

เวทีเสวนา 'ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน' ครั้งที่ 8  
24 เมษายน 2555 สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

# ๒ การดูแล ผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในชุมชน ๑



# การดูแล ผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในชุมชน

เวทีเสวนา

‘ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน’ ครั้งที่ 8

24 เมษายน 2555

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล



# การดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในชุมชน

เวทีเสวนา ‘ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน’ ครั้งที่ 8

บรรณาธิการ พญ.สุภัทรา ศรีวณิชชากร

รวบรวมเรียบเรียง พนิดา วสุธาพิทักษ์

คณะทำงาน สมพร ใช้บางยาง ดวงพร เฮงบุญยพันธ์  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)  
ทัศนีย์ ญาณะ ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ พฤกษา บุกบุญ  
สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)  
เริงวิชญ์ นิลโคตร ณิชพัชร์ ทองคำ ณิชฎกา สงวนวงษ์  
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ปกและรูปเล่ม วัฒนสินธุ์ สุวรรตานนท์

พิมพ์ที่ บ. ที คิว พี จำกัด

จัดพิมพ์โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)  
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล  
ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 13170  
โทรศัพท์ 02-4419040-3 ต่อ 15-18  
โทรสาร 02-4410163  
Website: [www.aihd.mahidol.ac.th](http://www.aihd.mahidol.ac.th),  
[www.thaichr.org](http://www.thaichr.org)

สนับสนุนโดย แผนงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน  
ภายใต้ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก



# การดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในชุมชน



### ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี

กรรมการสภามหาวิทยาลัยผู้ทรงคุณวุฒิ  
มหาวิทยาลัยมหิดล

### นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

เลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

### พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

### พญ.ลัดดา คาร์ริการเลิศ

รองเลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

### นพ.นพรัตน์ วัชรขจรกุล

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการทางการแพทย์  
โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

### นางสมฉวี แบ่งกุลจิต

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนหมพ  
อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

### นายฐิติพงศ์ ศักดิ์ชัยสมบูรณ์

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี



## เปิดประเด็น

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน  
มหาวิทยาลัยมหิดล

เดือนเมษายนเป็นเดือนสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งวัยวุฒิและคุณวุฒิ จึงถือเป็นโอกาสอันดีสำหรับการจัดเวทีเสวนาการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ครั้งที่ 8 ในหัวข้อการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน โดยการประชุมแต่ละครั้งจะมีหลายภาคส่วนเข้าร่วมแลกเปลี่ยนพูดคุย ทำให้เราได้เห็นตัวอย่างที่ดีมากมาย และทุกครั้งจะผลิตเอกสารออกมาเป็นเล่ม ซึ่งเมื่อถึงช่วงเวลาหนึ่งคงจะมีการรวบรวมสังเคราะห์ว่า การพัฒนาสุขภาพชุมชนในมิติต่างๆ เป็นอย่างไร

ขณะนี้ประเด็นเรื่องสังคมผู้สูงอายุ กำลังเป็นประเด็นที่สำคัญ ครั้งนี้เราจึงได้เชิญท่านที่มีประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนหลายท่านด้วยกัน ประกอบด้วย นพ.นพรัตน์ วัชรขจรกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ซึ่งน่าจะให้เห็นภาพการเชื่อมต่อทั้งระบบ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ. - โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัด) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จนมาถึงชุมชน พร้อมทั้งมีมิติจากทาง รพ.สต. โดย คุณสมฉวี แบ่งกุลจิต

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนชมพู อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา และอีกส่วนที่สำคัญคือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในฐานะของท้องถิ่น เราได้รับเกียรติจากคุณฐิติพงศ์ ศักดิ์ชัยสมบูรณ์ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี มาร่วมพูดคุยด้วยในวันนี้

แต่ก่อนจะไปถึงตรงนั้น เราได้เชิญ พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ รองเลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) มากล่าวถึงสถานการณ์และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยสรุป เพื่อให้เห็นภาพก่อนจะลงไปรายละเอียดรูปแบบจากพื้นที่ และหลังจากเห็นตัวอย่างบทเรียนทั้งหมดแล้วคงจะมีเวลาให้ทุกท่านร่วมแลกเปลี่ยนกัน



## เปิดประเด็น

ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเวศ วะสี  
กสมการสภามหาวิทยาลัยพุทธทศคุณวุฒิ  
มหาวิทยาลัยมหิดล

เรื่องผู้สูงอายุกำลังเป็นประเด็นใหญ่ทั่วโลก เพราะคนสูงอายุมียุติจำนวนมากขึ้น จึงเกิดความวิตกกังวลกันไปทั่วว่าจะทำอย่างไร เมื่อคนที่ทำมาหากินเลี้ยงคนอื่นมีจำนวนน้อยลงโดยสัดส่วน ส่วนคนสูงอายุเองก็มีปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ในขณะที่เดียวกัน การบริการสุขภาพก็มี

ราคาแพงขึ้นเรื่อยๆ แล้วจะเอาเงินที่ไหนมาใช้จ่าย เงินที่มีอยู่ ณ ขณะนี้ก็ไม่เพียงพออยู่แล้ว ลองไปดูในประเทศสหรัฐอเมริกา ขณะนี้ก็มีเงินไม่พอ แล้วในอนาคตถ้าผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นจะทำอย่างไรต่อไป

จากการพยายามหาคำตอบ คิดว่า คำตอบคงไม่มีทางเป็นอย่างอื่น เราคงไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ เพราะ 1) ไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง 2) ไม่มีคุณภาพ และ 3) ราคาแพง คำตอบจึงอยู่ที่ชุมชน เราต้องดูแลกันเองแบบบูรณาการในชุมชน เพราะ 1) สามารถดูแลได้ทั่วถึงและใกล้ชิด การที่ชุมชนดูแลกันได้ทั่วถึงนี้ เรียกว่า ‘กัมมันต์’ ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า ‘Activate’ 2) คุณภาพดี และ 3) ราคาไม่แพง

วันนี้จึงได้นำเรื่องการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนมาพูดคุยกัน และวิธีการที่ใช้ เราใช้เวทีนี้ที่เรียกว่า เวทีเสวนาร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นการใช้วิธีการทางบวก ภาษาอังกฤษเรียกว่า ‘Appreciative approach’ (การสร้างบรรยากาศชื่นชมและเห็นคุณค่าในความสำเร็จ) นั่นคือ นำเอาเรื่องดีๆ ที่มีคนทำกันในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. ชุมชน ท้องถิ่น หรือองค์กรต่างๆ มาแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน และทำให้เกิดความเชื่อมโยง จนกระทั่งขยายตัวออกไป

นอกจากนั้น วันนี้เรายังมีองค์กรที่ชื่อว่า มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) มาร่วมด้วย ซึ่งเป็นองค์กรที่จะทำหน้าที่รวบรวมสิ่งดีๆ เหล่านี้ แต่สิ่งที่จะต้องตั้งคำถามต่อไปก็คือ จะทำอย่างไรให้สิ่งที่เรารู้ว่าดีนี้ เกิดขึ้นกับคนทั้งประเทศ นี่เป็นคำถามเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์

บางที เรารู้ว่าอะไรดี แต่ไม่ได้ตั้งคำถาม ประโยชน์จึงเกิดกับตัวของตัวเองเพียงเท่านั้น โดยเฉพาะมหาวิทยาลัยซึ่งทำเรื่องต่างๆ มากมาย บางแห่งเกาะติดกับเรื่องนั้นๆ มานาน 20-30 ปี รู้ว่าอะไรดี แต่ไม่ได้ตั้งคำถาม สำหรับเรื่องของผู้สูงอายุ เราจะไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้น ถ้าเรารู้ว่าอะไรดี เราจะตั้งคำถามว่า ทำอย่างไรสิ่งที่ดีจะเกิดขึ้นกับคนทั้งประเทศ และตั้งคำถามต่อไปอีกว่า ทำอย่างไรจะเกิดสิ่งที่ดีขึ้นกับคนทั้งโลก เพราะพี่น้องประเทศอื่นๆ ก็เป็นเพื่อนมนุษย์ของเราเหมือนกัน มีอะไรดีก็ต้องเชื่อมโยงและพาไปด้วยกันหมดทั้งโลก



## เปิดประเด็น

**พ.ศ.สมศักดิ์ บุณศรีสมบัติ**  
กสรมการสภามหาวิทยาลัยพุทธทศนุคดุม  
มหาวิทยาลัยมหิตล

ขออนุญาตถือโอกาสนี้แนะนำให้ทุกท่านรู้จักมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สั้นๆ เพราะ ท่าน นพ.บรรลุ ศิริพานิช ในฐานะประธานมูลนิธิ ก็คิดคล้ายกับสิ่งที่อาจารย์ประเวศได้กล่าวถึง คืออยากให้เห็นเรื่องดีๆ ในเรื่องผู้สูงอายุเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง โดยอยู่บนฐานของการสร้างความรู้

ท่านเคยปรารภว่า ที่ผ่านมา การทำงานเรื่องผู้สูงอายุ มีอยู่ 2 แบบคือ แบบที่ 1 คนซึ่งคิดทำเรื่องผู้สูงอายุแบบคิดไปเรื่อย จะมีเหตุผลที่มาที่ไปหรือไม่ก็ตามแต่ ไม่ได้ใส่ใจจริงจัง นโยบายบางอย่างจึงไม่เหมาะสมสอดคล้อง ดังเช่นเรื่องโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวอย่าง และแบบที่ 2 ดูเหมือนจะยังมีคนที่มีความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุอยู่เยอะมากกว่า ผู้สูงอายุเป็นภาระของสังคม ทั้งที่ความจริงแล้ว ผู้สูงอายุเป็นทรัพย์สินสมบัติที่มีค่ามาก

ทำอย่างไรเราจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ มูลนิธิจึงก่อตั้งขึ้นมาเพื่อทำงานในเรื่องของการสร้างความรู้และการเผยแพร่ความรู้ โดยหวังว่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนานโยบายและระบบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งวันนี้ คุณหมอลัดดาจะมาเล่าถึงพื้นที่ที่เราไปทำงานกันมา แม้จะเป็นพื้นที่เล็กๆ แต่ก็หวังว่าจะเป็นโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่อื่น เพื่อนำไปสู่การทำให้ระบบสุขภาพหรือระบบชุมชน-สังคม เชื่อมโยงกัน อันจะทำให้สังคมผู้สูงอายุของเราดีขึ้นไปเรื่อยๆ



อีก 20 ปีข้างหน้า  
เราจะมีผู้สูงอายุ  
จำนวน 1 ใน 4 ของประเทศ  
หมายความว่า  
หากมีคนเดินมา 4 คน  
ในจำนวนนั้น  
จะเป็นผู้สูงอายุ 1 คน

## ช่วงที่ 1 : สถานการณ์ และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน

พญ.ลัดดา ตำริการเลิศ  
รองเลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (นส.พว.)

ตามปกติในเดือนเมษายน ทางมูลนิธิจะมีหน้าที่เดินสายไป  
เผยแพร่งานและแลกเปลี่ยนในประเด็นผู้สูงอายุตามที่ต่างๆ เพราะ  
ปัจจุบัน สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวแล้ว เดือนนี้  
กิจกรรมจึงค่อนข้างชุกชุม โดยวันนี้จะมาพูดถึงสถานการณ์ภาพรวมของ  
ผู้สูงอายุไทยในระดับประเทศว่าเป็นอย่างไร

เริ่มจากโครงสร้างประชากรของประเทศไทย (Population  
structure) เมื่อปี ค.ศ.1990 (พ.ศ.2533) โครงสร้างจะเป็นรูปทรงปิรามิด  
นั่นคือ มีจำนวนเด็กเยอะและผู้ใหญ่น้อย แต่เมื่อเวลาผ่านไป โครงสร้าง  
ประชากรเกิดการเปลี่ยนแปลง เด็กเกิดน้อยลง คนมีอายุยืนยาวมากขึ้น  
เนื่องจากการพัฒนาด้านต่างๆ มาเป็นลำดับ จากรูปปิรามิดเดิม ก็จะมี  
ลักษณะบ้านขึ้นเรื่อยๆ จนกลายมาเป็นรูปทรงโอง ในปี ค.ศ.2020 (พ.ศ.  
2563) เพราะฐานข้างล่างซึ่งเป็นเด็กจะแคบลง และข้างบนซึ่งเป็นผู้สูงอายุ  
จะกว้างขึ้น

หากลองประมาณการจำนวนตัวเลขประชากรผู้สูงอายุ  
(Estimates of Elderly Population) ซึ่งหมายถึง คนอายุ 60 ปีขึ้นไป  
ในปี ค.ศ.2010 (พ.ศ.2553) มีจำนวนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 11.5 หรือ

ประมาณ 7 ล้านคน ประมาณการว่า ในปี ค.ศ.2020 (พ.ศ.2563) หรืออีก 8 ปีข้างหน้า จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 และอีก 20 ปีข้างหน้า เราจะมีผู้สูงอายุ จำนวน 1 ใน 4 ของประเทศ หมายความว่า หากมีคนเดินมา 4 คนในจำนวนนั้นจะเป็นผู้สูงอายุ 1 คน

เมื่อมีจำนวนผู้สูงอายุเยอะขึ้น อายุคาดเฉลี่ยก็ยืนยาวขึ้นด้วย โดยในปี 2552 มีการประมาณการจากนักประชากรศาสตร์ว่า เพศชายจะมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 68.5 ปี และเพศหญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 75 ปี ซึ่งคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และในอีก 20 ปีข้างหน้า อายุคาดเฉลี่ยอาจจะยืนยาวถึง 80 ปี

เมื่ออายุยืนยาวขึ้น การอยู่ในสภาพปรกติ พึ่งพาตัวเองได้ มีสุขภาพดี ก็ย่อมจะเปลี่ยนแปลงไป นักประชากรศาสตร์ได้ทำการคาดคะเนประชากร (Projection) ถึงจำนวนปีที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพไว้ โดยใช้ฐานอายุที่แตกต่างกัน ถ้าใช้ตัวเลขปี 2539-2540 ฐานจะอยู่ที่อายุ 60 ปี ซึ่งมีจำนวนปีที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพระหว่าง 4-6 ปี แต่ถ้าใช้ตัวเลขปี 2545 กับปี 2550 จะมีฐานอยู่ที่อายุ 65 และ 80 ปี (แบ่งออกเป็น 2 ฐานอายุ) ซึ่งปี 2545 มีจำนวนปีที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพ ประมาณ 8-12 ปี (ฐานอายุ 65 ปี) และ 5-6 ปี (ฐานอายุ 80 ปี) และปี 2550 มีจำนวนปีที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพ ประมาณ 6-10 ปี (ฐานอายุ 65 ปี) และ 5-6 ปี (ฐานอายุ 80 ปี)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงท้ายของชีวิต มีระยะเวลาที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การกินข้าว อาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำ ขับถ่าย ฯลฯ โดยนักประชากรศาสตร์ได้คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับ

ต่างๆ ระหว่างปี 2547-2567 ในเรื่องความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ ไม่มี เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง จนถึงรุนแรงมาก

โชคดีที่กลุ่มซึ่งไม่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันนั้น มีอยู่ค่อนข้างเยอะ แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้มจากปี 2552 ไปจนถึงปี 2567 จะพบว่า ตัวเลขในกลุ่มรุนแรงเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ จากหลักหมื่นขึ้นไปเป็นหลักแสนรายในระยะเวลาอีก 20 ปีข้างหน้า แสดงถึงว่า อายุที่ยืนยาวออกไป หากไม่มีการเตรียมตัวรองรับที่ดี ภาวะเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่สังคมและประเทศชาติต้องเผชิญ

จากการสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2550 ว่ามีจำนวนผู้สูงอายุอัตราร้อยละเท่าไรที่ตกอยู่ในภาวะความพิการทั้งประเทศ โดยภาพรวมแล้ว พบว่า ในบรรดาคนพิการ 100 คน จะมีคนพิการที่เป็นผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 15.3 โดยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 9.7 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 17.5 ซึ่งมากกว่าในเขตเทศบาลถึง 2 เท่าตัว แสดงให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตและการดูแลที่ไม่เพียงพอ ทำให้คนเหล่านี้ต้องตกอยู่ในภาวะความพิการ

นักวิชาการด้านผู้สูงอายุมองว่า ช่วงชีวิตของผู้สูงอายุในการเตรียมตัวเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต จะอยู่ในช่วงวัยตั้งแต่ก่อนอายุ 60 ปี จนถึง 80 ปี สิ่งทีถือเป็นความจำเป็นและเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาประกอบด้วย การเตรียมการด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การบริการดูแลสุขภาพ (Health Care Service) ตั้งแต่การเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute illness) การป้องกันภาวะทุพพลภาพ (Disable) จนกระทั่งถึงระยะสุดท้าย (Death) ทั้งที่โรงพยาบาล (Hospital) บ้าน (Home) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice)



รวมทั้งยังมีเรื่องของการเตรียมสภาวะแวดล้อมในบ้าน (Housing) ให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตที่พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (Home Adaptation) การเตรียมการด้านเงินออม (Money Saving/Income) เพื่อดูแลตัวเอง ในช่วงชีวิตที่เหลือ ระหว่างระยะเวลา 20 ปีที่ไม่มีรายได้จะอยู่อย่างไร ตลอดจนเรื่องของความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) กิจกรรม เพื่อสุขภาพ (Activity for Health) เหล่านี้เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสนใจ (Concern) ในการพิจารณาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

**นพ.บรรลพ ศิริพานิช** ซึ่งเป็นประธานมูลนิธิ ท่านทำงานเรื่องผู้สูงอายุมานาน 30-40 ปี สัมผัสกับผู้สูงอายุมากรวมทั้งได้เข้าร่วมกับองค์กรนานาชาติต่างๆ ทำให้มีข้อสรุปอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุไทยว่า ในช่วงบั้นปลายชีวิต สิ่งที่เขาต้องการมากที่สุดก็คือ ความสุข ซึ่งเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อันประกอบด้วย 3 เสาหลัก คือ

**เสาหลักที่ 1 สุขภาพ** แน่แน่นอนว่าเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ปัญหาเรื่องความเสื่อมของสุขภาพร่างกายย่อมจะตามมา ดังนั้นสุขภาพกาย จิต สังคม และปัญญา จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจ

**เสาหลักที่ 2** ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตชีวา ไม่ห่อเหี่ยว จะต้องมีส่วนร่วมกับสังคม ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น สร้างปฏิสัมพันธ์ (Interaction) โดยเป็นได้ทั้งการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง หาเลี้ยงชีพ ให้มีอาชีพเสริม หรือทำประโยชน์กับผู้อื่นทำประโยชน์กับสังคม ให้มีคุณค่า เป็นภูมิปัญญาของสังคม สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา และใช้ชีวิตบั้นปลายได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

และ **เสาหลักที่ 3 คือเรื่องของความมั่นคง** การมีรายได้ มีสถานะเศรษฐกิจที่ดีเพียงพอจะดูแลตัวเองจนถึงบั้นปลายชีวิต มีความ

ปลอดภัย มีครอบครัวอบอุ่น มีชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่ดี ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

เวลาเรามองผู้สูงอายุจะต้องมีองค์ประกอบของทั้ง 3 เสาหลักนี้คือ สุขภาพ การมีส่วนร่วมกับสังคม และความมั่นคง ทั้งหมดจะต้องบูรณาการร่วมกัน แยกจากกันไม่ได้

อาจารย์ท่านยังบอกอีกว่า **ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวของ ‘มนุษย์’ ครอบครัวฝรั่งเป็นครอบครัวของ ‘นก’** หมายความว่า นก... พอเติบโตขึ้นก็จะบินออกจากรังไป แต่ครอบครัวของไทย ยังคงอยู่ร่วมกัน เพราะฉะนั้นถ้าหากเราไปเอาทฤษฎีฝรั่งมาทั้งหมด ก็จะไม่สามารถปรับเข้ากับครอบครัวของไทยได้ ดังนั้นการจะทำอะไรก็ตามต้องอยู่ภายใต้บริบทของสังคม ชุมชน และวัฒนธรรมไทย

**เรื่องคุณภาพชีวิตและสภาวะผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญที่สุดที่จะเป็นตัวค้นหาและบ่งบอกถึงสถานการณ์ปัญหา คือ การมีฐานข้อมูลชุมชน/ผู้สูงอายุ** เพราะแต่ละแห่งย่อมไม่เหมือนกัน เป็นไปตามแต่บริบทวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของพื้นที่

โดยถ้าพิจารณาตาม 3 เสาหลักที่กล่าวถึงข้างต้น

**1) ด้านการมีส่วนร่วมกับสังคม** ณ ขณะนี้มีชมรมผู้สูงอายุที่จดทะเบียนกับสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ประมาณ 28,000 แห่งทั่วประเทศ กระจายอยู่ทุกระดับหมู่บ้านและองค์กร แต่ก็ไม่ได้แปลว่า ชมรมผู้สูงอายุที่มีอยู่ทั้งหมดจะเข้มแข็ง ซึ่งสิ่งที่พบก็คือ การมีชมรมทำให้ผู้สูงอายุได้มารวมกลุ่ม มีสังคม และทำกิจกรรมร่วมกัน

ส่วนเรื่องของ**ครอบครัว** สังคมไทยเป็นสังคมที่ครอบครัวส่วนใหญ่ยังอยู่กับผู้สูงอายุ ไม่ค่อยมีลักษณะของครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังเท่าไรหรอก อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า นับวันผู้สูงอายุไทยจะอยู่ตามลำพังเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอาจจะเป็นเพราะปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้ลูกหลานต้องออกไปเป็นแรงงานต่างถิ่น

นอกจากนี้ หลายภาคส่วน โดยเฉพาะกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก็พยายามพัฒนาให้เกิดศูนย์รวมของภารกิจกรมผู้สูงอายุ เรียกว่า **ศูนย์เเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ** เพื่อที่จะทำให้เกิดการรวมกลุ่ม สร้างอาชีพ สร้างรายได้เสริม ทำให้เกิดการรวมกันของภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ได้รับการต่อยอด ถ่ายทอดออกไป รวมทั้งบางแห่งยังได้จัดให้มีการบริการทางสังคม แต่ทั้งหมดนี้ก็มีจำนวนไม่มากนัก ลักษณะการดำเนินการก็ยังคงเป็นการสงเคราะห์เฉพาะหน้า และขาดความเข้าใจในหลักการที่จะต้องทำให้เกิดการมีส่วนร่วมทางสังคม

**2) ด้านสุขภาพ** จากข้อมูล 2 แหล่งคือ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย โดยสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พบว่า ถ้ามีการคัดกรองแบ่งประเภทผู้สูงอายุตามภาวะการเจ็บป่วยและภาวะการพึ่งพิง จะสามารถค้นหากลุ่มเป้าหมายได้เจอ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีความต้องการการดูแลมากกว่าคนกลุ่มอื่นประมาณ 5-10 เท่า เพราะฉะนั้นจึงจำเป็นต้องมีเรื่องระบบและช่องทางการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเฉพาะแตกต่างสำหรับคนกลุ่มนี้

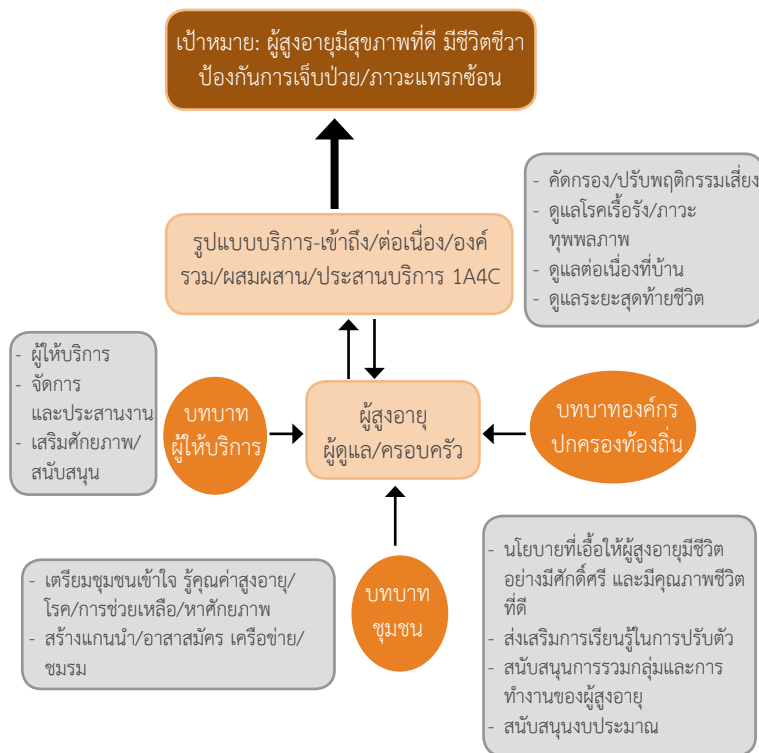
อีกทั้งบริการสุขภาพที่มีอยู่ ไม่ว่าจะเป็นบริการการตรวจร่างกาย การฟื้นฟูสภาพและกายภาพบำบัด หรือแม้แต่การดูแลสุขภาพอื่นๆ ก็ยังมีข้อจำกัด ทำให้ไม่ครอบคลุมทั่วถึงนัก สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ยาก เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการ เพราะฉะนั้นการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพเชิงรุกจึงเป็นเรื่องท้าทายสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

และ **3) ด้านความมั่นคง** ทั้งทางเศรษฐกิจและสวัสดิการสังคม ณ ขณะนี้ ในชุมชน หมู่บ้าน จะมีสวัสดิการสังคมที่มาจากความร่วมมือกันเก็บออม ซึ่งทำเป็นการภายในของชุมชนเอง เพื่อช่วยดูแลตั้งแต่เกิดจนตาย ผู้สูงอายุเองก็จะได้รับสวัสดิการเหล่านี้ด้วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเจ็บป่วยหรือว่าบางส่วนก็พยายามจัดให้เป็นรูปแบบของบำนาญ นอกจากนี้ยังมีเรื่องของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลที่แล้วได้ทำให้เบี้ยยังชีพกลายเป็นระบบบำนาญพื้นฐานที่ทุกคนมีสิทธิได้รับ ปัจจุบันกำลังพัฒนาให้เป็นแบบขั้นบันได รวมทั้งมีการสร้างระบบบำนาญด้วยรูปแบบอื่นๆ ซึ่งถือเป็นการเริ่มต้นของการพัฒนาระบบ

เมื่อพูดถึงระบบบำนาญที่รัฐบาลที่แล้วได้ตั้งขึ้นมา มีกองทุนหนึ่งเรียกว่า กองทุนการออมแห่งชาติ (*พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ.2554*) ณ ขณะนี้ยังไม่ได้เริ่มต้นเปิดรับสมัครสมาชิก กฎหมายในการจัดตั้งกองทุนดังกล่าวได้บัญญัติบทเฉพาะกาลไว้ว่า อนุโลมให้ผู้ที่อายุ 60 ปี ซึ่งความจริงไม่มีสิทธิในการออมเพื่อรับสิทธิชราภาพแล้ว สามารถออมได้ เป็นระยะเวลา 10 ปี โดยรัฐบาลจะร่วมจ่ายเงินสมทบด้วย เพื่อที่ว่า หากผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว ในช่วงอายุ 70 ปี ก็จะได้รับสิทธิประโยชน์ตรงนี้เพื่อนำไปดูแลช่วงชีวิตที่ยังเหลืออยู่

เมื่อกลับไปดูระบบการให้บริการสุขภาพในชุมชน จากคู่มือการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ปี 2552 พบว่า การที่ระบบมีผู้สูงอายุและผู้ดูแล/ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จะมีบทบาทอยู่ด้วยกันทั้งหมด 3 องค์ประกอบ คือบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บทบาทของผู้ให้บริการ และบทบาทของชุมชน แสดงแผนภูมิด้านล่าง

**แผนภูมิ แนวทางการพัฒนาระบบและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ**



ที่มา : คู่มือการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ปี 2552

จากแผนภูมิ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะทำเรื่องของนโยบายสวัสดิการสังคม สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่ม และการทำงานของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องการจัดสรรงบประมาณ พุด่างๆ ว่า เป็น 'เจ้ามือ' ในพื้นที่

ทางด้านบทบาทของผู้ให้บริการ ซึ่งหมายถึง หน่วยบริการทั้งหลาย จะต้องทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการให้ได้มากที่สุด รวมทั้งรูปแบบการบริการต้องผสมผสาน บูรณาการ ตั้งแต่การคัดกรอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนกระทั่งถึงการดูแลสุขภาพทั่วไป

และในส่วนบทบาทของชุมชน ต้องเตรียมความพร้อมให้ชุมชนเกิดความเข้าใจ รับรู้คุณค่าของผู้สูงอายุ รวมถึงการช่วยเหลือ พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ สร้างระบบแกนนำ อาสาสมัคร และเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ฟังพากันเองภายในชุมชน ก่อนที่จะพึ่งพาผู้ให้บริการ

ทั้งหมดนี้เป็นแนวทางที่เขียนไว้ ว่าระบบบริการปฐมภูมิแบบใหม่จะต้องใช้ชุมชนและพื้นที่เป็นฐาน ผ่านรูปแบบการทำงานเชิงรุกและผสมผสาน



จะอย่างไรไม่ให้ผู้สูงอายุ  
เกิดความพิการ  
และมีภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด  
หรือเมื่อมีความพิการ  
และภาวะพึ่งพิงเกิดขึ้น  
เขาจะต้องไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว  
และชุมชน ตลอดจนคุณภาพชีวิต  
ของผู้สูงอายุในอำเภอ  
รวมทั้งผู้ดูแลจะต้องดีขึ้น

## ช่วงที่ 2 : การดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในชุมชน

### (1) บทเรียน การจัดการ เชื่อมประสานภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน

บพ.บพรัตน์ วัชรบารกุล

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริการทางการแพทย์  
โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ระบบการดูแลผู้สูงอายุของอำเภอห้างฉัตร เน้นเรื่องการดูแล  
ผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) จากสถานพยาบาลสู่ชุมชน โดย  
การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

เบื้องต้น อยากจะขอกล่าวถึงข้อมูลทั่วไปก่อน อำเภอห้างฉัตร  
ประกอบด้วย 7 ตำบล 73 หมู่บ้าน และ รพ.สต. 10 แห่ง มีจำนวน  
ประชากร 53,000 คน เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.24 (7,665 คน) มี  
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุทั้ง 7 ตำบล จำนวน 180 คน และมีชมรม  
ผู้สูงอายุครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ซึ่งค่อนข้างมีความเข้มแข็งพอสมควร

ประเภทของผู้สูงอายุในอำเภอห้างฉัตร ถ้าจำแนกตามการ  
ช่วยเหลือตนเอง จะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่  
ช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ ซึ่งถือเป็นคนส่วนใหญ่ มีจำนวนร้อยละ  
75.54 (5,790 คน) กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีจำนวน  
ร้อยละ 21.12 (1,619 คน) และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้  
ถือเป็นผู้พิการ มีจำนวนร้อยละ 3.34 (256 คน)

ก่อนหน้านี้ การดำเนินงานเรื่องผู้สูงอายุ มีการดำเนินการมาเรื่อยๆ ทั้งในส่วนของชุมชน โรงพยาบาล และ อปท. แต่ยังไม่ได้มาเชื่อมโยงกัน เราเริ่มมาทำงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกันตั้งแต่ปี 2552 ซึ่งในส่วนของโรงพยาบาลห้างฉัตร หลังจากพิจารณาข้อมูลจุดแข็ง-จุดอ่อน ก็พบว่า ชมรมผู้สูงอายุของอำเภอเราค่อนข้างเข้มแข็ง และผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ แต่จะมีปัญหาคือ ผู้สูงอายุส่วนมากมีโรคประจำตัวเรื้อรังและไม่ค่อยมีคนดูแล ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้พิการ

จากจุดนั้นทำให้เกิดความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลห้างฉัตรว่า จะทำอย่างไรไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการ และมีภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด หรือเมื่อมีความพิการและภาวะพึ่งพิงเกิดขึ้น เขาจะต้องไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและชุมชน ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอ รวมทั้งผู้ดูแล จะต้องดีขึ้น

จึงเกิดเป็นนโยบายด้านงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลห้างฉัตร ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง 2) มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3) ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง และ 4) เน้นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

หลังจากได้รับโจทย์มาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เราพบว่าการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ไม่สามารถจะดูแลได้เฉพาะในเครือข่ายสุขภาพเท่านั้น แต่จะต้องอาศัยเครือข่ายระดับอำเภอ ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายทางด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ จึงได้นำความท้าทายดังกล่าวไปปรึกษากับทีมงานทั้งหมดในอำเภอ โดยไป

เข้าพบท่านนายอำเภอ ซึ่งแจ้งถึงความจำเป็นที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว และขอให้ท่านรับหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม เมื่ออธิบายเหตุผลให้ฟัง ท่านก็เข้าใจและเห็นด้วย จึงให้มีการจัดประชุมและวางโครงสร้างของคณะกรรมการระดับอำเภอขึ้นมา เพื่อให้การดำเนินงานเกิดความต่อเนื่อง

**คณะกรรมการระดับอำเภอ ประกอบด้วย คณะกรรมการอำนวยการ คือหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ และคณะกรรมการดำเนินงาน** คือผู้ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของแต่ละหน่วยงาน จากนั้นจึงจัดตั้งศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุในอำเภอขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลห้างฉัตรเองมีศูนย์ Home Health Care (HHC) อยู่แล้ว จึงตกลงร่วมกันให้ใช้ศูนย์ HHC เป็นศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุในอำเภอ โดยมีสถานที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล

โดยปกติ ศูนย์ HHC ของโรงพยาบาลห้างฉัตรจะประสานงานกับโรงพยาบาลจังหวัด และ รพ.สต.ในพื้นที่อยู่แล้ว เมื่อจัดตั้งเป็นศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุในอำเภอ เราจึงได้เพิ่มการประสานงานกับองค์กรอื่นที่เป็นองค์กรภายนอกทางด้านสังคมระดับอำเภอ/จังหวัด รวมทั้งประสานความร่วมมือกับชุมชน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละตำบลด้วย ในส่วนของตำบลที่มีความพร้อม สามารถรับนโยบายจากระดับอำเภอไปสานต่อ ก็จะมีการจัดประชุมและตั้งคณะกรรมการระดับตำบลขึ้นมา โดยเจ้าภาพหลักก็คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งในตอนแรกนั้น ทาง รพ.สต. จะเป็นหน่วยที่เข้าไปเป็นจุดเริ่มต้นวางหลักในการทำงานให้ก่อน

หลังจากได้รับมอบนโยบาย ทางโรงพยาบาลห้างฉัตรก็ไปศึกษาดูงานตามที่ต่างๆ ว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำเป็นต้องประกอบด้วยอะไรบ้าง จากนั้นเราก็เริ่มมีองค์กรภายนอกเข้ามาสนับสนุน อย่างเช่น UNFPA (United Nations Population Fund - กองทุนสหประชาชาติเพื่อประชากร) ได้เข้ามาทำงานในพื้นที่โดยให้งบประมาณสนับสนุนเรื่องการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ระดับอำเภอ ส่วนของแพทย์และพยาบาลเอง โดยส่วนตัวก็มีโอกาสไปอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งเป็นหลักสูตรระยะสั้น ทางด้านพยาบาล ก็ได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้ครอบคลุมมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเราเป็นองค์กรทางด้านสุขภาพ จึงมองการดูแลผู้สูงอายุจากมุมมองทางด้านสุขภาพเป็นหลัก โดยมีเป้าหมายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งด้านการดูแลรักษาและการดูแลเลี้ยงดู ซึ่งการทำเรื่องการดูแลระยะยาวได้ดี เราต้องดูแลในระยะอื่นให้ดีด้วยการดูแลระยะยาวจึงจะดีขึ้นตาม ไม่ว่าจะเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบไป-กลับ (Ambulatory care) การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute care) ซึ่งเป็นการดูแลระยะเริ่มต้น ต่อจากนั้นจึงจะเป็นการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) ก่อนที่จะไปสู่การดูแลระยะยาว (Long-term care) โดยมีรายละเอียดดังนี้

## การดูแลผู้ป่วยแบบไป-กลับ (Ambulatory care)

การดูแลผู้ป่วยแบบไป-กลับ (Ambulatory care) ถ้าเป็นการดูแลทั่วไปในโรงพยาบาลและ รพ.สต. เราจะเน้นเรื่องการคัดกรองโรคในกลุ่ม Geriatric Syndrome หรือกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ<sup>1</sup> ซึ่งทำให้เกิดความพิการและภาวะการพึ่งพิงในผู้สูงอายุ และมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถดูแลในระดับที่โรงพยาบาลชุมชนทำได้ โดยจะมีการประเมิน ป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูในคลินิก รวมทั้งประสานงานกับศูนย์ HHC เรื่องระบบส่งต่อผู้ป่วย (Refer) การนัดดูอาการ F/U (Follow Up) การจัดระบบทางด่วน (Fast Track) เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุเกินกว่า 80 ปี ตลอดจนการปรับสิ่งแวดล้อมในสถานบริการ เน้นการบริการผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก และปลอดภัย

เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง ‘ระบบเดิม’ ซึ่งเราเคยให้การดูแลผู้สูงอายุ กับ ‘ระบบพัฒนา’ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น เราได้พิจารณาว่า ระบบเดิมมีอะไรอยู่ ควรจะปรับเปลี่ยนอะไร ไม่ใช่ทำใหม่ทั้งหมด แต่ดูส่วนที่ยังขาด และเพิ่มเติมหลังจากมีองค์ความรู้เรื่องผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ปัญหาของ ‘ระบบเดิม’ คือ ระบบการคัดกรองสำหรับผู้สูงอายุ และการที่เรารักษาแต่โรค มองโรคเป็นหลัก ผู้สูงอายุเข้ามาด้วยโรคไหนก็

---

<sup>1</sup> กลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) เช่น ภาวะหกล้มซ้ำซ้อน ภาวะสูญเสียความสามารถในการเดิน ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ความบกพร่องทางสติปัญญา ภาวะทุพโภชนาการ การเกิดผลข้างเคียงเนื่องจากการใช้ยา (<http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=799>)

รักษาโรคนั้น แต่ไม่ได้มองภาพรวมว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาอย่างอื่นแทรกซ้อน อยู่ด้วยหรือเปล่า ซึ่งอาจจะทำให้เขามีภาวะพึ่งพิงหรือพิการในอนาคต เรื่อง รูปแบบของคลินิกผู้สูงอายุ ตอนแรกนั้นก็ยังไม่ชัดเจนว่าจะเป็นแบบไหน เพียงแค่ตกลงร่วมกันว่าควรมี ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังก็ เข้าถึงบริการลำบาก เพราะส่วนมากจะอยู่ตามลำพัง หรือไม่ลูกหลานก็ไป ทำงาน ทำให้ขาดนัดบ่อย เนื่องจากไม่มีคนมาส่ง

เราจึงนำปัญหาเหล่านี้มาปรับปรุงการบริการ โดย ‘ระบบ พัฒนา’ จะสร้างระบบคัดกรองที่ง่าย และใช้ได้ทุกจุด รวมทั้ง รพ.สต และประสานนัดเข้าคลินิกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุคนไหนที่เป็นผู้พิการหรือ อายุมาก เราจะลัดคิวให้ก่อน คลินิกสูงอายุดังกล่าว จะอยู่ในรูปแบบคลินิก พิเศษโดยสหวิชาชีพ ซึ่งทำงานแบบ One stop service (บริการตรวจ สุขภาพแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ) และจัดสภาพแวดล้อม จุดรับยาต่างๆ ให้มี ความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมปัญหา ผู้สูงอายุ และประสานงานผ่านศูนย์ HHC ในกรณีที่เป็น ด้านการเข้า ถึงบริการในส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง หากไม่สามารถเดินทางมารับยา รักษาโรคประจำตัวได้ ทาง รพ.สต.จะติดตามผู้สูงอายุไปถึงในชุมชน โดยจะมีพยาบาลเวชปฏิบัติออกไปให้บริการผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการลำบาก ให้สามารถรับบริการได้เหมือนในโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. และมีการ ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพร่วมกับท้องถิ่น

### การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute care)

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยใน ซึ่งมีทั้งการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เพื่อจะเชื่อมโยงไปสู่ชุมชน ในส่วนของ

‘ระบบเดิม’ ที่ทำอยู่ เราจะดูแลเหมือนผู้ป่วยทั่วไป คือ ดูแลเรื่องโรคเป็น หลัก ยังขาดการประเมินรอบด้าน และส่วนใหญ่จะรับจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge - การสิ้นสุดการรักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล) เพราะมี วันนอนนาน ซึ่งที่ผ่านมา เราขาดการวางแผนจำหน่าย (Discharge plan) อย่างเป็นทางการโดยสหวิชาชีพ เพื่อเตรียมชุมชนให้มีความพร้อมก่อนจะ จำหน่ายผู้ป่วยให้กลับบ้านอย่างปลอดภัย เราจึงมาปรับตรงนี้ โดย ‘ระบบ พัฒนา’ จะมีการประเมินปัญหาสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะตั้งแต่แรก รับ และดูแลตามปัญหาโดยสหวิชาชีพ ทางด้านการวางแผนจำหน่าย จะต้องครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และศูนย์ HHC ซึ่งเป็นระบบที่ เชื่อมประสานไปยังชุมชนจะต้องมีการพัฒนาให้ดีขึ้น

การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน นอกจากดูแลเรื่องโรคที่ทำให้เขา ต้องมานอนโรงพยาบาลแล้ว เราจะต้องประเมินและจัดการปัญหา ผู้สูงอายุด้วย เช่น การประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL: Activities of Daily Living) ว่าหลังจากการเจ็บป่วย ADL ลดลงมากขนาดไหน จะทำให้ดีขึ้น อย่างไร, แผลกดทับ (Bedsore), อาการสับสนเฉียบพลัน (Delirium), การพลัดตกหกล้ม, ภาวะการขาดสารอาหาร (Nutrition), การใช้ยาร่วมกัน หลายขนาน/หลายชนิด (Polypharmacy) เหล่านี้เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยมา นอนโรงพยาบาล เราจะมีทีมสหวิชาชีพคอยประเมินเรื่องต่างๆ เหล่านี้ให้ เพื่อเป็นข้อมูลและสรุปผลการดูแลรักษาว่า จะต้องดูแลอย่างไรต่อใน ชุมชน

ทางด้านการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ หลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นจาก การรักษาโรคเฉียบพลัน วิชาชีพสำคัญที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลคือ นักกายภาพบำบัด ซึ่งเมื่อเริ่มทำงานตรงนี้ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลก็

สนับสนุนโดยเพิ่มนักกายภาพบำบัดจาก 1 คน เป็น 3 คน เพราะเราจำเป็นต้องใช้นักกายภาพบำบัด ดูแลทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมทั้งมีการประเมินปัญหา (กาย, จิต, สังคม) โดยทีมสหวิชาชีพว่า ผู้สูงอายุที่มานอนโรงพยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพหรือเปล่า เพราะคนที่ต้องนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็น ผู้สูงอายุ เราจะคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่าย ถ้าคะแนนน้อยกว่า 20 คะแนน จะใช้แบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย D-METHOD<sup>2</sup> แต่ถ้ามีคะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป จะวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพ และส่งต่องานเยี่ยมบ้าน เพราะมีปัญหา มาก ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

---

<sup>2</sup> การวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ประกอบด้วย M (Medication) ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ/ E (Environment & Economic) ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน การจัดการเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคม/ T (Treatment) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการของตนเอง และรายงานอาการที่สำคัญให้แพทย์/พยาบาลทราบ มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล/ H (Health) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตน เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ื่อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน/ O (Outpatient Referral) ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อสรุปผลการรักษา และแผนการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานอื่นที่จะรับช่วงดูแลต่อ/ D (Diet) ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้านสุขภาพ (<http://www.sk-hospital.com/HA/lesson2.htm>)

## การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) เป็นระบบการดูแลที่มีความสำคัญ เพราะเป็นตัวช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงหรือความพิการในช่วงของการดูแลระยะยาวลดลง ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยๆ หลายระบบด้วยกัน ได้แก่ ระบบการรองรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อกลับมาจากโรงพยาบาลจังหวัด หลังหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน การประเมินดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยสหวิชาชีพ ทั้งกาย จิต สังคม การกายภาพบำบัด ฟันฟูผู้สูงอายุหลังหายจากการเจ็บป่วย การเตรียมและสอนผู้ดูแล การวางแผนจำหน่าย จัดเตรียมบ้าน เตรียมชุมชนให้พร้อมก่อนที่จะให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การส่งต่อศูนย์ HHC และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

จุดที่สำคัญของการดูแลระยะกลาง คือการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยซึ่งกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลจังหวัด ไปสู่โรงพยาบาลชุมชน

ปัญหาของ ‘ระบบเดิม’ ที่ผ่านมาระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับ มีทั้งกรณี ‘ผ่าน’ และ ‘ไม่ผ่าน’ โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์ HHC บางครั้งเราจึงไม่สามารถรู้ว่า มีผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทำให้ขาดความต่อเนื่องไป หรือบางทีกลุ่มที่ผ่านศูนย์ HHC ข้อมูลก็มาล่าช้า ทำให้ไม่สามารถประเมินเป้าหมายการดูแลแล้ว จะให้ดูแลผู้ป่วยขนาดไหน หรือต้องดูแลอะไรก่อน อีกทั้งข้อมูลจากระบบการส่งต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีเฉพาะข้อมูลโรคที่รักษาซึ่งไม่รอบด้าน

ในส่วนของ ‘ระบบพัฒนา’ เราได้พัฒนาระบบในการส่งกลับข้อมูลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์ โดยตกลงร่วมกันว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ถ้าจะส่งต่อกลับจะต้องมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุมีอายุ



มากกว่า 80 ปี คะแนน ADL ต่ำกว่า 50 คะแนน เป็นโรคที่ต้องเตรียมวางแผนจำหน่าย ก่อนจะส่งกลับไปอยู่ในชุมชน เช่น อุบัติเหตุจากหกล้ม เลือดสมองทำให้เกิดอาการอัมพาต หรืออัมพาตครึ่งซีก (CVA: Cerebrovascular accident, Paralysis or Hemiplegia) ผู้ป่วยที่มีข้อหาย่างต่างๆ ซึ่งครอบครัวยังไม่สามารถดูแลได้ กรณีเหล่านี้จะพิจารณาขอเข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admit) เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับไปชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนของเรามีจำนวนเตียงเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยระยะกลางได้ อีกทั้งยังมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยทำหน้าที่เป็นผู้คัดกรองในชุมชนด้วย ถ้าเกิดผู้ป่วยหลุดจากระบบของโรงพยาบาล ก็ยังมี อผส. และ อสม. รองรับอยู่

ทางด้านการเตรียมการวางแผนจำหน่าย แม้เรื่องนี้จะดำเนินการมานานแล้ว แต่การดูแลเพื่อเตรียมจำหน่ายผู้สูงอายุจะมีรายละเอียดที่เพิ่มขึ้นมา เราจึงต้องเตรียมทีม รพ.สต. ส่วนในชุมชนเองก็จะมีการประชุมกันอยู่แล้ว โดยเมื่อจำหน่ายผู้สูงอายุกลับไปสู่ชุมชน เราจะมีใบประเมินจากโรงพยาบาลส่งไปด้วย เพื่อประเมินว่า ทางด้านสุขภาพ ให้ดูแลเรื่องอะไร วางเป้าหมายไว้ขนาดไหน ผู้ป่วยต้องเดินได้-นั่งได้-กินข้าวได้ หรือทางด้านสังคม หากผู้ป่วยรายใดไม่มีผู้ดูแล อาจจะประสานให้ รพ.สต. ซึ่งรับผิดชอบในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอยู่แล้ว ไปช่วยดูหน่อยว่า ใครจะสามารถรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลในชุมชนได้

เรื่องการสอนและการประเมินทักษะผู้ดูแล อาทิ การทำผลการให้อาหารทางสายยาง การฉีดยาอินซูลิน (Insulin) การดูดเสมหะ

การทำกายภาพบำบัด ฯลฯ ก็จะต้องเตรียมให้พร้อม เพราะถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยกลับบ้านไป อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนกลับมาได้ เมื่อสอนเสร็จ ก็ให้ผู้ดูแลลงลายมือชื่อรับรองว่า เขาสามารถทำได้และพร้อมที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยแล้ว

มาถึงเรื่องระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (HHC: Home Health Care) ถือเป็นระบบที่สำคัญ คิดว่า คงจะมีทุกโรงพยาบาล แต่ถ้าการพัฒนาศักยภาพของระบบนี้ยังไม่ดีพอ เรื่องของการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวก็จะเป็นปัญหา

อย่าง ‘ระบบเดิม’ เรามีแนวทางการส่งตัวผู้ป่วยจากโรงพยาบาลผ่าน รพ.สต. แต่การเชื่อมโยงยังไม่มี ความชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้วจะรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือไม่ดีขึ้น การตอบกลับข้อมูลว่าผู้ป่วยดีขึ้นหรือยังก็อาจจะล่าช้า เนื่องจากไม่มีเจ้าหน้าที่ทำงานเต็มเวลา เพราะเราไม่ได้ให้ความสำคัญกับระบบ HHC มากนัก ถ้ามีรายงานผู้ป่วย (Case) จึงจะเรียกเข้ามา และยังคงแก้ปัญหาเฉพาะด้านสุขภาพ เพียงแค่ให้คำแนะนำไป ซึ่งบางทีครอบครัวของผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถทำตามคำแนะนำของเราได้ ขณะเดียวกันก็ไม่มีชุมชนร่วมสนับสนุนอย่างชัดเจน

ดังนั้น ‘ระบบพัฒนา’ จึงเป็นระบบ HHC ที่ชุมชนมีส่วนร่วมด้วย และมีการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนมากขึ้น เพื่อดูแลให้ครบทั้งด้านสุขภาพและสังคม โดยร่วมกับหลายภาคส่วนในชุมชน และมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในระดับ CUP (Contracting Unit for Primary Care) รวมทั้งจัดโครงสร้าง อัตรากำลังคนใหม่ ทาง

ด้าน รพ.สต.ก็เป็นผู้ประสานทีมในชุมชนในการเยี่ยมและดูแลอย่างต่อเนื่องตามความจำเป็น

หลังจากส่งผู้ป่วยกลับไปยังชุมชน ในครั้งแรกเราจะให้ทีมศูนย์ HHC ของโรงพยาบาลตามลงไปก่อน โดยจะต้องเข้าไปพร้อมกับทีมในชุมชน อพส. อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ซึ่งหากวางแผนจำหน่ายอย่างมีระบบ โดยการเตรียมบ้าน ผู้ดูแล และชุมชนให้พร้อม ผลลัพธ์การดูแลก็จะดีขึ้น อย่างเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่ง ครั้งแรกที่มารับการรักษานั้นดูไม่ตื่นกลัว ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต่างก็มีอายุมากพอๆ เราจึงมีการเตรียมผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของอาหาร การทำกายภาพบำบัด การปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน จนกระทั่งญาติมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแล แล้วจึงส่งต่อผู้ป่วยให้ รพ.สต.ดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยก็มีพัฒนาการที่ดีขึ้นเรื่อยๆ สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้

ถ้าชุมชนที่เราส่งผู้ป่วยกลับไปเกิดปัญหาขึ้น ระบบที่เราวางไว้ไม่ได้กำหนดให้ผู้ป่วยต้องกลับมาที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม เพราะจะเสียค่าใช้จ่ายและอะไรอีกหลายอย่าง แต่ทางศูนย์ HHC ของโรงพยาบาล (HHC Center) จะประสานไปที่ศูนย์ HHC รพ.สต. ให้เข้ามาประเมินก่อนว่าตกลงผู้ป่วยมีปัญหาอะไรในพื้นที่ และเขาสามารถจัดการได้หรือไม่ ถ้าจัดการไม่ได้ หากเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ ก็จะประสานแพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องเข้าไปแก้ไข และถ้าเป็นปัญหาทางด้านสังคม ก็จะประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ช่วยลงไปดูแล

อย่างไรก็ตาม หากดูแลกันไม่ไหวจริงๆ ดังเช่นกรณีที่ยกมา ซึ่งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลล้วนแต่เป็นผู้สูงอายุ เราก็มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตและปัญญาพิการ วัดทุ่งบ่อแป้น คอยให้การ

รองรับ เพราะการดูแลผู้สูงอายุแต่ละคน ความต้องการย่อมไม่เท่ากัน ถ้าครอบครัวมีศักยภาพดีเพียงพอ ก็ใช้ครอบครัวเป็นหลัก แต่ถ้าครอบครัวไหนไม่มีศักยภาพในการดูแล ทางศูนย์ฟื้นฟูที่วัดทุ่งบ่อแป้นก็อนุญาตให้ผู้ฟื้นฟูสามารถเข้าไปพักฟื้นชั่วคราวได้ โดยภายในศูนย์จะมีการดูแลทั้งแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ฯลฯ ซึ่งเราได้จัดทำระบบให้เข้ากับระบบของโรงพยาบาล สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปพักฟื้นชั่วคราว เพื่อเตรียมครอบครัว-ชุมชนให้พร้อมก่อน จากนั้นถึงให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน อันจะส่งผลให้การดูแลทำได้ดีขึ้น

### การดูแลระยะยาว (Long-term care)

การดูแลระยะยาว (Long-term care) ส่วนของ ‘ระบบเดิม’ นั้นมีมานานแล้ว แต่เป็นแบบแยกส่วน หลายหน่วยงาน ไม่ต่อเนื่อง และทำเป็นครั้งเป็นคราว ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน อีกทั้งยังมีบริการที่ไม่ครบวงจรในชุมชน และขาดผู้รับผิดชอบ ใน ‘ระบบพัฒนา’ เราจึงได้ตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอขึ้นมาอย่างที่ได้อธิบายไปในตอนต้น เพื่อให้บริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม โดยใช้ครอบครัวเป็นหลัก ถ้าครอบครัวดูแลไม่ไหว เราก็จะให้อาสาสมัครเข้าไปช่วยเหลือ โดยมีภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุน ซึ่งทางโรงพยาบาลห้างฉัตรก็จัดอบรมอาสาสมัครให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ อย่างน้อยต้องมีอาสาสมัครหมู่บ้านละ 2 คน ทางด้านกิจกรรมการดูแลก็จัดให้มีความเหมาะสมกับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและความสามารถของครอบครัวเป็นรายกรณีไป

อีกเรื่องที่เกี่ยวข้องกันก็คือ ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ ซึ่ง ‘ระบบเดิม’ ยังไม่มีศูนย์ประสานงานที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่ต้อง

ดูแลต่อเนื่อง เพราะมีความยุ่งยาก เวลาผู้สูงอายุมีปัญหา ไม่รู้ว่าจะให้ใครรับผิดชอบ ที่มีอยู่ก็เป็นเพียงแค่ศูนย์ส่งต่อการรักษาระยะเฉียบพลัน เราจึงมี ‘ระบบพัฒนา’ โดยจัดตั้งศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุขึ้นมา ซึ่งทำให้มีการส่งข้อมูลอย่างรอบด้าน มากกว่าเรื่องโรคเพียงอย่างเดียว และมีการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้ HHC เป็นศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ มีหน้าที่คือ ประสานงานกับหน่วยงานในโรงพยาบาล รพ.สต. โรงพยาบาลศูนย์ และนอกองค์กร รวมทั้งเป็นศูนย์รวบรวมข้อมูลรับแจ้งทุกเรื่องเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุในอำเภอ

การดูแลระยะยาวในพื้นที่ จะมีเครือข่ายในชุมชนดูแล และมีกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว มีการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงสมรรถภาพ และการดูแลหลากหลายรูปแบบ เหล่านี้เป็นข้อมูลโดยสรุปถึงกิจกรรมทั้งหมดที่โรงพยาบาลอำเภอห้างฉัตรร่วมกันทำมา

### นางสาวสมพิศ แสงบุญเรือง

หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลห้างฉัตร

ขออนุญาตเสริมในส่วนของชุมชน จุดแข็งของโรงพยาบาลห้างฉัตรที่ทำให้เราทำงานได้สำเร็จ คือ ภาศิเครือข่าย โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุ

ในส่วนของผู้สูงอายุ เราพยายามคิดว่า ทำอย่างไรจะให้เขารวมตัวกันได้ เป็นชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง เพราะถ้าชมรมไม่เข้มแข็ง ยังไม่สามารถเดินได้ด้วยตัวเอง ใครก็คงไม่สามารถเข้าไปช่วยเหลือได้เท่ากับกลุ่มของเขาช่วยกันเองก่อน ซึ่งประธานชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะเป็น

ผู้สูงอายุที่เกษียณ ประกอบอาชีพเป็นครูหรือทหารบ้าง จึงมีองค์ความรู้ และการเรียนรู้ที่เร็ว ที่สำคัญคือ แกนนำจะต้องมีจิตสวัสดิการสูง ช่วยผลักดันเรื่องการทำกิจกรรมและงบประมาณต่างๆ ภายในชุมชน

ขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท่านนายกเทศมนตรีก็มีวิสัยทัศน์ และกำหนดนโยบายเรื่องผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เรามีเทศบาล 2 แห่ง เวลาของงบประมาณสนับสนุน ท่านก็จะให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และเต็มพื้นที่ของเรา มีปัญหาผู้สูงอายุฆ่าตัวตาย เมื่อท่านมองเห็นความสำคัญตรงจุดนี้ ก็สนับสนุนให้ทำกิจกรรมต่อเนื่องทุกเดือน ทำให้ผู้สูงอายุไม่เหงา

อีกเรื่องที่สำคัญคือ ฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม จะต้องชัดเจน เราจึงจะรู้ว่า ถ้าผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 หรือ ‘กลุ่มติดเตียง’ มีมากขึ้น จะต้องทำอะไร หรือผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ซึ่งช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ มีความเข้มแข็ง แข็งแรงอยู่แล้ว จะมาช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 และ 3 ได้อย่างไรบ้าง รวมทั้งในส่วนของการสาธารณสุข ก็ต้องให้องค์ความรู้ทางด้านวิชาการกับกลุ่มจิตอาสาที่เข้าไปช่วยงานเราด้วย เพราะเจ้าหน้าที่คงไม่สามารถเข้าไปดูแลได้ตลอดเวลา

ทางด้านส่วนที่ยังขาดและต้องพัฒนาต่อ คือเรื่องกองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ เนื่องจากเราพัฒนาระบบเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. จนกระทั่งถึงชุมชน จึงรู้ปัญหาของโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในเขตเมืองว่า ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงนั้นค่อนข้างสูง ขณะเดียวกันลักษณะของครอบครัวในเขตเมือง ลูกหลานมักจะออกไปทำงานข้างนอก ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง และมีปัญหาการดูแล ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลห้างฉัตรซึ่งอยู่ในชุมชน

ส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะครอบครัวที่ลูกหลานยังดูแลพ่อแม่อยู่ เนื่องจากเป็นวัฒนธรรมชุมชน ดังนั้นในเขตเมืองจึงมีปัญหว่า ใครจะเป็นคนดูแลผู้สูงอายุ เมื่อลูกหลานออกไปทำงาน ด้วยเหตุดังกล่าว ช่วงที่ผ่านมาจึงได้มีโอกาสทำวิจัยเรื่องต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตอนนี้กำลังอยู่ในช่วงสรุป คิดว่า คงจะได้นำเสนอผู้บริหารระดับสูงในลำดับถัดไป

### นางบุญตาย สิริไพศา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง  
จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาต  
และปฏิบัติธรรม วัดทุ่งบ่อแป้น

ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพฤกษ์-อัมพาตและปฏิบัติธรรม วัดทุ่งบ่อแป้น เน้นในเรื่องของจิตอาสาเป็นหลัก ลักษณะการทำงานจะประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลห้างฉัตร ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ค่อนข้างดี

อยากจะเปรียบเทียบการทำงานของจิตอาสา กับ ‘ไวรัส’ ในเครื่องคอมพิวเตอร์ เนื่องจากพยาบาลของเรามาจากหลากหลายแห่ง เหมือนไวรัสที่แทรกซึมอยู่ในแต่ละจุด เพื่อคอยสืบข่าวกัน และช่วยกระจายเรื่องที่ทางทีมได้วางระบบไว้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

และอีกส่วนหนึ่งคือ จิตอาสาในกลุ่มของชุมชน เช่น อสม. ผู้สูงอายุ ถือเป็นอีกแรงสำคัญที่ช่วยเราทำงาน เพราะบุคลากรทั้งของภาครัฐ และเอกชนมีความขาดแคลน เราจึงนำคนกลุ่มนี้มาฝึกทักษะ โดยมีเจ้าหน้าที่คอยควบคุม เพื่อช่วยกันดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมและฟื้นฟูด้านต่างๆ

## ช่วงที่ 2 : การดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในชุมชน

### (2) บทบาทของสถานพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในชุมชน

นางสมอวี แบ่งกุลจิต

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนชุมพู่  
อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

ทีมของโรงพยาบาลชุมชนกับ รพ.สต.มีความแตกต่างกัน ในส่วนของเรานั้นจำกัดด้วยทรัพยากร บุคลากร และงบประมาณ ทีมสหวิชาชีพก็ไม่เหมือนกับในโรงพยาบาล เพราะเราไม่มีนักโภชนาการ หรือนักกายภาพบำบัด มีแต่ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

รพ.สต.ตอนชุมพู่ เป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้บ้านใกล้ใจ และเป็นหนึ่งในพื้นที่ต้นแบบของ มส.ผส.สนับสนุนโดย สสส. ซึ่งถือเป็นโชคดี เพราะช่วยเป็นทางลัดให้กับเรา บางเรื่องให้คิดเองทำเองบางทีก็คิดไม่ค่อยออก เมื่อมี มส.ผส.มาช่วยให้เครื่องมือ องค์ความรู้ ในการทำงาน ก็ทำให้เราขับเคลื่อนงานไปได้ค่อนข้างเร็ว

เราทำงานเรื่องผู้สูงอายุมา 10 ปี แต่ก่อนหน้านี้ไม่ได้ทำทุกมิติของการดูแลผู้สูงอายุ ดูแลเพียงมิติเดียวคือ มิติสุขภาพ และทำงานเชิงรับ ผู้สูงอายุมีอาการป่วยก็ดูแลกันไป หรือออกไปเยี่ยมบ้าน เราก็ไม่ได้กำหนดว่าจะไปเยี่ยมใครก่อน-หลัง ไปถึงบ้านใคร อยากเยี่ยมก็เข้าไปเยี่ยม หรือทางโรงพยาบาลชุมชนส่งผู้ป่วยมา เราก็เยี่ยมตามที่มิใบสั่ง (Order) ไม่ได้



นายก อบต.ก็ออกไปดูแล  
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนร่วมกับเรา  
โดยเราบอกว่า  
ทำแบบนี้มันถึงคนมากกว่า  
ถ้ามีแล้วไปทำถนน  
แต่คนยังป่วย  
ก็ไม่มีใครไปเดินถนนของท่าน

คิดเองทำเอง พอมีเครื่องมือในการทำงานจากทาง มส.ผส. จึงทำให้เรารู้  
ว่า ต้องหา ‘เพื่อนร่วมอุดมการณ์’ มาทำงานผู้สูงอายุร่วมกับเราเพื่อให้  
เกิดความยั่งยืน รวมทั้งหา ‘ตัวละคร’ ที่อยู่ในชุมชนและนอกชุมชน  
ว่าใครบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และสามารถขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุไปร่วมกับ  
เราได้

ภาคีหลัก 3 ภาคีคือ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาคีบริการ  
สังคม และภาคีบริการสุขภาพ ทุกภาคีทำงานดูแลผู้สูงอายุเหมือนกัน  
แต่ทำงานไปคนละทิศคนละทาง ฉะนั้นจึงเป็นสิ่งท้าทายว่าจะทำอย่างไร  
ให้ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ทั้ง อบต. ผู้ใหญ่บ้าน เข้ามาร่วมทำงาน  
ขับเคลื่อนกับเรา ทำอย่างไรจะให้ภาคีบริการสังคม ไม่ว่าจะ เป็น สำนักงาน  
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ศูนย์อเนกประสงค์  
สภาผู้สูงอายุ เข้ามาร่วมทำงานร่วมกับเรา และภาคีบริการสุขภาพ ก็ต้อง  
ประสานกับเครือข่าย เพื่อเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลชุมชน เพราะเมื่อแต่ละ  
ภาคีต่างมีเป้าหมายเดียวกัน ทิศทางก็ไม่ควรไปคนละทิศทาง หรือใช้  
ข้อมูลคนละข้อมูล โดยไม่ได้นำข้อมูลมาเป็นฐานในการขับเคลื่อนการ  
ทำงานร่วมกัน

เราจึงกำหนดรูปแบบการจัดการข้อมูลผู้สูงอายุของตำบล  
ดอนขมพูนขึ้นมา โดยอาศัย อผส.เป็นผู้สำรวจข้อมูลให้ และก่อนที่จะให้  
อาสาสมัครเข้าไปสำรวจข้อมูล ก็จะต้องพาเขาไปดูงานในพื้นที่ เพื่อศึกษา  
สภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้สูงอายุ และนำมาออกแบบการใช้แบบ  
ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily  
Livings: ADL) ซึ่งถือเป็นเครื่องมือชิ้นแรกที่เรานำมาใช้ขับเคลื่อนการ  
ทำงาน ในชุดเครื่องมือดังกล่าว ไม่ได้มีเฉพาะการประเมินด้านสุขภาพ

แต่เป็นเครื่องมือที่บูรณาการเรื่องของสังคม สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ เข้าไปด้วย เพราะฉะนั้น พมจ. หรือ อบต. ก็สามารถเข้ามาบูรณาการชุดข้อมูลกับเราได้

การสำรวจข้อมูล จะเริ่มต้นจากการคัดกรอง/เก็บรวบรวมข้อมูล พอได้ชุดข้อมูล ก็นำมาตรวจสอบ วิเคราะห์ และจัดเก็บในฐานข้อมูล ซึ่งฐานข้อมูลดังกล่าวถูกพัฒนาขึ้นโดย มส.ผส. มีความสะดวกในการหยิบไปใช้ และสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้ รวมทั้งฐานข้อมูลยังออกแบบ ปรับปรุง และพัฒนาโดยผู้ใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ เมื่อได้ฐานข้อมูลมาแล้วก็จะมีเวทีคืนข้อมูลให้กับชุมชน โดยเชื่อมโยงข้อมูล เพื่อให้ทุกภาคีเครือข่ายได้ใช้ชุดข้อมูลของเราให้เกิดประโยชน์ อันจะนำไปสู่เป้าหมายเดียวกันคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลได้รับการดูแล หลังจากคืนข้อมูลให้กับชุมชนแล้ว จึงสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมการดูแลในชุมชนของทั้ง 3 ภาคี ถ้าภาคีมีปัญหาเกี่ยวกับชุดข้อมูล ก็สามารถปรับปรุงและพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการที่หมุนเวียนไปเรื่อยๆ

ในส่วนของการสะท้อนและคืนข้อมูลให้กับชุมชนนั้น เราจะทำผ่านเวทีวงเดือนลำดวน ซึ่งถือเป็นเครื่องมือขั้นที่ 2 ในการขับเคลื่อนการทำงานชุมชน โดยปรกติการประชุมผู้สูงอายุจะประชุมกันทุกเดือน เมื่อมีเครื่องมือนี้เพิ่มเข้ามา ทำให้เรารู้จักรูปแบบการจัดประชุมรูปแบบใหม่ ที่เราไม่ได้เป็นนางเอกอยู่คนเดียว แล้วผู้สูงอายุเป็นแค่ผู้มาร่วม แต่เวทีวงเดือนลำดวนเป็นการจัดเวทีที่เปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสมาเล่าเรื่อง ให้อาสาสมัครได้มีโอกาสสะท้อนข้อมูล

ที่ได้เจอมา เป็นการเอาการดำเนินงานทั้งหมด ปัญหา และความสำเร็จ มาเล่าสู่กันฟังในเวที

การสะท้อนและคืนข้อมูลอีกอันหนึ่งคือ การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ซึ่งตำบลดอนชมพูได้จัดทำขึ้น และนำแผนมาจัดสรรงบประมาณ โดยกำหนดข้อบัญญัติเรื่องงบประมาณ และมีแผนกองทุนตำบลที่รองรับงานผู้สูงอายุ เหล่านี้ถือเป็นการขับเคลื่อนโดยใช้ข้อมูลเป็นฐาน

สำหรับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของตำบลดอนชมพู เราดูแลครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 4 มิติ ดังนี้ 1) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2) การพัฒนางาน เสริมสร้างอาชีพและรายได้ให้กับผู้สูงอายุ 3) การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และ 4) การจัดปรับอาคาร/สถานที่ให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ทางด้านการจัดระบบบริการใน รพ.สต. เรามุ่งเน้น 1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ ว่าทำอย่างไรจะชะลอความเสื่อมตามวัย และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะทุพพลภาพ 2) การทำงานบริการเชิงรุก ยืดหยุ่น สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และตามปฏิทินชุมชน 3) ใช้ทีมสหวิชาชีพของ รพ.สต.และเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลชุมชน สิ่งสำคัญคือ การทำงานเป็นทีม (Teamwork) อย่างน้อยทีมงานที่มาร่วมเวทีวันนี้ ก่อนจะเดินทางมา นื่องบอกว่า ไม่ได้มากรุงเทพฯ 10 ปีแล้ว เห็นอาจารย์ประเวศแต่ในหนังสือ ทั้งที่เรียนจบมาได้เพราะหนังสือของอาจารย์ ไม่เคยได้มาเห็นตัวจริง การมาร่วมในเวทีนี้จึงถือเป็นโอกาสของนื่องและเป็นการพัฒนาเรื่องการทำงานเป็นทีม เพราะถ้า ‘หัว’ อยากรู้ แต่ ‘หาง’ ไม่อยากทำด้วย ก็คงขับเคลื่อนงานไปไม่ได้ 4) มีบริการเชื่อมโยง ส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดยเชื่อมต่อกับหน่วยกู้ภัยภายใน

ตำบล ไม่ว่าจะ เป็นสายด่วน 1669 ตลอดจนระบบ EMS (Emergency Medical Services) ของโรงพยาบาล และ 5) การบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. ของตำบลดอนชมพู

**ระบบการบริการของ รพ.สต. เราใช้กระบวนการของคุณี สุขภาพชุมชนเดิม** คือ บริการชุมชน บริการใน PCU (Primary Care Unit) และบริการต่อเนื่อง โดยจะเน้นในเรื่องของบริการต่อเนื่องเป็นหลัก ทั้งการใช้บ้านเป็นเตียงนอนผู้ป่วย (Home Ward) การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (HHC: Home Health Care) เพราะฉะนั้นทีมงานจะต้องได้รับการพัฒนาความรู้และการทำงาน เชื่อมต่อกับโรงพยาบาล เพื่อนำองค์ความรู้เหล่านี้มาทำงานใน รพ.สต.

ในเรื่องของช่องทางด่วน ตอนนี้ทาง รพ.สต. ได้เปิดบริการ ทางด่วนผู้สูงวัย ‘70 ปี ไม่มีคิว’ เพื่อสนองนโยบายของรัฐบาล และเน้น เรื่องของการติดต่อสื่อสาร ทั้งโทรศัพท์ วิทยุ สามารถสื่อสารกับระบบ ส่งต่อได้ รวมทั้งทางจังหวัดนครราชสีมา ยังทำเรื่องของคุณี ข้อมูล สาธารณสุข (Data Center) โดยใช้วิธีเชื่อมโยงข้อมูลแบบจุดต่อจุด (Point to Point - วิธีเชื่อมต่อสื่อสารข้อมูลระหว่างอุปกรณ์ 2 อุปกรณ์ โดยมีเส้นทางเพียง 1 เส้น) ไม่ว่าผู้ป่วยไปรักษาตัวที่ไหนก็สามารถเรียกดู ข้อมูลได้ เพราะฉะนั้นข้อมูลผู้สูงอายุจะมีความทันสมัยมากขึ้น

ส่วนการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ทาง รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนในเรื่อง 1) การตรวจวินิจฉัยและรักษา เช่น การให้ คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชม. การสนับสนุนเวชภัณฑ์สำหรับ ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน 2) การสนับสนุนด้านการเงิน การคลัง ซึ่งเราได้รับ

งบประมาณสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นอย่างดี โดยปีนี้ได้รับรถ 4 ประตุม้าจำนวน 1 คัน ซึ่งเป็นผลมาจากการพาท่านผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขลงพื้นที่ และได้เห็นการทำงานจริง ทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ข่ายจึงสนับสนุนรถมาไว้ให้ใช้ในการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อ เป็นการสร้างแรงจูงใจ 3) การสนับสนุนบุคลากร และ 4) การสนับสนุน ด้านวิชาการและการพัฒนาบุคลากร

### นางขวัญนิรันดร์ ไททอง

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนชมพู  
อำเภอโพนสูง จังหวัดนครราชสีมา

ทางทีม รพ.สต.ดอนชมพู ได้ออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน และมีกรณีศึกษาของผู้ป่วย (Case) ที่ประทับใจ อยากจะบอกเล่าให้ฟัง หลายกรณี ดังต่อไปนี้

- คุณยาย อายุ 73 ปี ประสบอุบัติเหตุกระดูกซี่โครงร้าว 5 ซี่ แขนซ้ายหัก 2 ท่อน ขาซ้ายหัก 2 ท่อน ต้องนอนอยู่ โรงพยาบาลนานถึง 22 วัน ซึ่งตลอดเวลาคุณยายจะนอนอยู่ บนเตียงตลอด ทางทีม รพ.สต. ซึ่งมีผู้ช่วยแพทย์แผนไทยอยู่ในทีมด้วย ก็ออกไปทำกายภาพบำบัดให้คุณยาย รวมทั้งมี ออฟส. ที่ผ่านการอบรมแล้วไปช่วยทำกายภาพบำบัดให้กับคุณ ยายที่บ้านด้วย ครั้งล่าสุดที่ไปเยี่ยม คุณยายท่านนี้สามารถ ลุกขึ้นมาช่วยเหลือตัวเอง เคลื่อนย้ายโดยใช้อุปกรณ์ และรับ ประทานอาหารได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หน้าตาสดชื่น แจ่มใส

## รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของตำบลดอนชมพู

### มิติที่ 1 การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุของตำบลดอนชมพู เรามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 943 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.80 และมี อผส. ทั้งหมด 69 คน ตอนนี้กำลังพัฒนา อสม.ให้เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุด้วยเพื่อให้มีกำลังคนเต็มทุกพื้นที่ โดยเราจะอบรม อผส. และ อผส.เชี่ยวชาญ เรื่องการทำกายภาพบำบัดเบื้องต้นให้

เมื่อแยกผู้สูงอายุตามกลุ่มภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มที่ 1 กลุ่มไม่พึ่งพิง มีจำนวน 827 คน หรือร้อยละ 87.7 กลุ่มที่ 2 กลุ่มพึ่งพิงน้อย มีจำนวน 82 คน หรือร้อยละ 8.7 และกลุ่มที่ 3 กลุ่มพึ่งพิงมาก มีจำนวน 34 คน หรือร้อยละ 3.61 การแบ่งกลุ่มในลักษณะนี้ทำให้รู้ว่าเราจะต้องดูแลใครก่อน-ใครหลัง และทำให้สามารถจัดระบบบริการได้ตามกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

**กลุ่มที่ 1 กลุ่มไม่พึ่งพิง** เน้นการส่งเสริมป้องกันโรค (Health Promotion) การออกกำลังกาย การชะลอความเสื่อมตามวัย และเนื่องจากเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าสังคมได้ จึงต้องหาเวทีให้เขาได้แสดงออก ส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณีไทยตามแต่โอกาส ที่สำคัญคือการทำงานต้องบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย

**กลุ่มที่ 2 กลุ่มพึ่งพิงน้อย** ผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะเจ็บป่วย แต่ทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงต้องเน้นการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การดูแลเรื่องอาหาร ยา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยมี อผส.เข้าไปเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ

**กลุ่มที่ 3 กลุ่มพึ่งพิงมาก** หรือกลุ่มติดเตียง ต้องดูแลแบบประคับประคอง เพราะผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้าย กลุ่มนี้จะได้รับการ

ดูแลโดย อผส.ที่มีความเข้มแข็ง และบางเดือนก็จะมี อผส.สัญจร ซึ่งมาจากหลายหมู่บ้านมารวมตัว หมุนเวียนไปช่วยกันในแต่ละหมู่บ้าน และเรามีทีมอาสา ยาใจ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ซึ่งเป็น อผส.ของเรา ที่มีความสามารถถึงขนาดประเมินได้ว่า ใครใกล้จะเสียชีวิตแล้ว มีชีวิตอยู่ได้อีกกี่วัน หลังจากนั้นทาง รพ.สต.ก็จะเข้าไปดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมงาน โดยตั้ง ‘พระ’ เข้ามามีส่วนร่วมด้วย ซึ่งพระท่านก็ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้วเช่นกัน หรือบางครั้งทางนายก อบต.ก็ออกไปร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนร่วมกับเรา โดยเราบอกกับท่านว่า ทำแบบนี้มันถึงคนมากกว่า ถ้ามันแต่ไปทำถนนแต่คนยังป่วยก็ไม่มีใครไปเดินถนนของท่าน ตรงข้าม ถ้าท่านไปเยี่ยมเขาชาวบ้านเห็นก็ดีใจ เข้ามาสวมกอด

### มิติที่ 2 การพัฒนางาน เสริมสร้างอาชีพและรายได้ให้กับผู้สูงอายุ

รพ.สต.ดอนชมพู ได้สำรวจและตั้งเอาภูมิปัญญาที่ซ่อนอยู่ในตัวผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านออกมา ซึ่งปรากฏว่า มีภูมิปัญญาที่ซ่อนอยู่ในตัวผู้สูงอายุมากมาย เช่น ความสามารถเรื่องการจักสาน เราก็นำผู้สูงอายุเหล่านั้นมาสานตะกร้า หรือบางท่านมีความสามารถในเรื่องศิลปวัฒนธรรม อย่างการสีซอ เล่นพิณ ตีกลอง เราก็นำมารวบรวมจัดตั้งเป็นวงมโหรีของตำบล ชื่อว่า ‘วงมโหรีเหลืองลำตวน’ โดยในส่วนของนางรำก็ให้ผู้สูงอายุมาเป็นคนรำ และยังมีอีกชุดหนึ่งเป็นนางรำย้อนยุคจากคณะ อผส.ของเราด้วย

### มิติที่ 3 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

จะอย่างไรให้เขามีชีวิตดี มีเงินใช้ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในวัยผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้นจึงต้องเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อน



เข้าสู่การเป็นผู้สูงวัย ซึ่งส่วนใหญ่จะเตรียมกันตั้งแต่อายุ 50-59 ปี ทั้งเรื่องการออม อาชีพ ที่อยู่อาศัย โดยเราจะคัดกรองสุขภาพ จัดอบรม การเตรียมความพร้อมเรื่องการออม เศรษฐกิจพอเพียง และบูรณาการ ไปกับงานสุขภาพศิริวิถีไทย เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิต หลอดเลือด ในสมอง โดยเน้นการออกกำลังกายด้วยไม้พลอง ฤๅษีดัดตน เป็นต้น

#### มิติที่ 4 การจัดปรับอาคาร/สถานที่ให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

การจัดปรับอาคารสถานที่ที่จะเริ่มที่ รพ.สต.ก่อน เพื่อให้สถาน ที่ของเราเอื้อต่อผู้สูงอายุ โดยตอนนี้สถานที่สาธารณะที่เราทำ และมีผู้สูงอายุไปใช้ประโยชน์มากที่สุดคือ วัดต้นแบบที่วัดดอนชมพู ซึ่งได้รับงบประมาณจากพี่น้องประชาชนบริจาคเข้ามา

สิ่งที่ทำมาทั้งหมดทั้งหมดนี้ ผู้สูงอายุได้ อะไร ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ถึงแม้จะต้องอยู่ติดเตียง เราก็ดูแลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้คนที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความมั่นใจว่า ท่านจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุก็น่าชื่นชม รายได้ มีเวทีแสดงออกตามศักยภาพของตนเอง เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยเพื่อนที่แข็งแรงไปดูแลเพื่อนที่อ่อนแอกว่า และทำงานเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ได้จากการทำงานผู้สูงอายุ

- คุณยาย อายุ 75 ปี มีอาการช็อค พบว่า เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทางทีม รพ.สต.จึงได้ออกไปทำการดูแลแบบผู้ป่วย ระยะสุดท้าย เพราะคิดว่า คุณยายใกล้จะเสียชีวิตแล้ว แต่หลังจากเราเข้าไปดูแลทุกๆ วัน คุณยายก็เริ่มมีแรง ปัจจุบันสามารถเดินได้แข็งแรงตามปรกติ และมีกำลังใจที่ดีมาก
- คุณตาป่วยเป็นมะเร็งที่ขา และไม่ยอมรับการรักษา ทางทีม จาก รพ.สต.ดอนชมพูและโรงพยาบาลโนนสูงจึงออกไป ประเมินผู้ป่วย โดยมี อผส.เข้าไปร่วมดูแลด้วย จนในที่สุด คุณตาก็ยอมเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชและถูกตัดขาทิ้ง หลังจากนั้นทางทีม อผส.ก็เข้าไปทำกายภาพบำบัด ให้ เพราะคุณตาไม่ยอมเดิน จึงต้องนำอุปกรณ์ไปให้ฝึกหัดเดิน เพื่อให้กล้ามเนื้อขาอีกข้างที่ยังดีอยู่ได้มีกำลัง และประสาน กับสโมสรโรตารีมามอบรถให้ ตอนหลังมานี้ เราไปเยี่ยมคุณตาที่บ้านก็จะไม่เจอแล้ว เพราะท่านออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ คนอื่นให้หมู่บ้าน จากแรกเริ่มซึ่งเป็นคนที่ทางเราต้องไปคอย ให้กำลังใจ แต่ปัจจุบัน คุณตากลับไปให้กำลังใจผู้ป่วยคนอื่น ที่ต้องนอนติดเตียงแทน
- คุณยาย อายุ 70 ปี มีอาการเวียนศีรษะ วูบ หมดสติ พอฟื้นก็ พบว่า ปากเปื่อย ฟันไม่ชัด ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โนนสูง และถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลมหาราช จนกระทั่ง กลับมานอนติดเตียงอยู่ที่บ้าน ทางผู้ช่วยแพทย์แผนไทย จึง ต้องออกไปเยี่ยมสัปดาห์ละ 4-5 วัน พร้อมกับทีม อผส.ที่

ผ่านการฝึกอบรมทำกายภาพบำบัด ตอนนี้คุณยายสามารถลุกขึ้นเดินและไปเยี่ยมบ้านคนอื่นๆ ได้แล้วเช่นเดียวกัน

- คุณตา อายุ 80 ปี ป่วยเป็นโรคสะเก็ดเงิน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนสูง และกลับมาอนรักษาตัวที่บ้าน ทางทีม รพ.สต.ต้องออกไปล้างแผลให้ ซึ่งการล้างแผลแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 1 - 1.30 ชั่วโมง เพราะคุณตาเป็นแผลทั่วทั้งตัว การดูแลก็จะสลับสับเปลี่ยนหมุนเวียนกัน ซึ่งทีมที่ออกไปจะมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน พนักงานผู้ช่วยจากรพ.สต. 1 คน และ อพส. 2 คน รวมแล้วครั้งละ 4-5 คน ไปช่วยกันล้างแผล ถึงตอนนี้คุณตามีอาการดีขึ้น แผลไม่มีอาการคัน จากเมื่อก่อนที่ไม่มีความสุขสบายเลย เมื่อทางทีมเข้าไปอาบน้ำ ล้างแผลให้เช้า-เย็น ตอนนี้สามารถยืมแยมแจ่มใส สดชื่น ปัจจุบัน ทางทีมไม่ได้ออกไปล้างแผลให้แล้ว เพราะมีลูกสาวเป็นคนล้างแผลให้แทน โดยเราเป็นคนสอนและให้ความรู้ และเมื่อไหร่ก็ตามหากทางญาติหรือลูกสาวไม่สามารถทำได้หรือมีปัญหาเพิ่มเติม เช่น แผลเป็นมากขึ้น ก็สามารถปรึกษากับทางทีม รพ.สต.ได้ตลอดเวลา
- คุณตาป่วยเป็นไตวายเรื้อรัง ต้องล้างไตเองที่บ้าน วันละ 4 ครั้ง ตอนเช้า-เที่ยง-สี่โมงเย็น-สองทุ่ม ซึ่งช่วงแรกที่กลับมาจากโรงพยาบาลศูนย์ใหม่ๆ มีภาวะติดเชื้อจากการล้างไต หลังจากนั้นห้องล้างไตของคุณตาจึงต้องติดตั้งเครื่องปรับอากาศ เพื่อให้เกิดความสะอาด โดยทางทีม รพ.สต.และ

โรงพยาบาลโนนสูงได้คอยเข้าไปดูแลช่วยเหลือ ตอนนี้คุณตาสามารถล้างไตด้วยตนเองและไม่มีภาวะติดเชื้อแล้ว


- คุณยายหกล้มที่บริเวณหน้าบ้าน กระดูกต้นขาข้างซ้ายหัก ต้องเข้ารับการผ่าตัด ทางทีม รพ.สต.ก็ออกไปทำกายภาพบำบัดให้ ครั้งล่าสุดไปเยี่ยมเมื่อวาน หลังจากนอนติดเตียงมานาน 2-3 เดือน ตอนนี้คุณยายสามารถเดินได้ 10 ก้าว และมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ

จากผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เราพบว่าจากผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ซึ่งเคยนอนติดเตียงอยู่ที่บ้าน ไม่สามารถไปไหนได้ ตอนนี้ได้พัฒนาไปเป็นกลุ่มที่ 2 ทั้งหมด 5 คน รวมทั้งยังมีผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ส่วนหนึ่ง พัฒนากลายไปเป็นกลุ่มที่ 1 สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้อย่างสะดวก ซึ่งเป็นผลงานที่ทางทีม รพ.สต.ดอนชมพูมีความภาคภูมิใจมาก

## ช่วงที่ 2 : การดูแลผู้สูงอายุ แบบบูรณาการในชุมชน

### (3) บทเรียน ท้องถิ่นกับการบูรณาการ งานผู้สูงอายุในชุมชน

นายวิฑิตพงษ์ ศักดิ์ชัยสมบูรณ์  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม  
อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี



ภาคีหลัก 3 ภาคีคือ ภาคีบริการ  
ชุมชน/ ท้องถิ่น ภาคีบริการสังคม  
และภาคีบริการสุขภาพ ทำงานดูแล  
ผู้สูงอายุเหมือนกัน  
แต่ไปคนละทิศทาง ไม่ได้นำข้อมูล  
มาเป็นฐานในการทำงานร่วมกัน  
เราจึงกำหนดรูปแบบการจัดการข้อมูล  
ผู้สูงอายุของตำบลคอนข่มพูนขึ้น

โดยส่วนตัวไม่มีความรู้เรื่องงานผู้สูงอายุ จึงต้องหาข้อมูล ในการ  
หาข้อมูลนั้นก็ได้มาจากการทำแผนชุมชน ซึ่งเป็นความต้องการของพี่น้อง  
ในหมู่บ้านและตำบล ประกอบกับเริ่มมาทำงานกับสำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มส.ผส. และมาเจอเพื่อนในเครือข่ายที่ทำข้อมูล  
ร่วมกัน จึงเริ่มมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

แนวคิดที่มาของการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชนแบบ  
บูรณาการ เนื่องจากต้องการแก้ไขปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ  
แบบองค์รวมกับทุกภาคส่วน จากข้อมูลเบื้องต้น ประชากรของตำบล  
ท่างาม มีจำนวน 5,000 กว่าคน อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ประมาณ 3,000  
กว่าคน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุ 900 กว่าคน หรือคิดเป็นสัดส่วน 1 ใน 3  
ของประชากรที่อาศัยอยู่จริงในตำบลท่างาม ดังนั้นเป็นหน้าที่ของเราที่จะ  
ต้องทำให้เขาสามารถอยู่ในพื้นที่ได้อย่างไม่ยากลำบาก จึงมีแนวคิดว่าจะ  
ต้องรวบรวมเครือข่ายที่มีอยู่ อย่างเช่น มส.ผส. สปสช. รพ.สต. รพช.  
พมจ. อสม. ซึ่งเป็นภาคีที่ทำเรื่องสุขภาพ/คุณภาพชีวิต เข้ามาทำงานร่วมกัน  
แบบบูรณาการ

โดยรูปแบบของการบูรณาการ ไม่ว่าจะทำเรื่องอะไรในประเทศนี้ มียุทธศาสตร์หลักอยู่ 6 เรื่องด้วยกันคือ 1) ยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคม และคุณภาพชีวิต 2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการเมือง การบริหารจัดการ 4) ยุทธศาสตร์พัฒนาด้านการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และประเพณี 5) ยุทธศาสตร์พัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน และ 6) ยุทธศาสตร์พัฒนาด้านเศรษฐกิจ แต่ถ้ามองยุทธศาสตร์ทั้งหมด ของหน่วยงาน 35 กระทรวง หรืออีกทีทบวงกรม จะตอบโจทย์อยู่เพียงเรื่องเดียวคือ ความสุขของพี่น้องประชาชน แต่ทุกวันนี้ที่ยังวนอยู่รอบนอกไม่ถึงเป้าหมายเสียที เพราะเราแม้แต่ทำเรื่องของตัวเองที่ตัวเองทำหรือเปล่า

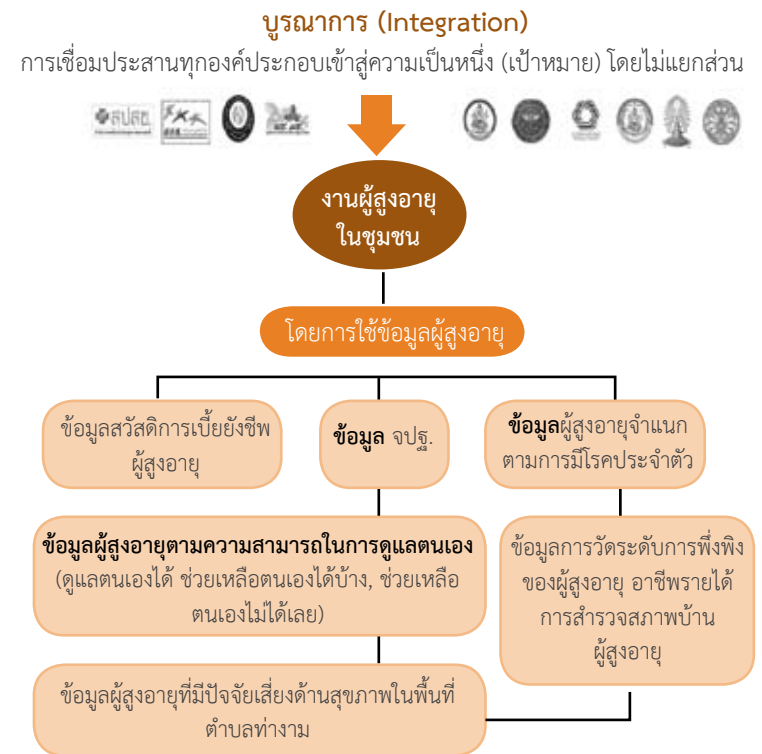
ขั้นตอนการบูรณาการในพื้นที่ตำบลท่างาม แบ่งออกเป็น การบูรณาการจากข้างใน และการบูรณาการข้างนอก ในส่วนของการบูรณาการจากข้างใน จะมีการจัดทำแผนชุมชน ซึ่งกระทรวงมหาดไทย เป็นหน่วยงานที่ดำเนินการ และแผนพัฒนาตำบล ซึ่งท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการ จนกระทั่งออกมาเป็นข้อบัญญัติงบประมาณรายจ่าย และกลายเป็นกิจกรรม/โครงการต่างๆ ส่วนการบูรณาการข้างนอก เป็นเรื่องของมูลนิธิและองค์กรที่เราประสานขอรับการสนับสนุน จากนั้นก็จะนำเสนอโครงการ และออกมาเป็นกิจกรรม/โครงการต่างๆ เช่นเดียวกัน ซึ่งทั้งหมดนำไปสู่เป้าหมายในการทำให้ประชาชนมีความสุขให้ได้

อยากจะตั้งคำถามว่า ที่ผ่านมา คำว่า ตัวชีวิต เป็นสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับคำว่า บูรณาการ หรือไม่

แม้ว่า ทุกหน่วยงานจะต้องทำงานตามตัวชีวิตก็จริง แต่ในฐานะของท้องถิ่น เราขอให้นำตัวชีวิตทั้งหลาย มุ่งไปสู่การทำงานผู้สูงอายุในชุมชน

เพื่อให้ประชาชนมีความสุข เชื่อมประสานทุกองค์ประกอบเข้าสู่ความเป็นหนึ่ง (เป้าหมาย) โดยไม่แยกส่วน ผ่านระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่แต่ละหน่วยงานได้ดำเนินการ ซึ่งแสดงดังแผนภูมิด้านล่าง

### แผนภูมิ การบูรณาการงานผู้สูงอายุในชุมชนโดยการใช้ข้อมูลผู้สูงอายุ



## แผนภูมิ รูปแบบ (Model) ที่อิงกับการบูรณาการงานผู้สูงอายุในชุมชน



ในส่วนของรูปแบบ (Model) ที่อิงกับการบูรณาการงานผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งแสดงตามแผนภูมิด้านบน เราได้ทำงานร่วมกับ มส.พส. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่างาม และโรงพยาบาลอินทร์บุรี ผ่านกิจกรรม/งานผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมสามารถจับต้องได้ เช่น โครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โครงการซ่อมแซมบ้านผู้สูงอายุและสถานที่จัดกิจกรรมผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมอาสาสมัครจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมวันผู้สูงอายุ (รดน้ำขอพรผู้สูงอายุ) โครงการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงวัย ใส่ใจผู้สูงอายุ (กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ) กิจกรรมเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โครงการตลาดนัดการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมวัยสูงอายุ โครงการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนวัยสูงอายุ โครงการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานศาลาส์ร้างสุขผู้สูงวัย (ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ) โครงการบ้านนออยู่สำหรับคนพิการและผู้สูงอายุของมูลนิธิอาสาเพื่อนพึ่ง (ภา) ยามยาก สภากาชาดไทย

ความร่วมมือร่วมมือของผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งหมดทั้งหมดจะเกิดเป็นผลสำเร็จได้ อย่างแรกนั้นทุกคนต้องมีข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นข้อมูลที่ได้มาจากการพูดคุยกันในเวที ดังเช่นที่ มส.พส.ได้ไปจัดให้มีเวทีวงเดือนลำดวน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง ขณะที่ในส่วนของ อบต. ซึ่งเป็นผู้บริหารท้องถิ่น เรบอกกับทุกคนในตำบลว่า งบประมาณเป็นเรื่องที่ทำได้ไม่ยาก ขอแค่ให้มีคนมีงาน แล้วทุกอย่างจะมาเอง

ยกตัวอย่าง โครงการบ้านนออยู่สำหรับคนพิการและผู้สูงอายุของมูลนิธิอาสาเพื่อนพึ่ง (ภา) ยามยาก สภากาชาดไทย ซึ่งทำร่วมกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก็เกิดจากการที่มีคนเข้าไปทำวิจัยในตำบล ซึ่งก่อนจะเริ่มทำวิจัยมีการพูดคุยกันว่า อยากจะให้ทำวิจัยเรื่องภูมิเนค และสถานที่ที่สามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและปลอดภัย เขาก็ออกแบบมาให้รอบบ้านมีราวจับราวเดินทั้งหมด

หรือตำบลท่างาม มีน้ำท่วมติดต่อกัน 6 ปี ต้องอาศัยอยู่บนบ้านชั้น 2 ตลอด ทำให้มีปัญหาเรื่องบันไดขึ้นบ้าน เราก็ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พ.ม.) ทำเรื่องบันไดเพื่อให้

เกิดความมั่นคงในการขึ้น-ลงบ้านของผู้สูงอายุ รวมทั้งขยายไปยังสถานที่ที่ผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำ เช่น วัด รพ.สต. ด้วย

อยากจะเน้นว่า **ท้องถิ่นต้องมีเครือข่าย เราไม่เก่งเรื่องสุขภาพ แต่ท้องถิ่นสามารถเป็นผู้ประสานที่ดีได้** และงบประมาณไม่ใช่ปัญหา เพียงแค่ทุกคนมีข้อมูลซึ่งนำไปสู่การแก้ปัญหาจริงๆ อยากจะเชิญชวนทุกท้องถิ่นว่า เราต้องมี ‘พวก’ ให้เยอะๆ เพื่อมาช่วยทำงานทุกด้าน แล้วจะมีแรงทำงานได้อย่างต่อเนื่อง

อีกเรื่องหนึ่งคือ **อยากเห็นการทำงานเรื่องผู้สูงอายุแล้วสะท้อนไปถึงเด็กและเยาวชนด้วย** เมื่อคืนนั่งคุยกับทีมงานว่า **ทำไมรัฐจึงไม่จัดสรรเงินกองทุนวันละบาทให้เท่ากับจำนวนคนในตำบล ให้เป็นสวัสดิการถ้วนหน้า** เพราะสวัสดิการผู้สูงอายุของประเทศไทยยังซ้อนทับกับเรื่องของการสงเคราะห์อยู่ ทำอย่างไรให้สวัสดิการเกิดจากการที่ประชาชนทำร่วมกับรัฐ และยกเลิกเรื่องของการสงเคราะห์ไป เชื่อว่าสามารถทำได้

สุดท้ายอยากฝากไว้ว่า **ถ้าจะลดภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุในวันข้างหน้า** วันนี้เราต้องมาร่วมมือทำเรื่องสวัสดิการร่วมกัน แล้ววันข้างหน้าจะสามารถลดภาวะที่จะเกิดแก่คนอื่นได้เยอะ นี่เป็นสิ่งที่หวังไว้ในอนาคตว่า เราต้องพึ่งตนเอง

## นายชินวุฒิ อาศน์วิเชียร

นักพัฒนาชุมชน ตำบลท่าจาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

ในกระบวนการทำงานทั้งหมดของท้องถิ่น **สิ่งสำคัญที่สุดคือ การเตรียมความพร้อมในเรื่องข้อมูล** เพราะหากมีหน่วยงานไหนอยาก จะมาร่วมกันทำงานหรือมีภารกิจสอดคล้องกับเรา แต่ถ้าไม่มีข้อมูลให้ เราก็จะกลายเป็นตัวเลือกที่ไม่ถูกเลือก

ดังนั้น**ท้องถิ่นต้องมีข้อมูลทุกด้าน และต้องเป็นผู้ประสานที่ดี** เพราะท้องถิ่นเองมีบทบาทภารกิจต่างๆ มากมาย บางทีก็เป็นภารกิจตามตัวชี้วัด อาจจะได้ทำงานเชิงลึกเหมือนกับนักวิชาการ เราจึงต้องหาทีมของคนที่มีองค์ความรู้ และสามารถส่งต่อเรื่องการทำงานให้บรรลุตามเป้าหมาย เพื่อประโยชน์สุดท้ายคือ **ความสุข**

**ท้องถิ่นต้องเตรียมความพร้อม และเปิดใจรับกับโลกภายนอก** วันนี้ ถ้าดูโครงสร้างของท้องถิ่น หลายคนมักจะมองว่า ท้องถิ่นเป็นเศรษฐกิจ มีรูปแบบการบริหารจัดการค่อนข้างง่าย มีงบประมาณเป็นของตัวเอง มีบุคลากร แต่ทุกอย่างล้าแล้วแต่มีกรอบของการใช้เงินทั้งสิ้น บางทีอาจจะทำอะไรได้ไม่ถึงที่สุดในงานที่เป็นเฉพาะด้าน ส่วนหนึ่งจึงต้องอาศัยการบูรณาการ เพราะงบประมาณผ่านกระทรวง ทบวง กรม นั้นค่อนข้างเยอะ แต่ท้องถิ่นเองมีความพร้อมหรือเปล่าที่จะบูรณาการงานร่วมกันและตอบโจทย์ให้ได้

**หน่วยงานภาครัฐส่วนใหญ่จะไม่มีพื้นที่ มีเพียงท้องถิ่นเท่านั้นที่มีพื้นที่** นั่นคือ **มีคน** ดังนั้นจึงถือว่าได้เปรียบ ไม่ว่าจะทำอะไรก็ต้องเกี่ยวข้องกับท้องถิ่นทั้งหมด จึงอยากจะฝากถึงท้องถิ่นแห่งอื่นๆ ให้บูรณาการงาน โดยเฉพาะงานผู้สูงอายุ เพราะการจัดการปัญหาผู้สูงอายุ

อาจจะส่งผลต่อปัญหาอื่นๆ ที่จะตามมา การเตรียมความพร้อมเรื่องผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่ดี และหากเป็นไปได้ ควรจะเตรียมตั้งแต่เด็กและเยาวชน ในเรื่องของสวัสดิการ ซึ่งน่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ชุมชนและสังคมไทย สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีความสุขร่วมกัน

## แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

### พลเรือตรี สัมพันธ์ ภูโพบูลย์

ประธานชมรมผู้สูงอายุ สพ.สศ.บ้านสาละวัน

อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

ชมรมผู้สูงอายุทุกชมรมเมื่อตั้งขึ้นมาแล้วก็อยากให้ความเข้มแข็งจากที่ฟังทุกท่านนำเสนอมา จึงอยากจะขอคำแนะนำในเรื่องการบริหารจัดการว่า มีอะไรเป็นปัจจัยหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานที่ผ่านมาบ้าง หรืออาจจะเปรียบเทียบระหว่างอำเภอ/จังหวัด ก็ได้ อีกทั้งทราบมาว่า ตำบลท่างามมีศูนย์เเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งทางเราเองยังไม่มีสถานที่สำหรับให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมในลักษณะนี้ จึงอยากทราบว่า งบประมาณมาจากส่วนไหนบ้าง

### นพ.วิชัย เกษมทรัพย์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามารินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้เคยไปดูตัวอย่างงานผู้สูงอายุในชุมชนของอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ซึ่งเป็นการร่วมมือกันระหว่าง อบต.กับ โรงพยาบาลลำสนธิ ทำเรื่องระบบผู้บริบาล<sup>3</sup> ในชุมชน ถ้าจะต้องจ้างบุคลากรลักษณะนี้เพิ่มเติม

<sup>3</sup> ผู้บริบาล หมายถึง ผู้ดูแลโดยรอบ เช่น ดูแลคนแก่ ผู้ป่วย เด็ก คนพิการ อาจารย์ถึงครูพี่เลี้ยงเด็ก ที่สามารถดูแลได้ที่บ้านหรือในชุมชน (<http://doctor.or.th/node/5859>)

# แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

ไม่ทราบว่าคุณ นายก อบต.ท่างาม จะทำได้หรือไม่ เพราะเห็นว่า เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก

## นพ.สันติ ลากบุญกุล

### ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

ณ วันนี้ รพ.สต.ทำงานเยอะมาก มีตัวชี้วัดมากมาย ซึ่งห่างไกลจากชีวิตจริงไปเรื่อยๆ ไม่ได้ทำงานอย่างที่ควรจะทำ สิ่งที่น่าเสนอในวันนี้ จึงทำให้รู้สึกมีความสุขและคิดว่า รพ.สต.ควรทำงานเรื่องพวกนี้ เพราะเป็นงานที่ถือเป็นหัวใจหลัก ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่น้อย แต่ได้ทำงานที่มีคุณค่า ฟังแล้วมีกำลังใจอยากจะไปทำงานในชุมชนมากกว่าเดิม

ส่วนประเด็นเรื่องผู้บริหาร ภายใต้บริบทซึ่งโรงพยาบาลลำสนธิ ได้ดำเนินการมา เราพบความจริงข้อหนึ่งว่า ถ้าทำงานในลักษณะของอาสาสมัคร จะทำให้เกิดงานเชิงคุณภาพได้ค่อนข้างยาก เพราะเขายังต้องหาเข้ากินค่า ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่ต้องทำจริง และหนักมาก ผู้ป่วยที่อยู่ติดเตียงจำเป็นอยู่อย่างยิ่งที่ต้องมีคนดูแลอย่างใกล้ชิด

โชคดีที่ทางโรงพยาบาลลำสนธิได้รับความร่วมมือจาก อบต. เห็นร่วมว่า ต้องทำให้คนในชุมชนดูแลคนในชุมชนด้วยกันเอง โดยไม่ต้องห่วงพะวงเรื่องการหาเข้ากินค่า จึงนำมาสู่การมีผู้บริหารประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน

อย่างไรก็ตาม ระบบนี้คงขับเคลื่อนไปไม่ได้เต็มที่ ถ้าไม่มีฝ่ายวิชาการ วิชาชีพ จากโรงพยาบาล หรือ รพ.สต.มาร่วมเป็นเครือข่ายเดียวกัน รวมทั้ง อบต.ที่เข้ามาช่วยดูแลในมิติอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต จึงทำให้เกิดระบบตรงนี้ขึ้นมาได้

## นายรัฐทิพย์ กักตัญญูสมบุญ

### นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบอง จังหวัดสิงห์บุรี

ประเด็นที่ 1 เรื่องความเข้มแข็ง มีอาจารย์ท่านหนึ่งเคยถามว่า “นายกฯ จะตอบโจทย์ความเข้มแข็งของชุมชนอย่างไร รู้ได้อย่างไรว่าเข้มแข็ง” ตอนนั้นนั่งอึ้งไปพักหนึ่ง ไม่รู้ว่าจะตอบอย่างไรเหมือนกัน อาจารย์จึงเฉลยว่า **วันนี้จะรู้ว่าเข้มแข็งหรือไม่ คุณต้องรู้ตัวเองก่อน** ซึ่งคิดว่าเป็นความจริง เพราะบางครั้งเรายังไม่รู้ตัวเลยว่าเราจะเดินไปทางไหน หรือสิ่งที่ได้มามีความสำคัญกับเราจริงหรือเปล่า เวลาได้ยินคำว่า เข้มแข็ง ก็มักจะนึกถึงอาจารย์ทุกที ดังนั้นเราต้องรู้ตัวเองก่อน แล้วจะรู้ว่าความเข้มแข็ง สมบูรณ์ นั้นอยู่ตรงไหน

ประเด็นที่ 2 เรื่องศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ต้องถ่วงไปดำเนินการสร้างให้กับชมรมผู้สูงอายุ เราคิดเรื่องนี้ไม่เหมือนชาวบ้าน งบประมาณที่นำมาทำกิจกรรมเรื่องผู้สูงอายุจึงไม่ได้ปรากฏอยู่ในงบประมาณของชมรมผู้สูงอายุ แต่จะไปปรากฏอยู่ในกองทุน สปสช. แทน โดยให้กรรมการตามข้อกำหนดของกองทุน สปสช.เป็นคนบริหารเงินตรงนี้



# แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

ที่ผ่านมา เราจัดสรรเงินให้กองทุน สปสช.เท่ากับรัฐให้ คือ 40 บาทต่อหัวต่อคน สมมติว่า มี 5,300 คน คูณ 40 บาท รวมแล้วประมาณ 200,000 กว่าบาท ส่วนชมรมผู้สูงอายุก็ให้ รพ.สต.เป็นผู้ดูแล เพราะอย่างที่บอกไปแล้วว่า เราไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีเท่ากับ รพ.สต. โดยถ้าชมรมผู้สูงอายุจะทำกิจกรรมอะไร ก็จะขอผ่านคณะกรรมการกองทุน สปสช. ในวันที่เราประชุมกัน ขณะที่เรื่องของโครงสร้างพื้นฐานทั้งหมด อบต.จะใช้งบประมาณประจำปีจัดสรรให้

และ **ประเด็นที่ 3 เรื่องผู้บริหาร** ท้องถิ่นสามารถขอได้ทุกตำแหน่ง แต่ให้มีปริมาณงานเพียงพอที่จะสามารถดูแลพี่น้องประชาชนในตำบลได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับสถานะการเงินการคลังของท้องถิ่นด้วย ซึ่งเหมือนกับข้าราชการทั่วไป งบประมาณในส่วนของบุคลากรที่ท้องถิ่นตั้งได้ ต้องไม่เกินร้อยละ 40 ของงบประมาณที่มี ความจริง ส่วนที่สามารถดำเนินการได้ทันทีคือ จ้างเหมาบริการ แต่ถ้ากำหนดเป็นตำแหน่งผู้บริหาร ก็ต้องไปดูวุฒิการศึกษา และจ้างเป็นลูกจ้าง ได้เงินเดือนตามวุฒิการศึกษา ซึ่งล่าสุด ถ้ามีการปรับใหม่ วุฒิ ปวช.จะได้เงินเดือน 9,000 บาท คิดว่าคงพออยู่ได้

อย่างไรก็ตาม อุปสรรคในการทำงานของท้องถิ่นอย่างหนึ่งก็คือคนส่วนใหญ่ยังติดภาพว่า ‘ท้องถิ่นอมทุกบาททุกสตางค์’ เวลาจะถ่ายโอนสถานีนอนามัยหรือโรงเรียนมาอยู่ในความดูแลของ อบต. เขาจึงไม่อยากจะมาอยู่ด้วย ทรายใดที่ยังลบภาพตรงนี้ได้ ไม่ว่าจะเปลี่ยนสถานพยาบาล หรือโรงเรียน เราคงต้องสร้างเองกับมือทั้งหมด

## รศ.ดร.ฉัตรเฉลิม อิศรางกูร ณ อยุธยา คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน อยากจะจำแนกคนออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มก่อนเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ แล้วแต่จะตัด (Cut off) ตรงที่อายุ 60 ปีหรือ 65 ปี ซึ่งคนกลุ่มนี้ต้องมีวิธีการดูแลอีกแบบหนึ่ง เพราะเชื่อว่า หลายท่านพอถึงช่วงวัยดังกล่าว เมื่อหยุดทำงาน หลายอย่างก็จะแยลง (Drop) ทั้งชีวิตและจิตใจ จึงต้องมีระบบการดูแลที่มีความเชื่อมโยงก่อนจะเข้าสู่ผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ยังไม่ต้องอาศัยการพึ่งพิงหรือเฝ้าระวัง เพราะยังมีสุขภาพที่ดีอยู่ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก

กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ต้องอาศัยการพึ่งพิงหรือเฝ้าระวังแล้วแต่ว่าจะพึ่งพิงน้อยหรือมาก

และ กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต

จากที่ได้ฟังการนำเสนอมา ทางโรงพยาบาลห้างฉัตรมีบทเรียนที่ดีในการทำงานกับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ส่วน รพ.สต.ดอนชมพู ก็ทำงานกับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2-3-4 ได้อย่างน่าประทับใจ โดยเฉพาะการพยายามนำผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 และ 3 กลับมาสู่กลุ่มที่ 1 ให้มากที่สุด อันนี้ถือเป็น

# แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

เรื่องราวความสำเร็จ (Success Story) ที่ดี ขณะที่ อดทน.ทำงาน ก็มองถึง เรื่องการบูรณาการและการบริหารจัดการทั้งระบบ

อย่างไรก็ตาม เมื่อกลับมาของผู้สูงอายุทั้ง 4 กลุ่ม คิดว่า ยัง จำเป็นต้องมีกระบวนการส่งเสริมหรือบูรณาการในหลายด้าน จึงอยากตั้ง คำถามถึงการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 4 ซึ่งอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต เพราะต้องยอมรับว่า เมืองไทยเราขาดเรื่องนี้จริงๆ ถ้าเป็นในต่างประเทศ เขาจะมีระบบหนึ่ง เรียกว่า Hospice คือ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลลักษณะนี้เมืองไทยยังไม่มี ที่มีอยู่ส่วนมากก็เป็นของเอกชน

ทุกท่านคงทราบดีว่า แม้เราจะทำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ จนกระทั่งผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่ได้ตามอายุขัยที่พึงจะมี แต่ทุกอย่างเป็นอนัตตา ถึงวันหนึ่งชีวิตก็ต้องถึงวาระสุดท้าย แล้วจะอย่างไรให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มี วาระสุดท้ายแบบมีคุณค่า

คำถามก็คือ ผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ถูกทอดทิ้ง ทูพพลภาพ หรือ พิการโดยไม่มีคนดูแล เป็นไปได้ไหมที่ทางชุมชน หรือ รพ.สต.จะมี แนวทางดูแลในลักษณะของสถานดูแลผู้ป่วยหรือศูนย์พักพิงระยะ สุดท้าย เพื่อให้ผู้สูงอายุจากไปอย่างสงบสุข ซึ่งประเด็นนี้เชื่อมโยงไปถึง เรื่องเศรษฐกิจชุมชนที่เคยจัดในเวทีนี้ไปเมื่อหลายเดือนก่อน อาจจะต้อง เรียนรู้ข้ามพื้นที่ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกัน

## พศ.ดร.โสฬส ศิริไสย์

### สถาบันวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล

อยากจะเริ่มต้นจากเรื่องใกล้ตัวมากที่สุดคือ คุณแม่ ซึ่งตอนนี้ ท่านมีอายุ 103 ปี ปัจจุบัน อาศัยอยู่ที่จังหวัดยโสธร ตนเองรับราชการมา จนเกือบจะเกษียณอายุ แต่ท่านยังไม่เคยเข้าโรงพยาบาล และไม่เคยใช้ สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลเลยแม้สักครั้งเดียว ถือเป็นเรื่องมหัศจรรย์ มาก

เมื่อตื่นขึ้นมาทุกเช้า คุณแม่จะคายหญ้าจนเหงื่อแตกพลั๊ก อาหาร การกินก็ไม่มีอะไรมาก แค่น้ำกับปลา อะไรที่เป็นของแปลกจะไม่กิน ความจำเรื่องต่างๆ ก็ยังดีอยู่ทุกอย่าง และทุกวันท่านจะเจริญมนต์สตีว่า เมื่อไหร่จะตายสักที ก็ยังไม่ยอมตาย

เราพยายามถอดบทเรียนว่า อะไรที่ทำให้คุณแม่สามารถดำรงอยู่ใน สภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามควรแก่อัตภาพได้ ก็มีคำตอบออกมาดังนี้ 1) อาหาร และ 2) โครงสร้างของครอบครัว ซึ่งถือเป็นโชคติที่เรามีสถาบัน ครอบครัวที่ดี ยังสามารถดูแลกันได้ แต่แนวโน้มในปัจจุบันก็เริ่มเปลี่ยนแปลงไป สถาบันครอบครัวของไทยแตกออกจากครอบครัวใหญ่ กลายเป็น ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ปรากฏเป็นข่าวใน โทรทัศน์ ช่อง 7 อยู่ทุกวัน

พอมานำเสนอของทั้ง 3 พื้นที่ จึงคิดว่า เราน่าจะ ทำ กิจกรรมนำร่องให้เห็นว่า สังคมไทยควรจัดการกับปัญหานี้ได้อย่างไร ใน อนาคต

# แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

จากที่ได้ลองถอดความรู้ว่า อะไรที่ทำให้ผู้นำสามารถทำงานเรื่องนี้ได้ จับได้ประเด็นหนึ่งคือ เรื่องของความเป็นมนุษย์ ความเป็นคนอยู่ใกล้ชิดกับสถานการณ์ปัญหา ไม่ปิดกั้นตัวเอง เอาตัวเองเข้าไปเรียนรู้ เข้าไปสัมผัสกับข้อเท็จจริงในชุมชน จนทำให้ความเป็นมนุษย์ของเขา แสดงตัวแสดงตนออกมาได้ตามธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็ใครก็ตาม ทั้ง อบต. เทศบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ้าปิดกั้นตัวเองด้วยวาทกรรม ประเภทที่ว่า “งบน้อย-คนไม่พอ-พ.ร.บ.ไม่อำนวย” ก็คงจะไม่สามารถขับเคลื่อนอะไรได้ จึงอยากจะตั้งคำถามต่อว่า ถ้าเราเป็นคนข้างนอก จะโคลนนิ่ง (Cloning) คนเหล่านี้ให้ไปอยู่ใน อบต. โรงพยาบาล และองค์กรอื่นๆ ได้อย่างไร เป็นคำถามที่ค้างคาใจและยังไม่มีข้อสรุป

## นางสุมาลี ประทุมรัตน์

บรรณาธิการวิชาการ

ศูนย์ข้อมูล & ข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง (TCIJ)

ขออนุญาตสอบถามคุณหมอรัตดาด้วยความสงสัยถึงเรื่องของพีระมิดประชากรว่า พีระมิดที่ออกมาในลักษณะนี้ เนื่องจากเอาอายุของผู้สูงอายุที่ 60 ปีเป็นตัวตั้ง ซึ่งมองว่า ทำให้เราสูญเสียบุคลากรที่มีคุณภาพออกไปจากระบบค่อนข้างเยอะ จึงอยากจะเสนอในเชิงนโยบายว่า มีโอกาสไหมที่จะปรับเปลี่ยนเกณฑ์คำว่า ผู้สูงอายุใหม่ เพราะถ้าสามารถปรับเปลี่ยนได้ เราจะยังคงคนคุณภาพไว้ในระบบได้อีกเป็นจำนวนมาก

## พญ.ลัดดา ต้าริการเลิศ

รองเลขาธิการมูลนิธิสถาบันวิจัย

และพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.พว.)

นักประชากรศาสตร์ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เคยจุดประกายเรื่องนิยามของผู้สูงอายุขึ้นมาเมื่อปี 2554 ในการประชุมวิชาการประจำปีว่า มองเห็นแนวโน้มของความเป็นผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ยกตัวอย่างอาจารย์ประเวศ ท่านอายุเกือบ 80 ปีแล้ว ยังทำงานอยู่เลย จึงคิดว่า คนอายุ 60 ปี ไม่ควรถูกตีตราว่าเป็นผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้ถือเป็นความคิดเห็นของนักประชากรศาสตร์ แต่การจะเปลี่ยนความเชื่อและวิถีคิดของสังคมไม่ใช่เรื่องง่าย อีกทั้งยังเป็นประเด็นที่กระทบต่อสวัสดิการสังคม และสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่เกิดจากการมีอายุ 60 ปีอีกมากมาย ซึ่งทาง มส.พส.กำลังศึกษาเรื่องนิยามผู้สูงอายุที่แท้จริงนี้อยู่ ว่าคนไทยควรจะเป็นผู้สูงอายุตอนอายุเท่าไรหรือทำไม่ต้อง 60 ปี

มีอีกประเด็นหนึ่งที่อยากฝากไว้ ในฐานะที่ตนเองทำงานทั้ง 2 แขนง คิดว่า การทำงานเรื่องผู้สูงอายุกับระบบสุขภาพชุมชนถือเป็นเรื่องเดียวกัน และการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสามารถยับยั้งประเด็นได้ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นประเด็นหนึ่งที่ขยับได้ไม่ยาก เพราะเป็นการค้นหาข้อเท็จจริง (Fact Finding) ในพื้นที่ และเป็นปัญหาร่วมที่ทุกคนให้ความสนใจ

# แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

สนใจ ท่องถิ่นเองก็สนใจ เมื่อสักครู่ อดต.ทำงานบอกว่า มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 30 ในพื้นที่ ไม่สนใจคงไม่ได้ เนื่องจากเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ไม่ว่าจะทำอะไรก็ได้เสียจากประชาชนทั้งนั้น

ดังนั้นการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน หากจะเดินเรื่องผ่านมิติของการทำงานผู้สูงอายุ ย่อมเป็นไปได้ นอกจากจะทำให้งานผู้สูงอายุ ขยับไปได้แล้ว ยังจะทำให้ระบบสุขภาพทั้งระบบขยับไปได้ด้วย ถือเป็นจุดคานงัด (Entry Point) ที่สำคัญ

ภาคีหลัก 3 ภาคีคือ ท้องถิ่น รพ.สต./สาธารณสุข และภาคประชาชน ถือเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้งานขับเคลื่อนไปได้สำเร็จ ท้องถิ่นนั้น มีทั้งโครงสร้าง งบประมาณ และบารมีที่จะระดมทรัพยากร (Mobilize Resources) จากหน่วยงานข้างนอกเข้ามา ดังนั้นไม่ว่าจะขับเคลื่อนผ่านประเด็นใดก็หนีไม่พ้นท้องถิ่น โดยจะต้องมี รพ.สต.หรือหน่วยงานภาครัฐอื่น เป็นฝ่ายวิชาการ ทำหน้าที่เป็นมือขวาให้กับท้องถิ่นอย่างแนบแน่น ไม่อย่างนั้นการขับเคลื่อนคงเป็นไปได้ยากลำบากมาก

## นพ.สมศักดิ์ บุณศรีคม

### เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)

มี 3 ประเด็นที่อยากจะแบ่งปัน คือ

ประเด็นที่ 1 หาก รพ.สต. หรือภาคสาธารณสุข ซึ่งเป็นฝ่ายวิชาการ อยากจะทำงานเรื่องผู้สูงอายุในพื้นที่ให้ดีขึ้น บทเรียนจาก

รพ.สต.ตอนชุมชนน่าจะเป็นตัวอย่างที่ดี นั่นคือ พอเห็น ‘ข้อมูล’ ก็ต้องเข้าไปช่วยกัน ‘ชี้’ ให้เห็นว่า จะทำให้ผู้สูงอายุแข็งแรงขึ้นอย่างไร จะลดปัจจัยเสี่ยงได้อย่างไรบ้าง ส่วนคนที่ยังเดือดร้อนอยู่ก็ต้องดูแลต่อเนื่อง และไม่ใช่เรื่องสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงเรื่องสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย ขณะที่ นายก อดต.ทำงาน ก็บอกว่า หากมีคนมาช่วยชี้ช่วยบอก จัดทำข้อมูลให้แก่ท้องถิ่น ท่านจะเป็นคนไปวางแผนจัดการทางงบประมาณเอง ถ้าทำงานร่วมกันได้อย่างนี้จะดีมาก เพราะ รพ.สต.คงไม่มีความสามารถจะไปสร้างการมีส่วนร่วมหรือรวมพลังของชุมชนได้ทั้งหมด แต่ถ้าท้องถิ่นเข้มแข็ง เจ้าหน้าที่ที่ไม่ต้องทำงานเยาะ

ประเด็นที่ 2 เชื่อมโยงไปถึงโรงพยาบาลห่างฉัตร ในแง่ของสุขภาพนั้นชัดเจนมากกว่า ผู้สูงอายุต้องการการดูแลต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของระบบส่งต่อ ระบบ HHC และศูนย์ต่างๆ ถ้าเรามีกลไกที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุสามารถเชื่อมต่อกันได้ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์จนกระทั่งถึงชุมชน ก็จะเป็นเรื่องที่ดียิ่ง

และ ประเด็นที่ 3 เรื่องของ Hospice โดยส่วนตัวเมื่อฟังแล้ว กลับนึกถึง ‘พลังของชุมชน’ ถ้าท้องถิ่น ในฐานะเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบสามารถเข้ามาจัดการและเชื่อมโยงผู้คนเข้ามาทำงานร่วมกัน ก็ไม่จำเป็นต้องไปสร้าง Hospice ให้ยุ่งยาก แต่ให้คนที่อยู่ในครอบครัวช่วยเหลือดูแลกัน ท้องถิ่นก็ดึงชุมชนมาช่วยได้ ถ้าผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล ทาง รพ.สต.ก็ไปช่วยเชื่อมโยงให้โรงพยาบาลศูนย์ดูแลให้ดี

# แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

หรือหากส่งต่อกลับมา แล้วยังไม่กลับบ้าน ก็เชื่อมต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน คิดว่า ถ้าทำ 2 มุมนี้ให้ดี ด้วยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของ ‘คนมีความรู้’ ในระบบสุขภาพ กับ ‘คนมีแรง’ ในท้องถิ่น สิ่งที่เหลือก็ไม่ใช่เรื่องยาก อีกทั้งท้องถิ่นยังเป็นตัวช่วยดึงทรัพยากรได้มากมาย หากทำงานเชื่อมโยงกันได้ดี จะเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ

## นายไพศาล เจริญศิริจินตา

### ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรบและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ (ศูนย์ สข. ภาคเหนือ)

เรื่องที่ 1 ส่วนตัวมีความสนใจในงานผู้สูงอายุ เพราะมองว่า น่าจะไม่ค่อยมีปัญหาความเข้าใจทางด้านภาษาในการสื่อสารกัน เท่าที่ดูจากการนำเสนอ จะเน้นไปที่มิติทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริการ ถ้าเดินไปอย่างนี้น่าจะไปได้ดี และช่วยลดแรงเสียดทานได้ เพราะถ้าไปจับบางเรื่อง เมื่อมีความแตกต่างทางด้านภาษาหรือความเข้าใจก็ทำให้ทำงานยากเหมือนกัน

และเรื่องที่ 2 มองว่า เราจะเข้ามามีส่วนช่วยเหลืออะไรได้บ้างเกี่ยวกับประเด็น อสม. จากที่ฟังมา จะมีจิตอาสาเป็นพื้นฐาน ส่วนทางกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำเรื่อง อสม.เชี่ยวชาญ ก็เพิ่งพัฒนาให้มีได้ 10 สาขา ซึ่งในจำนวนนั้นยังไม่มีสาขาเรื่องผู้สูงอายุ อันที่จริง เคยมีคนเสนอว่าน่าจะมีรางวัลสาขา อสม.ที่ทำงานกับผู้สูงอายุ แต่เรื่องนี้จนถึงปัจจุบันก็ยัง

ไม่ได้ อีกด้านหนึ่ง อาจจะเชื่อมโยงกับชมรม อสม. ซึ่งตอนนี้รับเรื่องโรคเรื้อรังไปแล้ว คงต้องไปคุยว่า พื้นที่ไหนมีความสนใจในการเตรียมงานสู่สังคมผู้สูงอายุ

ในส่วนของ ศูนย์ สข. ภาคเหนือ ได้เตรียมความพร้อม โดยมองไปที่การจัดทำหลักสูตรเรื่องพฤติกรรมผู้สูงอายุ ตอนนี้กำลังของบประมาณจาก อบจ.อยู่ โดยมอง 2 เรื่องหลักคือ 1) พฤติกรรมผู้สูงอายุ และ 2) การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อยากรจะลองดูว่า จะเป็นอีกแรงหนึ่งที่จะช่วยได้หรือไม่

## พญ.บุษกร อนุชาติวรกุล

### รองหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุตั้งแต่เด็กจนแก่เฒ่า เขาอาจจะสุขหรือบางคนทุกข์มาาก แต่เมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต คำตอบของความทุกข์อยู่ที่ครอบครัว จุดนี้เป็นจุดคลิก (Click) และเป็นจุดที่มีผลกับทุกปัญหา เพราะบุคคลภายนอกไม่ว่าจะหวังดีหรือหวังโยแค่ไหน หัวใจของผู้สูงอายุที่พิการก็ยังคงมีรูโหว่อยู่นั่นเอง เราถมให้เท่าไรก็ไม่มีทางเต็ม

เพราะฉะนั้นองค์กรหรือภาคส่วนต่างๆ ต้องขับเคลื่อนปัจจัยใหญ่ ไม่จะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา

# แลกเปลี่ยน เติมเต็ม

วัฒนธรรม ตลอดจนนโยบายต่างๆ ที่พัฒนาให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งโดยลูกหลาน เพื่อให้ครอบครัวกลับมามีความสุขและความอบอุ่น

อีกประเด็นหนึ่งคือ วันนี้เราอาจจะบอกว่า มีอาสาสมัครบ้าง หรือจะจ้างคนไปดูแลผู้สูงอายุบ้าง แต่สิ่งที่ยังไม่ค่อยได้ยินเลยคือ **บทบาทของคนในครอบครัวผู้สูงอายุ**

และอยากฝากเรื่องสุดท้ายว่า การขับเคลื่อนทั้งหมด เราอาจจะ มีระดับของคนอยู่ในแต่ละบทบาทแตกต่างกัน แต่จะต้องทำงานร้อยเรียงไปในทิศทางเดียวกันให้ได้



## ปิดท้าย : ประเด็น สู่การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

ศ.เกียรติคุณ บพ.ประเวศ วะสี  
กรรมการสภามหาวิทยาลัยพุทธทศคุณวุฒิ  
มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณหมอลัดดาแนะนำเสนาถึงสถานการณ์และการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีข้อสังเกตหนึ่งถึงเรื่องการเก็บเงิน (Money Saving) เอาไว้ใช้ตอนแก่ คิดว่า ต่อไปเรื่องนี้จะลำบากเพราะค่าเงินที่ลดลงอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเงินเฟ้อ สมมติเรามีเงินอยู่ แต่เงินลดค่าลงไป เท่ากับเงินเราหมด ส่วนที่เก็บไว้จึงไม่พอใช้อีกต่อไป และถ้าดูสถานการณ์ทั่วโลกขณะนี้ อาหารกำลังราคาแพงขึ้นและคงจะแพงขึ้นไปเรื่อยๆ เพราะฉะนั้นอย่าไปไว้ใจเรื่องเงิน

มจ.สิทธิพร กฤดากร กล่าวไว้ว่า “เงินทองของมาหา...ข้าวปลาสิทธิของจริง” เพราะฉะนั้นชุมชนจะต้องเป็นชุมชนที่พึ่งตนเองได้ในเรื่องอาหาร สามารถผลิตอาหารเองได้ อยู่ร่วมกัน และปลูกต้นไม้เยอะๆ ต้นไม้ต้นหนึ่งถือเป็นบ้านนก เามาทำประโยชน์ได้หลายอย่าง ถ้ามีต้นไม้เยอะๆ ก็เป็นบ้านนกสำหรับผู้สูงอายุได้ ต้องร่วมกันทำเรื่องนี้ให้ดี อย่าไปไว้ใจเรื่องเงิน ไม่อย่างนั้นจะลำบากมาก

อีกประเด็นคือ เมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้น ก็จะมีผู้ทุพพลภาพมากขึ้น จึงเกิดเป็นคำถามว่า จะทำอย่างไรไม่ให้มีผู้ทุพพลภาพเวลาที่มีอายุมากขึ้น แต่ละชุมชนอาจจะต้องแข่งขันกันทำให้ในชุมชนของเราไม่มี

ผู้ทุพพลภาพมาก อย่าปล่อยให้ไปเป็นไปตามแนวโน้มเดิม ต้องเปลี่ยนแปลง แนวโน้มใหม่ มีเรื่องอะไรบ้าง เช่น คุณเบาหวานได้ คุณความดันโลหิตสูงได้ การออกกำลังกายไม่ให้มีโรคอ้วน ต้องดูปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ในชุมชน หากสามารถลดภาวะทุพพลภาพลงจะเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต เพราะภาวะทุพพลภาพบั่นทอนชีวิตคนเราไปเยอะมาก

ยกตัวอย่างคนที่เรารู้จักกันดีอย่าง ศ.ดร.ปวย อึ้งภากรณ์ อดีตผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย ท่านทุพพลภาพตั้งแต่อายุ 60 ปี ไปจนถึงอายุ 80 กว่าปี เรียกได้ว่า เศษ 1 ส่วน 4 ของชีวิตกลายเป็นคนทุพพลภาพ ถ้าไม่เป็นตรงนั้น ชีวิตจะมีคุณค่าเพิ่มขึ้นอีกเยอะ เพราะฉะนั้นแต่ละชุมชนต้องช่วยกันดูว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่จะป้องกันตรงนี้อาจจะรอดตัวเองได้คนหนึ่ง อายุกว่า 80 ปีแล้วก็ยังไม่ทุพพลภาพ

มาถึง**บทเรียนของโรงพยาบาลห้างฉัตร** มี 3 ประเด็นที่อยากฝาก

**ประเด็นที่ 1 อำเภอห้างฉัตรมีทั้งหมด 7 ตำบล ถ้าแต่ละตำบลมีสถาบันการเงินของชุมชน ก่อตัวขึ้นเหมือนเป็นธนาคารของชุมชน ตรงนี้จะกลายเป็นเครื่องมือสำคัญ**ที่ช่วยในเรื่องการออมทรัพย์ และถ้าจัดการได้ดี มีตัวอย่างให้เห็นแล้วว่า เงินจะเหลือเป็นร้อยกว่าล้านบาทต่อ 1 ตำบล ซึ่งใช้ไม่หมด และยิ่งกลายเป็นเครื่องมือกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ การจัดการสวัสดิการ กระตุ้นเรื่องอาชีพต่างๆ ถ้าอยากลองทำเรื่องนี้ อาจจะทำเรื่องกับคุณเอ็นนู ซื่อสุวรรณ อดีตรองผู้จัดการ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ได้ เพราะเคยให้การบ้านเขาไว้ว่า ต้องไปทำให้เรื่องสถาบันการเงินชุมชนเกิดขึ้นในทุกตำบลทั่วประเทศ

**ประเด็นที่ 2 อยากให้ลองไปดูเรื่องผู้บริหาร จะสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้เยอะ** ในที่นี้หมายถึง เด็กที่เพิ่งเรียนจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาจจะทำให้พยาบาลฝึกให้ก่อนทำงานจริง สัก 6 เดือนหรือ 1 ปี ศ.ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ นายกสภาการพยาบาล บอกไว้ว่า น่าจะฝึกสัก 1 ปี จะเท่าไรก็ได้แล้วแต่ ตรงนั้นคงไม่ได้ขัดข้อง

ที่บ้านของตนเอง มีเด็กมาจากจังหวัดยโสธร ไม่เคยไปฝึกที่ไหน แต่สามารถดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีตั้งหลายคนได้เป็นอย่างดี บางเรื่องดีกว่าเราเสียอีก อย่างคุณแม่ของ รศ.พญ.จันทพงษ์ วะสี (ภรรยา) อายุ 90 กว่าปีแล้ว ทั้งที่เราเป็นแพทย์โลหิตวิทยา แต่ก็ไม่เคยสังเกตว่า ท่านมีอาการโลหิตจาง แต่เด็กคนนี้สังเกตเห็น และไปซื้ออาหารที่มีธาตุเหล็กมาให้กิน ทำให้ท่านมีอาการดีขึ้นเยอะ โอ้ย ตายจริง เราเป็นโลหิตแพทย์แท้ๆ กลับไม่รู้เรื่องเลย

ตอนนี้กำลังเกิดปรากฏการณ์ใหม่ทั่วโลกว่า คนที่จบมหาวิทยาลัย ไม่มีงานทำ ด้วยระบบเศรษฐกิจที่กำลังผันผวน ประเทศสเปนก็บอิตาลีคนจบใหม่ไม่มีงานทำ มากถึงร้อยละ 53 แม้แต่ในสวีเดน ก็มีจำนวนมากถึงร้อยละ 23 แต่ว่าอาชีพที่ไม่ตงงานเลย ก็คือ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และผู้บริหาร ในขณะที่อาชีพอื่นยังไม่แน่ นักเศรษฐศาสตร์ นักนิติศาสตร์ ไม่รู้จบแล้วจะไปทำอะไร แต่อาชีพทางด้านนี้ยังมีความต้องการเป็นจำนวนมาก

ดังนั้นถ้ามีคนมาทำงานเป็นผู้บริหารก็จะช่วยเบาแรงพยาบาลลง อาจจะใช้ในสถานพยาบาลหรือบ้านคนก็ได้ โดยให้พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลจังหวัดเป็นผู้ฝึกให้ อยากฝากประเด็นนี้ให้ลองพิจารณา

และทาง รศ.ดวงพร คำบุญวัฒน์ จากสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล เคยลงไปทำวิจัยในชุมชน 20 กว่าแห่ง พบว่า ถ้าผู้สูงอายุต่างคนต่างอยู่จะรู้สึกชีวิตไม่มีความหมายเหี่ยวแห้ง แต่ว่าในตัวผู้สูงอายุนั้น มีความรู้ความชำนาญบางอย่าง ซึ่งอยากจะทำถ่ายทอดให้คนรุ่นต่อไป แต่ไม่มีโอกาส

ขณะที่เด็กและเยาวชนเอง ก็ถูกโรงเรียนยึดเยียดความรู้ ทำให้อาสาความมั่นใจในตัวเอง แต่พอได้มีโอกาสมาเข้าร่วมกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมชุมชน โดยทุกคนในชุมชนมาร่วมกันหมด ทั้งเด็ก ครู พ่อแม่ ศิลปินในชุมชน ผู้สูงอายุก็ได้ถ่ายทอดความรู้ให้กับเด็ก ทำให้มีความสุขเด็กก็ฝึกทำหน้าที่เป็นโฆษกของงาน ฝึกพากย์หนังตะลุง ทำอะไรต่อมิอะไร จนกระทั่งเกิดความเชื่อมั่นในตัวเองขึ้นมา ดังนั้น **อย่าลืม การทำให้ชีวิตผู้สูงอายุให้มีความหมาย เพราะการที่ชีวิตมีความหมาย จะทำให้เขามีความสุข มีความปิติในตัวเอง และความปิติจะทำให้มีสุขภาพที่ดี**

ทางด้าน**บทเรียนของ รพ.สต.ดอนชมพู** ใครได้ฟังคงจะส่งผลให้จิตพองใหญ่ขึ้น ค้นพบว่า **ชีวิตสุขภาพข้างเป็นชีวิตที่เจริญจริงๆ** ถ้าเราสามารถทำเป็นภาพยนตร์ให้คนดูได้ จะทำให้คนอยากมาใช้ชีวิตทำงานที่นี่ เพราะตระหนักว่า ชีวิตที่ทำงานเพื่อเพื่อนมนุษย์เป็นชีวิตที่เจริญ และมีความสุขด้วย คุณหมอสุภัทรมีข้อมูลเหล่านี้เยอะมาก นำจะลองหาเงินไปจ้าง ม.จ.ชาติเฉลิม ยุคล (ท่านมยุ) นำเรื่องราวไปทำภาพยนตร์เป็น ‘มหากาพย์สุขภาพชุมชน’ ให้ผู้คนได้เห็นในวงกว้าง

มีอีกเรื่องหนึ่งที่ได้คุยกับคุณหมอสุภัทราไว้ว่า การประชุมในเดือนต่อไปจากนี้ เราจะไปชักชวนนักข่าวจากหนังสือพิมพ์ฉบับต่างๆ ให้เข้ามาร่วมฟังด้วย จะทำให้เขามีวัตถุดิบไปเขียนเรื่องได้เยอะมาก แทนที่จะไปเขียนแต่เรื่องของนักการเมือง ใครด่าใครเท่านั้น เพราะการจะขยายเรื่องดีๆ ต้องทำผ่านการสื่อสารหลากหลายรูปแบบ และผ่านงานศิลปะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การละคร ภาพยนตร์ ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีผลมาก ที่ผ่านมา เขาสร้างเรื่องอื่นได้ตั้งเยอะแยะ ทำไมจะทำเรื่องดีๆ เช่นนี้บ้างไม่ได้

ส่วน**บทเรียนจาก อบต.ท่างาม** เป็นส่วนที่มายายภาพระดับตำบลให้ครบ ซึ่งเรียกว่า ‘สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา’ หมายถึง องค์ประกอบ 3 อย่างเข้ามาบรรจบกัน ทำให้สามารถเขยื้อนเรื่องยากๆ ได้สำเร็จ

องค์ประกอบ 3 อย่างในระดับตำบลคือ 1) องค์ประกอบทางวิชาการ ได้แก่ รพ.สต. ซึ่งมีความรู้เรื่องต่างๆ และสามารถเชื่อมต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนได้ 2) องค์การของรัฐ ได้แก่ อบต. ซึ่งเป็นภาครัฐที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด และ 3) ภาคประชาชน ได้แก่ ชุมชน ทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ต้องเข้ามาเชื่อมโยงกัน จึงจะครบเป็นสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่จะเขยื้อนไป ถ้ามีเพียงแค่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งกำลังย่อไม่เพียงพอ

**ขอขยายความคำว่า ชุมชน เพราะเราต้องมองเรื่องนี้ให้ครบ และมองอย่างบูรณาการ** อย่าไปมองเฉพาะชมรมผู้สูงอายุเท่านั้น ตามปกติ ในแต่ละตำบลจะมีประมาณ 10 หมู่บ้านโดยเฉลี่ย อันนี้พูดมาจากข้อเท็จจริง และแต่ละหมู่บ้านจะมีประชากรประมาณ 500-1,000 คน หมู่บ้านที่ดำเนินงานได้ประสบความสำเร็จ จะมีผู้นำและสภาผู้นำชุมชน ซึ่งประกอบด้วยผู้นำและทุกคนในชุมชน ทางด้านผู้นำ ก็จะมีผู้นำตามธรรมชาติ เป็นผู้นำกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มอาชีพ กลุ่มสตรี ผู้สูงอายุ ศิลปิน



ครู พระ รวมแล้วในแต่ละหมู่บ้านจะมีผู้นำประมาณ 40-50 คน จากนั้นก็มารวมตัวเป็นสภาผู้นำชุมชน ซึ่งเขารวมตัวกันเองไม่มีใครแต่งตั้ง เพราะเป็นภาคประชาชน

สภาผู้นำชุมชนจะทำการสำรวจข้อมูลชุมชน ว่ามีประชากรเท่าไร ประกอบอาชีพอะไร มีข้อมูลผู้สูงอายุ-ผู้พิการในชุมชนเท่าไร มีคนติดยาเสพติดไหม แล้วนำข้อมูลชุมชนมาจัดทำแผนชุมชน ซึ่งจะเป็นแผนพัฒนาอย่างบูรณาการในทุกเรื่อง ทั้งเศรษฐกิจ อาชีพ สังคม วัฒนธรรม แล้วจึงนำมาให้คนทั้งชุมชนพิจารณา บางคนอาจจะเรียกว่า สภาประชาชน ซึ่งเป็นที่ประชุมของคนทั้งหมู่บ้าน นี่เป็นประชาธิปไตยทางตรง เพราะคนจำนวนน้อย ไม่จำเป็นต้องผ่านการเลือกตั้ง เมื่อมาร่วมกันดูแผนชุมชน ตีชม-ตัดทอน-เพิ่มเติม ในที่สุด สภาประชาชนหรือสภาชุมชนก็ลงมติรับรองแผนชุมชนนั้น แล้วช่วยกันขับเคลื่อน ทุกอย่างก็จะค่อยๆ ดีขึ้น ทั้งเศรษฐกิจ จิตใจ สังคม และด้านอื่นๆ

แผนชุมชนนี้สามารถตั้งเป้าหมายได้ เช่น เศรษฐกิจ ก็ตั้งเป้าหมายว่า จะต้องมีส่วนร่วมเพิ่มพื้นที่ หรือเป้าหมายทางสังคม เราก็ตั้งว่า จะเป็นชุมชนที่คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน จากนั้นแต่ละตำบลก็ต้องทำการสำรวจว่า ใครอยู่ในข่ายจะถูกทอดทิ้งบ้าง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กกำพร้ามีกี่คน หาข้อมูลมาทั้งหมด และจัดให้มีอาสาสมัครคอยดูแลหมตทุกคน อาสาสมัครเองก็ต้องการการสนับสนุนทางวิชาการ ซึ่ง รพ.สต.สามารถเข้ามาช่วยใน ส่วนนี้ ทางด้านการเงิน ก็เป็นอย่างไร นายก อบต.ท่างาม กล่าวถึงว่า เรามีกองทุนสุขภาพชุมชนซึ่ง สปสช.อุดหนุนให้ 40 บาทต่อคน ถ้าตำบลมีประชากรจำนวน 5,000 คน ก็จะได้เงินประมาณ 200,000 บาท และทาง อบต.ก็ช่วยสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมอีก เหตุนี้ จึงได้เรียน

ตั้งแต่ตอนต้นว่า ถ้ามีสถาบันการเงินของชุมชนระดับตำบลจะเข้ามาช่วยในเรื่องเหล่านี้ได้

นี่คือการบูรณาการที่แท้จริง ถ้ามีแต่กิจกรรมการใช้เงิน ไม่ใช่การบูรณาการ และไปไม่รอด ต้องมองโดยทั่วให้ครบทุกด้าน และคำว่าชุมชน ไม่ได้มีแต่ชมรมผู้สูงอายุ อย่าไปมองเพียงแค่นั้น แม้ว่า ชมรมผู้สูงอายุอาจจะต้องใช้เงิน แล้วเงินนั้นมาจากไหน เราจึงต้องมองกิจกรรมทั้งหมดของชุมชน เมื่อภาพของชุมชนเข้ามาเชื่อมโยงกัน เป็นสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา จะตอบโจทย์ทั้งหมดได้

เมื่อสักครู่มีคำถามว่า ชุมชนยังไม่มีศูนย์เเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ตอนนี้ทางสมาคมสถาปนิกสยาม ในพระบรมราชูปถัมภ์ กำลังเข้ามาดำเนินการอยู่ ว่าชุมชนอยากจะให้เข้ามาช่วยทำอะไร เช่น สร้างศาลา ห้องสมุด จากนั้นจะมีกระบวนการนำเรื่องเหล่านี้กลับมาให้ชุมชนเป็นผู้ออกแบบ เพื่อรวมคนในชุมชน และช่วยกันหาทรัพยากรมาสร้าง

ในส่วนประเด็นเรื่องนิยามผู้สูงอายุ แต่ละคนก็มองแตกต่างกัน เคยอ่านหนังสือพิมพ์เจอเขาเขียนว่า ชายชราอายุ 55 ปี อ่านแล้วก็สะดุ้งโหยง อายุเท่านี้ เรียกเป็นชายชราเสียแล้ว มีเรื่องตลกจะเล่าให้ฟังเรื่องหนึ่ง ตนเองเป็นกรรมการมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ มาตั้งแต่แรกเริ่มก่อตั้ง เมื่อเร็วๆ นี้เพิ่งไปยื่นใบลาออก บอกว่าขอลาออกจากการเป็นกรรมการเนื่องจากชราภาพ เขาก็นำไปเข้าที่ประชุม แล้วทางเลขาฯ ก็ตอบกลับมาว่า ได้นำใบลาดังกล่าวเข้าที่ประชุมแล้ว คณะกรรมการมีมติว่า ยังไม่ชราภาพ เราก็บอกว่า เอ๊ะ ชราหรือไม่ชรา กรรมการมีมติได้ด้วยหรือ

ถ้าหากไปดูในประเทศสหรัฐอเมริกา การทำงานของภาครัฐจะไม่มีเรื่องการเกษียณอายุ เพราะเขาถือว่าการเกษียณเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน ไม่ว่าจะ เด็ก ผู้หญิง หรือ ผู้สูงอายุ ต่างก็มีสิทธิเช่นเดียวกัน แต่บางประเทศ เช่น ฝรั่งเศส พยายามจะยืดอายุ เนื่องจากไม่มีเงินจ่ายบำนาญ ทำให้มีคนออกมาเดินขบวนประท้วงเป็นจำนวนมาก เพราะเขาอยากได้บำนาญเร็วๆ ดังนั้นเรื่องสิทธิประโยชน์จึงมีความซับซ้อน แต่อย่างไรก็ตาม คงหนีไม่พ้น สักวันก็ต้องขยายช่วงอายุตรงนี้ออกไป

สุดท้าย เรื่องที่เรามาประชุมกันวันนี้ ทางทีมงานจะผลิตเป็นหนังสือออกมาเดือนละเล่ม สิ่งที่คุณทำได้นำเสนอมาก็ถูกรวบรวมไว้ในนี้ทั้งหมด และแจกจ่ายออกไปให้คนอื่น ๆ ได้เห็นเป็นตัวอย่าง ถือเป็นหน้าที่อย่างหนึ่งของเวทีนี้ที่จะขยายเรื่องดีๆ ออกไปในวงกว้าง

## สถานการณ์ และการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน

# สถานการณ์ และการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ทบทวนและเรียบเรียง โดย พกษา บุกบุญ  
สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

## ขนาดและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2503-2573<sup>1</sup>

การศึกษาขนาดและแนวโน้มของประชากรสูงอายุจากสำมะโนประชากรประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2503 จนถึง พ.ศ. 2543 และการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2573 ดังสถิติที่นำเสนอในแผนภูมิที่ 1.1 แสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2503 ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีเพียง 1.5 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมดเท่านั้น แต่ขนาดของประชากรตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 7 เท่าตัวคือประมาณ 7.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด

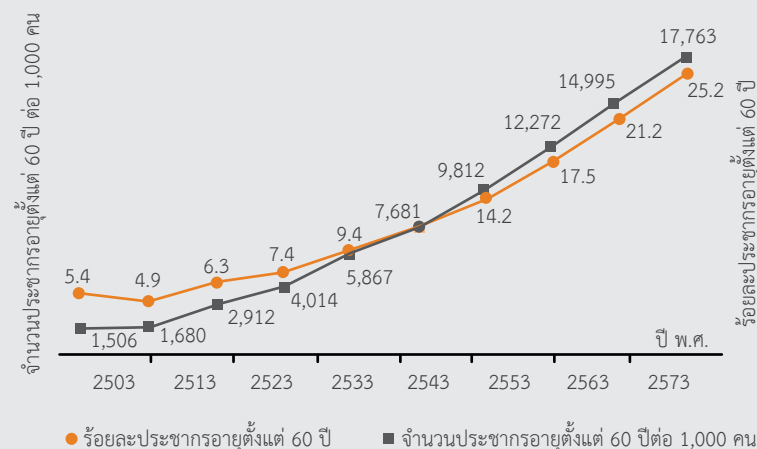
การเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุไทยยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2573 แสดงว่าอีกประมาณ 15 ปีข้างหน้า หรือในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคนหรือคิดเป็น

<sup>1</sup> สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.): ตุลาคม 2553.

2 เท่าของประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2552 และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 25 (ประมาณ 1 ใน 4) ของประชากรไทยทั้งประเทศ

ถึงแม้มีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุ แต่สถิติในแผนภูมิที่ 1.1 แสดงว่า การเพิ่มขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มในอัตราที่รวดเร็วในช่วงปี พ.ศ. 2503 ถึง พ.ศ. 2552 โดยอัตราการเพิ่มอยู่ในรูปของเส้นโค้งหรือกราฟรูปตัว J หลังจากนั้นแม้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุยังคงเพิ่มอยู่ แต่การเพิ่มช้าลงกว่าช่วงแรก และมีลักษณะของการเพิ่มแบบเส้นตรง

แผนภูมิที่ 1 จำนวน (ต่อ 1,000) และร้อยละประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2503-2573



ที่มา : ข้อมูลปี พ.ศ. 2503-2543 สำมะโนครัวประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2503-2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลปี 2543-2573 การคาดประมาณประชากรไทย 2543-2573 (ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

จำนวนที่เพิ่มขึ้น พร้อมกับระดับความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงวัย กำลังทำให้สังคมไทยเผชิญหน้ากับ ‘วิกฤต’ ของการก้าวสู่สังคมผู้สูงวัย ที่ได้เริ่มก่อตัวอย่างชัดเจนในปัจจุบัน และกำลังเพิ่มขนาดในอัตราที่น่ากังวลปัจจุบัน เมืองไทยมีผู้สูงวัยหรือผู้สูงอายุ ประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปกว่า 7 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนราวร้อยละ 11 ของประชากรประเทศ 65.4 ล้านคน (ปี 2553)

สัดส่วนที่เคยเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ จากร้อยละ 7 ในช่วงเกือบ 30 ปีที่ผ่านมา กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน และคาดว่าจะพุ่งไปแตะร้อยละ 25 ในปี 2573 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) นั่นคือตอนนี้เราเจอผู้สูงอายุ 1 คนในคนไทยทุกๆ 10 คน ในอีก 20 ปี จะเจอผู้สูงอายุ 1 คนในคนไทยทุกๆ 4 คน

การก้าวสู่ ‘สังคมผู้สูงวัย’<sup>2</sup> นี้จะส่งผลกระทบต่อหลากหลายมิติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ต่อทุกคน ทุกเพศ ทุกวัยโดยเฉพาะผู้สูงวัยที่จะมีจำนวนมากขึ้น อายุยืนขึ้น ซึ่งขณะนี้กำลังเผชิญหน้ากับวิกฤตนี้ในช่วงเริ่มต้นแล้ว

**ด้านสุขภาพ** ปัจจุบันผู้สูงอายุ 1 ใน 7 (ร้อยละ 13.5) รู้สึกว่าตนมีสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีมาก ผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยล่าสุด (2551-2552) เปิดเผยว่า “เกินครึ่งมีปัญหาในการมองเห็น 1 ใน 5 เป็นต้อกระจก ราว 1 ใน 3 มีปัญหาในการได้ยิน มากกว่าครึ่งมีฟันไม่ครบ 20 ซี่

<sup>2</sup> 4 มิติ สุขภาพชีวิตผู้สูงวัยในชุมชน: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.): สิงหาคม 2554.

ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียดและเกิดปัญหาต่อระบบทางเดินอาหารตามมา” “ร้อยละ 30 มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 23 มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ กว่าร้อยละ 7 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน 1-2 อย่าง และเกินครึ่ง (ร้อยละ 54.9) มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว”

**ด้านเศรษฐกิจ** ปัจจุบัน ผู้สูงวัยราว 3 ใน 5 คนไม่ได้ทำงานแล้ว (ร้อยละ 62.8) ซึ่งหมายถึงการไม่มีรายได้ประจำ ผู้สูงวัยจำนวนมากมีรายได้หลักจากการรับเบี้ยยังชีพ 500 บาทต่อเดือนจากรัฐบาล ซึ่งกำลังเป็นประเด็นถกเถียงว่า เงินจำนวนดังกล่าวไม่เพียงพอต่อการยังชีพให้มีคุณภาพขั้นพื้นฐานได้ ในปี 2552 หลังรัฐบาลประกาศให้เบี้ยยังชีพทุกคนถ้วนหน้าแล้ว มีผู้สูงวัยเพียง 5.6 ล้านคน (จากทั้งหมดราว 7 ล้านคน) ที่เข้าถึงและได้รับเบี้ยยังชีพจริง

**ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม** ปัจจุบัน สภาพบ้าน บริเวณนอกบ้าน อาคารสาธารณะ พื้นที่สาธารณะ ตลอดจนถนนหนทาง และยานพาหนะส่วนใหญ่ยังไม่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของผู้สูงวัยซึ่งมีข้อจำกัดโดยเฉพาะด้านกายภาพมาก ก่อปัญหาการพลัดตก หกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงวัยเนื่องจากโอกาสนำไปสู่การบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตจะมากกว่าคนวัยอื่นอย่างมีนัยยะสำคัญ “ร้อยละ 18.5 หรือเกือบ 1 ใน 5 หกล้มในช่วง 6 เดือนก่อนการสำรวจ” ผลสำรวจระบุ “โดยผู้หญิงหกล้มมากกว่าผู้ชายเกือบเท่าตัว (ชายร้อยละ 14.4 หญิงร้อยละ 21.9) เป็นการหกล้มทั้งในบ้าน นอกบ้านรวมถึงที่สาธารณะโดยมีสาเหตุสำคัญ 3 อันดับแรกคือ ลื่น สะดุดสิ่งกีดขวางและเสียการทรงตัว”

### ลักษณะของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ และเป้าหมายการบริการ

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี หรือกลุ่มติดสังคม	กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง
<b>ลักษณะผู้สูงอายุ</b> <b>ด้านสุขภาพ:</b> สุขภาพ ทั่วไปดี ช่วยตนเองได้ มี โรคเรื้อรังแต่ควบคุมได้ <b>ด้านสังคม:</b> เข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม ช่วย เหลือคนอื่นได้	<b>ด้านสุขภาพ:</b> ความ ต้องการความช่วยเหลือ บางส่วน มีโรคเรื้อรังหลาย โรค มีภาวะแทรกซ้อน มี กลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ มีผลต่อการเคลื่อนไหวโดย อิสระ <b>ด้านสังคม:</b> มีความจำกัด ในการเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม	<b>ด้านสุขภาพ:</b> ไม่ สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ มีโรคเรื้อรัง หลายโรค มีภาวะ แทรกซ้อน มีภาวะ หง่อม เปราะบาง ชราภาพ มีภาวะเจ็บ ป่วยระยะสุดท้าย <b>ด้านสังคม:</b> ไม่สามารถ เข้าร่วมกิจกรรมทาง สังคม
<b>เป้าหมายการบริการ</b> <b>การส่งเสริมสุขภาพ:</b> การชะลอความเสื่อม จากความสูงอายุ ส่ง เสริมการทำประโยชน์ เพื่อสังคม	<b>การควบคุมโรค:</b> การ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพพลภาพ ความ พิการ เพิ่มศักยภาพในการ พึ่งพาตนเอง	<b>ควบคุมอาหาร:</b> การ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิตจากปัญหา ที่แก้ไขได้ ลดทอนภาวะ ทุพพลภาพ ประคับ ประคองอาการ เสียชีวิต อย่างสงบสุข

### กรอบแนวคิดของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ<sup>3</sup>

หลักการ การดูแล ต้องผสมผสาน (Integrated care)

- การดูแลแบบองค์รวม โดย ดูแลทั้ง
  - ด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพทั่วไป โรคเรื้อรังที่พบบ่อย เบาหวาน ความดัน
  - จิตใจ ภาวะเครียด/ซึมเศร้า
  - เศรษฐกิจ/สังคม ความยากจน/ถูกทอดทิ้ง/ด้อยโอกาส
  - จิตวิญญาณ การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การขาดความสุขในชีวิต
    - การดูแลในมิติการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคการฟื้นฟูสภาพ
    - การดูแลที่ครอบคลุมทั้งกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว ชุมชน
    - การดูแลที่ครอบคลุมลักษณะบริการ Home care, day care, chronic care, terminal care
- การประสานการดูแลร่วมกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง (Co-ordination) เพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และระบบสนับสนุน ได้แก่ กิจกรรม คู่มือแนวทางดูแล ระบบส่งต่อระบบให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ การเชื่อมระบบข้อมูลผู้ป่วย

<sup>3</sup> การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ระบบ หลักการ และแนวทางปฏิบัติ: สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.): มกราคม 2552

ระหว่างหน่วยบริการ การมีทะเบียนคนไข้และมีทีมสุขภาพที่ดูแลตลอดการรักษา ประสานความช่วยเหลือกับชุมชน วัดท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

• **บทบาท เจ้าหน้าที่สาธารณสุข**

- Care Provider ให้บริการด้านสุขภาพ ด้านรักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพโดยตรง ให้ข้อมูลทางวิชาการ ระบุปัจจัยกระทบต่อสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มที่ป่วยและไม่ป่วย
- Case manager สนับสนุน ต่อยอดสิ่งที่ทำดีอยู่แล้ว ประสานเชื่อมโยงกับแหล่งบริการ หรือแหล่งทรัพยากรอื่น เพื่อให้เกิดการดูแล ที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพ อย่างต่อเนื่อง
- Advocate and empowerment กระตุ้น สนับสนุน และเสริมศักยภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องให้มีบทบาท เข้ามามีส่วนร่วมหลักในการดูแลและจัดการปัญหา

• **บทบาท อปท.**

- Law enforcement พิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ถูกทอดทิ้ง ดำเนินการช่วยเหลือให้เป็นตามกฎหมาย
- Resource support สนับสนุนงบประมาณ กองทุน ให้กับ ผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยงานอื่นในการจัดการปัญหา ผู้สูงอายุ

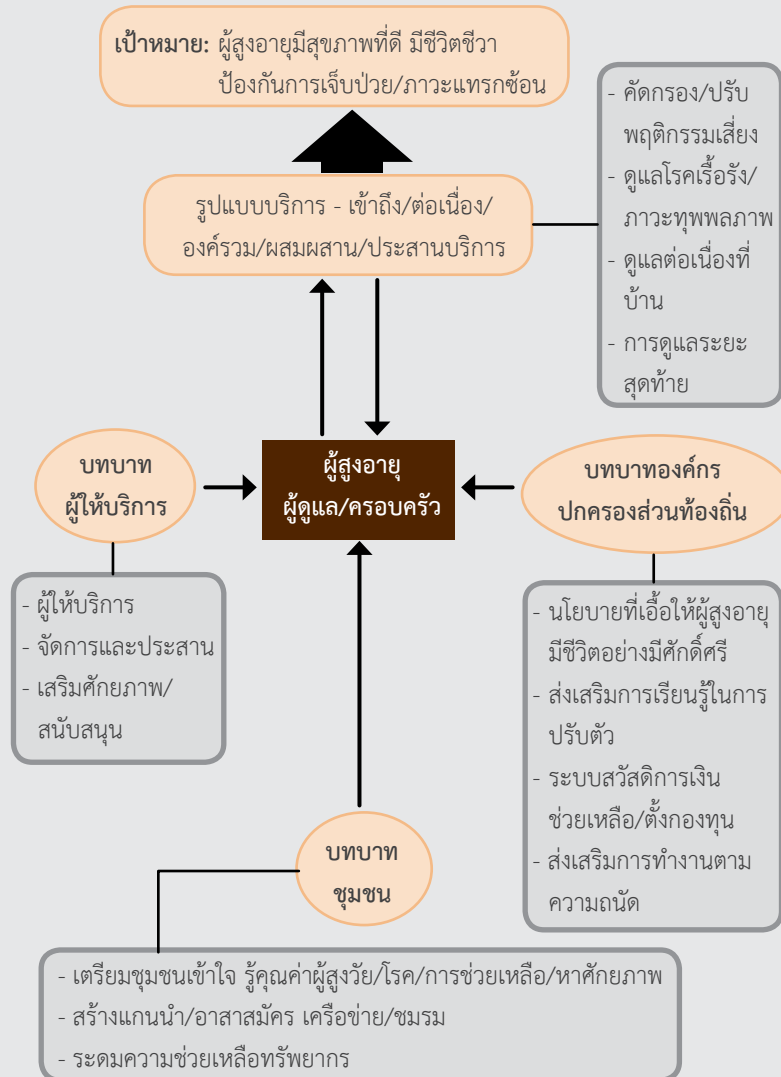
- Social welfare จัดบริการทางด้านสวัสดิการสังคม จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมอาชีพ การหารายได้ เพื่อสร้างความภาคภูมิใจและลดการพึ่งพิง

• **บทบาทชุมชน (รวมถึงผู้ดูแลและครอบครัว)**

- การเตรียมชุมชนให้มีความเข้าใจสภาพผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อาทิ การเตรียมความพร้อมต่อการลดภาวะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
- การสร้างการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน โดยผ่านชมรมผู้สูงอายุ แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้สูงอายุ มีเวทีในการแลกเปลี่ยนความรู้จากการทำงาน กิจกรรมต่อเนื่องที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและศาสนา
- การระดมความช่วยเหลือจากชุมชน การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น กองทุนกายอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ การทอดผ้าป่าช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาสในชุมชน

## กรอบแนวคิดของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ

แผนภูมิ แนวทางในการพัฒนาระบบ  
และกระบวนการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ



## หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน มี 3 ส่วนหลัก คือ<sup>4</sup>

1. **ภาคีหลัก 3 ภาคี** สามประสานที่สำคัญในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาคีบริการสุขภาพ และภาคีบริการสังคม

2. **เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ** ขจัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ เสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

3. **รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ: รพ.สต.เอื้ออาทรผู้สูงอายุ** 3.1) บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และความสูงอายุ ที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ คือ บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ 3.2) ระบบบริการที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการที่นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้นำ มีกระบวนการทำอย่างเป็นระบบและครอบคลุมเป้าหมายของทุกกลุ่มผู้สูงอายุ 3.3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเข้าถึงได้และต้องเอาใจใส่ทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการในชุมชน และที่บ้าน

<sup>4</sup> แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ: สำนักงานโครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: ธันวาคม 2553.

## แผนภาพที่ 2 การบูรณาการภาคีหลัก 3 ภาคี เพื่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน



ที่มา : แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ: รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์, พญ.ลัดดา คำวิภากร  
เลิศ: ธันวาคม 2553

### บทเรียน/รูปธรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน

จากการทบทวนบทเรียน/รูปธรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน บทเรียนจากงานนวัตกรรมปฐมภูมิ (ปี 2550) บทเรียนจากผลงาน R2R ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานประจำสำนักงานวิจัย (ปี 2551 - 2554) พบรูปธรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

1. เป้าหมาย มีทั้ง กลุ่มผู้สูงอายุ แบ่งตามภาวะสุขภาพ 4 กลุ่ม คือ 1. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี 2. ผู้สูงอายุที่

เจ็บป่วย แต่ยังช่วยเหลือตนเองได้บ้างมีผู้ดูแล ครอบครัวอบอุ่น 3. ผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วย ไปไหนมาไหนลำบาก แต่มีผู้ดูแล และ 4. ผู้สูงอายุเจ็บป่วย ต้องการความช่วยเหลือ ขาดผู้ดูแล ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยผู้นำอย่างเป็นทางการ คือ ผู้นำชุมชน อบต. และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ อสม. ที่มีการเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ คนในครอบครัว

2. ลักษณะกิจกรรม จะมุ่งเน้นเรื่อง เวทีประชาคม เพื่อหา ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (พบมากในเกือบทุก โครงการ) การให้ความรู้ และพัฒนาศักยภาพ โดยมักจะใช้วิธีการอบรม ให้ความรู้ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งหลักๆ เป็นการอบรมแกนนำที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ อบรมผู้ดูแลที่เป็นสมาชิก อสม. อบรมคนในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล (พบมากในรายงานแถบภาคอีสาน) กิจกรรมบริการ ส่วนมากที่พบ คือ การเยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำ อสม. แกนนำสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสม. กิจกรรมประเพณี หรือ กิจกรรมสำคัญในชุมชน เช่น วันผู้สูงอายุ วันสงกรานต์ กิจกรรมวิถีพุทธ

3. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พบ นอกเหนือจากการ จัดอบรมแกนนำกลุ่ม อบรมแกนนำผู้ดูแล แล้วยังมีรูปแบบการดูแลสุขภาพ 4 รูปแบบหลักๆ คือ

3.1. การดูแลทางคลินิก เป็นรูปแบบการให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ที่บ้าน ซึ่งรูปแบบคือ การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ



- 3.2. การดูแลสุขภาพ จะเป็นรูปแบบการให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้นของ สอ. (เป็นรายที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อย เช่น เป็นไข้ ปวดหัว ปวดท้อง) ซึ่งรูปแบบคือ การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาอบรมให้ความรู้การดูแลตนเอง ติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งกลุ่มนี้สามารถดำเนินการโดย อสม. หรือผู้ดูแลโดยนำข้อมูลมาปรึกษากับเจ้าหน้าที่ได้เลย
- 3.3. การสนับสนุนกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบของการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและผู้ดูแล (อสม. และคนในครอบครัว) การอบรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเอง รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมวันสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมการออกกำลังกาย
- 3.4. การสนับสนุนสวัสดิการและอื่นๆ ในรูปแบบการช่วยเหลือด้านการเงิน สวัสดิการ กองทุนสุขภาพ เบี้ยยังชีพ เป็นต้น