุณศิริรัตน์ ปานอุทัย อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอว่าผู้ป่วยสูงอายุ ที่มี Dementia หรือ Alzheimer อาจจะมีพบน้อยใน รพ. แต่ในชุมชนมีอยู่จำนวนหนึ่งที่ทำให้ caregiver ลำบากค่อนข้างมาก ทั้งตัวผู้ป่วยเองก็มีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ ด้วย ต้องเข้าไปดูแล caregiver ให้มากขึ้น อยากแชร์ประสบการณ์เรื่อง best practice ในเรื่อง dementia กับ depression ในชุมชน
- คุณกัตติกา ธนะขำ พยาบาลจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว จังหวัดน่าน เสนอว่าควรประเมินด้วยเครื่องมือต่างๆ เช่น Geriatric depression scale, ADLs ประเมินเรื่อง caregiver burden ในตัวสามี ต้องตรวจเรื่อง MMSE, clock drawing, ประเมินเรื่องโรค

- คุณพิมลพร เขาวนัไวพจน์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ เสนอว่าปัญหาร่างกาย จิตใจ สังคม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อาจเกิดจากโรคทางสมองหรือโรคทางจิตใจ ควรประเมินทั้งสองด้าน ส่วนบั๊สสาวะบ่อย ต้องประเมินโรคที่อาจจะเกี่ยวข้อง และประเมินด้านจิตใจ รวมทั้งการประเมินด้านอื่นๆ เช่น
- การประเมินทางครอบครัว ควรไปเยี่ยมบ้าน ดูแลคนอื่นๆ ในบ้าน ภาวะของภรรยาที่ต้องดูแลทุกคนในครอบครัว ทำงานหนัก ไม่มีคนช่วย เครียด เป็นปัญหาสะสม ไม่มีการพูดคุย

- การประเมินเศรษฐกิจฐานะ อาจจะเป็นต้นเหตุของภาวะทางร่างกายและจิตใจ
- การประเมินโอกาสการทำร้ายตัวเองของลูกสาว และป้องกันการทำร้ายผู้อื่น
- การประเมินและระวังอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะ

ประเด็นการแลกเปลี่ยน

- คุณศุภฤกษ์ นานาจารย์ อาจารย์จากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช แลกเปลี่ยนวิธีมองปัญหาแบบองค์รวม (holistic) โดยวิเคราะห์ว่าแบ่งปัญหาเป็น Physical -

กลุ่ม B: Case B (Multiple falls, malnutrition)

ผู้ป่วยหญิงอายุ 83 ปี ต้องอยู่บ้านคนเดียวตอนกลางวัน เพื่อนข้างบ้านสงสารเพราะเห็นว่าเดินไม่ได้ต้องใช้ตัวก๊ัดเพื่อหยิบอาหาร เคยมีประวัติหกล้มบ่อยๆ ล่าสุด 8 เดือนก่อนล้มแล้วลุกไม่ได้และมีแขนขาอืดติดตัว

- ประวัติโรคประจำตัว คือ เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ข้อเข่าเสื่อม, neurogenic bladder ต้องได้ intermittent cath ซึ่งลูกสาวทำได้ตอน 6 โมงเช้า และ 6 โมงเย็น
- ยาที่ทานอยู่ คือ
 1. Glibenclamide (5) 1*1 O ac
 2. enalapril (5) 1*1 O pc
 3. simvastatin (10) 1*1 O hs
 4. Aspirin (60) 1*1 O pc
 5. Fluoxetine (20) 1*1 O pc เย็น
 6. Diazepam (5) 1-2 tab ก่อนนอนถ้านอนไม่หลับ
 7. vitamin B1-6-12 1*3 Opc

คำถามให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยน

1. ปัญหาในแง่องค์รวม (Holistic Approach) ผู้ป่วยรายนี้
2. วิธีการประเมินในผู้ป่วยรายนี้จะประเมินในด้านใดบ้าง



มี disability แขนขาติด นำไปสู่ภาวะโภชนาการเพราะว่าอาจจะหิบบอาหารรับประทานไม่ได้เอง กินยาไม่ได้, Psychological - อยู่บ้านคนเดียว, Social - สภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น ถ้ามีทางต่างระดับอาจจะลำบากในการเคลื่อนที่

- คุณพรเพ็ญ ภัทรการ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ศูนย์แพทย์ชุมชน ตำบลบ้านบึงจังหวัดชลบุรี วิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีโรคเรื้อรัง neurogenic bladder มีการติดเชื้อเนื่องจากการใส่สายสวนปัสสาวะวันละสองเวลา การล้ม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ไม่รู้ว่าผู้ป่วยมี malnutrition จนเกิด hypoglycemia ด้วยหรือเปล่า ได้รับยา antidepressant กลุ่ม fluoxetine ซึ่งทำให้เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ จนอาจจะต้องเพิ่มยา diazepam เอง มีปัญหาด้านจิตใจ ว่าเหว่ ซึมเศร้า ปัญหาด้านสังคม ไม่ได้ออกจากบ้านเนื่องจากปัญหาเคลื่อนย้ายลำบาก (Immobility) ต้องการความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพทั้ง

ทางด้านสาธารณสุข มหาดไทย ชุมชนองค์กรส่วนท้องถิ่น

- คุณสมศรี นวรัตน์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ปัญหา polypharmacy ระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา, ภาวะเครียด, สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน, มี caregiver คนเดียว, ทุพโภชนาการ เสนอว่าต้องมีความร่วมมือกันระหว่างองค์กรต่างๆ เพื่อดูแลผู้ป่วยและลูกสาว ทั้งทางด้านสาธารณสุข องค์กรท้องถิ่นจิตอาสา ชุมชน ที่สำคัญต้องมีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในทีม





จากนั้น พญ.จิตติมา บุญเกิด สรุป
หลังจากเสร็จกิจกรรมแลกเปลี่ยนและนำ
เสนองานกลุ่มย่อย ดังนี้

**1. ปัญหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่อง
ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า
(Dementia and depression)**

- เครื่องมือเพื่อประเมิน: Thai MMSE, Clock drawing test, GDS (geriatric depression scale)
- ประเมินในเรื่องพฤติกรรมและการนอนหลับ
- ประเมินในเรื่องการช่วยเหลือตนเอง functional status (ADLs - Activity of daily living, IADLs - Instrumental activity of daily living)
- ประเมินผู้ดูแลเรื่องภาวะเครียดและภาระที่แบกรับอยู่ (caregiver stress and burden)

ภาวะความเครียดของผู้ดูแล

- ตามสถิติของรพ.รามาฯ ในระดับ primary care พบปัญหาความเครียดของผู้ดูแลและปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวทำให้เกิด elderly abuse ร้อยละ 20 และร้อยละ 25 ตามลำดับ
- สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย ระดับการช่วยเหลือตนเอง และภาวะความขัดแย้งในครอบครัว
- เป็น 1 ในสาเหตุทำให้เกิดปัญหาของ elderly abuse ซึ่งพบได้ถึง 16% ในระบบบริการปฐมภูมิ

**2. ปัญหาผู้สูงอายุที่มีสภาพเสื่อมถอย
และหกล้มบ่อย (Frail Elderly and
Multiple falls)**

- ประเมินสภาวะทางโภชนาการ (nutritional status) / ภาวะขาดอาหาร
- ทกเดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงไปมากกว่า 10% ไข้หรือไม่ ถ้าใช่ถือว่า significant
- ภาวะนี้อาจจะเกิดจากตัวโรคเอง หรือ จากการถูกทอดทิ้งให้อยู่แต่ในบ้าน
- ประเมินอาหารที่รับประทาน (assess dietary intake)
- Nutrition-Activity-Disease แบ่งเป็น
Activity -> Nutrition -> Disease burden -> advanced age -> Psychological
- o **Inadequate** ให้ประเมิน Physiological cause เช่น ฟันไม่ค่อยดี ไม่ได้กลืน ท้องผูก, Psychological cause เช่น social isolation,

access to food, poverty, dementia depression (MMSE, GDS), Review medication

- o **Adequate** -> search for underlying disease, Physical examination เช่น oral, respiratory tract, GI, LABS (CBC, LFT, Thyroid), Review medications
- **ประเมินปัญหาการหกล้ม** เกิดขึ้นจากสาเหตุทางด้านปัจจัยภายใน (Intrinsic factors) ปัจจัยภายนอก (extrinsic factors) และ ปัจจัยเสริมหรือการเหนี่ยวนำ (mediating factors)
Fall ประเมินได้จาก intrinsic factors, extrinsic factors, medical effects, situational factors -> fall

ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม (จากการทบทวนผลการศึกษา 16 เรื่องที่เกี่ยวข้อง, เรียงลำดับจากมากที่สุดไปยังน้อยที่สุด) ประกอบด้วย แขนขาอ่อนแรง การมีประวัติเคยหกล้ม การทรงตัวบกพร่อง สมดุลบกพร่อง สายตาเสื่อม ข้อเสื่อม ปัญหากิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้าและความเสื่อมด้านการรับรู้และการคิด ที่พบมากที่สุด คือ การที่แขนขาอ่อนแรง การใช้ยาหลายชนิด การใช้ยานอนหลับ (พบมากกว่าปกติถึง 23 เท่า ODDs ratio 23.1) ถ้า risk factors ยิ่งมาก ก็ยิ่งทำให้ falls มากขึ้น จาก 1 -> 2 จะเพิ่มจาก 19% -> 32% จาก 2->3 เพิ่มเป็น -> 60% จาก 3-> 4+ เพิ่มเป็นถึง 78%

3. ประเมินปัญหาจากการใช้ยา (medical effects)

ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ

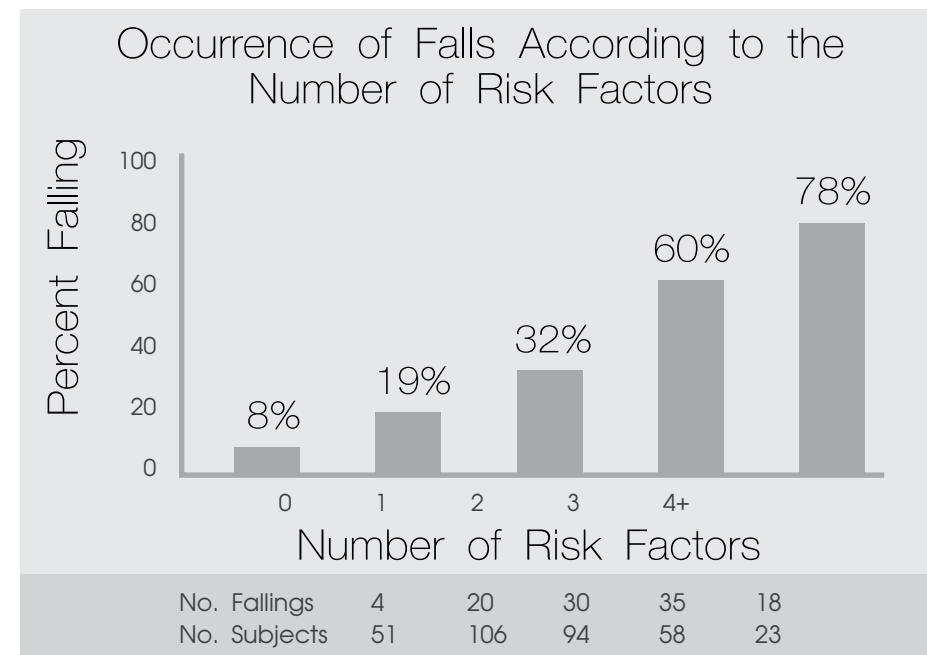
- ใช้ยาหลายชนิดและหลายขนาด (polypharmacy)
- การใช้ยานอนหลับที่ไม่ถูกต้อง
- การใช้ยาแก้ปวดเกินขนาด
- การบริหรยา การจัดยาให้ทานโดยผู้ดูแล

สรุป

- การประเมินปัญหาซับซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุอาศัยการทำงานกันเป็นทีมทางการแพทย์จะเกิดประโยชน์สูงสุด

- การพิจารณาแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนนั้น ต้องใช้ความรู้เชิงหลักการ ใช้เวลาและกำลังกายกำลังใจจากทั้งฝ่ายการแพทย์และทางผู้ป่วยเป็นลักษณะการแบ่งความรับผิดชอบร่วมกัน (share responsibility)
- ปัญหาความลำบากและทุกข์ยากของผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการคนรับฟังและช่วยกันคิดหาวิธีที่เหมาะสมที่สุดในบริบทของแต่ละครอบครัวที่แตกต่างกันไป

- ทุกปัญหามีทางออกของปัญหา ไม่ว่าจะมากหรือน้อย การช่วยเหลือก็ย่อมเกิดประโยชน์
- กลุ่มปัญหาผู้สูงอายุที่พบบ่อยได้แก่สมองเสื่อม -> ความเครียดและภาวะของผู้ดูแล พลัดตกหกล้ม -> ภาวะทุพพลภาพ และนำไปสู่อัตราตายที่สูงขึ้น การใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่มักถูกมองข้ามไปแต่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอื่นอีกหลายๆ เรื่อง และมักเป็นตัวแปรที่สำคัญเหนี่ยวนำให้เกิดการหกล้ม (Falling), ไตวาย ฯลฯ



เวทีเต็มสาระ: ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

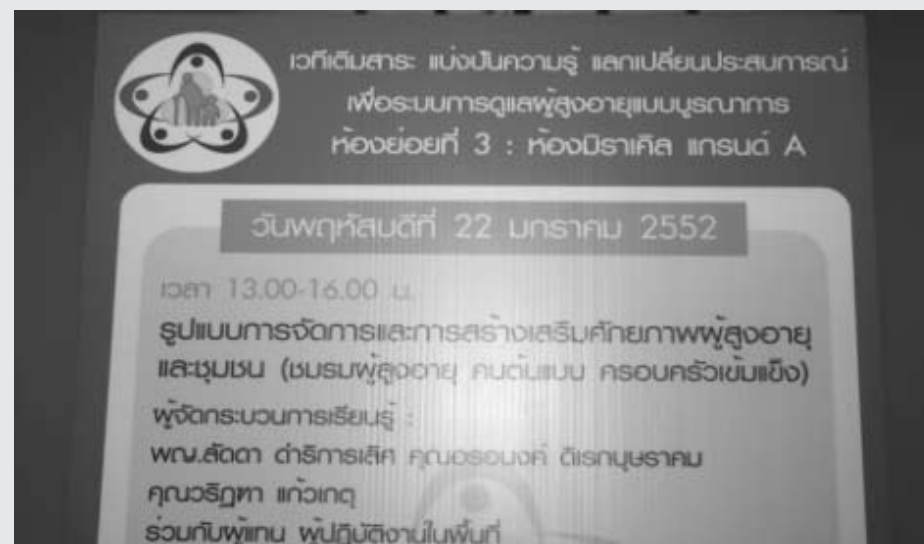
รูปแบบการจัดการ และสร้างเสริมศักยภาพ ผู้สูงอายุและชุมชน

วันที่ 22 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ C
เวลา 13.30 - 16.45 น.

สาระหลักว่าด้วยชมรมผู้สูงอายุ /
คนต้นแบบ / แก่นนำผู้สูงอายุ และ
การสร้างเสริมครอบครัวเข้มแข็ง

วิทยากรและผู้จัด
กระบวนการเรียนรู้

- พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ
- นางสาวอรอนงค์ ดิเรกบุษราคม
- นางสาววิริฐา แก้วเกตุ
- นางสาวนัฐพร สุขพอดี
- นางกนิษฐา ไฉ่วศิริ



เนื้อหาหลัก

เสนอหลักแนวคิด และแลกเปลี่ยนวิธีการพัฒนาเชิงรูปธรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนที่หลากหลาย รวมทั้งประเด็นที่พึงตระหนักด้านการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ คนต้นแบบ/แก่นนำผู้สูงอายุ และการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุไปสู่ครอบครัวเข้มแข็ง

รูปแบบและกระบวนการ

เป็นการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็น 3 กลุ่มตามความสมัครใจให้จำนวนประมาณ 15 - 20 คน โดยแต่ละกลุ่มมีผู้เล่าเรื่องจากกรณีศึกษาเด่นเพื่อเปิดประเด็น สะท้อนมุมมองและประสบการณ์จากการพัฒนางานในพื้นที่กลุ่มละ 2 คน ดำเนินการแลกเปลี่ยนร่วมกับผู้ที่ชวนคิดและคุย 1 คน ในแต่ละกลุ่มย่อย โดยช่วงแรกมีการแนะนำภาพรวมของการจัดกิจกรรมและตกลงกติกาเพื่อให้บรรยากาศการแลกเปลี่ยนราบรื่นมากที่สุด จากนั้นเปิดให้มีการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มหลังจากมีการเล่ากรณีศึกษา ตอนท้ายเปิดให้เกิดการแลกเปลี่ยนและสรุปภาพรวมและมีการแลกเปลี่ยนผลสรุปของแต่ละกลุ่มโดยมีวิทยากรประจำห้องนำการแลกเปลี่ยน



กลุ่มแรก บุรุษผู้สูงอายุ

ในภาพรวมเป็นการสะท้อนว่าการรวมตัวกันของผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมที่สร้างคุณค่าและทำให้วันเวลาที่ว่างๆ มีความหมายมากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีโอกาสได้สร้างชีวิตชีวาให้กับตนเองและผู้อื่น เป็นชีวิตที่มองไปข้างหน้าก็มีความหวัง หันหลังกลับไปมองวัยที่ผ่านมาด้วยการเรียนรู้และชื่นชม รวมถึงการบริหารจัดการกลุ่มที่มีทักษะพิเศษบางประการในการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดความพึงพอใจ

กรณีชมรมผู้สูงอายุพระนั่งเกล้า

จ. นนทบุรี โดย :

คุณเฟื่องฟ้า เชื้อปลุก เลขานุการชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า คุณยุพา สุทธิมนัส พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในบริบทสังคมกลางเมืองใหญ่ที่ต่างคนต่างอยู่กลับมีโครงสร้างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ในสังคมใจกลางเมืองที่มีกลุ่มผู้สูงอายุสามารถรวมตัวกันเป็นชมรม มีกิจกรรมที่ต่อเนื่องมายาวนาน กิจกรรมที่มีผลต่อการสร้างพลังผู้สูงอายุที่มีชีวิตแบบคนเมืองและผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสจิตอาสาที่สร้างขึ้นจากกลไกของกลุ่มผู้สูงอายุและการสนับสนุนจากโรงพยาบาลของรัฐ

กรณีชมรมตำบลน้ำน้อย อ.หาดใหญ่

จ.สงขลา โดย :

คุณจงกล รัญดร แกนนำชมรมตำบลน้ำน้อย และคุณวิษญานี ขวัญพรหม หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลน้ำน้อย ในบริบทพื้นที่ที่สร้างให้ผู้สูงวัยรู้สึกว่าคุณค่า ช่วยเหลือตนเองและสังคม มี

กิจกรรมสร้างสุขภาพโดยใช้หลัก 6 อ (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, อโรคยา, อบายมุข, อนามัยสิ่งแวดล้อม) การระดมทุนและความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ การเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายอื่นๆ นอกชุมชน



**กลุ่มสอง คนต้นแบบ/
แกนนำผู้สูงอายุ**

เรียนรู้การค้นหาผู้สูงอายุมาเป็นแกนนำเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พลังซึ่งกันและกัน เรื่องราวเหล่านี้จะเริ่มกันได้อย่างไร วิธีค้นหาแกนนำและการชักชวนผู้สูงอายุเหล่านี้มาช่วยเป็นพลัง เครื่องมือที่เป็นภูมิปัญญา คุณธรรม ศิลปวัฒนธรรมแบบชาวบ้าน ที่แกนนำผู้สูงอายุนำมาขับเคลื่อนจะเริ่มต้นและหล่อเลี้ยงและสร้างคุณค่าแกนนำให้ได้อย่างไร

กรณี ตำบลน้ำแก่น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดน่าน โดย

คุณบุญคุ้ม ปานทอง หัวหน้าสถานีอนามัยได้เล่ารูปธรรมการขับเคลื่อนของกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ามาร่วมจัดการความเป็นสุขภาวะของคนในตำบล การนำวัฒนธรรมพื้นบ้านดั้งเดิมมาดัดแปลงทำแอโรบิก และทำให้พื้นที่ออกกำลังกายกลายเป็นพื้นที่เรียนรู้ของคนในชุมชน รวมถึงเข้ามาจัดการปัญหาโรคไม่เรื้อรัง เสริมพลังโดยการสร้างคนต้นแบบสุขภาพดีที่ทำให้คนหันกลับมาเลือกรับปรับใช้วิถีชีวิตเก่าๆ ที่สร้างสุขภาพตนเอง

กรณี ตำบลแม่ไร่ อำเภแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดย

คุณแทนนิตย์ นาใจ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้เล่า รูปธรรมของผู้สูงวัยหญิงร่างเล็กที่ทำพื้นที่บ้านของตนเองเป็นแหล่งพักผ่อนและเรียนรู้ของผู้คนทำให้ผู้สูงวัยในชุมชนได้มาอยู่ร่วมกันแบบมีคุณค่า พลังเล็กแต่ยิ่งใหญ่ถูกค้นพบโดยหมออนามัยที่มีแรงบันดาลใจที่จะทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การเสริมแรงกันจึงนำมาสู่การช่วยกันขับเคลื่อนให้กลายเป็นพื้นที่เรียนรู้สำหรับสังคมไทย



กลุ่มสาม การขับเคลื่อน งานผู้สูงอายุนำไปสู่ ครอบครัวเข้มแข็ง

ครอบครัวสังคมยุคใหม่ซึ่งส่วนมากมีเพียงผู้สูงวัยกับหลานที่ร่วมใช้ชีวิตดูแลกัน และกันตามลำพังกลายเป็นช่องว่างของชีวิตที่ไม่พอดี สังคมจะหันกลับเข้ามาดูแลและใช้พลังครอบครัว คนต่างวัยมาเรียนรู้ร่วมกันได้อย่างไร

กรณี สอ.ดอนยานาง อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู โดย

คุณพัชรินทร์ รัฐอนันต์พิณี และ คุณดุษฎี อินปรา รพ.ญาณสังวร อ.เขียงราย จ.เขียงราย มีการค้นหาและใช้ข้อมูลความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงวัยแบบองค์รวมมาเปิดประเด็นการพูดคุยในเวที แลกเปลี่ยนทำให้เกิดการระดมทุนลงขันทางปัญญา ทำให้มีคนหลายวัยหลายกลุ่มเข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่นำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุนที่มีความครอบคลุมทั้ง 4 มิติ

กรณี รพ.ญาณสังวร อ.เขียงราย จ.เขียงราย โดย

คุณธีรวัฒน์ เจริญรัตนะ สอ. ดอนยานาง อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู กล่าวถึงความสัมพันธ์ของคน 3 รุ่นที่เกิดช่องว่างของความไม่เข้าใจกันและกัน ที่ทีมงานชุมชนพยายามเน้นการขับเคลื่อนทางความคิด ผสมผสานงานต่างๆ โดยไม่แยกเป็นกิจกรรมเดี่ยวๆ สร้างพื้นที่และโอกาสให้คนทั้ง 3 รุ่นได้เรียนรู้ร่วมกันทั้งระดับครอบครัวและชุมชน ภายใต้สโลแกน “คนเฒ่าคนแก่ใจต่าง (ชี้ทาง) คนหนุ่มสืบสานลูกหลานเรียนรู้”



สรุปสาระสำคัญจากการนำ เสนอผลสรุปของแต่ละกลุ่ม

กลุ่ม 1 : ชุมชนผู้สูงอายุ

แนวทางการบริหารจัดการชุมชนผู้สูงอายุ สำหรับผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงความรู้ในการบริหารจัดการชุมชนผู้สูงอายุที่มีกลุ่ม 2 ลักษณะตามกรณีศึกษา คือ

1. กลุ่มชุมชนผู้สูงอายุในเมือง (กรณีชุมชนผู้สูงอายุพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี)

ลักษณะชุมชนผู้สูงอายุเกิดจากการรวมตัวของผู้สูงอายุเอง การบริหารจัดการชุมชนผู้สูงอายุในเขตเมืองจะต้องวิเคราะห์หรือคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

- สถานที่ที่มีความเหมาะสมในการรวมกลุ่ม
- ความต้องการของผู้สูงอายุ
- การช่วยให้ชุมชนผู้สูงอายุสามารถดำเนินการชุมชนด้วยตนเองได้ สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยบริการหรือหน่วยอื่นในชุมชนอื่นได้

- ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำงานร่วมกันด้วยใจ มีความผูกพันกันในสมาชิก
- เมื่อผู้สูงอายุรวมตัวกันได้ เจ้าหน้าที่จึงค่อยๆ ถอนตัว และทำให้กลุ่มสามารถดำเนินกิจกรรมต่อเองได้

2. กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุในชนบท (กรณีชุมชนผู้สูงอายุตำบลน้ำน้อย อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา)

ลักษณะชุมชนผู้สูงอายุสร้างจากเครือข่าย ชุมชน หน่วยงาน โดยมีผู้รับผิดชอบบริหารจัดการร่วมกับผู้ร่วมงานจากหน่วยงานอื่น ลักษณะการทำงานจะมีความเกี่ยวข้องใกล้ชิด มีการพูดคุย บริหารจัดการที่ทำให้ชุมชนสามารถดำเนินการไปด้วยดี มุ่งสู่เป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองโดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น วัด เป็นต้น

กลุ่ม 2 : คนต้นแบบ/ แกนนำผู้สูงอายุ

เริ่มจากกระบวนการกลุ่ม โดยวิทยากรให้สมาชิกแนะนำตัวและเล่าประสบการณ์สั้นๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 1 รายที่ตนเองรู้สึกประทับใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้รอบวง และสรุปประเด็น จากกระบวนการแลกเปลี่ยน จะเห็นว่า แกนนำ 1 คน สร้างความประทับใจหรือเกิดแรงบันดาลใจขยายต่อไปสู่สังคมโดยผ่านเครื่องมือที่แตกต่างกัน ทั้งนี้มีประเด็นที่แลกเปลี่ยนสรุปได้ 4 หมวดเนื้อหา คือ วิธีการค้นหาคนต้นแบบ คุณสมบัติของคนต้นแบบ การทำให้คนอื่น (ภายในชุมชนและภายนอก) มองเห็นและยอมรับ และการสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืน ดังนี้

การค้นหาคนต้นแบบ อาจมาจากหลายรูปแบบวิธีการ เช่น จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่สูงวัยแต่มีสุขภาพดีและมีอายุยืน การค้นพบจากการจัดบริการในคลินิก ในกรณีที่มีผลการรักษา/สุขภาพดีขึ้น ใช้น้ำน้อยลง หรืออาจมาจากมาจากอาสาสมัคร, ผู้นำชุมชน, ข้าราชการเกษียณ มาจากเวที/ประชุมในชุมชน ผู้ที่มักนั่งอยู่แถวหน้า เป็นบุคคลกล้าแสดงออก/ออกความ

เห็น หรือมาจากการสำรวจข้อมูลในชุมชนกลุ่มที่มีอายุยืน ไม่มีโรคประจำตัว, ไม่ป่วยรวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถด้านต่างๆ เช่น ดนตรีไทย นาฏศิลป์ โขน ช่างฝีมือ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น

คุณสมบัติคนต้นแบบ เป็นที่ยอมรับ มีจิตอาสา เสียสละ มุ่งมั่นตั้งใจ ไม่ปฏิเสธสุขภาพดี มีพฤติกรรมที่เป็นตัวอย่าง และชอบสื่อสารประชาสัมพันธ์ ชักนำผู้อื่นได้ดี การทำให้คนอื่นในชุมชนมองเห็นและยอมรับคนต้นแบบ ซึ่งอาศัยการจัดเวทีแลกเปลี่ยน/หาเวทีให้แสดงออก มอบบทบาทสำคัญ การส่งเสริมให้เป็นที่รับรู้ เช่น มอบโล่บุคคลต้นแบบ มอบเกียรติบัตร ยกย่องให้เป็นบุคคลต้นแบบในโอกาสสำคัญ รวมทั้งให้เป็นวิทยากรในกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุด้วยกัน เป็นต้น

การสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืน องค์ประกอบสำคัญคือ มีองค์กร/กลุ่มดูแลสนับสนุนชัดเจน สมาชิกกลุ่มมีการพบปะ/ประชุมตามวาระและเป็นประจำ มีแกนนำกลุ่มและมีกิจกรรมร่วมกันชัดเจนเป็นประจำ รวมทั้งมีเงินทุนสนับสนุน โดยอาจมาจากการระดมทุนในหมู่บ้าน ระดมทุน



จากสมาชิก ทอดผ้าป่า ขายผลิตภัณฑ์ของกลุ่ม นอกจากนี้ การมีผู้สนับสนุนหรือองค์กรสนับสนุนชัดเจน แสดงออกถึงการยอมรับ ยกย่อง การจัดสวัสดิการสังคม การเสริมแรงและพัฒนาศักยภาพจะช่วยให้การพัฒนาได้ในระยะยาว

**กลุ่ม 3 : การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ
นำไปสู่ครอบครัวเข้มแข็ง**

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุ เริ่มจากการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสุขภาพและมีการเก็บข้อมูลชุมชนพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น บุคลากรสุขภาพจึงนำบริบทชุมชนมาวิเคราะห์และผสมผสานสร้างพื้นที่และโอกาสให้ คน 3 รุ่น ของครอบครัวและชุมชน คือ รุ่นปู่ย่าตายาย รุ่นพ่อแม่ และรุ่นลูกหลาน ได้พบปะแลกเปลี่ยนความต้องการ ข้อจำกัด ความรู้สึก ความคิดเห็น นำสู่การทำกิจกรรมร่วมกัน ผลลัพธ์ที่ได้ พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวกลับคืนมา ลูกหลานยกย่องดูแลผู้สูงอายุมาก

ขึ้น ผู้สูงอายุเข้าใจลูกหลาน ทำให้เกิดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลายครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ อารมณ์ ขยายผลเป็นกิจกรรมสร้างความมั่นคงด้านการออม โดยเกิดการออมเงินวันละ 1 บาท นำผลที่ได้มาดูแลผู้สูงอายุ และพบว่าชุมชนมีการสืบทอดภูมิปัญญา เกิดการเรียนรู้ระหว่างคน 3 รุ่น ดังคำกล่าว “คนเฒ่าคนแก่จ้ทาง (ชี้ทาง) คนหนุ่มสืบสานลูกหลานเฮียนฮู้ (เรียนรู้)”

การขับเคลื่อนครั้งนี้บุคลากรสุขภาพมีบทบาทในการให้คน 3 วัย มาร่วมกันสร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการอนุรักษ์ และสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการทำงานของบุคลากรสุขภาพมีฐานคิดหลัก จากการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง สร้างความเข้าใจและความร่วมมือจากคนทุกกลุ่มในชุมชน ครอบคลุมประเด็นตั้งแต่พัฒนาการในครรภ์ถึงเชิงตะกอน ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจให้คนในชุมชน มีการสะท้อนเพื่อกระตุ้นชุมชนให้รับรู้และตระหนักในเรื่องของ

ตนเองโดยการคืนข้อมูลให้ชุมชนเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง และมีกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนในชุมชน มากกว่าการจัดหาวัสดุหรืออาคารสถานที่

ช่วงท้ายมีการสรุปประเด็นจากผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ เรื่องประเด็นที่ควรคำนึงเมื่อต้องทำงานกับผู้สูงอายุ ดังนี้

- ทำตัวเป็นลูกหลาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไว้นั่นเอง
- ทำตัวให้เล็กลง สามารถเรียนรู้กับผู้สูงอายุได้ ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและปรับตัวในการเรียนรู้กับผู้อื่นได้
- สัญญาต้องเป็นสัญญา บอกอะไรผู้สูงอายุไว้ต้องรักษาสัญญา
- เห็นคุณค่าและศักยภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ควรดึงมาเป็นแกนหลัก เช่น ข้าราชการบำนาญ พระ ในกรณีที่มีผู้สูงอายุรวมอยู่กันหลายคน ต้องสามารถบริหารจัดการให้อยู่ร่วมกันได้
- เครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุต้องปรับตามศักยภาพของแต่ละคน

ในภาพรวมของทั้ง 3 กลุ่ม นับเป็นการจัดประชุมที่สร้างพื้นที่และโอกาสให้บุคลากรสุขภาพจากหลากหลายพื้นที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้จากงานประจำ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ได้จริง

เวทีเต็มสาระถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

การเตรียมตัว เพื่อช่วยให้ผู้สูงวัย เข้าสู่วาระสุดท้าย ของชีวิตอย่างสงบ

วันที่ 23 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ A
เวลา 09.00-12.15 น.

ผู้จัดกระบวนการเรียนรู้:

นางสาววรรณภา จารุสมบุญ
คุณสุชาดา ไตสีตระกูล
พญ.ดร.ปัทมา วาจามั่น
นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ
พญ.อรวรรณ ตะเวทิพงศ์
คุณณพร นัยสันทัต
คุณมณี ศรีเพียงจันทร์

รูปแบบและกระบวนการ

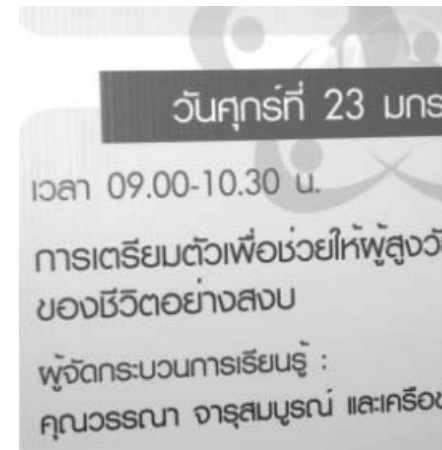
เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงวัยที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย และการเผชิญความตายอย่างสงบ รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้กับคนทำงานในพื้นที่ได้บอกเล่าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานและการเรียนรู้ที่พบจากการทำงานผู้สูงวัย

รูปแบบเป็นการจำลองการพูดคุยแบบ World Caf หรือการจับกลุ่มพูดคุยในร้านกาแฟตอนเช้าๆ ที่ผู้คนมักเข้าไปพูดคุยรับรู้สถานการณ์ความเคลื่อนไหวต่างๆ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างออกรสออกชาติกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบ่งกลุ่มตามประเด็น 5 กลุ่ม ผู้เข้าร่วมเลือกเข้ากลุ่มตามประเด็นที่สนใจ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 วิธีการดูแลเพื่อให้เกิดความสบาย สำหรับผู้สูงวัยระยะสุดท้าย ที่นอนป่วยบนเตียง และการดูแลความเจ็บปวด (Comfort Care and Pain Management)

กลุ่มที่ 2 การสนับสนุนให้ครอบครัวญาติ และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้สูงวัยในช่วงระยะสุดท้าย (Family Support)

กลุ่มที่ 3 การช่วยปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจทำอย่างไรจึงจะให้ผู้สูงวัยที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย สามารถคลี่คลายปมในใจหรือปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจต่างๆ (Mental Spiritual support)



กลุ่มที่ 4 การเตรียมตัวเพื่อให้ญาติ ผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิด สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ในช่วงโมงสุดท้ายของชีวิต (Last Hours of Life)

กลุ่มที่ 5 การวางแผนการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน และระบบการดูแลและส่งต่อ (Discharge Planning, Networking & Continuous Care)

ในแต่ละกลุ่มจะมีพี่เลี้ยงนำการพูดคุย 1 ท่าน ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเลือกเข้าไปนั่งสนทนาในกลุ่มใดก็ได้ตามแต่ความสนใจ การสนทนาจะจัดเป็น 2 รอบ รอบแรกจะให้เวลาพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์กันประมาณ 45 นาที เมื่อหมดเวลาผู้เข้าร่วมสามารถเปลี่ยนไปพูดคุยในกลุ่มอื่นที่สนใจโดยขอให้มืออาสาสมัคร 1 คน อยู่เฝ้ากลุ่มเดิม เพื่อประมวลให้สมาชิกใหม่ทราบคร่าวๆ ว่าวงก่อนหน้านี้พูดคุยเรื่องอะไรไปบ้าง และสามารถพูดคุยต่อได้ โดยอาจเพิ่มเติมแง่มุมที่แตกต่างออกไป หรือลงรายละเอียดในประเด็นต่างๆ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งการสนทนาในรอบที่สองจะให้เวลา 30 นาที และในช่วง

ท้ายจะให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอสรุปประเด็นสำคัญที่ได้พูดคุยกันอีกประมาณ 15 นาที

สาระสำคัญในการนำเสนอ และแลกเปลี่ยน

กลุ่มที่ 1 วิธีการดูแลเพื่อให้เกิดความสบาย สำหรับผู้สูงวัยระยะสุดท้ายที่นอนป่วยบนเตียง และการดูแลความเจ็บปวด (Comfort Care and Pain Management)

ผู้ดูแลและญาติพี่น้องต้องให้ความสนใจในเรื่องของความเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจ ทาสเหตุความเจ็บปวดนั้นว่าเกิดจากอะไร สำหรับการให้มอร์ฟีน ต้องใส่ใจเป็นพิเศษ คำนึงถึงความเหมาะสมและความจำเป็นต้องให้เพื่อลดความเจ็บปวดทางกาย ส่วนเรื่องทางใจนั้นต้องให้ความสำคัญกับเรื่องของความเชื่อ การยึดมั่นของผู้สูงวัยเพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงวัยได้ใช้ชีวิตเป็นหลักในการต่อสู้กับความเจ็บปวด ในขณะที่เดียวกัน ผู้ช่วยเหลือต้องทำด้วยความเต็มใจ เพราะผู้สูงวัยจะสามารถรับรู้ได้



การดูแลรักษาอาการปวดเป็นองค์รวมทุกมิติ (total pain concept) มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเรื่องทางกายก็เป็นไปอย่างทีกล่าวก่อนหน้านี้ เรื่องจิตใจผู้ป่วยหากมีความกังวลก็จะทำให้ความทุกข์ทรมานทางกายมากขึ้น ครอบครัวเป็นหน่วยที่ช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างดีที่สุดทุกด้าน โดยที่บุคคลากรทางสาธารณสุขมีส่วนช่วยได้มากหากมีการทำงานเป็นทีมโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

กลุ่มที่ 2 การสนับสนุนให้ครอบครัว ญาติ และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะสุดท้าย (Family Support)

ครอบครัว และญาติมีความสำคัญมากกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากมีความใกล้ชิด และจะเป็นกำลังใจสำคัญให้กับผู้ป่วยสูงวัยในการต่อสู้ รับมือ กับความเจ็บปวดและช่วงวาระสุดท้าย หากได้รับการสนับสนุนจากญาติ และครอบครัว รวมถึงชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างหมดหวัง

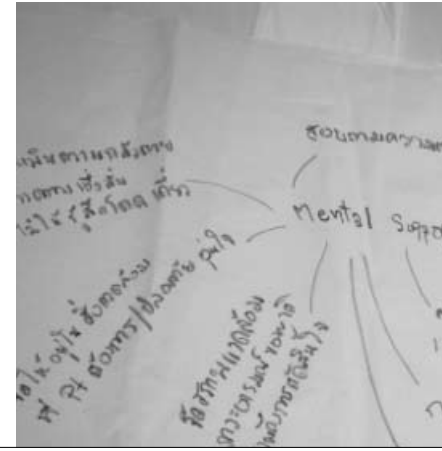
กลุ่มที่ 3 ทำอย่างไรจึงจะให้ผู้ป่วยสูงวัยที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย สามารถคลี่คลายปมในใจ หรือปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจต่างๆ (Mental-Spiritual Support)

การดูแลผู้ป่วยสูงวัยที่เข้าสู่วาระสุดท้าย มักพบว่าการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยสูงวัยที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย สามารถคลี่คลายปมในใจ หรือปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจต่างๆ มีดังนี้

1. ผู้ดูแลควรให้ความรัก ความรู้สึกเป็นห่วงเป็นใย อาจใช้การสัมผัสจับมือ สร้างกำลังใจโดยญาติๆ หรือให้เพื่อนวัยเดียวกันพูดคุยให้กำลังใจ
2. สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่ให้รู้สึกโดดเดี่ยว ด้วยการ
 - บอกว่าเราจะไม่ทิ้งเขา จะอยู่ใกล้ๆ คอยดูแลและเป็นกำลังใจให้ตลอด (และมีคนอยู่เป็นเพื่อนด้วยจริงๆ)
 - หากลูกๆ มาอยู่ด้วยไม่ได้ตลอดเวลา อาจใช้วิธีการให้โทรศัพท์หาทุกวัน

3. วิธีการสืบค้นความห่วงกังวล ความทุกข์ สิ่งค้างคาใจ หรือปมในใจ เพื่อหาทางช่วยคลี่คลายได้ตรงจุด อาจทำได้โดย
 - ให้ความสำคัญ สนใจและศึกษาภูมิหลัง บุคลิกภาพ ความชอบ-ไม่ชอบ ฯลฯ ของผู้ป่วย เพราะบางครั้งเรื่องในอดีตค้างคาใจทำให้ไม่สามารถตายอย่างสงบได้ อาจเป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เป็นนิสัยหรือบุคลิกภาพส่วนตัว เช่น กรณีผู้ป่วยไม่ยอมตายเนื่องจากไฟฟ้าในห้องเปิดไว้มากเกินจำเป็น จนลูกชายสังเกตเห็นว่าพ่อมองไปที่ไฟ และรู้ว่าพ่อคงห่วงเรื่องนี้ เพราะเป็นคนประหยัด พอปิดไฟให้พ่อก็สบายใจและตายอย่างสงบได้ เป็นต้น
 - เปิดโอกาสให้ผู้สูงวัย ได้ระบายความทุกข์ ความอึดอัดคับข้องใจ ความห่วงกังวล และรับฟังอย่างลึกซึ้ง ใส่ใจเต็มที่ เคารพในความรู้สึกนั้น รวมทั้งจับสังเกตปฏิกิริยาเป็นระยะๆ เพื่อค้นหาปมในใจ

- พุดคุยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความกังวลใจ ความทุกข์ใจ หรือปมที่ค้างคาใจของผู้สูงวัย จากผู้ดูแล ญาติ หรือคนใกล้ชิดของผู้สูงวัย
 - จับสังเกตให้ได้ว่าใครคือ คนที่เป็นกุญแจสำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อความสุข-ความทุกข์ของผู้ป่วย และหาทางให้คนๆ นั้น ได้มาเป็นคนช่วยคลี่คลาย
4. คำพูดของผู้สูงวัยที่ว่า “ไม่กลัวตาย” ควรประเมินว่าเขารู้สึกเช่นนั้นจริงๆ หรือไม่ พร้อมรับกับความตายได้โดยไม่มี ความกลัว หรือความห่วงกังวลใดๆ จริงหรือ เพื่อช่วยให้เขาเตรียมตัว และสามารถจากไปอย่างสงบได้เมื่อเวลานั้นมาถึง
 5. ควรดูแลสภาพจิตใจ หรือสภาวะอารมณ์ของญาติและช่วยเยียวยาเขาด้วย เพราะการกระทำหรือการตัดสินใจของญาติอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้
 6. การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับกับความตาย และสามารถตายอย่างสงบ



ได้ อาจทำได้ ดังนี้

- จัดสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้สูงอายุให้เหมาะสมตามความชอบ ความสบายใจจนสามารถอำนวยความสะดวกและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์และจิตใจที่ดีขึ้น เช่น บางคนชอบอยู่ในบรรยากาศสงบเงียบ แต่บางคนชอบอยู่ในบรรยากาศครึกครื้น มีผู้คนแวดล้อม พูดคุยกัน จะได้รู้สึกไม่เหงา เป็นต้น
- สนับสนุนให้เขาได้ทำตามความเชื่อ ความศรัทธา โดยต้องเคารพในความเชื่อ ความศรัทธาของเขา ไม่ตัดสินถูกผิด
- หาสิ่งที่จะช่วยให้จิตใจสงบ ไม่กระวนกระวาย อาจเป็นเทพธรรมะ ขวนทำสมาธิภาวนา หรือให้เขาในสิ่งที่เขาชอบ เช่น เพลงที่ชอบฟัง ดนตรีบรรเลง หรืออื่นๆ

กลุ่มที่ 4 การเตรียมตัวเพื่อให้ญาติ ผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิด สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต (Last Hours of Life)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายเหตุปัจจัย ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยได้มีโอกาสเตรียมตัวยอมรับความเจ็บป่วยและความตายแต่เนิ่นๆ
- 2) ผู้ป่วยรับรู้หรือไม่ว่าตนเองป่วยเป็นอะไร และมีเวลาเหลืออยู่ไม่มาก
- 3) ญาติหรือครอบครัวเข้าใจและยอมรับความตายที่กำลังเกิดขึ้นได้
- 4) แพทย์เจ้าของไข้ไม่ยอมบอกความจริงหรือไม่ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ

ส่วนใหญ่ปัญหาที่พบในการรักษาก็คือการไม่บอกให้คนไข้ทราบถึงโรคที่เป็น ซึ่งแบ่งออกเป็น กลุ่มที่ไม่รับรู้ความจริง กับกลุ่มที่ญาติรู้ความจริง และไม่ต้องการให้บอกคนไข้

ในกลุ่มที่ไม่รับรู้เพราะแพทย์ไม่บอกความจริงนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการที่แพทย์ไม่รู้ว่า Support อย่างไรหลังจากบอก

ความจริงไปแล้ว จึงเลี้ยงที่จะเป็นผู้บอกตรงๆ เว้นเสียแต่ญาติหรือคนไข้ตั้งใจถามหรือใช้วิธีบอกให้ญาติรู้และให้ญาติเป็นคนบอกเอง ซึ่งหลายกรณีพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มุ่งเน้นแค่การบอกหรือไม่บอก (ตามหน้าที่) เท่านั้น แต่ในความจริงแล้วสิ่งที่สำคัญกว่านั้นก็คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ในที่สุด รวมทั้งมีทางเลือกในการดำเนินชีวิตในช่วงระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การเตรียมตัวของญาติ

ผู้ดูแลที่ใกล้ชิด มีดังนี้

1. ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เตรียมตัวญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยต้องทำเรื่องนี้ด้วยความรอบคอบ ไตร่ตรองให้ดีในการเตรียมตัวให้กับญาติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากครอบครัวของผู้ป่วยรวมถึงผู้ป่วยมีบริบท เบื้องหลังที่แตกต่างกัน และมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน

2. ผู้ดูแลเป็นผู้ให้คำแนะนำหรือแนวทางในการเตรียมญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยเตรียมรับมือกับระยะสุดท้ายของผู้ป่วย โดยจะต้องให้ญาติเข้าไปกระชับข้างหูของผู้ป่วย พร้อมกับบอกสิ่งที่ดีๆ แก่ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย ให้ผู้สูงอายุมีจิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ดีงาม
3. การให้ความใส่ใจกับเรื่อง “ทางใจ” แก่ ผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง
4. ต้องช่วยให้ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยยอมรับความตายของผู้ป่วยที่กำลังจะมาถึง
5. ต้องกระทำด้วยความรัก ความปรารถนาดีและเห็นอกเห็นใจ

กลุ่มที่ 5 การวางแผนการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน การจัดการระบบการดูแลและส่งต่อ (Discharge Planning Networking & Continuous Care)

สิ่งสำคัญในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือ

1. การวางแผนการดูแลควรเป็นการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. การวางแผนต้องคำนึงในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม
3. ต้องทำการประเมินญาติ หรือผู้ใกล้ชิด ผู้สูงอายุ ว่ามีความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายหรือไม่ อย่างไร และเมื่อทำการประเมินถึงความสามารถดูแลผู้สูงอายุแล้วจำเป็นต้องเพิ่มความรู้ ความเข้าใจให้แก่คนเหล่านี้ เพื่อนำไปดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น เหมาะสมมากยิ่งขึ้น
4. สำรวจถึงทุนที่มีอยู่ ได้แก่ อุปกรณ์การดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุระยะสุดท้าย ทั้งในสถานพยาบาล และองค์ประกอบครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่
5. คำนึงถึงการสนับสนุนผู้สูงอายุจากท้องถิ่น ทางสังคม ชุมชน และองค์ประกอบครองส่วนท้องถิ่น

ระหว่างการจัดกิจกรรมกลุ่มในแต่ละกลุ่ม ได้มีการเล่าเรื่อง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยและญาติในช่วงระยะสุดท้าย อย่างหลากหลายตามบทบาทที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติงานหรือเกี่ยวข้อง

สรุปประเด็นที่มีการตั้งคำถาม อภิปราย และแลกเปลี่ยน

Q: ผู้เข้าร่วมประชุมเล่าเรื่องหญิงคนหนึ่งเป็นมะเร็งปากมดลูกกระจายไปที่กระดูกสันหลัง มีอาการปวดรุนแรงมากทั้งที่ได้

มอร์ฟิน 3 เวลาและเพิ่งฉีดยาไปแต่ก็ไม่ได้หายปวดหมอบอกว่าฉีดยาไม่ได้อีกแล้วเพราะกลัวเกินขนาด ผู้เล่าเรื่องบอกว่าเธอพยายามแนะนำให้ทำสมาธิแต่อาการก็ไม่ได้ดีขึ้นมีคำแนะนำอย่างไร

A: โดยทั่วไปการประเมินอาการปวดสำคัญอันดับแรกคือ สาเหตุของอาการปวด หากรักษาเหตุได้อาการปวดก็จะหายไปหรือดีขึ้นได้ ประการที่สองคือ ประเภทของการปวดบางประเภทไม่ตอบสนองต่อมอร์ฟิน เช่น อาการปวดจากเส้นประสาท ถูกกดทับอาจต้องใช้ยาอื่นร่วมด้วย เช่น กลุ่ม tricyclic antidepressants ประการที่สามคือ มอร์ฟินไม่มี maximum dose สามารถปรับได้จนกว่าจะหายปวดโดยดูจากผู้ป่วยเริ่มหายปวดและไม่ง่วงซึม อาจใช้มอร์ฟินทางเส้นเลือดดำต่อเนื่อง (drip) ปรับจนหายปวดได้ภายในเวลา 5 นาที

Q: คิดอย่างไรเมื่อถูกผู้ป่วยปฏิเสธหรือไม่เต็มใจให้ทีมดูแลรักษา

A: ทศนคติของผู้ให้บริการสำคัญมาก หากมีความปรารถนาดีกับผู้ป่วยและทำความเข้าใจเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาแบบนั้น ยกตัวอย่างผู้ป่วยไม่ยอมให้มาเยี่ยมบ้านเนื่องจากไม่ยอมให้ใครเห็นสภาพของตัวเองหรือไม่ยอมให้ใครมองว่าตนอ่อนแอ เป็นต้น ก็จะสามารถเข้าใจ เข้าถึงและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดีขึ้น

Q: เราจะทำอย่างไรหากญาติปิดบังการวินิจฉัยไม่ให้ผู้ป่วยทราบ แง่หนึ่งเป็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยที่จะต้องทราบ แต่อีกแง่ก็เป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวังจะมีวิธีการอย่างไรให้การบอกข่าวร้ายไม่ยากอย่างที่คิด

A: เหตุผลที่ญาติกังวลและไม่อยากให้ออกว่าผู้ป่วยเป็นโรครยะสุดท้าย เนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะรับไม่ได้ สิ่งสำคัญคือการประเมินว่าผู้ป่วยทราบมากน้อยแค่ไหนว่าป่วยเป็นอะไร ตลอดความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติว่าต้องการให้ช่วยเหลืออะไรบ้าง และจำเป็นต้องบอกหรือไม่ก็ตามแต่ละคน (บางคนอายุมาก ๆ จนสมองเสื่อม อาจจะไม่จำเป็นต้องบอกทั้งหมด) นอกจากนี้ การบอกการวินิจฉัยเป็นทักษะที่ต้องฝึกฝน มีคนในวงแลกเปลี่ยนใช้คำว่า "ลีลาการบอก"

Q: เราจะปลดเปลื้องสิ่งค้างคาใจให้กับผู้ป่วยได้อย่างไร

A: การสัมผัสการสร้างความสัมพันธ์จนเกิดความไว้วางใจ โดยครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหมดห่วงใย และการที่จะทำให้จิตผู้ป่วยปิติและสงบนั้น ก็ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อของผู้ป่วยซึ่งแตกต่างกันไป นอกจากนี้มีการรวบรวมความเห็นอื่น ๆ ระหว่างอภิปรายร่วมด้วย ดังนี้

- การเลือกญาติ/คนที่สนิทกับผู้ป่วยมีความสำคัญ หากเป็นคนที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจหรือไว้วางใจก็จะสามารถช่วยพูดให้คนไข้เตรียมตัวได้ แต่ก็มีความกังวลที่พยาบาลอาจเตรียมผิดคน เพราะไม่มีเวลาเจาะลึกเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ
- บางกรณีพบว่าการใช้เครื่องมือทำให้ยืดวาระการตาย บางคนใส่เครื่องมือแล้วทำให้คนไข้อยู่ได้เป็นปี ๆ ในขณะที่เราเตรียมญาติเสร็จ แต่ปัญหาที่พบคือ พอใส่เครื่องมือแล้วทำอะไรไม่ได้

ถอดก็ไม่ได้

- การที่ญาติไม่แน่ใจในการบอกข่าวร้ายกับคนไข้โดยตรง ญาติอาจจะมีความประสงค์จะบอกกับคนไข้เองเพื่อระดับประคองจิตใจของคนไข้ มากกว่าให้แพทย์บอก
- การเลือก Intervention เช่น การฟังเสียงสวดมนต์ ฟังเพลง หรือการได้ทำตามความเชื่อของแต่ละศาสนามีความสำคัญกับคนไข้มาก
- เวลาจะเป็นคนบอกเองว่าการดูแลแบบไหนที่เขา (คนไข้) ชอบ ดังนั้นพยาบาลควรมีเวลามากพอที่จะรับรู้และเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- เมื่อผู้ป่วยสูงอายุทราบโรคที่แท้จริงและมีการเตรียมตัวที่ดี ที่สำคัญคือถ้าผู้ป่วยเองได้รับการตอบสนองหรือมีการตัดสินใจ จะช่วยให้เขามีความพร้อม และถ้าเข้าสู่ระยะสุดท้าย ก็สามารถละวางชีวิต จากไปอย่างสงบได้
- ในสังคมชุมชน มีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติมากกว่าจากโรงพยาบาล จะเห็นได้จากกรณีที่โรงพยาบาลอำนวยความสะดวกและให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติจะช่วยได้มาก การดูแลที่บ้านจึงเป็นอีกคำตอบหนึ่งที่จะช่วยลดภาระให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลได้

เวทีเต็มสาระถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี
แลกเปลี่ยนประสบการณ์

การจัดระบบสวัสดิการ สังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชนอย่างยั่งยืน

วันที่ 23 มกราคม 2552 ห้องนิรโรคีลแอนด์ B
เวลา 09.00 – 12.15 น.

วิทยากร

1. อาจารย์สมพงษ์ วงศ์กาฬสินธุ์
ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
2. คุณประภา วิเศษฤทธิ
มูลนิธิรวมน้ำใจ คลองเตย
3. คุณประภาส ธรประพันธ์
หัวหน้าส่วนสาธารณสุข อบต.ปากพูน
จ.นครศรีธรรมราช
4. คุณยอดศักดิ์ สุขโรจน์
อบต.บางสีทอง จ.นนทบุรี

ผู้ดำเนินรายการ

คุณวนิดา วัชรกุล
สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

ผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมให้ข้อเสนอแนะ:

ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เนื้อหาหลัก

นำเสนอประสบการณ์ของการพัฒนา
ภาคีความร่วมมือของภาคสาธารณสุข ท้อง
ถิ่น และชุมชนเพื่อพัฒนาระบบการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ผู้แทนจาก
พื้นที่สะท้อนแนวคิด เทคนิค กระบวนการ
และเสนอรูปธรรมสวัสดิการสังคมในระดับ
ชุมชนจากความร่วมมือภาคีที่เกี่ยวข้องและ
สามารถสะท้อนการสนับสนุนให้เกิดระบบ
สวัสดิการสังคมในรูปแบบต่างๆ ได้ ผ่าน
รูปธรรมการพัฒนาและการจัดการกองทุน
สวัสดิการชุมชน กิจกรรมหลากหลายของ
ศูนย์เอนกประสงค์ การพัฒนาสภาพ
แวดล้อมและอุปกรณ์หรือสิ่งสนับสนุน รวมทั้ง
การพัฒนาศักยภาพของระบบการดูแล
สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

รูปแบบและกระบวนการ

จัดเป็นลักษณะการอภิปรายกลุ่มโดยผู้
ดำเนินรายการ แนะนำวิทยากรและให้
วิทยากรแต่ละท่านนำเสนอคนละ 1 รอบ
เชิญผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและความคิด
เห็นเพิ่มเติมช่วงท้ายของการอภิปราย

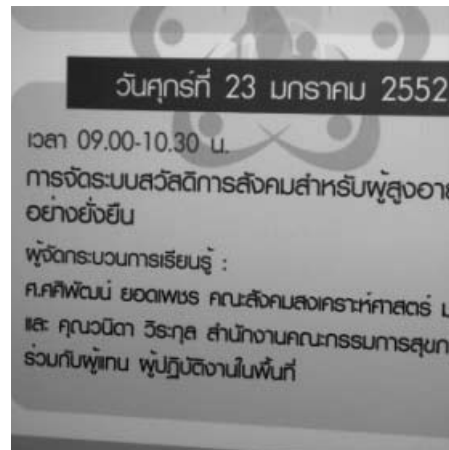
สาระสำคัญในการนำเสนอ และแลกเปลี่ยน

อาจารย์สมพงษ์ วงศ์กาฬสินธุ์

ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

อาจารย์สมพงษ์ วงศ์กาฬสินธุ์ นอก
จากจะเป็นประธานสภาผู้สูงอายุแห่ง
ประเทศไทยแล้ว ท่านยังเป็นประธานศูนย์
เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
เทศบาลเมืองสกลนคร ซึ่งในจังหวัด
สกลนครมีชมรมผู้สูงอายุมากถึง 606
ชมรม ในจำนวนนี้อยู่ในเขตเทศบาล 26
ชมรม/2 สมาคม





ศูนย์อเนกประสงค์ฯ เกิดจากการรวมตัวของชมรมหลายๆชมรม เข้ามาทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีเทศบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณเริ่มก่อตั้งในเดือนสิงหาคม 2550 มีการระดมความเห็นประชาคมเมื่อ 6 กันยายน 2550 ทำการคัดเลือกคณะกรรมการบริหารศูนย์ฯ ที่มาจากภาคประชาชนทั้งหมด จำนวน 19 คน มีการยกร่างระเบียบของศูนย์

วัตถุประสงค์ของศูนย์

- 1) เป็นศูนย์รวม ของชมรมต่างๆ ที่จะมาทำกิจกรรมร่วมกัน
- 2) เป็นศูนย์ประสานงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลสวัสดิการ ระหว่างหน่วยงานต่างๆ
- 3) เป็นศูนย์เรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

- 4) เป็นศูนย์การเรียนรู้ของกลุ่มเยาวชน ศูนย์ดำเนินการโดยคณะกรรมการที่เป็นชาวบ้านที่อาสาปฏิบัติงานที่ศูนย์ทุกวัน โดยไม่มีค่าตอบแทน กิจกรรมการดำเนินงานของศูนย์ มี 2 รูปแบบ คือ 1) กิจกรรมในศูนย์ ได้แก่ ลานออกกำลังกาย รำไม้พลอง กีฬาในร่ม เครื่องนวดไฟฟ้า ร้องเพลงคาราโอเกะ งานประดิษฐ์ และงานศิลปวัฒนธรรม และ 2) กิจกรรมนอกศูนย์ ได้แก่ การสำรวจ/เก็บตกผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือไม่สามารรถเดินทางมาเองได้ โดยมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) 40 คน ออกไปติดตามเยี่ยม เทศบาลสนับสนุนค่าพาหนะแก่ อผส. วันละ 300 บาท และสนับสนุนงบดำเนินการของศูนย์เฉลี่ยเดือนละ 20,000 บาท

จุดเด่น คือ เป็นการทำงานภายใต้ภูมิปัญญาผสมผสานกับสมัยใหม่ มีการจัดการโดยภาคประชาชน และรัฐเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุน

มูลนิธิรวมน้ำใจ คลองเตย กทม. โดยคุณประภา วิเศษฤทธิ์

จากสโลแกน “สวัสดิการวันละบาท” มีที่มาจากปัญหาสารเคมีระเบิดในชุมชนแออัดคลองเตย จึงเกิดการรวมตัวเพื่อการช่วยเหลือตนเองของชาวชุมชนคลองเตย เริ่มจากเรื่องปัญหาการกินการอยู่/เศรษฐกิจ จึงมีการรวมทุนเพื่อสร้างบ้านหลังใหม่ (ไม่ได้เริ่มจากผู้สูงอายุ) โดยการออมเงินวัน 1 บาท มีการคัดเลือกคณะกรรมการบริหารเงินสวัสดิการ พอดำเนินงานไปพบว่าชุมชนยังมีปัญหาอื่นๆ ด้วย เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ กองทุนนี้จึงมีการดำเนินงานครอบคลุมกลุ่มเหล่านี้ด้วย

คุณประภา เป็นคนทำงานรุ่นที่ 2 โดยเป็นอาสาสมัครที่มาทำงานเป็นครูสอนเด็ก เธอบอกว่า คนแก่ทยอยอดเงินกันวันละ 1 บาท รวมตัวกันเป็นชมรมผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นเอง ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐเท่าที่ควร ใช้พื้นที่ของศูนย์เด็กเป็นที่ประชุม ทำกิจกรรมร่วมกัน วันที่ทำกิจกรรมผู้สูงอายุจะนำข้าวหอมจากบ้านมากินร่วมกัน มีการจัดกิจกรรมทางศาสนาครบทั้ง 3 ศาสนา มีกิจกรรมสืบสานประเพณีวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังมีการหารายได้ โดยการทอดผ้าป่าสามัคคี ได้ปีละประมาณ 10,000บาท นำไปจัดเป็นสวัสดิการผู้สูงอายุ

จุดเด่น คือ เป็นชมรมที่เริ่มจากชุมชนเองจริงๆ ดำเนินการเองแบบพึ่งตนเอง



อบต.ปากพูน จ.นครศรีธรรมราช
โดย คุณประภาส ณรประพันธ์

อบต. ปากพูน มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ โดยมีหลักการทำงาน คือ “พลเมืองมีความรู้ สุขภาพต้องแข็งแรง” ภายใต้การกำหนดนโยบายของท้องถิ่น บริบทพื้นฐานเรื่องผู้สูงอายุของ อบต.ปากพูน มีประชากร ประมาณ 43,000 คน เป็นผู้สูงอายุ 4,200 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษ 1,100 คน

อบต.ปากพูน ยึดหลักแนวคิดของอาจารย์ประเวศ วะสี ในการขับเคลื่อนงาน โดยผู้นำมีบทบาทสำคัญ การจัดบริการประชาชน จะลดขั้นตอนการทำงานที่ยุ่งยาก ให้เป็นแบบ One stop service ให้จิตอาสา/สร้างเครือข่ายการทำงาน ให้บริการโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนทำงานบนพื้นฐานของข้อมูล ผู้บริหารของอบต.ทุกคนต้องรู้ข้อมูล ทำงานภายใต้

ข้อมูล มีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการฐานข้อมูล มีการพัฒนาผู้นำให้มีความสามารถ โดยแต่งตั้งเป็นรัฐมนตรี (เงา) ว่าการกระทรวงฯต่างๆ มีการขับเคลื่อนงานร่วมกับสถาบันการศึกษาและหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่

ในการดูแลผู้สูงอายุ อบต. มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 80 คน ทุกคนต้องผ่านการอบรม มีการแบ่งผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลให้ อผส. แต่ละคนดูแล โดยมีสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ และส่งรายงานทุกเดือน มีการจัดคลินิกดูแลผู้สูงอายุ โดยได้รับความร่วมมือจาก รพ.ท่าศาลา และมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มีการจัดรถ Ambulance รับส่งผู้ป่วยของ อบต. เอง

ในพื้นที่มีการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพระดับตำบล โดยประชาชนมีส่วนร่วม จัดสวัสดิการชุมชน โดยออมวันละ 1 บาท ปัจจุบันมีสมาชิกประมาณ 5,000 คน

จุดเด่น มีฐานข้อมูลเพื่อการจัดการเป็นการทำงานโดยท้องถิ่นร่วมกับประชาชน ควบคุมการทำงานวิชาการ โดยมหาวิทยาลัยในพื้นที่มีส่วนร่วม

คุณยอดศักดิ์ สุขโรจน์
อบต.บางสีทอง จ.นนทบุรี

ข้อมูลทั่วไป ตำบลบางสีทอง ประชากรตามทะเบียนราษฎรประมาณ 10,000 คน ประชากรแฝงประมาณ 10,000 คน เป็นหมู่บ้านจัดสรรถึง 42 หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุประมาณ 1,000 คน ผู้สูงอายุที่สำรวจได้มี 800 คน เป็นพื้นที่นำร่องในการจัดสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุของกระทรวงพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ฯ ตั้งแต่ปี 2548

กระบวนการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุประกอบด้วย การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา จัดทำโครงการ ดำเนินงานตามโครงการ และสรุปผลการดำเนินงาน

ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ของ อบต. บางสีทอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มี 3 ประเภท คือ ชมรม อผส. (มี 40 คน) ศูนย์บริการทางสังคม กิจกรรมของชมรม โดย อบต. ร่วมกับ อผส. (มีผู้สูงอายุในความดูแล 300คน) ได้แก่ การมอบถุงยังชีพ/เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ ให้บริการตรวจสุขภาพปีละ 2 ครั้ง จัดวัสดุ/อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย การเยี่ยมดูแลยามเจ็บป่วยที่โรงพยาบาลและที่บ้าน กิจกรรมทางศาสนา และวัฒนธรรม อบรมความรู้/ทัศนศึกษานอกสถานที่ กิจกรรมออกกำลังกาย และ สันทนาการด้านดนตรี



กิจกรรมของ อผส. จำนวน 70 คน มีภารกิจหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ในอัตราส่วน อผส. 1 คน: ผู้สูงอายุ 5 คน โดยอบต.สนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การออกเยี่ยมผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ดูแลสภาพแวดล้อม แนะนำเรื่องอาหาร ส่งเสริมการออกกำลังกาย และจัดกลุ่มงานอดิเรก

ศูนย์บริการทางสังคม เป็นศูนย์รวมให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลในเวลากลางวัน ได้มาทำกิจกรรมร่วมสังสรรค์กัน มีการส่งเสริมด้านสุขภาพอนามัย ฝึกอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้ กิจกรรมทางศาสนาวัฒนธรรม และจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ในภาพรวมของการสนับสนุนสวัสดิการผู้สูงอายุของ อบต.บางสีทอง ปีละประมาณ 1,000,000 บาท โดยในปี 2552 จัดบไว้ดังนี้

- การอบรมฟื้นฟูศักยภาพ อผส. 100,000 บาท
- งบบริหารจัดการศูนย์สวัสดิการสังคมฯ 200,000 บาท
- ทัศนศึกษา อผส. 500,000 บาท
- ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ 50,000 บาท
- การเยี่ยมผู้สูงอายุ 200,000 บาท

จุดเด่น บทบาทและศักยภาพของท้องถิ่นในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

ความเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

กรณีตัวอย่างของพื้นที่สกลนคร คลองเตย และปากพูน เป็นการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุแบบใหม่ ที่เป็นการเสริมพลังประชาชน ในการจัดบริการดูแล โดยมองจากความต้องการของประชาชน/ปัญหาของพื้นที่ และใช้ทุนทางสังคมเป็นที่ตั้ง

พื้นที่ปากพูน ชี้ให้เห็นถึงการใช้การเป็นหุ้นส่วนร่วมกัน Partnership ซึ่งมากกว่าการมีส่วนร่วม ชุมชนรับรู้ รับผิดชอบ และกำหนดหน้าที่ของแต่ละส่วน รวมทั้งมีการประเมินผลด้วย

พื้นที่บางสีทอง สะท้อนถึงบริการที่รัฐจัดให้ ในท้องถิ่นที่มีความพร้อมสูง

จุดสำคัญในการจัดสวัสดิการสังคมโดยชุมชน จะต้องมีการส่งเสริมวิชาการสนับสนุน ต้องมีการเชื่อมบริการระหว่างบ้านกับสถานบริการ ซึ่งตรงนี้ปากพูนเป็นกรณีตัวอย่าง

สรุปการจัดสวัสดิการสังคม ไม่ใช่รูปแบบ Residue model (เก็บตก มีปัญหาที่ไปแจก) แต่ต้องเป็น Welfare mix คือ บูรณาการ ทั้งทางการและไม่เป็นทางการ รัฐร่วมสนับสนุนร่วมกับประชาชน

2. คุณอรจิตต์ บำรุงสวัสดิ์ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การจัดสวัสดิการสังคมโดยชุมชน อยากรู้อยากเห็นถึงความยั่งยืน ผู้สูงอายุเองต้องบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยรูปแบบการขับเคลื่อน โดยใช้แนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ของอาจารย์ประเวศ วะสี ที่ต้องมี 3 องค์ประกอบ คือ ชุมชน/ประชาชน การเมือง และองค์ความรู้

เวทีเต็มสาระถ่ายทอดความรู้
และเทคโนโลยี แลกเปลี่ยนประสบการณ์
**วิธีการจัดการสุขภาพ
แวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก
ความสะอาดกรวมทั้ง
นวัตกรรมที่เอื้อต่อการ
ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่บ้าน**

วันที่ 23 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ C
เวลา 09.00 – 12.15 น.

วิทยากรและผู้จัด
กระบวนการเรียนรู้ :
รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รูปแบบกระบวนการ

วิทยากรหลักได้นำเสนอภาพการจัดการสภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้ภาพยนตร์สั้น สะท้อนการจัดการสภาพแวดล้อม กรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หลังจากนั้นผู้ดำเนินการหลักได้ เปิดให้ในเวทีสามารถเติมประเด็นแลกเปลี่ยน และซักถาม เกี่ยวกับภาพยนตร์สั้น (จากโครงการหนังสือเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม) และผู้ดำเนินรายการได้สรุปภาพจากสื่อที่ฉายจบไป และบรรยายเพิ่มเติมโดยใช้ Powerpoint และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยน และซักถาม

สาระสำคัญจากการนำเสนอในที่ประชุม

หลักการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป้าหมายคือ มีชีวิตที่สดใส ลดการพึ่งพา จากข้อมูลที่พบว่าในประเทศที่กำลังพัฒนาใช้เวลาเพิ่มประชากรผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ฝรั่งเศสใช้เวลา 115 ปี ในการเพิ่มจาก 7% เป็น 14% ในขณะที่ไทยจะใช้เวลาเพียง 22 ปี เท่านั้น และโดยอายุเฉลี่ยเพศหญิงจะมีอายุคาดหวังเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย ดังภาพ

จำนวนโรค และภาวะทุพพลภาพ

สอดคล้องกับช่วงของการเป็นผู้ถูกดูแล เพราะยิ่งเกิดโรคประจำตัวมากเท่าไร โอกาสที่จะเกิดการทุพพลภาพก็จะมากขึ้นตามไปด้วย

ทำไมต้องปรับสภาพแวดล้อม

เนื่องด้วยการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ความสูงลดลง สายตาพร่ามัว หูตึง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เช่น ญาติ มิตร บริวาร ที่ค่อยๆ ลดลง และห่างไกล เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เช่น ความเหงา การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ เช่น ไม่มีรายได้ประจำ แต่รายจ่ายสูงขึ้น และเป็นวัยที่เสื่อมโทรมลง ทำให้ง่ายต่อการเกิดอุบัติเหตุ หรือทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต ดังนั้นทางออกสำหรับสูงอายุคือการจัดสภาพแวดล้อม ที่พักอาศัยให้เหมาะสมเพื่อลดอุบัติเหตุ ลดการพึ่งพา เพื่อชีวิตมีสุข และที่สำคัญคือไม่สร้างให้เกิดความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง

จากภาพยนตร์สั้น 3 เรื่อง ทำให้เราได้ค้นพบว่าผู้สูงอายุนอกจากจะเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแล้ว การเปลี่ยนแปลงจิตใจ ความรู้สึก เหงา ว้าเหว่ ขึ้นน้อยใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลง ทางเศรษฐกิจ รายได้หลักไม่เป็นไปเหมือนเคย อีกทั้งยังมีรายจ่ายที่มากขึ้น ดังนั้นการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุนั้นต้องบูรณาการปรับที่ 4 ประเด็นนี้ไปพร้อมๆ กัน โดยต้องคำนึงถึงความอบอุ่นปลอดภัย มั่นคง มีคนดูแล

การเปลี่ยนแปลงรูปร่างและลักษณะ

ท่าทางที่มีผลต่อการออกแบบสภาพ

แวดล้อมของผู้สูงอายุ

- อัตราการเตี้ยลงทั้งเพศหญิงและเพศชายจะเท่ากันประมาณ 1.2 ซม. เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 20 ปี
- ช่วงกว้างขณะกางแขน (Span) ของเพศหญิงและเพศชายจะลดลงประมาณ 2 %ในช่วงอายุ 65 - 73 ปี และอัตราการลดลงจะเพิ่มขึ้นเป็น 3% เมื่ออายุมากขึ้น
- ความสูงจะลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 80 - 90 ปี ความสูงของร่างกายจะลดลงประมาณ 2 นิ้ว ตั้งแต่อายุ 20 - 70 ปี
- การเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก ประมาณ 20% และพบว่าน้ำหนักจะคงที่ระหว่างอายุ 65 - 74 ปีแล้วหลังจากนั้นน้ำหนักจะลดลง
- การเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อหมอนรองกระดูกสันหลังบางลง ช่องว่างระหว่างปล้องของกระดูกสันหลังแคบลง กระดูกสันหลังสั้นลง ทำให้หลังงอ ศีรษะจะเงยขึ้นไปทางหลัง คอสั้น
- การเปลี่ยนแปลงของลักษณะท่าทาง "ท่าเดินผู้สูงอายุ" โดยจะเดินก้าวสั้นๆ และช้าลง ช่วงเวลาที่เท้าทั้งสองข้างแตะพื้นพร้อมๆ กันในขณะที่เดินนานขึ้น เท้ากางออกจากกันมากกว่าปกติ หลังงอและตัวเอนไปข้างหน้าเล็กน้อย แขนกางออกและแกว่งน้อย เวลาหมุน

ตัวเลี้ยวลำตัวจะแข็งและมีการบิดของเอวน้อย

- ความเสื่อมของสายตา ซึ่งแสงสว่างที่เพียงพอมีความสำคัญและจำเป็นมากขึ้น
- ความเสื่อมถอยทางการได้ยิน

กฎหมายที่กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวกสำหรับผู้พิการ และผู้สูงอายุ

ปัจจุบันนี้ได้บูรณาการให้เป็นกฎกระทรวงว่าด้วย กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548

สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร และเหมาะสม

- ควรคำนึงว่า สิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่สร้างขึ้นนั้นสามารถเพิ่มสุขอนามัย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถทำงาน และอยู่ได้อย่างอิสระในที่อยู่อาศัยของตนเอง นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ใช้ได้กับ เด็ก คนพิการ หญิงมีครรภ์ เรียกว่าการออกแบบที่ไม่มีสิ่งกีดขวาง เป็นการออกแบบสำหรับทุกๆ คน

ตัวอย่างสถานที่ และการจัดรูปแบบที่เหมาะสม

ตัวอย่างสถานที่ ที่กำลังดำเนินการออกแบบ และทดลอง การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม คือ บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งรูปแบบเดิมการออกแบบจัดสภาพแวดล้อมเป็นแบบมีพื้นที่มีกรงล้อม

รอบ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกกักขัง และผลที่ตามมาคือกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีอารมณ์ก้าวร้าวเพิ่มขึ้น โดยแรงบันดาลใจใหม่มองไปที่การใช้สอยพื้นที่นอกอาคารหรือภายในอาคารที่ให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมให้สามารถมีกิจกรรมของตนเองได้ ซึ่งโดยหลักการการเพิ่มพื้นที่ให้มีโอกาสค้นหาและทำกิจกรรมในแต่ละวัน เช่น การเลี้ยงปลา ก็เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยฟื้นฟูกลุ่มนี้ได้

ตัวอย่างโครงการที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

1. โครงการบ้านนุศยานิเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. โครงการสถานพักฟื้นสวางคนิवास จังหวัดสมุทรปราการ
3. โครงการบางไทร ฮอสปิเฮอร์ส จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
4. โครงการริเออ ลุมพินีเรสซิเดนส์ กรุงเทพมหานคร

ลักษณะทั่วไปของทางลาด ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ หญิงตั้งครรภ์

- พื้นผิวทางลาดต้องเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น
- พื้นผิวของจุดต่อเนื่องระหว่างพื้นกับทางลาดต้องเรียบไม่สะดุด
- ความกว้างสุทธิกว้าง 90-150 ซม.
- มีพื้นที่หน้าทางลาดเป็นที่ว่างยาวไม่น้อยกว่า 150 ซม.
- ต้องมีความลาดชันไม่เกิน 1:12 และมีความยาวช่วงละไม่เกิน 6 เมตร

- ทางลาดด้านที่ไม่มีผนังกันให้ยกขอบสูงจากพื้นผิวของทางลาดไม่น้อยกว่า 50 ซม. และมีราวกันตก
- ทางลาดที่มีความยาวตั้งแต่ 2.50 เมตร ขึ้นไป ต้องมีราวจับทั้งสองด้าน

ลักษณะทั่วไปของห้องน้ำ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ คนท้อง

- มีราวจับจากภายนอกห้อง เช่น บริเวณห้องนอน หรือห้องรับแขกที่ต่อเนื่องมาที่ห้องน้ำได้
- มีราวจับที่สามารถเดินได้ทั่วห้องน้ำ
- เฉพาะตรงฝักบัว และที่อาบน้ำ ควรมีที่นั่งและสัญญาณฉุกเฉินในห้องน้ำ
- ฝักบัวควรเป็นชนิดแรงดันต่ำ
- ประตูห้องน้ำควรเป็นแบบที่เปิดให้คนอื่นสามารถเข้าไปได้เมื่อเกิดอุบัติเหตุ
- ห้องน้ำควรกว้างประมาณ 1.50-2.00 เมตร (ไม่กว้างและไม่แคบเกินไป)
- พื้นผิวไม่ควรลื่น
- มีพื้นที่ว่างภายในห้องส้วมมีเส้นผ่าศูนย์กลางไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร

การออกแบบอุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ คนท้อง

สวิทช์ สูงไม่เกิน 90 เซนติเมตร เพื่อหลีกเลี่ยงการเอื้อม สวิทช์ขนาดใหญ่ และมีแสงตอนปิดสวิทช์ และสามารถเปิดได้ในระยะเอื้อมถึงจากเตียงนอน

ปลั๊กไฟ สูงจากพื้น อย่างน้อย 45 เซนติเมตร เพื่อหลีกเลี่ยงการก้ม มีสวิทช์สำหรับปิด-เปิดปลั๊ก

ระบบไฟฟ้า ติดตั้งระบบตัดไฟอัตโนมัติ กรณีไฟฟ้าลัดวงจร มีระบบไฟฟ้า

แสงสว่างฉุกเฉินบริเวณห้องนอน ห้องรับแขก และทางเข้าบ้าน

ก๊อกน้ำ ถ้ามีระบบน้ำร้อน ควรปรับเป็นระบบน้ำอุ่นหัวเดียวผสม เพื่อป้องกันน้ำร้อนลวก ก๊อกน้ำและอุปกรณ์ควรเป็นชนิดก้านโยก

สีและพื้นผิว อุปกรณ์และส่วนของอาคารดังนี้ให้มีสีที่ตัดกันหรือแตกต่างจากสีของส่วนต่อเนื่องของอุปกรณ์อย่างเด่นชัด ซึ่งตามธรรมชาติของการให้สีสามารถจำแนกในเบื้องต้นได้ คือ สีเขียว หมายถึงความปลอดภัย ให้ไปได้ สีเหลือง หมายถึงความเสี่ยงภัย ให้ระวัง สีแดง หมายถึงอันตราย

สภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่สำคัญ

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประกอบไปด้วยการออกแบบชุมชนเมือง การออกแบบทางสถาปัตยกรรม งานออกแบบภูมิสถาปัตยกรรม งานออกแบบตกแต่งภายใน และงานออกแบบผลิตภัณฑ์
2. สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์สูงสุดควรใช้ได้กับ เด็ก คนพิการ หญิงตั้งครรภ์ ได้ด้วย
3. แนวคิดมาตรฐานด้านสถาปัตยกรรม สำหรับ Home Healthy Care
 - มีความปลอดภัยทางกายภาพ (Physical Safety) นั่นคือ มีแสงสว่างเพียงพอบริเวณบันไดและทางเข้ามีราวจับในห้องน้ำพื้นกระเบื้องไม่ลื่น อุปกรณ์เปิดเปิดน้ำที่ไม่ต้องออกแรงมาก มีสัญญาณฉุกเฉินจากหัวเตียง เป็นต้น
 - สามารถเข้าถึงได้ง่าย (Accessibility) คือ สามารถเข้าถึง

ส่วนใช้สอย ต่าง ๆ ได้ง่าย รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการ สาธารณะได้

- สามารถสร้างแรงกระตุ้น (Stimulation) มีได้ทั้งการใช้สี แสงสว่าง วัสดุพื้น ผนัง ฝ้า และรวมไปถึงจัดที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุไว้ใกล้กับโรงเรียนสอนเด็กเล็ก หรือห้องสมุด
- ดูแลรักษาง่าย (Low maintenance) ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุนั้น ควรจะเล็ก ถ้าเป็นหลังใหญ่ควรมีห้องซึ่งง่ายต่อการปิดเป็นส่วนๆ เพื่อสะดวกสบายในการดูแล หรือหากจะจัดพื้นที่สีเขียวควรเป็นสนามหญ้าที่มีพุ่มไม้เตี้ยๆ เพื่อลดงานสนาม

สรุปประเด็นที่มีการตั้งคำถาม อภิปราย แลกเปลี่ยน

Q: บ้านที่มีลักษณะเป็นพื้นที่ต่างระดับในหลายๆ จุด ที่เสี่ยงต่อการสะดุดล้ม อยากทราบว่าจะมีวิธีปรับเปลี่ยน หรือแก้ไขอย่างไรให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ

A: แนะนำให้เพิ่ม “ราวจับ” และ “ราวกันตก” ในตามสถานที่สาธารณะต่างๆ จะเป็นราวที่เป็นสแตนเลส แต่ในพื้นที่ต่างจังหวัดถ้าจะมีการปรับเปลี่ยนโดยใช้ไม้ไผ่ที่ตรงและปรับแต่งรูปแบบให้เหมาะสมเวลาจับมาแทนกันได้

Q: มีประเด็นแลกเปลี่ยนกรณีพื้นที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ และผู้พิการ ที่ยังไม่ได้มาตรฐาน ควรปรับปรุงให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน และเกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้งาน รวมทั้งปรับปรุงให้พื้นที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุในเมืองที่ไม่มีพื้นที่เป็นส่วนของตัวเองสามารถมาใช้พื้นที่ร่วมกันอย่างเหมาะสมน่าจะเป็นอีกทางเลือกของบริบทผู้สูงอายุในเมือง

A: จากข้อมูลล่าสุดในขณะนี้ ทาง กทม. มีความพยายามที่จะดำเนินการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยปรับปรุงทางเท้าริมถนน ซึ่งการดำเนินงานก็ค่อนข้างยากและค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจาก กทม. เป็นเมืองใหญ่ แต่การศึกษาวิจัยในขณะนี้ เป็นความพยายามที่จะหาชุมชนต้นแบบ โดยใช้พื้นที่ของเมืองพัทยา และเชียงใหม่ เป็นพื้นที่กำลังดำเนินการศึกษา

Q: สนใจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ จึงอยากสอบถามว่างานวิจัยที่ศึกษาในเรื่องของการปรับสภาพแวดล้อม ครอบคลุมในประเด็นใดบ้าง และสามารถสืบค้นข้อมูลได้ที่ไหน อย่างไร

A: งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ในประเด็นเนื้อหาที่ใกล้เคียงกันนี้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผู้สนใจสามารถสืบค้นได้ตามโจทย์ที่ผู้สนใจต้องการ ซึ่งเครือข่ายนี้มีกระจายอยู่ตามหน่วยงานราชการ และสถานศึกษาในทั่วทุกภาค

เสนอผลการศึกษา

ข้อเสนอเชิงนโยบายและ มาตรการด้านผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องกับบริการ

ข้อเสนอ กลไก และมาตรการด้านผู้สูงอายุในชุมชน
วันที่ 23 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 13.00 – 13.30 น.

โดย พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้แทนคณะทำงานพัฒนาเอกสารผลการศึกษา



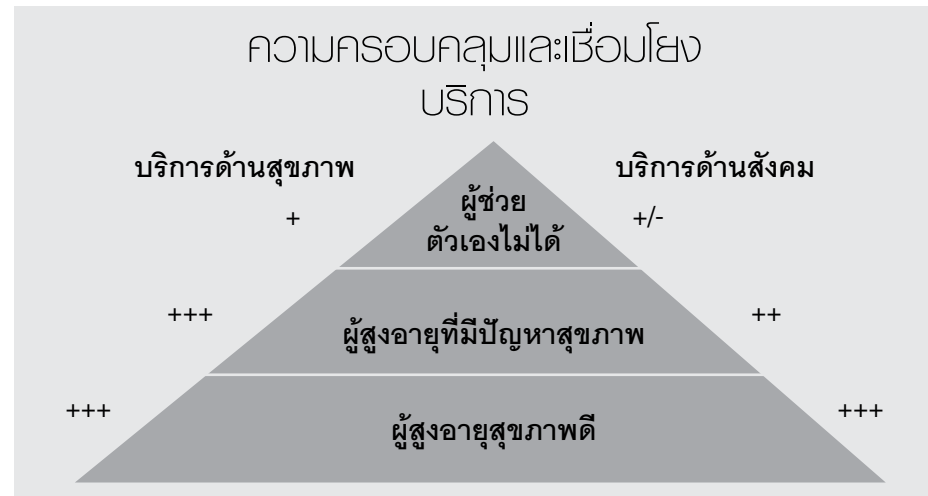
เสนอผลการทบทวนเพื่อให้เห็นกลไกการทำงานผู้สูงอายุในระดับชาติ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ที่ดำเนินการและกำกับการดำเนินการโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (กพช.) นั้น บทบาทสำนักงานเลขาฯ ขึ้นอยู่กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ การดำเนินการในปัจจุบันนี้เป็นการดำเนินการในลักษณะการประสานงานกัน ซึ่งความชัดเจนของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ คือ การไปให้ถึงเป้าหมายของการดูแลและระบบสุขภาพ และการเสริมสุขภาพในชุมชน ส่วนกลไกการดำเนินการ กรณีแยกตามหน่วยงาน จะพบว่า

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กลไกที่เริ่มที่ระดับจังหวัด คือ กลุ่มพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดที่มีบทบาทหน้าที่ดูแล กำกับ ภายในจังหวัด และมีโครงการเรื่องศูนย์อเนกประสงค์ที่ดำเนินการร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล และในบางพื้นที่นำร่องมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เกิดขึ้น

กระทรวงสาธารณสุข ในระดับจังหวัด บทบาทดูแล กำกับภายในจังหวัด คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในระดับอำเภอเป็น โรงพยาบาลชุมชน (รพช.), โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ในระดับตำบลมีส่วนดูแลประสานติดตามคือ สถานีอนามัย และ PCU โดยมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในช่วยประสานเชื่อมต่อกับระดับหนึ่ง เรื่องเบี้ยยังชีพเป็นเรื่องเดิมที่มีการดำเนินการซึ่งในปัจจุบันนี้ อบต. มีบทบาทหน้าที่ในการกำกับดูแลและจัดการสนับสนุน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) บทบาทที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือเรื่องเงินเหมาจ่าย และเรื่องของการจัดการกองทุนสุขภาพประจำตำบลที่มีดำเนินการในบางพื้นที่ รวมถึงเรื่องผู้สูงอายุไว้เป็นส่วนหนึ่งด้วย

สภาผู้สูงอายุ เป็นองค์เอกชน แบบ NGOs ไม่ได้มีกฎหมายที่ชัดเจน แต่ในเรื่องการดำเนินการผู้สูงอายุนั้นเป็นส่วนที่ช่วยประสาน ขับเคลื่อน ผลักดันให้เกิดสภาผู้สูงอายุในระดับจังหวัด และมีการช่วยขับเคลื่อน



เคลื่อนให้เกิดชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเกิดขึ้น

โดยภาพการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ นั้น สิ่งหนึ่งที่พบคือดำเนินการที่เป็นแห่งๆ ไม่ประสานเชื่อมโยงกันในเรื่องการจัดการ และลักษณะเป็นการดำเนินการจากบนลงล่าง ซึ่งแสดงให้เห็นกลไกการดำเนินงานได้ตามแผนภาพ

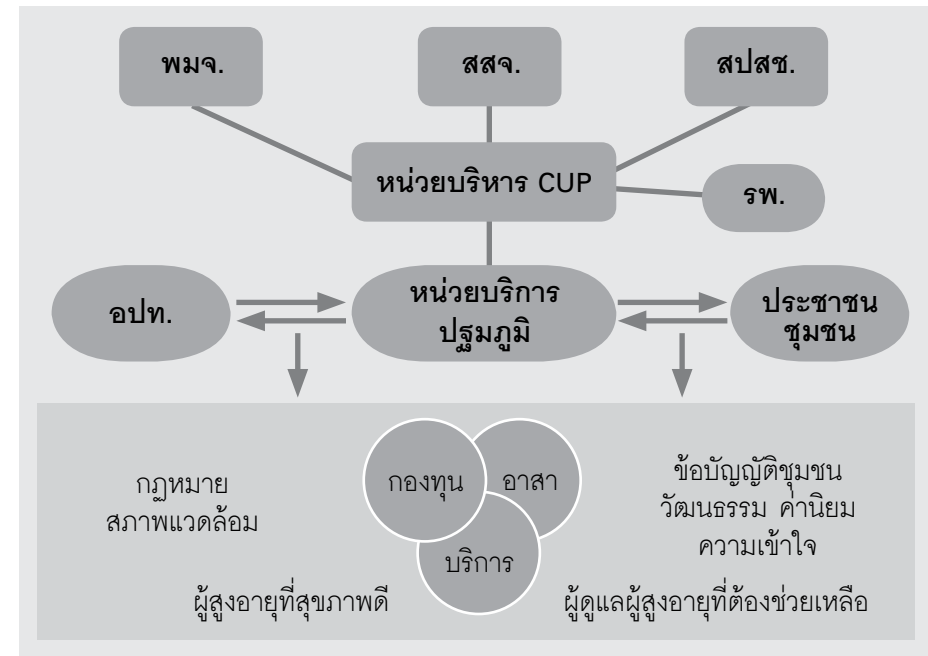
การพิจารณาการตั้งข้อเสนอโดยมองจากกลุ่มเป้าหมาย

ในประเด็นการบริการด้านสุขภาพนั้น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ การเข้าถึงบริการมีความครอบคลุมและเชื่อมโยงบริการอย่างเป็นระบบ แต่กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้นั้นมีบางส่วน ซึ่งเป็นส่วนน้อยที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ส่วนประเด็นการบริการด้านสังคมนั้น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีความครอบคลุมและเชื่อมโยงบริการเป็นไปได้อย่างไม่มีข้อจำกัด แต่ในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

นั้นยังมีจุดอ่อนและช่องว่างในการดูแลที่ไม่ครอบคลุมในการให้บริการอยู่มาก ดังนั้นสิ่งที่จะเกิดขึ้น คือ การลำดับความสำคัญของการให้บริการที่ครอบคลุมการดูแลตามสภาพปัญหาที่เร่งด่วนในการจัดการทั้งมิติบริการทางด้านสุขภาพและบริการทางด้านสังคมซึ่งแสดงได้ดังแผนภาพ

รูปแบบการทำงานผู้สูงอายุในชุมชน

จากแผนภาพข้างต้นแสดงรูปแบบและองค์กร บริบทที่เกี่ยวข้อง หากพิจารณาถึงคน งบประมาณ การจัดการภายในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด คณะทำงานพัฒนาวิชาการชุดนี้มีข้อเสนอว่าหน่วยบริการของหน่วยงานสาธารณสุขควรเป็นตัวกลางในการจัดการและประสานงานให้เกิดระบบให้เกิดการเชื่อมต่อการดำเนินการทั้งส่วนขององค์กรปกครองท้องถิ่น คือศูนย์อเนกประสงค์ และการดำเนินงานภาคชุมชน ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงเงื่อนไข บริบทแวดล้อมด้วยทั้งในเชิงลักษณะกลุ่มเป้าหมาย



หมายผู้สูงอายุ ข้อมูลนิติชุมชน วัฒนธรรม ชุมชน ค่านิยม กฎหมาย สภาพแวดล้อม ความเข้าใจรวมทั้งลักษณะของการพัฒนา รูปธรรมในระดับชุมชน เช่น กองทุนตำบลในพื้นที่

โจทย์ของการตั้งข้อเสนอมาจากการ ทบทวนการดำเนินการที่มีอยู่แล้วในระบบ นโยบายชาติ คำถามหลักคือ จะให้เกิดการดำเนินการที่บูรณาการนโยบายร่วมกันไปยังหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างไร ดังนั้น คณะทำงานวิชาการจึงได้มีข้อเสนอต่อการพัฒนา ดังนี้

1. เสริมกลไกการจัดการนโยบายสู่การปฏิบัติ โดย
 - การบูรณาการแผนส่วนกลาง
 - การเชื่อมต่อกลไกนโยบาย กระทรวงต่างๆ กับกลไกปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข

2. การกระจายอำนาจสู่ อปท. รวมทั้งมีคู่มือแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
3. การเสริมศักยภาพ โดยการบูรณาการองค์การปฏิบัติการ: คือ สอ. และ อปท. ให้เกิดการดำเนินการร่วมกันในด้าน
 - ศักยภาพบุคลากร ให้เกิดศักยภาพบูรณาการแบบใหม่ (ผู้ช่วย)
 - เสริมศักยภาพการประสาน การบูรณาการ ทั้งในด้านงบประมาณและโครงการ ซึ่งโครงการที่เป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นแล้วในพื้นที่คือ ศูนย์อเนกประสงค์ + สอ. + กองทุนตำบล + อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน + อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ + อาสาที่เป็นกลุ่มจิตอาสาในรูปแบบต่างๆ
4. ส่งเสริมจิตอาสาในชุมชน และการเสริมศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

อภิปราย

แนวทางการสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วันที่ 23 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 13.30 – 15.00 น.

ผู้อภิปรายร่วม

นพ.ขวัญชัย วิศิษฐานนท์
ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข

ศ.เกียรติคุณ นพ.พงษ์ศิริ ประรณชาติ
ผู้แทนองค์กรผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

นายธีรพัฒน์ คัชมาตย์
ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

นพ.ถาวร สกุกพานิชย์
ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้ดำเนินการอภิปราย

นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ศ.เกียรติคุณ นพ.พงษ์ศิริ ประรณชาติ ผู้แทนองค์กรผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

เน้นย้ำว่า บริการปฐมภูมิ ควรให้บริการแก่ผู้สูงอายุแบบครบวงจร และด้วยความเอื้ออาทรช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก และไม่มีค่าใช้จ่ายมาก เพราะอยู่ในชุมชน สถานีนอนามัยหรือศูนย์บริการสุขภาพชุมชนจึงเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง ที่เป็นสถานบริการให้แก่ผู้สูงอายุแบบปฐมภูมิ เนื่องจากเข้าถึงง่าย และเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันได้มากในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหาไม่มาก รวมทั้งได้เสนอแนวทางการบริการสุขภาพในชุมชน คือ

1. ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เน้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อย ก็ไปใช้บริการปฐมภูมิ ที่สถานีนอนามัยหรือศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ถ้ามีปัญหามากและฉุกเฉินและไม่สามารถดูแลได้ ก็ให้ส่งต่อไปที่การบริการทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลใกล้เคียง
2. ในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย อาจใช้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเข้าไปช่วย



ดูแลที่บ้าน (Home Care, Home Health Care) หรือ การใช้ศูนย์บริการแบบผสมผสาน โดยให้มี Day Care หรือ Respite Care เป็นหลัก ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชน ศูนย์บริการนี้ควรตั้งอยู่ในชุมชน

3. ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือมีปัญหอนอนติดเตียงปัญหานี้ควรแก้โดยให้มีศูนย์บริการเล็กๆ ในชุมชน ร่วมกับมีศูนย์ฟื้นฟูสภาพภายในชุมชน (อาจใช้วัดหรือศูนย์บริการ)

นอกจากนี้ เสนอให้มีศูนย์ที่ตั้งอยู่ในชุมชนผู้สูงอายุสามารถไปใช้บริการได้อย่างสะดวก ทั้งนี้เจ้าภาพควรจะเป็นองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ให้การสนับสนุน โดยสามารถทำเป็นศูนย์โดยให้บริการแบบผสมผสานทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพ ควบคู่กันไป อาจจะเป็นลักษณะศูนย์เอนกประสงค์หรือมีศูนย์ฟื้นฟูสภาพด้วยก็ได้

โดยสรุป การให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุควรเน้นที่ชุมชนเป็นหลัก เพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ไม่มีอุปสรรคในการเดินทาง รวมทั้งผู้ดูแลก็ควรใช้คนใน

ชุมชน ในภาวะปัจจุบันและอนาคตที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการ เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพไม่มีโรคเรื้อรังที่จะเป็นปัญหาเกิดความพิการ ให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดและนานที่สุดที่จะนานได้ เพื่อไม่ให้เป็นการแก้ลูกหลาน และถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นก็สามารถใช้บริการต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน เพื่อเป็นการลดปัญหาในการเดินทาง ลดค่าใช้จ่าย สามารถเข้าถึงง่าย ทั้งนี้ท้องถิ่นจะต้องเข้ามาเป็นเจ้าภาพร่วมกับภาคีอื่นๆ

ความเห็นต่อข้อเสนอภาพรวม เสนอว่าต้องเน้นบริการปฐมภูมิที่บริการเฉพาะที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ดูแลให้แข็งแรง ถือว่าถือว่าศูนย์บริการสุขภาพชุมชนรับผิดชอบทั้งคน ทั้งป่วยและไม่ป่วย รวมทั้งการให้ความสำคัญของสถานีนอนามัยที่จำเป็นต้องให้ อปท.ต้องเข้ามามีส่วนร่วมดูแลร่วมกันในชุมชนด้วย รวมทั้งเสนอความเห็นที่ว่าอาสาสมัครผู้สูงอายุที่จะได้รับเงินค่าตอบแทน “อยากให้คิดว่าเงินค่าตอบแทน



อสม. เป็นเสมือนบ่าเหน็บของคนทำงานมาตลอด” นอกจากนี้โดยประสบการณ์การทำงานเสนอว่า กลไกหนึ่งที่ต้องทบทวนในระดับจังหวัด คือ บทบาทของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ศักยภาพการสนับสนุนในงานผู้สูงอายุ ส่วนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้น้อยคิดว่าเป็นภารกิจของภาคสาธารณสุขเป็นหลัก

นายธีรพัฒน์ คัชมาตย์
ผู้แทนกรมส่งเสริม
การปกครองส่วนท้องถิ่น

เสนอความคิดว่าฝ่ายวิชาการทุกฝ่ายในระดับต่างๆ โดยเฉพาะระดับพื้นที่ต้องแนะนำและถอดบทเรียนจากงานวิจัยทำงานสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเป็นแนวทางกำหนดทิศทาง วางแผนงบประมาณ และวางแผนการดำเนินงานในท้องถิ่นนั่นเอง นอกจากนี้ เรียกร้องให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องเข้าใจบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมเสนอให้



เข้าใจว่า อปท. ขนาดใหญ่เกือบทุกแห่งมีความพร้อมเรื่องโครงสร้างพื้นฐานแล้ว และพร้อมที่จะทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะเรื่องผู้สูงอายุเท่านั้นแต่ทุกเรื่องทุกกลุ่มเป้าหมาย

ส่วนเรื่องสวัสดิการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุเรียกว่าเป็นเรื่องการสงเคราะห์เป็นหลัก การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสวัสดิการด้านนี้ในอนาคตจะมีหลายรูปแบบต่อไป เช่น เรื่องการพัฒนากองทุนสวัสดิการชุมชนในส่วนของภาครัฐที่บริหารจัดการเรื่องเบี้ยยังชีพนั้นอยู่ระหว่างการพัฒนาเกณฑ์การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุและระเบียบการเบิกจ่ายที่ต้องตอบสนองกลุ่มที่มีความจำเป็น ดังนั้น เงื่อนไขเรื่องการจัดสรรเบี้ยยังชีพจะมีเกณฑ์ที่ชัดเจนขึ้นรวมทั้งเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับอสม. ที่เป็นนโยบายรัฐบาลยังเป็นประเด็นในเชิงการบริหารจัดการ



นายแพทย์ถาวร สกุกพานิชย์
ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ

ตั้งคำถามว่าจะทำงานอย่างไรกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ชรา ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลในสถานบริบาล (การจัดการความเสี่ยงที่ไม่ใช่ดำเนินการจากภาครัฐ)

การเน้นบทบาทเครือข่ายบริการสุขภาพ: ค้นหาปัจจัยเสี่ยง ปรับพฤติกรรมและป้องกันโรคตั้งแต่ก่อนวัยชรา/ร่วมจัดระบบดูแลผู้สูงอายุที่เริ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้และ/หรือมีโรคเรื้อรังภายในชุมชน/ผลักดันให้เกิดสถานบริบาลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และ/หรือมีโรคเรื้อรังจนเกินกำลังของชุมชนจะดูแล/พัฒนาโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ/กระจายอำนาจการบริหารและการจัดบริการ



ในด้านความพร้อมของระบบรองรับบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในส่วนของภาครัฐกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ได้ร่วมกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลด้วย “ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ” (informal care giver) ในท้องถิ่น โดยมีเครือข่ายทางสังคมของการดูแลผู้สูงอายุอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อสม) ร่วมขับเคลื่อน แต่ในส่วนของ “ระบบการดูแลแบบเป็นทางการ” นั้น กล่าวได้ว่า ภาครัฐยังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจนในการจัดตั้งสถาบันสำหรับดูแลผู้ชราที่ต้องพึ่งพา มีแต่หน่วยงานในรูปของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่รักษาโรค เช่น โรงพยาบาล ซึ่งไม่ได้ออกแบบมาเพื่อรองรับบริการดูแลระยะยาว ดังนั้น จึงพบปัญหาอยู่เสมอว่า ทางโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยสูงอายุกลับบ้านหลังจากอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันได้รับการบำบัดแล้ว ในขณะที่ผู้ป่วยหรือญาติยังไม่พร้อมกลับไป เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีระดับภาวะการพึ่งพาสูงเกินกว่าที่ญาติสามารถให้การดูแลต่อได้โดยลำพัง



สิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับระบบหลักประกันสุขภาพและข้อเสนอแนะสถานพยาบาล จะต้องมีการปรับปรุงทั้งในด้านกายภาพและคุณภาพบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยสูงอายุที่จะมีมากขึ้นเรื่อยๆ จากสภาพดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมการและฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขให้รองรับการที่ประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้วย

ระบบการดูแลระยะยาว ต้องมีการพัฒนามาตรฐานและระบบคุณภาพสำหรับสถานบริบาลที่รับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและกลไกในการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ



**นายแพทย์ขวัญชัย วิศิษฐานนท์
ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข**

เสนอระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่พึ่งประสงค์โดยเน้นความร่วมมือของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ องค์กรชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นที่ ทั้งนี้ต้องตั้งต้นรูปแบบและกิจกรรมที่ชุมชนและมาจากปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความต้องการหลากหลาย (กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้และกลุ่มที่ต้องพึ่งพา) โดยเริ่มกิจกรรมการประเมินผู้สูงอายุในพื้นที่ ฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพื่อให้เห็นการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม



รูปแบบการจัดการการเงินการคลังเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญ ทั้งนี้อาจหมายรวมถึงแต่รูปแบบรัฐสวัสดิการ การประกันภาคบังคับ กองทุนสวัสดิการชุมชน การออมส่วนบุคคลและการส่งเสริมหรือบริจาค ภาพรวมการพัฒนานั้นต้องรับรู้ร่วมกันว่าใครคือเจ้าภาพหลัก เจ้าภาพร่วม หรือหุ้นส่วน พันธมิตรในการทำงานแต่ละระดับ เช่น ในระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ ประกอบด้วยฝ่ายการเมือง สภาพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ รวมทั้งกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ในระดับหน่วยงานกำกับดูแล คือ กระทรวงที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสวัสดิการและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงแรงงาน ส่วนระดับปฏิบัติการประกอบด้วยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน ร่วมกับหน่วยบริการใน



พื้นที่ อาสาสมัคร ตลอดจนผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน ทั้งนี้องค์ประกอบในการพัฒนาจำเป็นต้องมีหน่วยสนับสนุนด้วย คือ กรมกองวิชาการ มหาวิทยาลัย ตลอดจนสื่อสารมวลชน ทั้งหมดคือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในบทบาทที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เสนอให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าใจว่าการปรับตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่กำลังเกิดขึ้นนั้นเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงสังคม (Social transformation)

ประมวลสรุป ผลการประชุม

วันที่ 23 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 15.00 – 15.20 น.

โดย นพ.เกษม เวชสุทรานนท์
ผู้อำนวยการสำนักบริหาร
การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมาของสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากการศึกษาดูแลผู้สูงอายุ องค์ความรู้ให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของระบบแล้ว ยังมีการวางยุทธศาสตร์ในการพัฒนานโยบาย รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่คนทำงานในทุกภาคส่วน

การพัฒนาความรู้ ออกแบบคู่มือ และเทคโนโลยีสำหรับคนทำงาน ที่เป็นรูปแบบ (Model) ที่ง่ายและสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในชุมชน โดยมีการสนับสนุนจากภาคีต่างๆ เช่นองค์กรสนับสนุนนโยบาย องค์กรทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งองค์กรที่ดำเนินงานในพื้นที่ ล้วนมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

เป้าหมายของการประชุมในครั้งนี้ เพื่อให้เห็นทิศทางการทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจน รวมทั้งกลไกที่เคลื่อนงานนโยบายไปสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

สิ่งที่ต้องการจากการประชุมในครั้งนี้ คือ พัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนแนวคิดที่ชัดเจนซึ่งจะเป็นกำลังในการขับเคลื่อนการพัฒนางานการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งการเรียนรู้เพื่อเตรียมศักยภาพของเจ้าหน้าที่ให้เท่าทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตลอดจนความสามารถในการปรับบทบาทการ

อีกประเด็นที่จะได้จากเวทีประชุมในครั้งนี้ คือ แรงบันดาลใจที่ได้จากคนเล่าเรื่องตามประเด็นต่างๆ เพื่อเป็นการทบทวนรูปแบบวิธีการทำงานของตนเอง และเพิ่มแรงบันดาลใจในการทำงานผู้สูงอายุในชุมชน

สิ่งที่ได้จากเวทีประชุมในช่วงวันแรก คือการรับทราบสถานการณ์ผู้สูงอายุในสังคมไทยเพื่อวางแผนสำหรับมาตรการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นทางการ

ธรรม คือ การประเมินผู้สูงอายุที่หลากหลายมิตินอกเหนือจากการเสื่อม และภาวะเจ็บป่วย นั่นคือต้องประเมินบริบทให้ครบรอบด้าน ทั้ง ทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งมุมมองของเจ้าหน้าที่/คนทำงานอย่างเข้าใจผู้สูงอายุว่าเป็นโอกาสในการพัฒนามากกว่าเป็นภาวะคุกคาม ซึ่งการมองปัญหาเชื่อมโยงนี้สามารถช่วยให้เกิดการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ประเด็นสุดท้ายที่จะนำไปสู่มาตรการการดูแล คือ เน้นการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และในชุมชน มากกว่าการดูแลที่สถานบริการ เนื่องจากเรายังไม่มีตัวชี้วัดผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งข้อมูล ณ ขณะนี้ของสำนักตรวจเท่าที่พบคือตัวชี้วัดผู้สูงอายุทางคลินิก และภาพการดำเนินงานส่วนขาดคือรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้ปฏิบัติงานผู้สูงอายุในชุมชนว่าจะทำอย่างไรที่จะออกแบบ หรือริเริ่มให้เกิดบริการสำหรับส่วนขาดในชุมชน

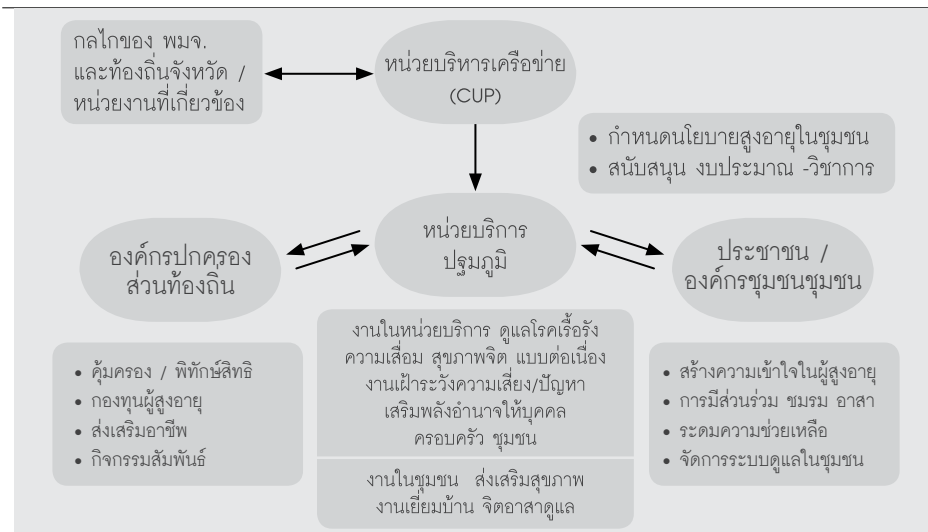
ทั้งนี้ สิ่งที่ดีที่สุดนั่นคือ การที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้นั้นกลับไป



ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชุมชนต่อไป

บทบาทของการดำเนินการ ผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

สุดท้ายบทบาทการดำเนินงานผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนนั้น ผู้สูงอายุจำเป็นจะต้องมีบทบาทหลักในการจัดการตัวเอง (แม้จะมีข้อจำกัดในเรื่องการศึกษา และเศรษฐกิจ) รวมทั้งการเสริมศักยภาพผู้ดูแล อาทิ ครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยที่ใกล้ชิด รองลงมา เป็นหน่วยของชุมชน ส่วนหน่วยราชการ องค์กรต่างๆ จากข้อมูลการนำเสนอในหลายๆ เวทีนั้นอาจต้องมีการดำเนินการประสานเชื่อมโยงกันโดยเฉพาะกลไกระดับกลาง คือ ระดับจังหวัด อำเภอ ซึ่งอาจดำเนินการในรูปแบบการจัดตั้งกลไกคณะทำงานผู้สูงอายุในระดับจังหวัดโดยรวบให้เกิดการทำงานประสานเชื่อมโยงจากหน่วยงานต่างๆ ระดมทรัพยากรองค์ความรู้ เพื่อเป็นส่วนเสริมให้คนพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ท้องถิ่นทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น



สิ่งที่ได้จากเวที ประชุมวิชาการ

1. การเรียนรู้เพื่อเสริมทักษะ และประสบการณ์

- ทักษะ และประสบการณ์ในการประเมินทางคลินิกอย่างเป็นองค์รวม
- เรื่องการเสริมศักยภาพของชุมชนที่จะดำเนินการผ่านรูปธรรมของชมรมผู้สูงอายุ คนต้นแบบ และครอบครัวที่เข้มแข็ง
- เรื่องการเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพเฉพาะประเด็น ออกกำลังกาย ฟันฟูสภาพ อาหาร การดูแลฟัน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถนำไปประยุกต์กับหน่วยบริการ และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
- เรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเข้าถึงง่ายสำหรับผู้สูงอายุ
- เรื่องการจัดระบบสวัสดิการสังคม เป็นรูปแบบการดำเนินงานของท้องถิ่นที่เป็นหลักในการพัฒนารูปแบบดำเนินการโดยส่วนราชการเป็นตัวเสริม
- การดูแลระยะสุดท้าย

2. แนวทาง และกลไกการสนับสนุน ทางนโยบาย

ซึ่งได้ข้อเสนอรูปแบบบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์ในการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และข้อเสนอต่อการพัฒนา ดังนี้

ข้อเสนอรูปแบบบริการปฐมภูมิ (ที่พึงประสงค์) ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

โดยแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบทบาทหลักในแต่ละด้าน และมีการเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกันดังภาพ

ข้อเสนอต่อการพัฒนา

1. พัฒนานโยบาย กลไกและการจัดการในทุกระดับ

- 1.1 ควรสร้างเข็มมุ่งหรือจุดเน้นของนโยบายสูงอายุแห่งชาติในประเด็น การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นแนวทางสำคัญในการดำเนินงานระบบดูแลผู้สูงอายุ ในประเทศไทย
- 1.2 ปรับปรุงกลไกที่รองรับการปฏิบัติ

การตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ มีระบบการประสาน เชื่อมโยง หน่วยงาน/กระทรวงที่เกี่ยวข้อง และติดตามการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ประสาน สนับสนุน แก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การประสานกลไกนโยบายในส่วนคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กับ องค์กรที่มีหน่วยปฏิบัติการในชุมชน เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีแผนงานและสนับสนุนงบประมาณที่ชัดเจน

- 1.3 สร้างมาตรฐานงานและตัวชี้วัดการทำงาน ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้เป็นกรอบชี้แนะแนวทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ
- 1.4 เสริมกลไกประสานในระดับพื้นที่ (จังหวัด อำเภอหรือตำบล) ได้แก่ การจัดให้มี คณะกรรมการ และผู้จัดการวางแผนงาน และแผนงบประมาณ แบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามและรายงาน แผนพัฒนาบุคลากร จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำงาน ระบบข้อมูลเพื่อการจัดการ

2. เสริมสร้างศักยภาพบริการปฐมภูมิ

- พัฒนาแนวทางการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุสำหรับบริการปฐมภูมิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีความครอบคลุม และมีความชัดเจนในการปฏิบัติสำหรับงานบริการที่บ้านและในชุมชน รวมทั้งงานในหน่วยบริการ
- สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลายเพิ่มเติม เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมระยะสั้น 3 - 6 เดือน หรือ ผู้ดูแลที่มีวุฒิปริญญา เพื่อเสริมกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้จำกัด
- สนับสนุนการสร้างศูนย์บริการ/ศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชน ที่เป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ และกลไกของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ เพื่อใช้เป็นศูนย์รวมของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และประสานการจัดบริการ เพื่อดูแลผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ

3. ส่งเสริมการช่วยเหลือ/จิตอาสาในชุมชน

โดยส่งเสริมกิจกรรมช่วยเหลือสังคมของกลุ่ม สถาบันในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศาสนสถาน โรงเรียน เพื่อนและเพื่อนบ้าน เช่น การสนับสนุนจากกองทุนในพื้นที่ การจัดให้มีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานรัฐ

พิธีปิดการประชุม

วันที่ 23 มกราคม 2552 ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม
เวลา 15.00 – 15.20 น.

พิธีปิดการประชุม

ต่อไปนี้เป็นคำกล่าวของผู้แทนที่เข้าร่วมประชุมวิชาการครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้แทนผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 4 ท่านเพื่อสะท้อนมุมมองต่อการทำงานเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน

นพ.พงษ์ศิริ ประรณชาติ

ผู้แทนผู้สูงอายุ

ในองค์กรสาธารณสุขประโยชน์

“ผมเป็นผู้สูงอายุตัวจริงเสียงจริงมา 8 ปีแล้ว ผู้สูงอายุในวันนี้ เดิมทีแล้วคือคนหนุ่มสาว ที่เป็นแรงงานในการสร้างพัฒนา และทำประโยชน์เพื่อประเทศชาติตลอดจน อายุ 60 ปีบริบูรณ์ ก็ได้กลายมาเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุ หรือผู้ที่พ้นวัยทำงานแล้วเราก็ได้มีการรวมตัวกัน สิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนปรารถนาก็คือว่าอยากจะเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเอง และทำประโยชน์ให้แก่ส่วนร่วมในบางโอกาส การรวมตัวในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุ เป็นเพียงส่วนน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดของทั้งประเทศ จึงอยากฝากในเวทีนี้ไว้ว่า อย่าหลงลืมบุคลากรกลุ่มนี้ที่เคยสร้างประโยชน์ไว้ให้ทุกท่านในอดีต”



คุณแทนนิตย์ นาใจ ผู้แทนเจ้าหน้าที่สถานีนามัย

“ในนามของคนทำงานผู้สูงอายุ เปรียบเสมือนการทำงานกับญาติผู้ใหญ่ เราได้ร่วมเรียนรู้ ชัดเกล้าจิตใจของตนเองลงไปสู่ความอ่อนน้อมถ่อมตน รวมทั้งศึกษามิปัญญาของผู้สูงอายุมาปรับใช้ในครอบครัวชุมชน แม้แต่สะท้อนกลับไปถึงญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวที่เราต้องหันกลับไปให้การดูแลทุกท่านเหล่านั้น”

คุณพัชรินทร์ รัฐอนันต์พินิจ ผู้แทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

“ในส่วนของคนทำงาน การทำงานกับผู้สูงอายุทุกวันนี้เราไม่ได้ทำงานเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียวเราทำงานกับคนทุกกลุ่ม ซึ่งการทำงานกับชีวิตคนทำให้เราได้เรียนรู้ความเป็นจริงของชีวิต ได้ชัดเกล้าจิตใจ เรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเริ่มพัฒนางานจากจุดเล็กๆ ที่เราสามารถทำได้ เชื่อว่าสิ่งนี้คือจุดเริ่มต้นงานที่ทรงคุณค่า”

นายสนอง จุลกะทัฬพะ ผู้แทนชมรมผู้สูงอายุในชุมชน

“ผมทำงานพัฒนางานผู้สูงอายุตั้งแต่มาก่อนเป็นผู้สูงอายุ จนกลายมาเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้น ผมอยากให้ใครก็ตามที่ยังไม่ค่อยสนใจงานผู้สูงอายุ อยากให้ลองเข้ามาทำงานในเชิงพัฒนา เพราะงานผู้สูงอายุนั้นเป็นการหลายมิติ และต้องการการบูรณาการจากหลายภาคส่วนซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญที่สุดที่จะพัฒนางานผู้สูงอายุให้เกิดศักยภาพที่ดี ไม่ให้เป็นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มภาระ”



จากนั้นปิดการประชุม พร้อมเสริมสร้างกำลังใจ รวมพลังเพื่อสร้างความมุ่งมั่นร่วมด้วยเพลง “จับมือกันไว้” ประกอบการนำเสนอภาพกิจกรรมที่เกิดขึ้นในงานประชุมวิชาการ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงวัย”



ภาคผนวก ก เอกสารโครงการฯ

เอกสารโครงการสนับสนุนประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ

ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ

ประเด็นย่อย เรื่อง การจัดระบบสวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ระหว่างวันที่ 22 - 23 มกราคม 2552 ณ ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม

ชั้น 4 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น ถนนวิภาวดี-รังสิต หลักสี่ ดอนเมือง จังหวัดกรุงเทพฯ

หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก โดยประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 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 การที่จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี มีมากกว่า 10% ของจำนวนประชากรนี้ ทำให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)

นโยบายผู้สูงอายุฉบับล่าสุด มีแนวทางสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นแนวทางที่เข้ากับบรรทัดฐานของสังคมไทย แต่ก็มีรายงานปัญหาการที่ลูกต้องเข้าเมืองเพื่อทำงาน และทิ้งผู้สูงอายุให้ดูแลตนเอง และหลานในบางพื้นที่ ปัญหาการทำร้ายร่างกายและทำร้ายจิตใจของผู้สูงอายุโดยลูกหลาน ปัญหาความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา และสภาพในเมืองใหญ่ที่บุคคลต้องดิ้นรนหารายได้ จะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดที่ครอบครัวที่ยากจนจะดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้ โดยภาพรวมการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ต้องคำนึงถึงบริบทต่างๆ อย่างลึกซึ้ง ไม่สามารถให้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งสำหรับการดูแลผู้สูงอายุทุกรุ่นหรือทุกชุมชนได้

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ร่วมกับองค์กรภาคีทางสุขภาพได้มีการสร้างความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในระดับชุมชน อันเป็นระบบที่สนใจและให้ความสำคัญกับการจัดการสุขภาพที่อิงกับ ความต้องการของประชาชน (People focus) ภายใต้ปรัชญาของระบบบริการที่เป็นจุดเด่น และเป็นเอกลักษณ์อันสำคัญ คือความเข้าใจ และความใส่ใจ ในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ที่มีลักษณะเป็นการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และเป็นการทำงานร่วมกันขององค์กรภาคีทางสุขภาพ อย่างบูรณาการ โดยกำหนดให้มีการจัดประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบ ดูแลผู้สูงอายุ” ระหว่างวันที่ 22 - 23 มกราคม 2552 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ

นอกจากนี้ การดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ ยังมีนวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งส่วนที่ดำเนินการโดยองค์กรภาคีภาครัฐ และภาคเอกชน ในแต่ละระดับของหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะที่ระดับปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรชุมชน รวมทั้งบทบาทองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ ที่ดำเนินการด้านพัฒนาระบบบริการ และสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในระดับชุมชน เป็นสิ่งท้าทายเนื่องจากเป็นระบบที่สนใจและให้ความสำคัญกับการจัดการสุขภาพที่อิงกับ ความต้องการของประชาชน (People focus) ภายใต้ปรัชญาของระบบบริการที่เป็นจุดเด่น และเป็นเอกลักษณ์อันสำคัญ คือความเข้าใจ และความใส่ใจ ในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ที่มีลักษณะเป็นการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เป็นการทำงานร่วมกันขององค์กรภาคีทางสุขภาพ อย่างบูรณาการ การประชุมวิชาการในครั้งนี้จัดเป็นโอกาสดีที่จะให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ เทคโนโลยี และกระบวนการพัฒนาในมิติต่าง ๆ ของการพัฒนา เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อน และสร้างความร่วมมือที่เข้มแข็ง และสามารถพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในระบบสุขภาพชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ในกลุ่มคนทำงาน และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ เห็นความหมายและความสำคัญ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อทบทวน พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ตลอดจนเครื่องมือและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ จากงานวิจัยงานวิชาการ และบทเรียนประสบการณ์ของพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอการสนับสนุนเชิงนโยบาย ในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระบบสุขภาพชุมชน

รูปแบบการจัดประชุม

การจัดประชุมจำแนกออกเป็น 3 ส่วนหลักประกอบด้วย การเสวนาทางวิชาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการแสดงนิทรรศการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เวทีเสวนาทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการนำเสนอองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนแนวคิดมุมมองเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นรากฐานทางวิชาการสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป ทั้งนี้ ประเด็นการเสวนาทางวิชาการประกอบด้วย

- 1) กระบวนทัศน์ ทิศทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) สถานการณ์ องค์ความรู้ แนวโน้ม และทิศทางการทำงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการระดับ ปฐมภูมิ
 - มิติด้านความมั่นคงและความเท่าเทียม
 - มิติด้านระบบบริการสุขภาพ
 - มิติด้านสังคมและการพัฒนา
- 3) อภิปรายแลกเปลี่ยนแนวคิดการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุตามความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยภาคี/องค์กรที่เกี่ยวข้อง
 - กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 - กระทรวงสาธารณสุข
 - องค์กรผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
 - กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเรียนรู้แนวคิด วิชาการ แบ่งปันประสบการณ์คนทำงานจากพื้นที่เกี่ยวกับการทำงานผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ ตลอดจนการถ่ายทอดทักษะและประสบการณ์การทำงาน ขณะเดียวกันยังสามารถสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุจากรูปธรรมความสำเร็จที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ซึ่งนอกเหนือไปจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และมุมมองทางวิชาการ ทั้งนี้ กรอบเนื้อหาทางวิชาการที่นำมาแลกเปลี่ยนในเวทีประกอบด้วย

- การจัดบริการในสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ (วิธีประเมิน วิธีจัดบริการในคลินิก วิธีจัดการศึกษา/สร้างการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุในคลินิก การช่วยเหลือดูแลผู้มีปัญหาซับซ้อน)
- รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประเด็นปัญหาเฉพาะ (สมองเสื่อม จิตเวช)
- รูปแบบและวิธีการจัดการสภาพแวดล้อม (บ้าน สถานบริการ ชุมชน) และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อกับกลุ่มผู้สูงอายุ
- อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เทคนิค วิธีการ ข้อพึงระวังสำหรับผู้สูงอายุ
- ประเด็นสำคัญของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ตัวอย่างการทำงานที่เกี่ยวข้องกับ Death and Dying ในกลุ่มผู้สูงอายุ
- รูปแบบ การจัดการและการสร้างเสริมศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ
- นวัตกรรมพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในชุมชน
- นโยบายสาธารณะ และสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

3. การแสดงนิทรรศการ เป็นการถ่ายทอดและนำเสนอบทเรียนและองค์ความรู้ให้เห็นเป็นรูปธรรม การแสดงนิทรรศการยังมีความมุ่งหมายที่จะถ่ายทอดวิถีคิดของคนทำงานหรือองค์กรภาคี ที่เกี่ยวข้องให้ผู้เข้าร่วมการประชุมได้สัมผัส สร้างความรู้สึกและการรับรูตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่โดยนิทรรศการที่จัดเป็นการจัดโดยหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้เข้าร่วมประชุม ประมาณ 300 คน ประกอบด้วย

- คนทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งส่วนที่มาจากสถานอนามัย และโรงพยาบาล
- บุคลากรที่เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- นักวิชาการที่ทำงานหรือสนใจในการทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
- ผู้สนใจทั่วไป

กำหนดการจัดประชุมวิชาการ

ระหว่างวันพฤหัสบดีที่ 22 และ วันศุกร์ที่ 23 เดือนมกราคม พ.ศ. 2552

สถานที่การจัดประชุมวิชาการ

ณ ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม ชั้น 4 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น ถนนวิภาวดี-รังสิต แขวงหลักสี่ เขตดอนเมือง จังหวัดกรุงเทพฯ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรด้านสุขภาพ และภาคีที่เกี่ยวข้อง มีทิศทางการทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจน
2. บุคลากรด้านสุขภาพ และภาคีที่เกี่ยวข้อง เกิดพลังและเครือข่ายการขับเคลื่อนงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ
3. บุคลากรด้านสุขภาพ และภาคีที่เกี่ยวข้องมีองค์ความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนแนวคิดที่ชัดเจน ซึ่งจะเป็นกำลังในการขับเคลื่อนการพัฒนางานการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป
4. **บุคลากรด้านสุขภาพ** และภาคีที่เกี่ยวข้อง เกิดการเรียนรู้ มีศักยภาพในการเตรียมการอย่างเท่าทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตลอดจนความสามารถในการปรับบทบาทการทำงาน ด้วยการเรียนรู้วิธีทำงานจากหลากหลายประสบการณ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- องค์กรภาคีเครือข่าย

ภาคผนวก **บ** ผลวิเคราะห์แบบประเมิน

รายงานผลการวิเคราะห์แบบประเมินการประมุขวิชาการบริการปฐมภูมิ

ภาคร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ

ระหว่างวันที่ 22 - 23 มกราคม 2552 ณ ห้องมิราเคิลแกรนด์ บอลรูม

ชั้น 4 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น ถนนวิภาวดี-รังสิต หลักสี่ ดอนเมือง จังหวัดกรุงเทพฯ

ภาคร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ

วันที่ 22-23 มกราคม 2552 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น จัดโดยสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนและภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามอาชีพ (วันที่ 22 มกราคม 2552)

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่ PCU	32	10.5
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	36	11.8
พยาบาล PCU	43	14.1
พยาบาลโรงพยาบาล	105	34.3
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร	6	2.0
นักวิชาการ สสอ., สสจ.	26	8.5
นักวิชาการกระทรวงสาธารณสุข	7	2.3
นักวิชาการอิสระ	2	0.7
อาจารย์ นักวิชาการมหาวิทยาลัย	28	9.2
ประชาชนทั่วไป	3	1.0
อื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่ อปท., นักสังคมสงเคราะห์	17	5.6
ไม่ระบุอาชีพ	1	0.3
รวม	306	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ในวันที่ 22 มกราคม 2552 จากผู้ตอบแบบประเมินทั้งหมด 306 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลในโรงพยาบาลจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 รองลงมาคือ พยาบาล PCU จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1 และเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามอาชีพ (วันที่ 23 มกราคม 2552)

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่ PCU	28	8.2
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	32	9.4
พยาบาล PCU	44	12.9
พยาบาลโรงพยาบาล	123	36.1
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร	6	1.8
นักวิชาการ สสอ., สสจ.	27	7.9
นักวิชาการกระทรวงสาธารณสุข	14	4.1
นักวิชาการอิสระ	4	1.2
อาจารย์ นักวิชาการมหาวิทยาลัย	36	10.6
ประชาชนทั่วไป	9	2.6
อื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่ อปท., นักสังคมสงเคราะห์	15	4.4
ไม่ระบุอาชีพ	3	0.9
รวม	341	100.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ในวันที่ 23 มกราคม 2552 จากผู้ตอบแบบประเมินทั้งหมด 341 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลในโรงพยาบาลจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 36.1 รองลงมาคือ พยาบาล PCU จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 12.9 และเป็นอาจารย์ นักวิชาการมหาวิทยาลัย จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับการประชุม

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูลในภาพรวม วันที่ 22 มกราคม 2552

5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด (N = 306)

หัวข้อ	การบริการและการอำนวยความสะดวก				
	5	4	3	2	1
สถานที่จัดประชุม	171 (55.9)	115 (37.6)	15 (4.9)	4 (1.3)	1 (0.3)
วิทยากร	170 (55.6)	125 (40.8)	9 (2.9)	0	2 (0.7)
การจัดอาหาร เครื่องดื่ม	90 (29.4)	135 (44.1)	64 (20.9)	11 (3.6)	4 (1.3)
ระยะเวลาในการจัดประชุม	101 (33.0)	152 (49.7)	42 (13.7)	8 (2.6)	2 (0.7)
เอกสารและสื่อที่แจกให้	92 (30.1)	153 (50.0)	46 (15.0)	10 (3.3)	1 (0.3)

หมายเหตุ : ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาพรวมด้านการบริการและการอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม วันที่ 22 มกราคม 2552 นั้น ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละตั้งแต่ 73.5 - 96.4 โดยพึงพอใจเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงานมากที่สุด (ร้อยละ 96.4) รองลงมาคือ เรื่องสถานที่จัดประชุม (ร้อยละ 93.5) เรื่องระยะเวลาในการจัดประชุม (ร้อยละ 82.7) เรื่องเอกสารและสื่อที่แจกให้ (ร้อยละ 80.1) และพึงพอใจเรื่องการจัดอาหารและเครื่องดื่มน้อยที่สุด (ร้อยละ 73.5) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูลในห้องประชุมต่างๆ วันที่ 22 มกราคม 2552
4 = เหมาะสมที่สุด (มากที่สุด) 3 = เหมาะสม (มาก) 2 = ปานกลาง 1 = ควรปรับปรุง (น้อย)

หัวข้อ	รูปแบบการประชุม				วิทยากร			
	4	3	2	1	4	3	2	1
ห้องประชุมใหญ่ (N = 304)	109 (35.9)	173 (56.9)	19 (6.3)	0	142 (46.7)	152 (50.0)	10 (3.3)	0
ห้อง Miracle Grand A (N = 301)	77 (25.6)	156 (51.8)	49 (16.3)	15 (5.0)	78 (25.9)	181 (60.1)	38 (12.6)	1 (0.3)
ห้อง Miracle Grand B (N = 287)	73 (25.4)	179 (62.4)	26 (9.1)	5 (1.7)	71 (24.7)	183 (63.8)	27 (9.4)	1 (0.3)
ห้อง Miracle Grand C (N = 286)	100 (35.0)	169 (59.1)	14 (4.9)	1 (0.3)	92 (32.2)	176 (61.5)	13 (4.5)	1 (0.3)
ลานกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (N = 271)	81 (29.9)	164 (60.5)	24 (8.9)	0	76 (28.0)	171 (63.1)	22 (8.1)	0

จากตารางที่ 4 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ตอบแบบประเมินในห้องประชุมต่างๆ ของวันที่ 22 มกราคม 2552 นั้น ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับเหมาะสม ถึงเหมาะสมที่สุด (มากที่สุด) คิดเป็นร้อยละ ตั้งแต่ 76.7 - 96.7 ซึ่งความพึงพอใจโดยรวมในทุกๆห้องประชุมและลานกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นั้น มีความพึงพอใจมากที่สุด เรียงลำดับจากมากไปตึ่่น้อยในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- 1) วิทยากรที่นำเสนอผลงาน เฉลี่ยร้อยละ 91.2
- 2) รูปแบบการประชุม/กิจกรรม เฉลี่ยร้อยละ 88.5
- 3) ประโยชน์ที่ได้รับ เฉลี่ยร้อยละ 87.9
- 4) ระดับความพึงพอใจ เฉลี่ยร้อยละ 87.3
- 5) ระยะเวลาการประชุม/กิจกรรม เฉลี่ยร้อยละ 80.6

ระยะเวลาการประชุม				ประโยชน์ที่ได้รับ				ระดับความพึงพอใจ			
4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
75 (24.7)	164 (53.9)	55 (18.1)	9 (3.0)	117 (38.5)	162 (53.3)	24 (7.9)	1 (0.3)	105 (34.5)	171 (56.3)	27 (8.9)	0
63 (20.9)	168 (55.8)	57 (18.9)	12 (4.0)	88 (29.2)	157 (52.2)	47 (15.6)	7 (2.3)	79 (26.2)	161 (53.5)	54 (17.9)	6 (2.0)
63 (22.0)	174 (60.6)	42 (14.6)	4 (1.4)	83 (28.9)	167 (58.2)	31 (10.8)	2 (0.7)	77 (26.8)	171 (59.6)	32 (11.1)	3 (1.0)
75 (26.2)	163 (57.0)	40 (14.0)	5 (1.7)	98 (34.3)	164 (57.3)	21 (7.3)	1 (0.3)	88 (30.8)	172 (60.1)	23 (8.0)	1 (0.3)
72 (26.6)	150 (55.4)	45 (16.6)	1 (0.4)	80 (29.5)	157 (57.9)	32 (11.8)	0	79 (29.2)	161 (59.4)	29 (10.7)	0

หมายเหตุ :

- 1) ห้องประชุมใหญ่ คือ "Update สถานการณ์ องค์ความรู้ แนวโน้มและทิศทางการทำงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการระดับปฐมภูมิ"
- 2) ห้อง Miracle Grand A คือ "รูปแบบการจัดการและการสร้างเสริมศักยภาพผู้สูงอายุและชุมชน (ชมรมผู้สูงอายุ คนต้นแบบ ครอบครัวเข้มแข็ง)"
- 3) ห้อง Miracle Grand B คือ "รูปแบบการจัดบริการและจัดการดูแลส่งเสริมสุขภาพในหน่วยบริการสำหรับผู้สูงอายุ"
- 4) ห้อง Miracle Grand C คือ "นานาสาระเพื่อสุขภาพผู้สูงวัย"
- 5) ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

และหากพิจารณาในแต่ละห้องประชุมที่ห้องกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แล้ว จะพบว่า

- 1) ห้องประชุมใหญ่ ("Update สถานการณ์ องค์ความรู้ แนวโน้มและทิศทางการทำงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการระดับปฐมภูมิ") พบว่า พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 96.7) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 92.8) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 91.8) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 90.8) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 78.6) ตามลำดับ
- 2) ห้อง Miracle Grand A ("รูปแบบการจัดการและการสร้างเสริมศักยภาพผู้สูงอายุและชุมชน (ชมรมผู้สูงอายุ คนต้นแบบ ครอบครัวเข้มแข็ง)") พบว่าพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 86.0) รองลงมาคือ ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 81.4) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 79.7) รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 77.4) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 76.7) ตามลำดับ

- 3) ห้อง Miracle Grand B (“รูปแบบการจัดบริการและจัดการดูแลส่งเสริมสุขภาพในหน่วยบริการสำหรับผู้สูงอายุ”) พบว่า พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 88.5) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 87.8) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 87.1) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 86.4) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 82.6) ตามลำดับ
- 4) ห้อง Miracle Grand C (“นานาสาระเพื่อสุขภาพผู้สูงวัย”) พบว่า พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องรูปแบบการประชุม (ร้อยละ 94.1) รองลงมาคือ วิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 93.7) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 91.6) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 90.9) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 83.2) ตามลำดับ
- 5) ลานกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 91.1) รองลงมาคือ รูปแบบกิจกรรม (ร้อยละ 90.4) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 88.6) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 87.4) และระยะเวลากิจกรรม (ร้อยละ 82.0) ตามลำดับ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม ในวันที่ 22 มกราคม 2552 ดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางการดูแล/ช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนรวมไปถึงแนวทางในอนาคต (51)
2. การนำเอาความรู้ที่ได้ไปปรับใช้กับผู้สูงอายุในทุกๆ เรื่อง (34)
3. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (16)
4. การนำไปปรับใช้ในการทำงานประจำ รวมทั้งบริบทของแต่ละท้องถิ่น (16)
5. การปรับใช้ในชมรมผู้สูงอายุของชุมชน/ท้องถิ่น/โรงพยาบาลและอื่นๆ (14)
6. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในหลากหลายรูปแบบ (11)
7. การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ (8)
8. การจัดกิจกรรมฟื้นฟูผู้สูงอายุ (3)
9. การจัดกิจกรรมพัฒนาสมองผู้สูงอายุ (2)
10. การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม (ปลอดภัย) แก่ผู้สูงอายุ (1)

สิ่งที่ควรปรับปรุง ในวันที่ 22 มกราคม 2552 ดังนี้

1. ระยะเวลาในการเข้าร่วมประชุมทั้งในท้องประชุมใหญ่และท้องประชุมย่อยน้อยเกินไป (35)
2. ต้องการให้มีเอกสารการประชุมมากกว่าที่ให้ (8)
3. ไม่ควรจัดกลุ่มการเสวนามากเกินไป (7)
4. ไม่ควรนั่งบนพื้นในการประชุมกลุ่มย่อย (4)
5. เสียงของวิทยากรในการนำเสนอกลุ่มย่อยเบาเกินไป (4)
6. ควรมีการแจ้งการประชุมไปยัง ชมรมผู้สูงอายุ/อบต./อปท. (2)
7. การประชาสัมพันธ์ยังไม่ดีเท่าที่ควร (1)

ข้อเสนอแนะต่อการประชุม ในวันที่ 22 มกราคม 2552 ดังนี้

1. ต้องการให้มีการจัดประชุมเช่นนี้ในทุกๆ ปี (11)
2. ประทับใจในรูปแบบการจัดประชุมที่ดี (3)
3. ควรนางงานวิจัยการพัฒนาระบบผู้สูงอายุมาเผยแพร่ในการประชุม (1)
4. ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วม/ใช้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (1)
5. ขอให้เผยแพร่ข้อมูลที่ได้รับจากการประชุมในทุกช่องทาง/สื่อ (1)
6. ควรมีการจัดประชุมแบบนี้ในส่วนภูมิภาคบ้าง (1)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูลในภาพรวม วันที่ 23 มกราคม 2552

5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด (N = 341)

หัวข้อ	การบริการและการอำนวยความสะดวก				
	5	4	3	2	1
สถานที่จัดประชุม	180 (52.8)	139 (40.8)	20 (5.9)	0	1 (0.3)
วิทยากร	173 (50.7)	153 (44.9)	14 (4.1)	0	0
การจัดอาหาร เครื่องดื่ม	104 (30.5)	175 (51.3)	54 (15.8)	6 (1.8)	1 (0.3)
ระยะเวลาในการจัดประชุม	101 (20.6)	164 (48.1)	65 (19.1)	7 (2.1)	2 (0.6)
เอกสารและสื่อที่แจกให้	103 (30.2)	150 (44.0)	72 (21.1)	10 (2.9)	4 (1.2)

หมายเหตุ : ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

จากตารางที่ 5 พบว่า ภาพรวมด้านการบริการและการอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม วันที่ 23 มกราคม 2552 นั้น ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละตั้งแต่ 74.2 - 95.6 โดยพึงพอใจเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงานมากที่สุด (ร้อยละ 95.6) รองลงมาคือ เรื่องสถานที่จัดประชุม (ร้อยละ 93.6) เรื่องการจัดอาหารและเครื่องดื่ม (ร้อยละ 81.8) เรื่องระยะเวลาในการจัดประชุม (ร้อยละ 77.7) และพึงพอใจเรื่องเอกสารและสื่อที่แจกให้น้อยที่สุด (ร้อยละ 74.2) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูลในห้องประชุมต่างๆ วันที่ 23 มกราคม 2552
 4 = เหมาะสมที่สุด (มากที่สุด) 3 = เหมาะสม (มาก) 2 = ปานกลาง 1 = ควรปรับปรุง (น้อย)

หัวข้อ	รูปแบบการประชุม				วิทยากร				ระยะเวลาการประชุม				ประโยชน์ที่ได้รับ				ระดับความพึงพอใจ			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
ห้องประชุมใหญ่ (N = 298)	97 (32.6)	181 (60.7)	11 (3.7)	0	110 (36.9)	164 (55.0)	14 (4.7)	1 (0.3)	72 (24.2)	157 (52.7)	41 (13.8)	19 (6.4)	103 (34.6)	165 (55.4)	18 (6.0)	3 (1.0)	97 (32.6)	166 (55.7)	22 (7.4)	4 (1.3)
ห้อง Miracle Grand A (N = 176)	60 (34.1)	106 (60.2)	9 (5.1)	0	70 (39.8)	97 (55.1)	8 (4.5)	0	43 (24.4)	101 (57.04)	30 (17.0)	1 (0.6)	60 (34.1)	104 (59.1)	11 (6.3)	0	57 (32.4)	106 (60.2)	12 (6.8)	0
ห้อง Miracle Grand B (N = 209)	50 (23.9)	136 (65.1)	19 (9.1)	1 (5.5)	59 (28.2)	133 (63.6)	14 (6.7)	0	43 (20.6)	115 (55.0)	34 (16.3)	13 (6.2)	51 (24.4)	127 (60.8)	28 (13.4)	0	49 (23.4)	131 (62.7)	25 (12.0)	1 (0.5)
ห้อง Miracle Grand C (N = 210)	86 (41.0)	107 (5.1)	12 (5.7)	0	105 (50.0)	92 (43.8)	9 (4.3)	0	70 (33.3)	103 (49.0)	29 (13.8)	4 (1.9)	86 (41.0)	110 (52.4)	10 (4.8)	0	92 (43.8)	102 (48.6)	11 (5.2)	0
ลานกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (N = 264)	80 (30.3)	167 (63.3)	14 (5.3)	1 (0.4)	74 (28.0)	167 (63.3)	20 (7.6)	0	60 (22.7)	161 (61.0)	32 (12.1)	7 (2.7)	66 (25.0)	165 (62.5)	30 (11.4)	0	68 (25.8)	165 (62.5)	26 (9.8)	0

หมายเหตุ :

- 1) ห้องประชุมใหญ่ คือ “แนวทางการสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน”
- 2) ห้อง Miracle Grand A คือ “การเตรียมตัวเพื่อช่วยให้ผู้สูงวัยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ”
- 3) ห้อง Miracle Grand B คือ “การจัดระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน”
- 4) ห้อง Miracle Grand C คือ “รูปแบบ วิธีการจัดการสภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก และนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่บ้าน”
- 5) ตัวเลขในวงเล็บคือค่าร้อยละ

จากตารางที่ 6 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ตอบแบบประเมินในห้องประชุมต่างๆ ของวันที่ 23 มกราคม 2552 นั้น ผู้ตอบแบบประเมินมีความพึงพอใจในระดับเหมาะสมถึงเหมาะสมที่สุด (มากที่สุดมากที่สุด) คิดเป็นร้อยละตั้งแต่ 75.6 - 94.9 ซึ่งความพึงพอใจโดยรวมในทุกๆ ห้องประชุมและลานกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นั้น มีความพึงพอใจมากที่สุด เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยในหัวข้อต่างๆ ดังนี้

- 1) วิทยากรที่นำเสนอผลงาน เฉลี่ยร้อยละ 92.7
- 2) รูปแบบการประชุม/กิจกรรม เฉลี่ยร้อยละ 92.4
- 3) ประโยชน์ที่ได้รับ เฉลี่ยร้อยละ 89.9
- 4) ระดับความพึงพอใจ เฉลี่ยร้อยละ 89.5
- 5) ระยะเวลาการประชุม/กิจกรรม เฉลี่ยร้อยละ 80.1

และหากพิจารณาในแต่ละห้องประชุมหรือลานกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แล้ว จะพบว่า

- 1) ห้องประชุมใหญ่ (“แนวทางการสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน”) พบว่า พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องรูปแบบการประชุม (ร้อยละ 93.3) รองลงมาคือ วิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 91.9) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 90.0) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 88.3) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 76.9) ตามลำดับ
- 2) ห้อง Miracle Grand A (“การเตรียมตัวเพื่อช่วยให้ผู้สูงวัยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ”) พบว่า พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 94.9) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 94.3) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 93.2) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 92.6) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 81.8) ตามลำดับ
- 3) ห้อง Miracle Grand B (“การจัดระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน”) พบว่า พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 91.8) รองลงมาคือ รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 89.0) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 86.1) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 85.2) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 75.6) ตามลำดับ
- 4) ห้อง Miracle Grand C (“รูปแบบ วิธีการจัดการสภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก และนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่บ้าน”) พบว่า พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องวิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 93.8) รองลงมาคือ ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 93.4) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 92.4) รูปแบบการประชุม (ร้อยละ 92.0) และระยะเวลาการประชุม (ร้อยละ 82.3) ตามลำดับ
- 5) ลานกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องรูปแบบกิจกรรม (ร้อยละ 93.6) รองลงมาคือ วิทยากรที่นำเสนอผลงาน (ร้อยละ 91.3) ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ 88.3) ประโยชน์ที่ได้รับ (ร้อยละ 87.5) และระยะเวลากิจกรรม (ร้อยละ 83.7) ตามลำดับ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม ในวันที่ 23 มกราคม 2552 ดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางการดูแล/ช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนรวมไปถึงแนวทางในอนาคต (44)
2. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (ปลอดภัย) แก่ผู้สูงอายุ (27)
3. การจัดระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน (15)
4. กิจกรรมด้านการเตรียมตัวของผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย (14)
5. การปรับใช้ในชมรมผู้สูงอายุของชุมชน/ท้องถิ่น/โรงพยาบาลและอื่นๆ (13)
6. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้ายในชุมชนหรือที่บ้าน (12)
7. การนำไปปรับใช้ในการทำงานประจำ รวมทั้งบริบทของแต่ละท้องถิ่น (11)
8. การนำเอาความรู้ที่ได้ไปปรับใช้กับผู้สูงอายุในทุกๆ เรื่อง (10)
9. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในหลากหลายรูปแบบ (9)
9. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (3)
10. การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายการดำเนินงานผู้สูงอายุ (3)
11. การรับทราบแหล่งสนับสนุนการดำเนินงานผู้สูงอายุ (1)

สิ่งที่ควรปรับปรุง ในวันที่ 23 มกราคม 2552 ดังนี้

1. ต้องการให้ขยายเวลาการประชุมให้มากกว่า 2 วัน รวมทั้งอยากให้การประชุมในวันที่ 23 มกราคม 2552 มีการประชุมเต็มวัน (36)
2. ระยะเวลาในการเข้าร่วมประชุมทั้งในห้องประชุมใหญ่และห้องประชุมย่อยน้อยเกินไป (30)
3. ต้องการให้มีเอกสารการประชุมมากกว่าที่ให้ (11)
4. ไม่ควรนั่งบนพื้นในการประชุมกลุ่มย่อย (3)
5. ที่นั่งในห้องประชุมย่อยบางห้องไม่เพียงพอ (1)
6. การประชาสัมพันธ์ยังไม่ดีเท่าที่ควร (1)

ข้อเสนอแนะต่อการประชุม ในวันที่ 23 มกราคม 2552 ดังนี้

1. ต้องการให้มีการจัดประชุมเช่นนี้ในทุกๆ ปี (13)
2. ควรมีการจัดประชุมแบบนี้ในส่วนภูมิภาคบ้าง (1)

ภาคผนวก ก การศึกษาทบทวนนโยบาย ด้านผู้สูงอายุกับบริการปฐมภูมิ

การศึกษาทบทวนนโยบาย ด้านผู้สูงอายุกับบริการปฐมภูมิ

เอกสารฉบับนี้เป็นการทบทวนนโยบายด้านผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมนโยบายและการดำเนินการด้านสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และวิเคราะห์โอกาสและช่องว่างของนโยบายและการดำเนินการที่มีอยู่ในปัจจุบันเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยพยายามตอบคำถามถึงระบบการบริการปฐมภูมิที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ และการดำเนินการที่เป็นอยู่ทั้งส่วนที่เป็นจุดแข็งและปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาโดยเฉพาะเพื่อเสนอแนะแนวทางแก้ไขในเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนหรือจัดการปัญหาอุปสรรคที่มี โดยพิจารณาความครอบคลุมของนโยบายกลไกในการบริหารนโยบายและการสนับสนุนระบบเพื่อนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสมกับความต้องการของประชากรสูงอายุซึ่งมีสัดส่วนสูงขึ้น

ก. กรอบนโยบายระดับชาติ¹

แนวนโยบายและแผนด้านผู้สูงอายุของไทยเริ่มมีขึ้นเป็นรูปธรรมหลังจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรียในปี 2525 โดยรัฐบาลในสมัยนั้นได้แต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น เพื่อทำการร่างแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 อย่างไรก็ตามก็ตีพิมพ์ไม่มีแผนดำเนินการที่เป็นรูปธรรมในช่วงเวลาดังกล่าว (Kamnuansilpa et al., 1999) การดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมปรากฏในช่วงต้นทศวรรษ 2530 โดยมีแผนการขยายทั้งบริการด้านสังคมสงเคราะห์และบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โครงการที่เป็นรูปธรรมชัดเจนคือนโยบายการให้การรักษายาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ การจัดให้มีเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ การนำร่องศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชน การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐ และการสนับสนุนให้มีชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - พ.ศ.2539) มีการตั้งหน่วยงานเพื่อรองรับงานด้านผู้สูงอายุ เช่น กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ต่อมาในปี พ.ศ.2540 มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ซึ่งมีมาตราสำคัญที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้สูงอายุสองมาตราคือ มาตรา 54 กำหนดว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” และมาตรา 80 “รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และ ผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้”

ความเคลื่อนไหวสำคัญในเรื่องนี้เกิดขึ้นอีกครั้งในช่วงปลายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 โดยมีการประชุมสภาปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ และการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ซึ่งต่อมาในปี 2545 ก็ได้มีการตั้งกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ขึ้นในปี 2545 โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุสามส่วนคือ 1) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ รับผิดชอบงานปฏิบัติ (สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการผู้สูงอายุ) 2) สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ ผู้สูงอายุ ในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิ

ติภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ (สท.) รับผิดชอบงานนโยบาย มาตรการ การส่งเสริมการคุ้มครอง พิทักษ์สิทธิ การส่งเสริมศักยภาพและกฎหมายผู้สูงอายุ 3) สำนักงานปลัดกระทรวง ซึ่งกำกับดูแลงานของสำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัด จำนวน 75 จังหวัด ทำหน้าที่ดูแล ส่งเสริม และจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในระดับจังหวัด และในปลายปี 2546 รัฐสภาได้รับรอง พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

1. แผนผู้สูงอายุระยะยาว

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในช่วงของการใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) โดยแผนนี้ระบุปรัชญาหลักที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุคือ “สร้างหลักประกันในวัยสูงอายุ โดยเริ่มจากประชากรช่วยเหลือ ครอบคลุมครัวให้การเกื้อหนุน ชุมชนให้ความช่วยเหลือ และสุดท้ายสังคม-ภาครัฐให้การเกื้อหนุนตามลำดับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรี สมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพ”

แผนนี้มีวิสัยทัศน์ คือ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” โดยระบุไว้ว่า ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลหากมีการดำเนินการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ระบบสวัสดิการและบริการต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้ดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล และรัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบบริการ

วัตถุประสงค์ของแผน คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐ เอกชน มีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 5 ด้านด้วยกันคือ 1) ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 3) ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4) ด้านการบริหารจัดการ เพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 5) ด้านการประมวลและพัฒนางานความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยในยุทธศาสตร์ที่สามนั้นได้กำหนดมาตรการทางด้านคุ้มครองด้านรายได้ หลักประกันด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และมาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน จะเห็นได้ว่าแผนผู้สูงอายุฉบับนี้ได้มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชน โดยมีครอบครัว ชุมชนสังคมและภาครัฐให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ดังนั้นรูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุในประเทศไทยในอนาคตก็ควรจะมีมุ่งเน้นไปที่การจัดบริการและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย

ในปี 2542 เป็นปีที่องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ และเป็นปีที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา ได้มีการประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ โดยมีสาระสำคัญ 9 ประการคือ การได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ การอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง การได้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้สังคม การได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัย การมีส่วนร่วมในสังคมและชุมชน การมีนโยบาย และแผน

หลักด้านผู้สูงอายุ การตรากฎหมายเพื่อบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ ค้ำครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ และการปลูกฝัง ค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทย

3. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกา เล่มที่ 120 ตอนที่ 130 ก. เมื่อวันที่ 31 ธ.ค.2546 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 เป็นต้นไป สาระสำคัญหลักในพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ มีการกำหนดสิทธิของผู้สูงอายุที่ได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น บริการสุขภาพ บริการด้านสังคมต่างๆ เช่น การศึกษา ศาสนา ข้อมูลข่าวสาร การประกอบอาชีพ การพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่ม การอำนวยความสะดวกและปลอดภัย การช่วยเหลือหรือยกเว้นค่าบริการสาธารณะต่างๆ ตลอดจนการได้รับการสงเคราะห์ในด้านที่อยู่อาศัย การยังชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ก็มีการตั้งกองทุนผู้สูงอายุเพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุ มีการลดหย่อนด้านภาษีให้กับผู้บริจาคเงินหรือทรัพย์สินแก่กองทุน รวมทั้งการลดหย่อนภาษีให้กับผู้ประกอบการ และให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านนโยบายและแผนหลักในการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมผู้สูงอายุ²

4. กองทุนผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 13 กำหนดให้มีการจัดตั้ง “กองทุนผู้สูงอายุ” ขึ้นในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพ ความมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง

การบริหารกองทุน³

กองทุนผู้สูงอายุดำเนินงานโดยคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ ภายใต้ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งระบุไว้ตามมาตรา 18 ว่าด้วยองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหาร กองทุนผู้สูงอายุ และมาตรา 20 ว่าด้วยอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุน ดังนี้

1. คณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบ จำนวน 11 คน ประกอบด้วยปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นประธาน ผู้แทนภาครัฐ จำนวน 5 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน
2. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ มีดังนี้
 - บริหารกองทุน รวมทั้งดำเนินการเกี่ยวกับการจัดหาผลประโยชน์และการจัดการกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนด
 - พิจารณานุมัติการจ่ายเงิน เพื่อการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุ ตามระเบียบที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนด
 - รายงานสถานะการเงินและการบริหารกองทุนต่อคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ตามระเบียบที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนด

แหล่งที่มาของเงินทุน

ในการดำเนินงานของกองทุนผู้สูงอายุนั้น มีแหล่งที่มาของเงินทุน ดังนี้

1. เงินทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้
2. เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
3. เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้
4. เงินอุดหนุนจากต่างประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศ
5. เงินหรือทรัพย์สินที่ตกเป็นของกองทุนหรือที่กองทุนได้รับตามกฎหมาย หรือโดยนิติกรรมอื่นๆ
6. ดอกผลที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน

5. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 กำหนดในมาตรา ๘๐ ว่ารัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม โดยต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ นอกจากนี้ในมาตรา ๘๕๒ กำหนดให้การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติที่ประธานสภาผู้แทนราษฎรวินิจฉัยว่ามีสาระสำคัญเกี่ยวกับเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการหรือทุพพลภาพ หากสภาผู้แทนราษฎรมิได้พิจารณาโดยกรรมาธิการเต็มสภา ให้สภาผู้แทนราษฎรตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญขึ้นประกอบด้วยผู้แทนองค์การเอกชนเกี่ยวกับบุคคลประเภทนั้นมีจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามของจำนวนกรรมาธิการทั้งหมด ทั้งนี้โดยมีสัดส่วนหญิงและชายที่ใกล้เคียงกัน

6. แนวทางกระจายอำนาจ

แนวคิดการกระจายอำนาจในประเทศไทย เป็นการกระจายการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับกิจการสาธารณะ ทั้งในด้านทรัพยากร การตัดสินใจ แนวทางการดำเนินงาน การกำกับควบคุม จากรัฐบาลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลและดำเนินการแทน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกอบด้วยตัวแทนของประชาชนในพื้นที่ ชุมชน ที่ได้รับเลือกเข้ามาบริหารงานและกำหนดนโยบายได้ด้วยตนเอง โดยรัฐบาลกลางยังคงกำกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเหล่านั้นผ่านกฎหมายและกระบวนการบริหาร แนวคิดดังกล่าวเห็นว่าการกระจายอำนาจส่งผลดีต่อประชาชนในพื้นที่คือ (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ใกล้ชิดประชาชน สามารถตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาทางด้านบริการสาธารณะในพื้นที่ให้กับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความต้องการ การกำกับ และเรียนรู้กระบวนการประชาธิปไตย ในระดับพื้นที่ โดยประชาชนจะมีการสร้างกระบวนการกำกับดูแล และเรียนรู้ที่จะร่วมกันพัฒนาพื้นที่ของตนเอง (3) สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ ผ่านกระบวนการจัดเก็บภาษีและค่าบริการในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และนำรายได้เหล่านั้นมาพัฒนาพื้นที่ของตนเอง

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 78 หมวด 5 และมาตรา 284 กำหนดให้ตราพระราชบัญญัติกำหนดแบบและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2542 โดยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการ รวมถึงสามารถจัดบริการสุขภาพและดำเนินการอื่นเพื่อส่งเสริมสุขภาวะให้แก่ประชาชนและชุมชน ซึ่งตามแนวทางการกระจายอำนาจนี้ส่งผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับงบประมาณจากภาครัฐมากขึ้นและมีแนวโน้มที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ก็มีทิศทางเช่นเดียวกัน โดยมาตรา ๒๔๑ ภายใต้บังคับมาตรา ๑ ระบุให้รัฐจะต้องให้ความเป็นอิสระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ท้องถิ่นใดมีลักษณะที่จะปกครองตนเองได้ ย่อมมีสิทธิจัดตั้งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา ๒๔๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอำนาจหน้าที่โดยทั่วไปในการดูแลและจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น และย่อมมีอำนาจในการกำหนดนโยบาย การบริหาร การจัดการบริการสาธารณะ การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ โดยต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับการพัฒนาของจังหวัดและประเทศเป็นส่วนรวมด้วย และมาตรานี้ยังให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ เพื่อกำหนดการแบ่งอำนาจหน้าที่และจัดสรรรายได้ระหว่างราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง

อย่างไรก็ตาม ในเรื่องการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุไม่ได้ระบุในรัฐธรรมนูญอย่างชัดเจนเหมือนเรื่องการจัดการศึกษา ซึ่งจะต้องดูกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจที่จะตราออกมาอีกต่อไป

ข. นโยบายและแผนของส่วนราชการต่างๆ ในปี 2551

ในส่วนนี้เป็นการทบทวนการดำเนินการของส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยไม่รวมถึงนโยบายและมาตรการด้านความมั่นคงทางรายได้และด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดมากและอาจจะแยกประเด็นในการวิเคราะห์เฉพาะเรื่องออกไป

1. กรงตรวจสอบพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

• กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

บทบาทคือ ให้บริการสวัสดิการสังคม และการสังคมสงเคราะห์แก่ผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้ คนไร้ที่พึ่ง และผู้ประสบปัญหาทางสังคม พัฒนารูปแบบ สนับสนุนวิชาการ และประสานการดำเนินงานของเครือข่ายบริการประเภทบริการที่ดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุ คือ

จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นที่อุปการะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทุกข์ยากเดือดร้อน และสมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ ปัจจุบันมีศูนย์สาริต จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร / สถานสงเคราะห์คนชราร้านบางละมุง ชลบุรี / สถานสงเคราะห์คนชราธรรมปกรณ์ เชียงใหม่ / สถานสงเคราะห์คนชราร้านทักษิณ ยะลา / สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ พระนครศรีอยุธยา / สถานสงเคราะห์คนชราภูเก็ท / และสถานสงเคราะห์คนชราร้านบุรีรัมย์ โดยถ่ายโอนสถานสงเคราะห์คนชราไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 13 แห่ง

จัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ (Day Center) ที่มีการจัดบริการ ทั้งแบบบริการภายในศูนย์ ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมเสริมรายได้ นันทนาการ กิจกรรมเสริมความรู้ เป็นต้น และบริการบ้านพักฉุกเฉิน ซึ่งเป็นบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาเดือดร้อนเฉพาะหน้า หรือประสานเพื่อส่งไปรับการช่วยเหลือ จากหน่วยงานอื่น ปัจจุบันมี 7 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น / ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุบางละมุง ชลบุรี / ศูนย์บริการผู้สูงอายุบางแค และศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านทิพย์สุคนธ์ กรุงเทพมหานคร / ศูนย์บริการผู้สูงอายุปิยะมัลย์ และศูนย์บริการผู้สูงอายุเชียงใหม่ / ศูนย์บริการบ้านบุรีรัมย์

จัดหน่วยเคลื่อนที่ สำหรับเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด หรือสถาบันศาสนาอื่นๆ เช่น โบสถ์ มัสยิด โดยชุมชน จัดกิจกรรมตามความต้องการของชุมชนนั้น

การสงเคราะห์เครื่องอุปโภค บริโภค เครื่องช่วยความพิการ และอื่นๆ ตามสภาพปัญหา

การจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามหลักสูตร กระทรวงศึกษาธิการ และประสานงานให้นายจ้างที่มีความประสงค์ ต้องการต่อไป⁴

• สำนักส่งเสริม และพิทักษ์ผู้สูงอายุ

เสนอแนะนโยบาย แนวทาง กำหนดมาตรฐาน สนับสนุนเครือข่ายในการส่งเสริมการใช้ศักยภาพ การคุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิ และการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งกำกับ ดูแล ติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

• สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

สนับสนุนเงินอุดหนุนองค์กรเอกชน และมูลนิธิที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

โครงการที่อยู่ระหว่างการพัฒนา

โครงการศูนย์อเนกประสงค์⁵

เป็นการจัดตั้งและพัฒนาบริการสุขภาพและสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้มากที่สุด เน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดประสานกันระหว่างบริการสุขภาพและสังคม โดยมีเป้าหมายให้มีศูนย์อเนกประสงค์ครอบคลุมทุกตำบล

ปัจจุบัน จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดพัทลุง จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสกลนคร จังหวัดพิษณุโลก ได้มีการดำเนินการ ครบตามขั้นตอนที่กำหนด โดยมีการเผยแพร่แนวคิด/รูปแบบศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชนของแต่ละชุมชน รวมทั้งเด็ก เยาวชนและสตรี จัดประชุมเวทีประชาคมในระดับหมู่บ้าน แต่งตั้งคณะกรรมการในระดับจังหวัด จัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน วางระบบและการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำเวทีประชาคมเพื่อกำหนดกิจกรรมที่เป็นความต้องการของชุมชน วางแผนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในศูนย์ฯ สรุปและถอดบทเรียน ในบางพื้นที่มีการทำเป็นห้องกายภาพบำบัด และออกกำลังกาย ในส่วนของอุปกรณ์กายภาพบำบัดและออกกำลังกายมีการขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานเอกชนในพื้นที่

คณะกรรมการผู้แห่งชาติ ครั้งที่ 3/2549 วันที่ 18 สิงหาคม 2549 มีมติเห็นชอบต่อแนวทางการดำเนินการเพื่อจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ โดยกำหนดให้หน่วยงานมีบทบาท ดังนี้

ตารางที่ 1

บทบาทหน่วยงานรับผิดชอบการดำเนินการเพื่อจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ

แนวทาง	หน่วยงานรับผิดชอบ
(1) การประสานงานเพื่อริเริ่มการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ ที่มีความพร้อม	• กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
(2) การดำเนินการให้มีศูนย์อเนกประสงค์ฯ	• กระทรวงมหาดไทย สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือในการเป็นผู้ดำเนินการให้มีศูนย์อเนกประสงค์ฯ
(3) การจัดให้มีบริการด้านสุขภาพ สังคมและ การศึกษาข้อมูลข่าวสาร	<ul style="list-style-type: none"> • กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการขยายบริการด้านสุขภาพให้เข้าถึงครอบครัวผู้สูงอายุในชุมชน • กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการสนับสนุนให้มีการขยายบริการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน • กระทรวงศึกษาธิการ ดำเนินการจัดบริการด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ทั้งในศูนย์อเนกประสงค์ฯ และสื่อต่างๆ อย่างทั่วถึง

ที่มา: รายงานวิจัย โครงการกลไกการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนของศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน, 2550.

อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)^๑

มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่เครือข่ายที่ดำเนินงานด้านการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และเผยแพร่การดำเนินงานด้านการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุแก่สังคม

ผลการดำเนินงาน

มีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ช่วยเหลือตามความจำเป็นและความต้องการให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขในครอบครัว และชุมชน โดยมีระบบงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ซึ่งมี อผส. เป็นกลไกจำนวน 2,890 คน และให้การสนับสนุนด้านการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิของผู้สูงอายุ จำนวน 24,617 คน ดำเนินการขยายผลในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังไม่ได้ดำเนินการ จำนวน 7,638 แห่ง เริ่มตั้งแต่ ปี 2551-2556 แบ่งพื้นที่ดำเนินการออกเป็น 5 กลุ่ม โดยส่งเสริมสนับสนุนพื้นที่ละ 2 ปี โดยมีเป้าหมายในปี 2551 จำนวน 170 พื้นที่ งบประมาณดำเนินการ ปี 2551 - 2556 จำนวน 47,894,900 บาท

2. กระบวนการแรงงาน⁷

• สำนักประกันสังคม

มีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2537 ได้ขยายความคุ้มครองการประกันสังคมกรณีชราภาพ โดยเริ่มดำเนินการวันที่ 31 ธันวาคม 2541 โดยส่งเงินสมทบเป็นร้อยละ 1:2:2 ระหว่างรัฐบาล นายจ้าง และผู้ประกันตน กรณีเงินบำนาญชราภาพต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 180 เดือน (ประมาณ 15 ปี) หากจ่ายไม่ครบให้ได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ ทั้งนี้ผู้ประกันตนจะต้องมีอายุ 55 ปีบริบูรณ์

• กรมจัดหางาน

หน่วยงานศูนย์กลางติดต่อประสาน ให้แก่ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงาน และบริษัทต่างๆ ที่ต้องการรับผู้สูงอายุเข้าทำงาน ซึ่งกรมการจัดหางาน จัดตั้งดำเนินการในทุกจังหวัด

• กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน

หน่วยงานฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งฝึกอบรมทักษะ อาชีพต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุที่สนใจ

3. กระทรวงสาธารณสุข

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุนั้น ได้เน้นที่การดำเนินงานของกรมการแพทย์ กรมอนามัย และสำนักงานปลัดกระทรวง ใน 4 ด้านคือ 1) การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ 2) การรักษาและฟื้นฟู 3) ด้านสาธารณสุขมูลฐาน และ 4) การสนับสนุนและฝึกอบรม⁷ ดังนี้

• กรมอนามัย

โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ มีบทบาทในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันรักษา พื้นฟูสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ เช่น การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ การอบรม สัมมนา การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ การจัดทำคู่มือดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาบุคลากรในการให้บริการ รวมทั้งการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขณะนี้มีโครงการที่สำคัญ คือ โครงการเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพระบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) และการเฝ้าระวังและบูรณาการดูแลสุขภาพโดยมีวัด/ชุมชนเป็นศูนย์กลางบริการ

• สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

กรมการแพทย์ ส่งเสริม และสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ พัฒนาคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐานครอบคลุม โดยมุ่งเน้นการบริการเชิงรุกสู่ชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านทางระบบสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ เกี่ยวกับผู้สูงอายุผ่านสื่อต่างๆ²

• **กรมสุขภาพจิต**

รับผิดชอบดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จัดทำโครงการรณรงค์ต่างๆ เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยผ่านสื่อต่างๆ รวมทั้งรับปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์หมายเลข 1667

• **สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทำหน้าที่พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูล พัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนามาตรฐานระบบบริการ และวิจัยพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุของไทย

นอกจากนี้ ในสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขยังมีหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแล ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ มีการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการงานผู้สูงอายุ

โดยรัฐมนตรีฯ เป็นประธาน และรองปลัดฯ จักรธรรม ธรรมศักดิ์ เป็นเลขานุการโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ มีบทบาทอำนวยการ กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และแนวทางการทำงานผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาแผนยุทธศาสตร์/แผนงาน เชิงบูรณาการในภาพรวมของกระทรวงฯ และมีคณะกรรมการดำเนินงาน โดยรองปลัดฯ จักรธรรม ธรรมศักดิ์ เป็นประธาน และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นเลขานุการ ทำหน้าที่กำหนดแนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ พิจารณาแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุและกำหนดแนวทางบูรณาการแผนงาน/โครงการ กำกับและติดตามผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากบทบาทในกรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขยังมีหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ที่นอกเหนือจากบริการปฐมภูมิที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป²

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 92 แห่ง ได้จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุทุกแห่ง โดยให้บริการด้านต่างๆ ดังนี้:-

1. บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สำหรับกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขข้อกระดูกเสื่อม ฯลฯ สำหรับผู้ที่เป็นโรคก็ให้บริการรักษาฟรี โดยจัดให้มีบัตรผู้สูงอายุ
2. ชมรมผู้สูงอายุ ให้ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และดำเนินการโดยผู้สูงอายุเอง มีการจัดตั้งคณะกรรมการชมรม โดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชกรรมสังคมเป็นผู้ประสานงาน และโรงพยาบาลจะอำนวยความสะดวกและจัดหาสถานที่ให้ดำเนินกิจกรรม และกิจการที่ดำเนินการคือ
 - การหารายได้เพื่อสังคม
 - ทอดกฐินหาเงินช่วยโรงพยาบาล
 - โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน
 - สังสรรค์ ออกกำลังกาย โดยใช้พื้นที่ของโรงพยาบาล
 - ฝึกปฏิบัติธรรมะ

โรงพยาบาลชุมชน

ในโรงพยาบาลชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 688 แห่ง มีนโยบายให้จัดคลินิกผู้สูงอายุเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งนี้ให้อยู่กับความพร้อมของโรงพยาบาลและอยู่ในความดูแลของสำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานีนอมา้ย

กระทรวงสาธารณสุขมีสถานีนอมา้ยทั้งหมด 9762 แห่ง (การสาธารณสุขไทย, 2550) ซึ่งเป็นหน่วยให้บริการสุขภาพส่วนล่างสุดในชุมชน ที่กระจายในทุกตำบล มีบทบาทจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ตรวจสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งประสานและจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุร่วมกับโรงพยาบาล

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. รับผิดชอบในการดำเนินการรักษาพยาบาล แก่กลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้ตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด แต่ไม่ได้แยกการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่ระบุเฉพาะแยกจากกลุ่มอื่น นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ สปสช.ได้ส่งเสริมให้หน่วยบริการมีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงและป่วยต้องนอนติดเตียงยังไม่ได้มีการจัดระบบรองรับที่ชัดเจน เช่นการช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องเครื่องมือสำหรับผู้ป่วยติดเตียง เช่น เครื่องช่วยหายใจ ท่อสวนปัสสาวะ ฯลฯ หรือการส่งพยาบาลให้บริการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ให้การเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงและป่วยต้องนอนติดเตียง มีบริการทำแผล และอุปกรณ์การแพทย์บางชนิด
2. การสร้างเสริมสุขภาพ สปสช. ได้สนับสนุนให้เกิดกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่เพื่อทำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวทางเพิ่มพลังให้ประชาชนและ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยจัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนเป็นรายหัว (37.50 บาทต่อคน) ให้ประชาชนผ่านอปท. ซึ่งเป็นโครงการนำร่องที่ดำเนินการมาได้ประมาณสองปี ใช้หลักความสมัครใจของท้องถิ่น ในขณะที่ อปท. ต้องจัดสรรงบประมาณสมทบร่วม (Co-matching fund) เข้ากองทุนฯ พร้อมกับเปิดโอกาสให้องค์กรชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมการบริหารจัดการเงินกองทุน ณ กลางปี 2550 มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่เกิดขึ้น 880 กองทุนโดยประมาณในทุกภูมิภาค

การประเมินการดำเนินงานของกองทุน โดยคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่ากิจกรรมที่กองทุนให้ความสำคัญเป็นกิจกรรมตามกรอบที่กำหนด ได้แก่ กิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ อาทิเช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย การป้องกันโรค เช่น การป้องกันโรคไข้หวัดนก ไข้เลือดออก การเฝ้าระวัง การตรวจสุขภาพ (หาสารพิษตกค้าง) การตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ การเฝ้าระวังกลุ่มเด็ก (กลุ่มที่น้ำหนักเมื่อแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์) การให้อาหารเสริมสำหรับเด็กที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การเพิ่มสารอาหารไอโอดีน การอบรมความรู้กลุ่มแม่และสตรีมีครรภ์

อย่างไรก็ตาม รายงานที่นำเสนอส่วนใหญ่เป็นรูปธรรมการพัฒนาที่เป็นเฉพาะพื้นที่ซึ่งต้องการการประมวลและสังเคราะห์เฉพาะประเด็นผู้สูงอายุได้ รวมทั้งยังขาดข้อมูลทางสถิติที่บอกถึงผลการดำเนินงานของกองทุนอย่างชัดเจน

ส่วนการให้บริการส่งเสริมป้องกันโรคในกลุ่มวัยสูงอายุที่ระบุไว้ ได้แก่ บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และ ทำฟันปลอมให้ผู้สูงอายุ และโครงการตรวจสุขภาพและความพิการ เพื่อขึ้นทะเบียนผู้พิการรายใหม่

4. กระบวนการทศไทย

- กรมการพัฒนาชุมชน สนับสนุนส่งเสริมการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน ในสาขาวิชาชีพ ต่างๆ เพื่อถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และช่วยเหลือสังคม รวมทั้งการจัดกิจกรรมฟื้นฟูชนบทตามประเพณี
- กรมส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่เกี่ยวกับภารกิจปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งรับผิดชอบงานเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 500 บาท/คน/เดือน

5. กระบวนการศึกษาธิการ

- กรมการศึกษานอกโรงเรียน (กศน.) ให้บริการการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ เผยแพร่ให้ความรู้ในการดำเนินชีวิต เช่น อาชีพ สุขภาพ กฎหมาย โภชนาการ โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น โดยจัดหลักสูตรให้ตามความต้องการที่มีการขอมาจากผู้สูงอายุ
- สำนักงานกรมการศึกษานอกโรงเรียน (ส.ช.) จัดทำหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้ที่ต้องการทำงานเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและมีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งติดตามและควบคุมการดำเนินงาน ของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินการสอนตามหลักสูตรนี้

6. กระบวนการคมนาคม²

ดำเนินงานตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2540 ซึ่งได้ อนุมัติหลักการการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามที่กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเสนอในด้านสาธารณูปโภค สิ่งแวดล้อมและนันทนาการ คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้เร่งรัดให้สำนักงานประมาณพิจารณาความเป็นไปได้ในการจัดสรรเงินอุดหนุนลดอัตราค่าโดยสารรถไฟและรถโดยสาร โดยจัดสวัสดิการด้านการเดินทางแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การรถไฟแห่งประเทศไทย ลดค่าโดยสารครึ่งราคา ช่วงเดือนมิถุนายน - กันยายนของทุกปี ไม่รวมค่าธรรมเนียม
2. องค์การรถไฟฟ้ามหานครพิจารณาจัดสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เช่น
 - จัดลิฟท์ขึ้น - ลงบริเวณสถานีรถไฟทุกสถานี
 - จัดทำทางลาดสำหรับเข็นรถบริเวณทางเข้า - ออกสถานี
 - ปรับระดับพื้นชานชาลาเป็นระดับเดียวกับขบวนรถ
 - ติดตั้งระบบวิทยุกระจายเสียงบอกข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทั้งภายในตัวรถ และสถานี
3. รถไฟฟ้าใต้ดิน ลดค่าโดยสาร 50% แก่ผู้สูงอายุ
4. รถโดยสารประจำทาง ขสมก. ลดค่าโดยสาร 50% แก่ผู้สูงอายุ

ค. บทบาทขององค์กรในพื้นที่ อปท ชุมชน วัด/ศาสนสถาน สมาคมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุปกครองส่วนท้องถิ่น 8.9

การสนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ตามมาตรฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งบทบาท/กิจกรรมที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน 3 ลักษณะ และ แผนงานดังนี้

- 1) สนับสนุนศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ
- 2) สนับสนุนสถานสงเคราะห์คนชรา
- 3) จ่ายเป็นเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ เป็นการให้บริการผู้สูงอายุในด้านสุขภาพอนามัย ภายภาพบำบัด กิจกรรมเสริมรายได้ กิจกรรมเสริมความรู้ นันทนาการ และกิจกรรมด้านศาสนา เป็นต้น โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการและค่าตอบแทนบุคลากรของศูนย์

สถานสงเคราะห์คนชรา เป็นการให้การสงเคราะห์แก่คนชราที่ประสบปัญหาความร้อน เช่น ถูกทอดทิ้ง ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแลดูแล เข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ และให้บริการด้านอื่นๆ อีก เช่น ด้านปัจจัย 4 บริการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย บริการให้คำแนะนำ ที่ปรึกษา แก้ไขปัญหาทางอาชญากรรม จิตใจและการปรับตัว โดยนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการและค่าตอบแทนบุคลากรของสถานสงเคราะห์ฯ

ภารกิจสถานสงเคราะห์คนชราที่อยู่ภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 13 แห่ง ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชรา ที่บ้านโพธิ์กลาง นครราชสีมา / บ้านธรรมปกรณวัดม่วง นครราชสีมา / บ้านเขาบ่อแก้ว นครสวรรค์ / บ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี / บ้านอุ้มทอง-พินัดัก จังหวัดชุมพร / บ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม / บ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม / วังทองนิเวศน์ เชียงใหม่ / บ้านศรีตรัง / บ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร / บ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี / เฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบุญธรรม) นครปฐม / เฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบุญธรรม) กาญจนบุรี ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ 11 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง กรุงเทพมหานคร / ศูนย์ศรีสุคติ พิษณุโลก / ศูนย์โพธิ์กลาง นครราชสีมา / ศูนย์ทักษิณ ยะลา / บ้านธรรมปกรณวัดม่วง นครราชสีมา / ศูนย์วัยทอง เชียงใหม่ / ศูนย์ลพบุรี ลพบุรี / ศูนย์บ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร / ศูนย์ศรีตรัง จังหวัดตรัง / ศูนย์อุ้มทอง-พินัดัก ชุมพร / ศูนย์ผู้สูงอายุเพชรทองคำ กรุงเทพมหานคร

การจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นบริการที่รัฐเปลี่ยนรูปแบบจากการบริการในสถานสงเคราะห์ หรือศูนย์บริการทางสังคม มาเป็นรูปแบบของการจัดสวัสดิการด้านการเงินหรือรายได้ เป็นการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยาก เดือดร้อน ถูกทอดทิ้ง ฐานะยากจน ขาดผู้ดูแลเลี้ยงดู หรือ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จัดสรรงบประมาณสำหรับอุดหนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ รายละ 500 บาท/เดือน จนตลอดชีพ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถที่จะดำเนินการจัดสวัสดิการตามหลักเกณฑ์แนวทาง “การจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุและคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ตามหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นด่วนมาก ที่ มท 0891.3/ ว 1983 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ประกอบด้วย 4 แผนงานหลัก ดังนี้

แผนงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัย

มีแนวทางให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุและคนพิการ ดังนี้

- จัดฝึกอบรมให้ความรู้ด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งคนในชุมชน โครงการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุและคนพิการ
- จัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาพยาบาลแบบฉุกเฉินแก่ผู้สูงอายุและคนพิการ โดยอาจกำหนดให้มีการแจ้งเรียกหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาพยาบาลแบบฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง จากหมายเลขโทรศัพท์ที่กำหนด หรือจากการประสานงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และในกรณีปกติจัดให้มีพาหนะรับส่งผู้สูงอายุและคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน และสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรผู้สูงอายุ และคนพิการ

มีแนวทางให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ ดังนี้

- ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการรวมตัวกันเป็นชมรม/องค์กรผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย
- โดยการรวมกลุ่มกันเป็นชมรม/องค์กรให้เป็นที่ไปด้วยความสมัครใจของผู้สูงอายุและคนพิการแต่ละประเภท จัดให้ชมรม/องค์กรผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายร่วมกันจัดกิจกรรม
- ด้านสวัสดิการสังคม การนันทนาการและอื่นๆ ตามความต้องการของสมาชิก อาทิเช่น กิจกรรมวันผู้สูงอายุ การทัศนศึกษา กิจกรรมออกกำลังกาย ฯลฯ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาสนับสนุนงบประมาณ หรือวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมตามความเหมาะสม

แผนงานส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ของผู้สูงอายุและคนพิการ

มีแนวทาง ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ ดังนี้

- จัดให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ดูแลเข้าร่วมฝึกอาชีพและอบรมให้ความรู้ในอาชีพต่างๆ ประสานกับสถานประกอบการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและคนพิการที่มีความพร้อมและมีศักยภาพเข้าทำงาน

แผนงานด้านการบริหารจัดการระบบพัฒนาคุณภาพชีวิต

มีแนวทาง ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ ดังนี้

- การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุและคนพิการ
- ในด้านข้อมูลข่าวสาร ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ สื่อสารให้ผู้สูงอายุ และคนพิการได้รับทราบถึงสิทธิของตนเองในการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อมูลข่าวสาร
- การจัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ
- มีการจ่ายเงินเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการในพื้นที่อย่างทั่วถึงเป็นธรรม
- และเป็นไปตามข้อกำหนดของระเบียบ/กฎหมาย
- เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและคนพิการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นและพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง และของชมรม/องค์กร

อย่างไรก็ตาม บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่นที่เห็นเป็นรูปธรรม 5 คือ กิจกรรมทางศาสนาและประเพณี เช่น การจัดประเพณีรดน้ำดำหัวในงานประเพณีสงกรานต์ การทำบุญเลี้ยงพระ ฟังธรรมในวันธรรมสวนะ นอกเหนือจากบทบาททางวัฒนธรรมแล้ว ยังมีบทบาทในการพิจารณาจัดสรรเบี้ยยังชีพ และงบสงเคราะห์ราษฎร ซึ่งได้รับจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนไร้ที่พึ่งและอยู่ในภาวะลำบาก

2. ชุมชน/องค์กรชุมชน

แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานหลัก (community based approach) เริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้นเพราะชุมชนเป็นพลังสนับสนุน และเป็นฐานรองรับการพึ่งตนเองของประชาชน รวมทั้งช่วยลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐเองที่เป็นผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทเป็น พี่เลี้ยง และให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรบางอย่าง

3. วัดและศาสนสถาน

มีการดำเนินการที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลผู้สูงอายุ คือ “วัดส่งเสริมสุขภาพ” ด้วยหลักการและเหตุผลที่ว่า วัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน เป็นแหล่งพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชน เป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้วัดเป็น setting เพื่อเป็นศูนย์กลางชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ในปี 2550 มีวัดที่ผ่านเกณฑ์เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 604 วัด ซึ่งแนวทางการขยายผลวัดส่งเสริมสุขภาพในปี 2550 กรมอนามัยมีเป้าหมายส่งเสริมให้วัดดำเนินการผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อยอำเภอละ 1 วัด ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ

4. สภาผู้สูงอายุ

สภาผู้สูงอายุได้ก่อตั้งขึ้นมาโดยการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการแล้ว และมาก่อตั้งเป็น “ชมรมผู้สูงอายุ” โดยมีสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ เป็นตัวกลางในการบริหารงาน ก่อนปี 2528 ผู้สูงอายุไทยตามที่แตกต่างกันเองเป็นชมรม

- ผู้สูงอายุเกิดขึ้นทั่วๆ ไปทั้งประเทศมากมายเพื่อดำเนินกิจกรรมอันเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุและสังคมทางราชการโดยกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงและกระทรวงมหาดไทยเห็นประโยชน์ของชมรมผู้สูงอายุได้ให้การสนับสนุนตลอดมา

เนื่องจากชมรมมิได้เป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย ควรจะได้รวมตัวกันตั้ง องค์กรกลางขึ้นเพื่อให้เป็นที่เชื่อถือและถูกต้องตามกฎหมายจึงได้ลงมติกันตั้งองค์กร กลางดังกล่าวขึ้นให้ชื่อว่า สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ จัดทะเบียนเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย ปี 2534 จึงได้รับพระมหากรุณาธิคุณโปรดเกล้าฯ ให้รับสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ไว้ในพระราชูปถัมภ์

สถานการณ์การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ตารางที่ 2 จำนวนชมรมผู้สูงอายุในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ

กรุงเทพมหานคร	มีชมรมทั้งหมด	292	ชมรม
ภาคกลาง	มีชมรมทั้งหมด	1,371	ชมรม
ภาคเหนือ	มีชมรมทั้งหมด	3,071	ชมรม
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	มีชมรมทั้งหมด	5,692	ชมรม
ภาคใต้	มีชมรมทั้งหมด	972	ชมรม
รวมทั้งสิ้น		11,398	ชมรม

ที่มา : สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2549

ง. กลไกที่สำคัญในการพัฒนานโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติ

กลไกการพัฒนานโยบายสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย มี 3 ระดับ คือ

1. **ในระดับชาติ** มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ที่ตั้งขึ้นเมื่อปี 2549 ตามแนวทางการพัฒนานโยบายแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การทำงานของกผส. ใช้คณะเลขานุการจากกระทรวงพม. และมีกระทรวงพม. เป็นผู้รับเรื่องจากกผส. ไปดำเนินการต่อ ในช่วงการพัฒนาแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์รองรับ โดยกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม การจัดทำแผนดังกล่าวเป็นการเสนอโดยมีนักวิชาการเป็นผู้นำ แต่การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐมีลักษณะบนลงล่าง คือมีการตกลงในระดับคณะกรรมการของกผส. โดยมีผู้แทนกระทรวงเป็นกรรมการจัดทำแผน และไม่มีการจัดงบประมาณเพื่อรองรับ ซึ่งจุดประสงค์คือให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเสนอของบประมาณของหน่วยงานตนเอง ส่วนการติดตามงานเป็นลักษณะประเมินแผนจากนักวิจัยภายนอกในทุกๆ 5 ปี

2. **ในระดับกระทรวง** กระทรวงที่เป็นหลักในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุคือ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ ซึ่งที่ผ่านมายังขาดการบูรณาการแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงานระดับกรม/สำนักที่รับผิดชอบ การกำหนดแผนของแต่ละหน่วยงานเป็นอิสระและเอกเทศต่อกัน ไม่มีกลไกเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานภายใต้กระทรวงเดียวกัน ซึ่งได้มีความพยายามที่จะบูรณาการแผนระหว่างกรมต่างๆ โดยใช้กลไกคณะกรรมการอำนวยการงานผู้สูงอายุแต่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น

3. **ในระดับปฏิบัติการ** หน่วยงานส่วนภูมิภาคพัฒนาบริการตามกรอบและการสนับสนุนวิชาการ

จากหน่วยงานส่วนกลาง ขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อยแต่ภาระงานจากแต่ละหน่วยงานวิชาการส่วนกลางมีมากและมีลักษณะแยกส่วน

นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐยังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านของการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และท้องถิ่นมีความรับผิดชอบต่อการจัดบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ เด็ก สตรี และผู้พิการ ขณะที่ศักยภาพในด้านกำลังคน และทักษะมีจำกัด นโยบายของท้องถิ่นยังไม่มีหลากหลายเพิ่มเติมจากภารกิจที่กำหนดไว้ อีกทั้งแผนปฏิบัติการของท้องถิ่นไม่มีความจำเป็นต้องเชื่อมประสานกับแผนของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ภายใต้ทิศทางการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศักยภาพของอปท. จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความเข้มแข็ง

กลไกระดับปฏิบัติการที่สำคัญหนึ่ง คือ กองทุนสร้างเสริมสุขภาพระดับตำบล ซึ่งเป็นกลไกที่มีการสมทบงบประมาณจากสปสช. และท้องถิ่น และบริหารในรูปแบบคณะกรรมการโดยท้องถิ่นเป็นเลขานุการ

กลไกการจัดการและการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

เมื่อพิจารณาจากกลไกต่างๆ ในการพัฒนาและกำหนดนโยบาย โดยวิเคราะห์จากบทบาทของแต่ละหน่วยงานในการทำหน้าที่ต่างๆ คือ ด้านการขอตั้งงบประมาณ การปฏิบัติการ การกำหนดกรอบแนวทางและติดตามประเมินผล และการสนับสนุนด้านวิชาการ ซึ่งแสดงในตารางที่ 3

เห็นได้ว่า ในการจัดบริการ/แผนงาน/โครงการต่างๆ เป็นการริเริ่มและกำหนดโดยหน่วยงานส่วนกลาง เช่น เดียวกับการของบประมาณ ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะจัดสรรให้หน่วยบริการเมื่อได้รับงบประมาณมาแล้ว การส่งผ่านงบประมาณจะลงไปที่หน่วยงานระดับจังหวัดและหน่วยบริการตามลำดับ ทั้งการกำหนดแนวทางและงบประมาณมีการมีส่วนร่วมหน่วยดำเนินการเป็นส่วนใหญ่ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกลางกับอปท. ส่วนใหญ่จะเป็นการประสานในระดับพื้นที่ และหน่วยบริการ ซึ่งการมีส่วนร่วมของอปท. ในแง่การตัดสินใจเชิงนโยบายจะเป็นไปได้น้อย

เมื่อพิจารณาหน่วยผู้ให้บริการ/ดำเนินงานด้านสุขภาพ ภาระงานจะตกที่หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งจะต้องตอบสนองกับแนวทางจากหน่วยงานส่วนกลาง และไม่สามารถบูรณาการงบประมาณข้ามหน่วยงานได้สะดวก

นอกจากนี้ การทำแผนระดับพื้นที่ เช่น แผนตำบล จำเป็นต้องประสานงานกับแผนของจังหวัดเพื่อให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพ ซึ่งภายใต้ขั้นตอน และคณะกรรมการหลายระดับการพัฒนาแผนมีความจำกัดเพื่อให้สำเร็จตรงตามเวลาของวงจรมงบประมาณแผ่นดิน

ตารางที่ 3 บทบาทของแต่ละหน่วยงานในบริการ/แผนงาน/โครงการที่สำคัญ

บริการ/แผนงาน /โครงการ	กำหนดนโยบาย /แนวทาง	การของบประมาณ	การดำเนินการ	การสนับสนุน วิชาการ
ศูนย์อเนกประสงค์	สทส. แผนระยะยาวผู้สูงอายุ แห่งชาติฉบับที่ 2	สทส.	อปท. สธ. ศธ. อผส.	สทส.
อผส.	สทส. แผนระยะยาวผู้สูงอายุ แห่งชาติฉบับที่ 2	อปท.	อผส.	สทส.
เบี้ยยังชีพ	ระเบียบกรม ประชาสงเคราะห์ (เดิม)	กรมส่งเสริม การปกครอง ส่วนท้องถิ่น	อปท.	
การดูแลสุขภาพ ที่บ้าน (Home health care)	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ (งบประมาณสำหรับ การเผยแพร่และ จัดอบรมเป็นส่วนใหญ่)	รพ. สอ.	สำนักส่งเสริม สุขภาพ
กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริม สุขภาพจิตในชุมชน	สำนักพัฒนา สุขภาพจิต	สำนักพัฒนา สุขภาพจิต	รพ.	สำนักพัฒนา สุขภาพจิต
วัดส่งเสริมสุขภาพ	สำนักส่งเสริม สุขภาพ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ (งบประมาณสำหรับ การเผยแพร่และจัด อบรมเป็นส่วนใหญ่)	วัด	สำนักส่งเสริม สุขภาพ

บริการ/แผนงาน /โครงการ	กำหนดนโยบาย /แนวทาง	การของบประมาณ	การดำเนินการ	การสนับสนุน วิชาการ
ชมรมส่งเสริม สุขภาพ	สำนักส่งเสริม สุขภาพ	สำนักส่งเสริม สุขภาพ (งบประมาณสำหรับ การเผยแพร่และจัด อบรมเป็นส่วนใหญ่)	ชมรม ผู้สูงอายุ อสม.	สำนักส่งเสริม สุขภาพ
กิจกรรมส่งเสริม สุขภาพ	สปสช	สปสช อปท	สอ	สปสช
การตรวจคัดกรอง โรคเรื้อรัง	สปสช	สปสช อปท	สอ	สปสช
การพัฒนาหลักสูตร การอบรมผู้เชี่ยวชาญ ด้านผู้สูงอายุ	สำนักส่งเสริม สุขภาพ	สำนักส่งเสริม สุขภาพ	สถาบัน จัดการศึกษา /อบรม	สถาบัน จัดการศึกษา /อบรม
พัฒนาและขยาย เครือข่ายวิชาการ ด้านเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ	สถาบัน เวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ	สถาบัน เวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ	สถาบัน การศึกษา รพ.	สถาบัน เวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ
การพัฒนาหลักสูตร ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ	สถาบัน พระบรมราชชนก	สถาบัน พระบรมราชชนก	สถาบัน พระบรม ราชชนก สถาบัน การศึกษา	สถาบัน การศึกษา

จ. สถานการณ์/ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ และรูปแบบการดูแลที่จัดโดยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 10, 11, 12

สถานการณ์/ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอันเนื่องมาจากการลดลงของอัตราตายและอัตราเกิดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการเพิ่มของอัตราตายในวัยแรงงานอันเนื่องมาจากโรค HIV/AIDS ส่งผลให้สัดส่วนประชากรสูงอายุไทยเพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 10.3 ในปี 2548 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2 เท่าตัวในปี 2568 เป็นร้อยละ 20 หรือมีจำนวนประมาณ 14.5 ล้านคน

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าร้อยละ 43 ประเมินสุขภาพตนเองว่าดี และร้อยละ 3 ประเมินสุขภาพไม่ดีมาก ส่วนโรคเรื้อรังพบว่าโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุทราบว่าเป็น 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ร้อยละ 32, 13 และ 7 ตามลำดับ ขณะที่ภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงมีประมาณร้อยละ 5 และ 9 ในชายและหญิงตามลำดับ

จากสถิติการสำรวจการใช้บริการของผู้สูงอายุเมื่อมีความเจ็บป่วยที่ผ่านมา พบว่า ทั้งการใช้บริการผู้ป่วยนอก และการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นลำดับหนึ่ง เช่นเดียวกับกับการใช้บริการผู้ป่วยใน ขณะที่ลำดับที่ 2 ของการใช้บริการของผู้ป่วยนอกเป็นสถานีนามัย และผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (ตารางที่ 4-6) โดยในปี 2549 มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก และโรคเรื้อรังที่สถานีนามัย ประมาณร้อยละ 16 และ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และร้อยละ 43 ของผู้สูงอายุใช้บริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุใช้บริการแบบเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง 4.4 ครั้งต่อคนต่อปี

ส่วนการรายงานผลการบริการอนามัยของสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขยังขาดข้อมูลที่บอกถึงกิจกรรมและบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุ แต่เห็นได้ว่าบริการระดับชุมชนที่มีให้คือบริการเยี่ยมบ้าน บริการฟื้นฟูสุขภาพ และบริการอนามัยอื่นๆ ที่ไม่จำแนกประเภท

การดูแลที่จัดโดยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก คือ สถานีนามัย ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีประชากรรับผิดชอบชัดเจน ทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน ดูแลประชากรต่อเนื่อง ตั้งอยู่ในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องนี้ มีการจัดตั้งและเพิ่มจำนวนมาตลอดในช่วงเวลาเกือบ 30 ปี ปัจจุบันมีสถานีนามัย ให้บริการในทุกตำบล บางตำบลมีมากกว่า 1 แห่ง มีจำนวนรวมทั้งหมด 9762 แห่ง (การสาธารณสุขไทย, สนย. 2550) การเพิ่มจำนวนในระยะหลังปี 2544 จะน้อยมาก แต่เป็นการพัฒนาเชิงคุณภาพมากขึ้น

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เริ่มมีการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ในรูปของหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัว ที่แยกออกจากบริการผู้ป่วยนอกที่ชัดเจน เพื่อดูแลประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล และในระยะหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน โดยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพิ่มขึ้น เพื่อดูแลประชากรในความรับผิดชอบ ทำให้จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิมีเพิ่มมากขึ้นกว่าสถานีนามัย

ขณะที่ในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่สถานีนามัยมีจำนวนเพิ่มขึ้นค่อนข้างน้อยหรือแทบไม่เพิ่มเลย เมื่อเทียบกับจำนวนสถานีนามัยที่และประชากรที่เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราเจ้าหน้าที่ต่อประชากรไม่เปลี่ยนแปลง จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อหนึ่งสถานีนามัย เท่ากับ 2.9 คน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร 2547) ในปี 2549 มีเจ้าหน้าที่สอ. 30,441 คน ดำเนินงานเยี่ยมบ้านทั้งหมดในปี 2548 ประมาณ 8.97 ล้านคน ถ้าประมาณอย่างหยาบ เจ้าหน้าที่แต่ละคนทำการเยี่ยมบ้านประมาณเกือบ 300 คนใน 1 ปี

การจัดทำคู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เมื่อเดือนมีนาคม 2546 มีการกำหนดมาตรฐานด้านกิจกรรมต่างๆ เช่น

• มาตรฐานด้านกิจกรรมในชุมชน

- (1) สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน/ทำกิจกรรมในชุมชน
- (2) สนับสนุนการจัดกิจกรรมที่ริเริ่มจากองค์กรชุมชน: ใช้ทรัพยากรชุมชนเป็นหลัก, มีและทำชมรมสร้างสุขภาพ
- (3) บริการเชิงรุกประเมินสภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีผลกระทบ: อาสาสมัครดูแลสุขภาพประจำครอบครัวอธิบายการดูแลสุขภาพคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านได้, การดำเนินการตลาดสดนำซื้อที่ได้มาตรฐานในเขตเทศบาล
- (4) มีและใช้ Family Folder เพื่อการบริการสุขภาพ
- (5) มีและใช้ Community Folder เพื่อการสร้างสุขภาพชุมชน

• มาตรฐานด้านกิจกรรมบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน

- (6) มีรูปแบบการสร้างสุขภาพแบบองค์รวม: มีรูปแบบบริการที่สามารถดูแลกลุ่มเป้าหมายทั้งกายจิตสังคมและครอบครัวมีส่วนร่วม, ทีมสุขภาพสามารถประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้มารับบริการ
- (7) มีทีมสุขภาพให้บริการต่อเนื่องเป็นทีมประจำ
- (8) ทีมสุขภาพสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยไปสู่การป้องกันปัญหาเสริมสร้างสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องตามแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือ
- (9) มีระบบข้อมูล / IT Software ที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย เพื่อติดตามและส่งต่อได้สะดวก
- (10) บริการรักษาพยาบาล: บริการสุขภาพที่ผสมผสานกับการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสุขภาพการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ, สามารถประเมินส่งต่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน / เร่งด่วนได้อย่างเหมาะสม
- (11) บริการทันตกรรม : ให้บริการปรึกษาทันตกรรมป้องกันและทันตกรรมบำบัด
- (12) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : เด็ก 0-5 ปีเจริญเติบโตตามมาตรฐาน, เด็กไม่เกิน 5 ปีได้รับวัคซีนตาม EPI program, หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน
- (13) บริการชันสูตร : บริการชันสูตรที่ครบตามมาตรฐาน, เก็บวัสดุส่งตรวจได้ถูกต้อง
- (14) บริการยา : มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ, ผู้รับบริการได้รับมอยยาถูกต้องและสามารถใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- (15) บริการการแพทย์แผนไทย / การแพทย์ทางเลือก
- (16) บริการทำคลอดเฉพาะการคลอดปกติ บริการช่วยชีวิตฉุกเฉิน บริการผ่าตัดเล็ก : ความพึงพอใจของประชาชนต่อการเข้าถึงบริการของ PCU, มีการตรวจสอบระบบการทำให้ปราศจากเชื้อและป้องกันการติดเชื้อ

• **มาตรฐานด้านบริการต่อเนื่อง**

- (17) มีบริการให้คำปรึกษา : มีระบบและจัดบริการให้ประชาชนสามารถปรึกษา การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การแก้ปัญหาทางกายจิตสังคมอย่างสม่ำเสมอ มีการติดตามต่อเนื่อง โดยทีมสุขภาพที่ผ่านการอบรม
- (18) มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับ มียานพาหนะเพื่อใช้ส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน : มีระบบประสานก่อนการส่งต่อ มีเอกสารรายละเอียดการส่งต่อ การติดตามผลการส่งต่อ, ทีมสุขภาพสามารถอธิบายการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนทั้งทางร่างกายและจิตใจที่พบบ่อย
- (19) บริการเยี่ยมบ้าน: มีบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการ ทำความรู้จัก สร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ และให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็นเชื่อมโยงกับบริการใน PCU, ดูแลต่อเนื่องผู้พิการเพื่อช่วยแก้ปัญหาและส่งเสริมครอบครัว / ชุมชนมีบทบาทในการดูแล
- (20) มีและใช้ Personal Record

อย่างไรก็ดี แม้คู่มือประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนดังกล่าวจะไม่ได้ระบุเฉพาะเจาะจงไปที่กลุ่มผู้สูงอายุ แต่กิจกรรมด้านชุมชนที่กำหนดนั้นสามารถนำไปปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ

แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับระบบบริการปฐมภูมิซึ่งได้จากการจัดการความรู้ของสพข. อาศัยหลักการดูแลในบริการปฐมภูมิ (เวชศาสตร์ครอบครัว Family Medicine เวชศาสตร์ป้องกัน Preventive Medicine และการสร้างเสริมสุขภาพ Health Promotion) โดยประกอบด้วยมิติต่างๆ ดังนี้การเข้าถึงบริการ (Accessibility) หน่วยบริการ เข้าถึงสะดวก ง่าย ใกล้แหล่งชุมชน ไม่มีอุปสรรคต่างๆ ผู้สูงอายุมีความสะดวกในสถานบริการ บ้านใด ทางลาด มีราวจับ ห้องน้ำ มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ หรือการจัดบริการเข้าไปสู่ในชุมชน การจัดกิจกรรมร่วมกับกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือการจัดบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขา สำหรับกลุ่มที่ไม่สามารถเดินทางได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางสุขภาพ เศรษฐกิจสังคม

การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care)

สนับสนุนกิจกรรมดูแลระยะยาวต่อเนื่อง การมีทะเบียนผู้สูงอายุ/คนไข้ และมีทีมสุขภาพที่ดูแลตลอดการรักษา สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้สูงอายุที่ดีและยาวนาน

บริการแบบผสมผสาน (Integrated Care) การให้การดูแลที่ครอบคลุมหลากหลายมิติ

การดูแลในมิติการรักษายาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ การดูแลที่ครอบคลุมทั้งกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว ชุมชน การดูแลที่ครอบคลุมลักษณะบริการ Home care, day care, chronic care, end of life care

การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care)

การดูแลในมิติที่หลากหลาย ได้แก่ ด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพทั่วไป โรคเรื้อรังที่พบบ่อย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อและข้อ ปัญหาความเจ็บปวด การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหลายด้าน มีปริมาณและชนิดยาจำนวนมาก ภาวะการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ (Insomnia) ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) ปัญหาสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุ (Sexuality) ปัญหาการพลัดตก หกล้มและท่าเดินของผู้สูงอายุ (Fall and gait disorder) ด้านจิตใจ ภาวะเครียด/ซึมเศร้า เศรษฐกิจ/สังคม ความยากจน/ถูกทอดทิ้ง/ด้อยโอกาส จิตวิญญาณ การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การขาดความสุขในชีวิต

การประสานการดูแล (Co-ordination of Care)

ร่วมกับหน่วยงาน บริการสุขภาพระดับสูงเพื่อสนับสนุนการดูแล ได้แก่ คู่มือ/แนวทางการดูแล ระบบส่งต่อระบบให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ การเชื่อมระบบข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ ประสานความช่วยเหลือกับชุมชน วัด ท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

การสนับสนุนให้ชุมชน ตลอดจนครอบครัวและตัวผู้สูงอายุ สามารถมีศักยภาพในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ เริ่มตั้งการเข้าถึง ข้อมูล องค์ความรู้ มีการรวมกลุ่ม วางแผนจัดการภายใน สามารถระดมทรัพยากรจากหลากหลายแหล่ง ประสานดำเนินการได้ สามารถติดตามการทำงานด้วยตนเอง กิจกรรมตัวอย่างได้แก่ ชมรมกองทุน จิตอาสา การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุของชุมชน และท้องถิ่น

บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

บทบาท เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- **Care Provider** เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้บริการด้านสุขภาพ ด้านรักษายาบาล ฟื้นฟูสภาพโดยตรง ให้ข้อมูลทางวิชาการ ระบุปัจจัยกระทบต่อสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มที่ป่วยและไม่ป่วย โดยเน้นที่เจ้าหน้าที่เป็นคนดำเนินการหลัก (Key actor) อาศัยความรู้และทักษะ ชีวการแพทย์ที่เป็นงานของวิชาชีพ เช่น การสั่งการรักษา บริการด้านยา หัตถการ
- **Case manager** บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการสนับสนุน ต่อยอดสิ่งที่ทำดีอยู่แล้ว ประสาน เชื่อมโยงกับแหล่งบริการ หรือแหล่งทรัพยากรอื่น เพื่อให้เกิดการดูแล การจัดการ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholder) เพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพ อย่างต่อเนื่อง เช่น เป็นผู้จัดการ ประสานการดูแล ตั้งแต่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล ไปถึงการดูแลที่บ้านและชุมชน
- **Advocate and empowerment** บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กระตุ้น สนับสนุน และ เสริมศักยภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องให้มีบทบาท เข้ามามีส่วนร่วม หลักในการดูแลและจัดการปัญหาผู้สูงอายุ

บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

- **Law enforcement** พินัยสิทธิ์ของผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ถูกทอดทิ้ง ดำเนินการช่วยเหลือให้เป็นตามกฎหมาย โดยการกำหนดให้มีแนวทางปฏิบัติในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ
- **Resource support** สนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนกิจกรรมและช่วยเหลือผู้สูงอายุ จัดตั้งกองทุน ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน หรือประสานหน่วยงานอื่นในการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ สนับสนุนให้เกิดกลไก เครือข่ายการบริหารและพัฒนาผู้สูงอายุในระดับตำบล (สภาผู้สูงอายุตำบลหรือกรรมการพัฒนาผู้สูงอายุตำบล)
- **Social welfare** จัดบริการทางด้านสวัสดิการสังคม
- **จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ** ได้แก่สวนสาธารณะ พื้นที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ให้มีปริมาณเพียงพอ และปลอดภัย
- **ส่งเสริมการฝึกอาชีพ การรวมกลุ่มของชุมชน** ทำกิจกรรมเสริมรายได้ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและลดการพึ่งพิงสังคม
- **ส่งเสริมกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกวัย** โดยดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งกิจกรรมการให้ความรู้อบรม ทักษะและการออกกำลังกาย และกีฬา โดยสอดคล้องกับ วัฒนธรรมและศาสนา

บทบาทของชุมชน (รวมถึงผู้ดูแลและครอบครัว)

- **การเตรียมชุมชนในการสร้างความเข้าใจสภาพผู้สูงอายุ** ในการเปลี่ยนแปลง ร่างกาย จิตใจ สังคม การเตรียมพร้อมต่อการลดภาวะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น การลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดอ้วน ออกกำลังกาย เพิ่มการบริโภคผักผลไม้ และ การช่วยผู้สูงอายุในชุมชน การค้นหาศักยภาพของผู้สูงอายุ ประวัติบุคคลผู้สูงอายุสำคัญของชุมชน
- **การสร้างมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน** โดยผ่าน ชมรม ผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีเวทีในการแลกเปลี่ยนความรู้จากการทำงาน กิจกรรมต่อเนื่อง สอดคล้องวัฒนธรรมและศาสนา
- **การระดมความช่วยเหลือจากชุมชน** การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น กองทุนกายอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ในชุมชน การทอดผ้าป่าช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยโอกาส

บทบาทของผู้สูงอายุ

- **การเตรียมความพร้อม** ความรู้ ทักษะ จิตใจ ความพร้อมทางเศรษฐกิจ ในวัยสูงอายุ
- **การเข้าใจตนเองและความต้องการผู้สูงอายุ** การปรับตัว
- **รู้แหล่งในการหาความช่วยเหลือ** จากชุมชน สังคม

ตารางที่ 4 การใช้บริการสาธารณสุขแบบผู้ป่วยนอก ของประชากรสูงอายุ (60+)

จำแนกตามประเภทของสถานบริการ

ประเภทสถานบริการ	ปีที่สำรวจ		
	2547	2548	2549
ไม่ได้รักษา	5%	6%	6%
ใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพร	3%	2%	2%
ไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ	1%	0%	1%
ซื้อยากินเอง	13%	13%	16%
ไปสถานอนามัย	23%	21%	16%
โรงพยาบาลชุมชน	23%	24%	23%
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	9%	11%	12%
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	1%	2%	2%
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	3%	3%	2%
คลินิกเอกชน	14%	13%	17%
โรงพยาบาลเอกชน	3%	3%	3%
อื่นๆ	2%	2%	2%
ไม่ทราบ	0%	0%	0%

ตารางที่ 5 การใช้บริการสาธารณสุขสำหรับการรักษาโรคเรื้อรังและโรคประจำตัว ของประชากรสูงอายุ (60+) จำแนกตามประเภทของสถานบริการ

ประเภทสถานบริการ	ปีที่สำรวจ		
	2547	2548	2549
สถานอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน	16%	12%	15%
โรงพยาบาลชุมชน	34%	38%	40%
โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์	18%	22%	17%
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	4%	5%	5%
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	11%	9%	7%
คลินิกเอกชน	8%	6%	7%
โรงพยาบาลเอกชน	7%	8%	8%
อื่นๆ	0%	0%	0%
ไม่ทราบ	0%	0%	0%

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2547-49

ตารางที่ 6 การใช้บริการสาธารณสุขแบบผู้ป่วยใน ของประชากรสูงอายุ (60+)

จำแนกตามประเภทของสถานบริการ

ประเภทสถานบริการ	ปีที่สำรวจ		
	2547	2548	2549
โรงพยาบาลชุมชน	41%	38%	43%
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	35%	38%	35%
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	6%	6%	4%
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	8%	7%	5%
โพลีคลินิกเอกชน	0%	0%	1%
โรงพยาบาลเอกชน	10%	11%	11%
อื่นๆ	0%	1%	0%
ไม่ทราบ	0%	0%	0%

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2547-49

จ. สรุปความต้องการของผู้สูงอายุและแนวนโยบายกับโอกาสการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

เป็นที่ทราบกันดีว่าปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการในการใช้บริการของผู้สูงอายุ เป็นความเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเรื้อรัง การสำรวจอนามัยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2546-47 พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ขณะที่การประมาณความชุกของโรคต่างๆ พบว่าปัญหาสำคัญคือโรคเบาหวาน ข้อเสื่อม สุขภาพช่องปาก โลหิตจาง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือ ความดันโลหิตและโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งการดูแลโรคเรื้อรังต้องการการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิงระดับสูงจำเป็นต้องมีผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งเห็นได้ว่าสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งบริการสุขภาพปฐมภูมิต้องมีบทบาทในการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างกว้างขวางในชุมชน เนื่องจากจุดแข็งที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการหลักระดับปฐมภูมิ มีประชากรรับผิดชอบชัดเจน สถานที่ตั้งอยู่ในชุมชน ให้บริการแบบผสมผสาน สามารถดูแลประชากรอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีความครอบคลุมทุกตำบล และในระยะหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน โดยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทำให้มีบุคลากรวิชาชีพที่ให้บริการใกล้ชิดชุมชนมากยิ่งขึ้น

ในด้านศักยภาพและผลการปฏิบัติงาน แม้ว่าจะไม่มีเอกสารที่รายงานผลการดำเนินงานสำหรับผู้สูงอายุในระดับชุมชนของบริการปฐมภูมิ แต่มีการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพและจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนรวมทั้งการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งรูปแบบของการดูแลประกอบด้วย การพัฒนาอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลประจำและต่อเนื่อง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การรวมกลุ่ม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรืออนาถิตเพียง ผู้ให้การดูแลที่สำคัญก็คือสมาชิกในครอบครัว ขณะที่การให้บริการปฐมภูมิจะเป็นลักษณะการสร้างความสัมพันธ์และความใกล้ชิดเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังไม่เห็นความชัดเจนของการให้การดูแลต่อเนื่องที่เป็นระบบ เช่น การจัดตารางเวลาในการให้การดูแล เยี่ยมบ้าน ตารางที่ 7 แสดงถึงความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและความพิการแต่ละระดับ ความต้องการการดูแลทางการแพทย์ และความจำเป็นทางเศรษฐกิจ กับบริการที่มีของสถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะเห็นว่า กลุ่มที่ยังขาดบริการที่ตรงความต้องการคือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง อนาถิตเพียงที่ขาดบริการในลักษณะของการช่วยเหลือดูแลที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้จากศักยภาพของสถานบริการปฐมภูมิที่ขาดแคลนบุคลากร โดยมีเจ้าหน้าที่เฉลี่ย 3 คนต่อแห่ง ส่งผลต่อความครอบคลุมในการให้บริการโดยเฉพาะบริการในลักษณะที่ต่อเนื่องและต้องใช้เวลา

ตารางที่ 7 บริการ/กิจกรรมของสถานบริการปฐมภูมิตามประเภทปัญหา/ความต้องการของผู้สูงอายุ

ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ			บริการ/กิจกรรมสถานบริการปฐมภูมิ					
			ที่บ้าน			ที่สถานบริการ		
ภาวะพึ่งพิง/ความพิการ	การดูแลทางการแพทย์	ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ	ส่งเสริมป้องกัน	อสม., เยี่ยมบ้าน	บริการดูแลที่บ้าน (HHC)	ตรวจรักษาโรค	เฝ้าระวังความเสี่ยง	เสริมสร้างพลังอำนาจ
พึ่งพิงระดับสูง/อนาถิตเพียง	+	+	/		/	/	/	
		-	/		/	/	/	
	-	+	/	/	/		/	
	-	-	/	/	/		/	
พึ่งพิงระดับที่ต้องการดูแลบ้าง	+	+	/		/	/	/	/
		-	/		/	/	/	/
	-	+	/	/				/
	-	-	/	/				/
ไม่แข็งแรงแต่ช่วยเหลือตัวเองได้	+	+	/			/	/	/
		-	/			/	/	/
	-	+	/	/				/
	-	-	/	/				/
สุขภาพแข็งแรงดี	+	+	/			/	/	/
		-	/			/	/	/
		+	/	/				/
		-	/	/				/

แนวโยบายกับงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

นโยบายด้านผู้สูงอายุกับการพัฒนางานบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีทั้งส่วนที่เป็นโอกาส และส่วนที่ยังต้องการพัฒนาเพิ่มเติม ดังนี้

1. ด้านยุทธศาสตร์และมาตรการ จะเห็นว่าแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาวฉบับที่ 2 ได้มีแนวทางในการพัฒนารูปแบบบริการการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุม ได้แก่ บริการจัดตั้งและพัฒนางานบริการทางสุขภาพและทางสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุดโดยเน้นบริการถึงบ้าน และมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย

1. ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (multipurpose senior center)
2. ศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center)
3. บริการเยี่ยมบ้าน (home visit)
4. บริการดูแลที่บ้าน (home care)
5. บริการสุขภาพที่บ้าน (home health care)
6. บริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล
7. ส่งเสริมการจัดตั้งระบบเฝ้าระวัง เกื้อกูล และดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน
8. สนับสนุนระบบอาสาสมัคร
9. สนับสนุนและส่งเสริมความรู้ความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแล

ในปัจจุบันได้มีการดำเนินการพัฒนาศูนย์อเนกประสงค์ในพื้นที่ที่อปท.มีความสนใจ มีการจัดบริการสุขภาพที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน โดยหน่วยงานสาธารณสุขแทบทุกแห่งการสนับสนุนระบบอาสาสมัครการสนับสนุนและส่งเสริมความรู้ความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแล โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และอปท. ซึ่งยังมีจำกัดในบางพื้นที่

ส่วนบริการที่ยังไม่มีการพัฒนา ได้แก่ บริการดูแลที่บ้าน (home care) ซึ่งแม้ปัจจุบันมีการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร ซึ่งใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษว่า "home care" แต่ในความเป็นจริงมีบทบาทในการเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ แต่ยังมีบทบาทที่จำกัดในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทั้งในด้านการช่วยเหลืองานบ้านและการดูแลส่วนบุคคล อีกทั้งไม่มีการดำเนินการในการจัดบริการที่เป็นทางการ มีแต่บริการภาคเอกชนที่ผู้สูงอายุจำนวนน้อยเท่านั้นที่เข้าถึงได้ ส่วนการบริการ Home Health Care ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นการให้บริการทางสุขภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งความถี่ของการให้บริการยังคงมีความจำกัดอยู่

นอกจากนั้น การพัฒนางานบริการและรูปแบบการดูแลเหล่านี้ยังคงเป็นไปอย่างจำกัด เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคจากการขาดกลไกการประสานแผนที่ชัดเจน และการมีส่วนร่วมของผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนแผน ทำให้ขาดความต่อเนื่องเมื่อมีการเปลี่ยนผู้นำองค์กรหรือรัฐบาล

ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ความแยกส่วนของยุทธศาสตร์และมาตรการ ซึ่งระบุเป็นด้านๆ แต่ขาดความชัดเจนในการเชื่อมโยงเพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการและนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมต่อไป

1. ด้านกลไก การจัดการ และการประสานงาน ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว งานนโยบายด้านผู้สูงอายุมีองค์กรและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ตั้งแต่ระดับชาติ คือ กผส. ระดับกระทรวง ระดับภูมิภาค จังหวัด และระดับท้องถิ่นซึ่งได้รับมอบภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุจากรัฐบาลกลาง แต่การประสานแผน การจัดทำงบประมาณ และการติดตามประเมินผลยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ประกอบกับภารกิจด้านสวัสดิการสังคมเป็นบทบาท

ใหม่สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ยังคงขาดการสนับสนุนและการร่วมงานที่ใกล้ชิดกับหน่วยงานส่วนภูมิภาค การจัดทำแผนมีการซ้อนทับแต่ไม่เชื่อมโยง ไม่มีกลไกที่เชื่อมโยงความสอดคล้องระหว่างแผนของหน่วยบริการและท้องถิ่น การดำเนินการในรูปแบบกองทุนส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ได้ก่อให้เกิดความตื่นตัวของท้องถิ่นและเป็นกลไกในการประสานการดำเนินการระหว่างหน่วยบริการและอปท. อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีระบบข้อมูลและการรายงานผลที่เปิดเผยต่อสาธารณะ เพื่อความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่

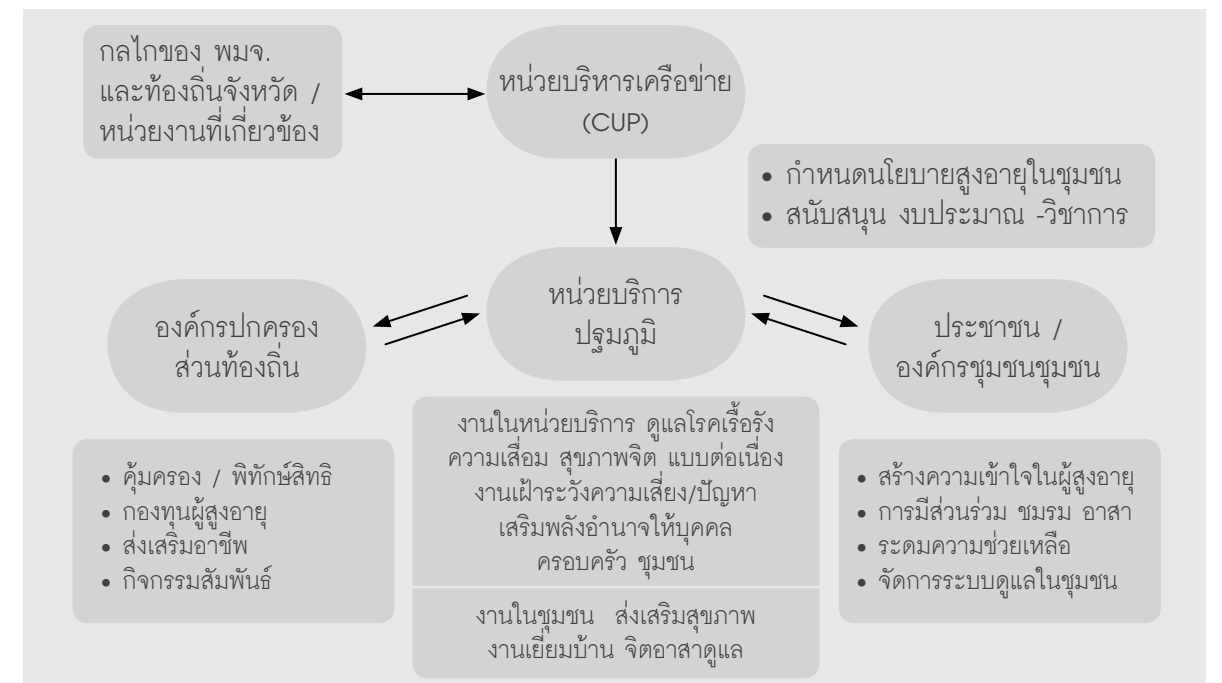
ข. ข้อเสนอต่อการพัฒนา

ข้อเสนอ	ผู้รับผิดชอบ
<p>1. พัฒนานโยบาย กลไกและการจัดการในทุกระดับ</p> <p>1.1 ควรสร้างเข็มมุ่งหรือจุดเน้นของนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้เป็นแนวทางสำคัญในการดำเนินงานระบบดูแลผู้สูงอายุ ในประเทศไทย</p> <p>1.2 ปรับปรุงกลไกที่รองรับการปฏิบัติการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ มีระบบการประสาน เชื่อมโยงหน่วยงาน / กระทรวงที่เกี่ยวข้อง และติดตามการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ประสาน สนับสนุน แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การประสานกลไกนโยบายในส่วนคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กับองค์กรที่มีหน่วยปฏิบัติการในชุมชน เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีแผนงานและสนับสนุนงบประมาณที่ชัดเจน</p> <p>1.3 สร้างมาตรฐานงานและตัวชี้วัดการทำงาน ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้เป็นกรอบชี้แนะทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ</p> <p>1.4 เสริมกลไกประสานในระดับพื้นที่(จังหวัด อำเภอหรือตำบล) ได้แก่ การจัดให้มีคณะกรรมการ และผู้จัดการวางแผนงาน และแผนงบประมาณ แบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามและรายงาน แผนพัฒนาบุคลากร จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำงาน ระบบข้อมูลเพื่อการจัดการ</p>	<p>สพข, สปสข,กสธ, พม, อปท</p>
<p>2. เสริมสร้างศักยภาพบริการปฐมภูมิ</p> <p>2.1 พัฒนาแนวทางการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุสำหรับบริการปฐมภูมิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความครอบคลุม และมีความชัดเจนในการปฏิบัติมากขึ้น ได้แก่</p> <p>α. งานบริการที่บ้านและในชุมชน ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> • งานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยง • เสริมพลังอำนาจ ให้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน โดย พัฒนาศักยภาพกำลังคนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ผู้ดูแลสูงอายุในชุมชน จิตอาสา สนับสนุน 	<p>อปท, กสธ/สพสข</p>

ข้อเสนอ	ผู้รับผิดชอบ
<p>กิจกรรมรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่ดูแลกันเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> • งานบริการเยี่ยมบ้าน(Home health care) เพื่อดูแลกลุ่มดูแลตนเองได้จำกัด <p>b. งานบริการในหน่วยบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การดูแลสุขภาพ โรคเรื้อรัง โรคจากความเสื่อม • การเฝ้าระวังความเสี่ยง เช่นการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพ และศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ • การเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ดูแลและครอบครัว <p>2.2 สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลายเพิ่มเติม เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมระยะสั้น 3-6 เดือน หรือ ผู้ดูแลที่มีวุฒิระดับอนุปริญญา เพื่อเสริมกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้จำกัด</p> <p>2.3 สนับสนุนการสร้างศูนย์บริการ/ศูนย์เอนกประสงค์ในชุมชน ที่เป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข กลุ่มผู้สูงอายุ และกลไกของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อใช้เป็นศูนย์รวมของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และประสานการจัดบริการ เพื่อดูแลผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ</p>	<p>อปท, กสธ/สปสช</p>
<p>3. ส่งเสริมการช่วยเหลือ/จิตอาสาในชุมชน</p> <p>3.1 ส่งเสริมกิจกรรมช่วยเหลือสังคมของกลุ่ม สถาบันในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศาสนสถาน โรงเรียน เพื่อนและเพื่อนบ้าน เช่นการสนับสนุนจากกองทุนในพื้นที่ การจัดให้มีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานรัฐ</p>	<p>สสส, กองทุนผู้สูงอายุ, สภาผู้สูงอายุ, หน่วยงานรัฐ</p>

ข้อเสนอรูปแบบบริการปฐมภูมิ(ที่พึงประสงค์)ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

โดยแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบทบาทหลักในแต่ละด้าน และมีการเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกันดังภาพ



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2550. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
2. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2548. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2548.สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
3. ที่มา: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ เข้าถึงเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2551 http://www.oppo.opp.go.th/money_older/web/paper/b1.pdf .
4. วาทีณี บุญชะลิกษ์ และยุพิน วรสิริอมร, 2548. รายงานวิจัยเรื่องภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร: 2550. รายงานวิจัย โครงการกลไกการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนของศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย.
6. ที่มา: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2551. <http://www.oppo.opp.go.th/info/project.htm>
7. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2549. พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2550.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544. แนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล.
9. ธนา ยันตรโกวิท ผอ.สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและการมีส่วนร่วม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. การดำเนินงานด้านสวัสดิการสังคมของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น บทความในหนังสือการประชุมวิชาการประจำปี 2551 เรื่อง Integrated Care for Life Long Journey ของสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย วันที่ 5-7 พฤศจิกายน 2551 ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์
10. ขนิษฐา นนทบุตร และคณะ, 2550. กรณีศึกษา นวัตกรรมในการดูแลสุขภาพชุมชน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน.

ภาคผนวก D วิทยาการ ทีมเลขานุการที่ปรึกษาการประชุม และทีมคณะทำงาน

วิทยาการห้องใหญ่

นพ. บรรลุ ศิริพานิช
 พญ. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน
 คุณศิริวรรณศิริบุญ
 นพ.ดร. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์
 ผศ.ดร. วรเวศม์ สุวรรณระดา
 ศ.เกียรติคุณ นพ. พงษ์ศิริ ปราบธาดา
 นพ. ขวัญชัย วิศิษฐานนท์
 คุณ ธีรพัฒน์ คัชมาตย์
 นพ. ถาวร สกุลพาณิชย์
 นพ. พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข
 คุณกนิษฐา ถนัดกิจ

วิทยาการ/คณะทำงาน ห้องรูปแบบ การจัดการ และการสร้างเสริมศักยภาพ ผู้สูงอายุและชุมชน (ชมรมผู้สูงอายุ คนต้นแบบ/แกนนำผู้สูงอายุ ครอบครัวเข้มแข็ง)

คุณยุพา สุทธิมนัส
 คุณวิชยานี ขวัญพรหม
 คุณอารี ไชยวรรณ
 คุณแทนนิตย์ นาใจ
 คุณบุญคุ้ม ปานทอง
 คุณเฟื่องฟ้า เชื้อสุข
 คุณธีระวัฒน์ เจริญชัยรัตน์

วิทยาการ/คณะทำงาน ห้องรูปแบบ การจัดบริการ และจัดการดูแลส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ

พญ. จิตติมา บุญเกิด
 พญ. แสงสุลี ธรรมไกรสร
 พญ. ดำรงรัตน์ เลิศรัตนานนท์
 พญ. อรวรรณ ตะเวทิงค์
 คุณวิลาวัลย์ ประสารอดิคม

วิทยาการ/คณะทำงาน ห้องนานาชาติ: เพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ

ทพญ. นนทลี วีรัชย์
 คุณผกาภาส กมลพรวิจิตร
 คุณนันทริกา เลิศเขวงกุล
 คุณกมล เนตรรัศมี
 คุณอรพิน สมร่าง
 คุณศศิภาณจน์ ปัญญาวัฒนานนท์
 คุณสุจิตรา ผลประไพ
 คุณวรางคณา เวชวิธิ
 คุณสาริณี แก้วสว่าง

วิทยาการ/คณะทำงาน ลานเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้

คุณณรงค์ฤทธิ์ จันทร์นาหว้า
 ทพญ.ดร. พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์
 พญ. อัญชลี แก้วไชย
 คุณอุมาพร นิมตระกุล
 คุณสนอง จุลกะทัตพะ

วิทยาการ/คณะทำงาน ห้องการเตรียมตัว เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะสุดท้าย ของชีวิตอย่างสงบ

นพ. โรจน์ศักดิ์ ทองคำเจริญ
 ดร. ปัทมา วาจามั่น
 คุณวรรณดา จารุสมบุญ
 คุณสุชาดา ไตลิตระกุล
 คุณณพร นัยสันทัต
 คุณมณี ศรีเพียงจันทร์
 คุณสุมาลี ประทุมรัตน์

วิทยาการ/คณะทำงาน ห้องการจัดระบบ สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อย่างยั่งยืน

คุณสมพงษ์ วงศ์กาฬสินธุ์
 คุณยอดศักดิ์ สุขโรจน์
 ศ. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร
 คุณดุษฎี อินปรา
 คุณประภา วิเศษฤทธิ์
 คุณประภาส จเรประพาฬ
 คุณอรอนงค์ ดิเรกบุษราคม
 คุณวนิดา วิระกุล
 คุณบำรุง ขลอบเดช
 คุณกิตติมา ปราบมภ์
 คุณกนิษฐ์ ใจศิริ
 คุณณัฐพร สุขพอดี

วิทยาการ/คณะทำงาน ห้องรูปแบบ วิธีการจัดสภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก

รศ. ไตรรัตน์ จารุทัศน์

คณะทำงาน ทีม สพบ.

พญ. สุภัตรา ศรีวัฒนชากร
 นพ. เกษม เวชสุทธานนท์
 ทพญ. กัญญา บุญธรรม
 ทพญ. สุวรรณ เอื้ออรรถการุณ
 พญ. ฌภากรุส โรจนสุภัค
 คุณสุรศักดิ์ อธิคมานนท์
 คุณนงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์
 คุณเรืองรำไพ พันธุ์เมธีศรี
 คุณทัศนีย์ ญาณะ
 คุณรัตนา เกลี้ยงจิตรแผ้ว
 คุณผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ
 คุณพฤษภา บุญบุญ
 คุณกฤษณา คำมูล
 คุณกัญญรัตน์ เจริญผล
 คุณไกรยง วิชกุล
 คุณพิมพ์รัตน์ แซ่ตั้ง
 คุณชลธิดา ธรรมศาสตร์สิทธิ์
 คุณชวลิต รัตนโกสิยกิจ
 คุณวิภาพร เกษมราช
 คุณภาวนา ชูเชิด
 คุณณรงค์ ฉันทรัตนโยธิน
 คุณฉัตรแก้ว เกษมสำราญ
 คุณนันทิยาพร บุญศิริ
 คุณอารี เจียรกุล

เกี่ยวกับ สพข.

สหข. เดิมคือ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็นหน่วยงานภายใต้สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (สบพป.) กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันได้โอนมาภายใต้สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และได้เปลี่ยนชื่อเป็น สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน มีที่ตั้งสำนักงานอยู่ที่ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน เลขที่ 25/25 ถนนพุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

สหข. มีพันธกิจคือเป็นหน่วยจัดการความรู้และงานวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน ในขณะที่ สบพป. ยังคงเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ ณ อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ทำหน้าที่บริหารและประสานการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ทั้งสองหน่วยงานทำงานเชื่อมโยงและประสานซึ่งกันและกัน หากท่านประสงค์จะประสานเชิงนโยบายด้านกระทรวงสาธารณสุข สามารถติดต่อที่ สบพป. และหากต้องการประสานด้านโครงการวิจัยและพัฒนาบริการปฐมภูมิ ระบบสุขภาพชุมชน ติดต่อประสานที่ สหข.