

หนังสือ      การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ  
พิมพ์ครั้งที่ ๑      กันยายน ๒๕๕๗      จำนวน ๓๐๐ เล่ม  
ISBN      ๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๒๒๕๒-๒

## ที่ปรึกษา

|                        |                    |                                                                         |
|------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| นายแพทย์ณรงค์          | สหเมธาพัฒน์        | ปลัดกระทรวงสาธารณสุข                                                    |
| นายแพทย์วิชัย          | โชควัฒน            | ประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ                                  |
| นายแพทย์สุพรรณ         | ศรีธรรมมา          | อธิบดีกรมการแพทย์                                                       |
| นายแพทย์สุริยะ         | วงศ์คงคาเทพ        | ผู้ตรวจราชการเขตบริการสุขภาพที่ ๕                                       |
| นายแพทย์สุรเชษฐ์       | สถิตินิรามัย       | ผู้ตรวจราชการเขตบริการสุขภาพที่ ๘                                       |
| นายแพทย์คาร์ณ          | ไชยศิริ            | ผู้ตรวจราชการเขตบริการสุขภาพที่ ๑                                       |
| นายแพทย์สุวรรณชัย      | วัฒนา ยิ่งเจริญชัย | ผู้ตรวจราชการเขตบริการสุขภาพที่ ๑๑                                      |
| ศ.ดร.นายแพทย์ศุภสิทธิ์ | พรรณารุโณทัย       | คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร                                    |
| นายแพทย์วิชาญ          | เกิดวิชัย          | คณบดีคณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา                       |
| ศ.นายแพทย์สุทธิชัย     | จิตะพันธ์กุล       | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                                     |
| นายแพทย์ประพนธ์        | ตั้งศรีเกียรติกุล  | รองอธิบดีกรมการแพทย์                                                    |
| นายแพทย์ภาสกร          | ชัยวานิชศิริ       | รองอธิบดีกรมการแพทย์                                                    |
| นายแพทย์ประพันธ์       | พงศ์คณิตานนท์      | ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ                             |
| นายแพทย์ไพศาล          | เกื้ออรุณ          | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา                                           |
| นายแพทย์ศิริชัย        | ภัทรนุภาพร         | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง                                           |
| นายแพทย์สมิต           | ประสันนาการ        | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี                                        |
| นายแพทย์นรินทร์รัชต์   | พิชญคามินทร์       | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี                                       |
| นายแพทย์สมชายโชติ      | ปิยวัชรเวลา        | นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี |
| แพทย์หญิงอภาพรรณ       | นเรนทร์พิทักษ์     | นายแพทย์เชี่ยวชาญหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี          |
| นางสาวสำรว             | โยธาวิจิตร         | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี           |

## บรรณาธิการ

นางเบญจพร      สุธรรมชัย      นางสาวนภัส      แก้ววิเชียร

## กองบรรณาธิการ

ดร.มธุวีร์      เทพกิจ      นางพิสมัย      คงสุริยศักดิ์  
นางนฤมล      ทองมีสิทธิ์

## จัดทำโดย

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

[www.dms.moph.go.th](http://www.dms.moph.go.th)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

## พิมพ์ที่

สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์

โทร. ๐ ๒๙๑ ๗๐๐๑-๒ โทรสาร. ๐ ๒๕๘๕ ๖๔๖๖

## คำนำ

การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เป็นกระบวนการซึ่งภาครัฐ โดยกระทรวงสาธารณสุข ตามบทบาทของกรมการแพทย์ที่จำเป็นต้องเร่งดำเนินการ เพื่อขับเคลื่อนสู่ การพัฒนาการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างกลไกการทำงาน และรูปแบบต่างๆที่เกี่ยวข้องเป็น องค์ประกอบของระบบการบริการ/การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีจุดเกาะเกี่ยวทั้งยังมีความหลากหลายเหล่านั้น เข้าด้วยกัน เพื่อนำมาซึ่งรูปแบบของระบบการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เชื่อมประสานทุกมิติของ การดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ โดยการมีส่วนร่วม ของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคสังคม ภาครัฐ และภาคเอกชน

ในอีกมิติหนึ่งนั้น จะเป็นการนำไปสู่การพัฒนากลไกในระบบขับเคลื่อนจากภาครัฐ ทั้งนี้ กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ในฐานะที่เป็นสถาบันวิชาการซึ่งเป็น หน่วยงานหลักด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในด้านการพัฒนาทางวิชาการให้ ตอบสนองต่อภารกิจด้านการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผ่านภาคส่วนต่างๆ แบบบูรณาการเชื่อมโยงระบบงานให้เป็นรูปธรรม สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีที่เกี่ยวข้อง ตามบริบทของสังคม และทิศทางของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในที่สุด

พร้อมนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านและผู้แทนจากภาคส่วนสำคัญของประเทศไทย ที่ต่างมุ่งมั่น และ เสียสละต่อการบริหาร และการปฏิบัติงานเพื่อผู้สูงอายุ จะได้รับประโยชน์จากการบูรณาการและพัฒนา รูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในครั้งนี้ และเป็นทิศทางไปสู่การพัฒนาที่ดียิ่งขึ้นสืบไป

(นายสุพรรณ ศรีธรรมมา)

อธิบดีกรมการแพทย์

# สารบัญ

หน้า

## ส่วนที่ ๑ ภาพรวมของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| บทสรุปผู้บริหาร                                                                                | ๔  |
| บทที่ ๑ สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยและ ๔ จังหวัดนำร่อง<br>(อุดรธานี ลำปาง พังงา กาญจนบุรี) | ๗  |
| บทที่ ๒ ยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ                                                 | ๑๐ |

## ส่วนที่ ๒ รูปแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| บทที่ ๓ กิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่คาดหวัง | ๑๓ |
| บทที่ ๔ สรุปบทเรียนจากการดำเนินการใน ๔ จังหวัดนำร่อง  | ๑๖ |

## ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอแนะ

|                    |    |
|--------------------|----|
| บทที่ ๕ ข้อเสนอแนะ | ๒๓ |
|--------------------|----|

## ภาคผนวก

|                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| - สังคมผู้สูงอายุ : การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร                                              | ๒๖  |
| - ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย                                                  | ๓๕  |
| - ตารางสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ ๔ จังหวัดนำร่อง                                             | ๓๗  |
| - การจัดบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในระบบเครือข่าย จังหวัดอุดรธานี                                | ๓๙  |
| - การจัดบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในระบบเครือข่าย จังหวัดลำปาง                                   | ๕๙  |
| - การติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และในชุมชน จังหวัดพังงา                                        | ๖๖  |
| - การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี                                        | ๘๑  |
| - การจัดบริการฟื้นฟูสภาพในศูนย์ดูแลสุขภาพรูปแบบพิเศษ                                            | ๘๕  |
| - การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดพังงา                                                    | ๘๖  |
| - การดำเนินงานของโรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร                                          | ๘๘  |
| - สรุปผลการประชุม การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการประชุมกลุ่มระดมสมอง<br>(Brain Training)  | ๙๓  |
| - งานวิจัยเรื่อง บทบาทกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ                                        | ๑๐๖ |
| - ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือการพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพ<br>ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ | ๑๒๐ |
| - โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท)                    | ๑๔๕ |
| - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ<br>(เขตเมืองและเขตชนบท)              | ๑๔๘ |

## บทสรุปผู้บริหาร การประชุมเชิงปฏิบัติการ

“พัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท)”

วันที่ ๒๖ - ๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๗ ณ โรงแรมริชมอนด์

แม้สภาวะการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นธรรมชาติที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่มนุษย์ได้แสวงหาหนทางชะลอการแก่ เจ็บ และตายให้เกิดขึ้นช้าที่สุด การแพทย์หรือการดูแลสุขภาพ เป็นความพยายามอย่างหนึ่งที่ประสบความสำเร็จไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงการชะลอความเสื่อมหรือความแก่ให้ช้าลง การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บด้วยวิธีต่าง ๆ และชะลอการตายให้เกิดขึ้นช้าที่สุด สิ่งที่ตามมาก็คือการเพิ่มขึ้นของอายุขัย และการทวีสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรสูงอายุ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ คาดว่าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น ๑๔.๙ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๒๕ (ประมาณ ๑ ใน ๔) ของประชากรไทยทั้งประเทศ สภาวะการดังกล่าวเกิดจากการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของประชากรทุกกลุ่มอายุ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีผลต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นของประชาชน ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างเป็นพลวัต ตั้งแต่ระดับครัวเรือน สังคม เศรษฐกิจและการเงินการคลัง สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน

ปัญญาผู้สูงอายุไทย กำหนดให้ภาครัฐและภาคสังคมมีภารกิจต่อผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีและสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ปัจจุบันมีการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพหลายรูปแบบซึ่งมีจุดเด่นแตกต่างกันโดยผู้สูงอายุทุกคนจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม ภายใต้การบริหารจัดการที่มีอยู่ในปัจจุบันเน้นรูปแบบการบูรณาการที่มีความเชื่อมโยงในรูปภาคีเครือข่ายชุมชน ครอบครัว และการจัดบริการภาครัฐ โดยมีศูนย์ประสานงาน Home Health Care เป็นจุดเชื่อมระหว่างสถานบริการทุกระดับกับชุมชน

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเพื่อพัฒนาระบบงานที่จะนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ตามบริบทของประเทศอันจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑. พัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ในบริบทประเทศไทย ๒. จัดทำ (ร่าง) คู่มือ/แนวทางการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย และ ๓. สร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับเขตบริการสุขภาพและหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

๑. ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ มีความรู้ความสามารถจึงควรดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ทำให้สามารถใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติได้ ตามแนวคิด “พฤกษิพลัง”

๒. ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย สังคมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และหากสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ก็จะมีภาระในการดูแลช่วยเหลือแก่ครอบครัว และสังคม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย ลดความรุนแรงของโรค และลดการพึ่งพิงได้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ

๓. ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติมาเป็นเวลานาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี คุณภาพชีวิตดี มีความสุข คือเป็นการตอบแทนบุญคุณ เป็นคุณธรรมจริยธรรมของคนดี ตามแนวคิด “การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์” อันเป็นส่วนสำคัญที่ดั่งามของสังคมไทย

๔. ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางร่วมแห่งการเคารพนับถือ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคม การร่วมกันดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นที่ยรักและเคารพ จึงเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความรักความสามัคคีในครอบครัว ตามแนวคิด “สายใยรักแห่งครอบครัว”

การจัดบริการผู้สูงอายุควรดำเนินการโดยคำนึงถึงแนวคิดเหล่านี้ และจัดระบบ วิธีการ ให้สามารถตอบสนองทุกแนวคิดเพื่อให้กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุตลอดถึงครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

ในการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ประกอบด้วยผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งเป็นผู้แทนจากกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข (อธิบดีกรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานใน ๔ จังหวัด ได้แก่ ลำปาง อุตรดิตถ์ กาญจนบุรี พังงา เนื่องจากทั้ง ๔ จังหวัดเป็นจังหวัดนำร่องในโครงการพัฒนารูปแบบบริการและบริหารจัดการแบบบูรณาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ ในประเทศไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระหว่างเดือน มีนาคม ๒๕๕๖ ถึง กันยายน ๒๕๕๗) และได้มีการนำกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุลงไปปฏิบัติในพื้นที่ ทั้งยังมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จัดได้ว่าทั้ง ๔ จังหวัดเป็นBest Practice สำหรับการพัฒนาารูปแบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้ง ๔ จังหวัด ร่วมด้วยภาคประชาชนในจังหวัด และผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยมาร่วมกระบวนการวางแผน วิเคราะห์ ประชุม วิพากษ์ให้ได้ข้อสรุปแนวทางการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ที่เชื่อมประสานทุกมิติของการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ในบริบทของประเทศไทย

### ข้อสรุปจากที่ประชุม มีดังนี้

๑. การบูรณาการกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในระดับกระทรวง เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยลดความซ้ำซ้อนของงานที่กรมต่างๆ ได้มีนโยบายและสั่งการลงไปในพื้นที่ ซึ่งบางครั้งขัดแย้งและขาดประเด็นสำคัญบางส่วน จึงสมควรพิจารณาดำเนินการแต่ยังไม่มีความพร้อมในการออกแบบระบบงานและสั่งการอย่างเป็นรูปธรรม

๒. ควรมีการดำเนินงานผ่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข มอบหมายให้รับผิดชอบในการสั่งการ การติดตามประเมินผลและการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนโดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินการในระดับจังหวัด

๓. ควรปรับปรุงยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมกรอบงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมด โดยปรับยุทธศาสตร์ที่ ๒ ให้มุ่งที่การดูแลรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในสถานพยาบาล และเพิ่มยุทธศาสตร์ที่ ๓ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชนจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ควรปรับปรุงยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นมิติของกลวิธีดำเนินงาน

๔. จากการทำงานพบว่า ตัวชี้วัดความสำเร็จตามยุทธศาสตร์ ควรปรับปรุงให้มีความตรง สามารถสะท้อนคุณภาพ ความก้าวหน้าและความสำเร็จอย่างชัดเจน ซึ่งในการประชุมครั้งนี้เสนอเพียง(ร่าง)เห็นสมควรให้กระทรวงสาธารณสุข ประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญกำหนดเครื่องชี้วัดให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

๕. จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในที่ประชุม พบว่ากิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีการดำเนินการตามนโยบายค่อนข้างน้อย ยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด และไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด สมควรกำหนดเป้าหมายให้มีการดูแลสุขภาพที่ทั่วถึง เข้าถึงผู้สูงอายุทุกคน ภายในแผน ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๕๗ - ๒๕๖๑)

๖. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการจัดการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องประสานความร่วมมือกับหน่วยงานราชการอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงภาคประชาชนควรมีการกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกันในระดับสูง โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางการดำเนินงานเพื่อแสวงหาความร่วมมือจากภาคีต่างๆ ในพื้นที่จะทำได้ง่ายและมีรูปแบบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

๗. ที่ประชุมได้นำเสนอ วิเคราะห์วิจารณ์รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนยุทธศาสตร์ที่ได้ดำเนินการมาแล้วในจังหวัดน่าน ร้อยเอ็ด และจังหวัดอื่นที่มีความก้าวหน้า เช่น จังหวัดพิจิตร ได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนากิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไว้ทุกขั้นตอนของกระบวนการ ซึ่งได้นำเสนอรายละเอียดในภาคผนวก

## บทที่ ๑

### สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยและ ๔ จังหวัดนำร่อง (อุดรธานี ลำปาง พังงา กาญจนบุรี)

ภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของประชากรทุกกลุ่มอายุที่เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ทวีสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรสูงอายุ เห็นได้อย่างชัดเจนนับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ที่ตัวเลขประชากรสูงอายุได้เพิ่มขึ้นแตะร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมดของประเทศไทย ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) อย่างรวดเร็วและต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง ๙.๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๗ ของประชากรรวม (จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๖๓ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ทั้งยังมีแนวโน้มที่มากขึ้นเช่นเดียวกับในอดีต โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ คาดว่าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกเป็น ๑๔.๙ ล้านคน หรือคิดเป็น ๒ เท่าของประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ ๑๗.๘ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๒๕ (ประมาณ ๑ ใน ๔) ของประชากรไทยทั่วประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ๒๕๕๕)

ยิ่งไปกว่านั้น กลุ่มประชากรเกิดใหม่ที่เคยมากกว่า ๑ ล้านคนต่อปีซึ่งอยู่ในช่วงอายุประมาณ ๒๖-๔๖ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ก็จะมีทยอยเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในช่วง ๑๔-๑๕ ปี ข้างหน้า จึงกลายเป็นเสมือนคลื่นสึนามิ ลูกใหญ่ที่กำลังถาโถมเข้ามาสู่สังคมไทย (ปราโมทย์ ปราสาทกุล ๒๕๕๒) ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาสังคมแห่งชาติ (๒๕๕๖) ได้คาดประมาณประชากรของประเทศไทยไว้ว่าจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๒๐ หรือกว่า ๑๔ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ นั้นย่อมหมายถึงในอนาคตราว ๗ ปีข้างหน้า นับจากปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) อันเนื่องมาจากกลุ่มประชากรวัยแรงงานที่เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศในปัจจุบันมีอายุเพิ่มขึ้นโดยลำดับและจะกลายเป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่ของประเทศในที่สุด

สถานการณ์สำคัญดังกล่าวเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของประชากรทุกกลุ่มอายุ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบของการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทย ที่ส่งผลให้แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งจำนวนและสัดส่วนของประชากร และยังมีผลต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นของประชาชน จึงเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่องานด้านทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างเป็นพลวัตตั้งแต่ระดับครัวเรือน สังคม เศรษฐกิจและการเงินการคลังของประเทศ ผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภารกิจของภาครัฐและภาคสังคมที่พึงมีต่อผู้สูงอายุตามปฏิญญาผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. ๒๕๔๒ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี และสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในรูปแบบบูรณาการเชื่อมโยงกับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคสังคม จึงเป็นประเด็นสำคัญ ที่จำเป็นต้องเร่งพิจารณาดำเนินการเพื่อพัฒนาการขับเคลื่อนความเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ที่ยึดโยงและเป็นฟันเฟืองระหว่างกลไกการทำงาน สำคัญ รูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลายของการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่แต่ละภาคส่วนของประเทศไทย เชื่อมต่อเข้ากับระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในแบบที่เป็นทางการ (Formal) และไม่เป็นทางการ (Informal) จากภาครัฐ ภาคสังคม และภาคประชาชน เข้าด้วยกัน ให้เกิดเป็นองค์ประกอบทางด้านระบบบริการ/การดูแลผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับ

บริบทของสังคมไทย ทิศทางของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ตลอดจนนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม และรอบด้าน ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภาคที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ตามบริบทของพื้นที่ตามแต่ละภาคส่วนของประเทศ

เป็นที่น่าสังเกตและทราบกันดีว่า รูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงในแต่ละภูมิภาคของประเทศ ล้วนมีความหลากหลายและมีจุดเกาะเกี่ยวที่เหมือนและหรือแตกต่างกันไปอย่างน่าสนใจหนึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ ๒๕๔๓) การทำงานแบบบูรณาการ คัดเลือกและเชื่อมโยงองค์ความรู้ อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบ ไม่ว่าจะเป็นกลไกการทำงาน สำคัญ รูปแบบ ทั้งที่เป็นทางการ (Formal) และไม่เป็นทางการ (Informal) เหล่านั้นเข้าด้วยกัน จะทำให้เกิดความก้าวหน้าได้เป็นอย่างมาก ทางด้านระบบบริการดูแลสุขภาพและสังคมเพื่อผู้สูงอายุ ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ย่อมจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อสังคม และเศรษฐกิจอย่างเป็นพลวัตสืบไป

กระทรวงสาธารณสุขโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และเพื่อพัฒนากระบวนการอันจะนำไปสู่การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มวัยสูงอายุ อันมีเป้าหมายให้เกิดผลกระทบในระดับชาติ โดยในระยะเวลา ๑๐ ปี ข้างหน้าให้ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า ๘๐ ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า ๗๒ ปี นโยบายของกรมการแพทย์ที่ว่า “พัฒนาสถาบันกรมการแพทย์เป็นสถาบันเฉพาะทางชั้นสูงระดับชาติ (Centers of Excellence/National Institute)” พันธกิจสำคัญของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ในการเป็น National Health Authority ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สามารถตอบสนองและขับเคลื่อนให้ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนและสังคม ให้สัมพันธ์กับวิถีชีวิตได้อย่างเหมาะสมประกอบกับการวิจัยเรื่องบทบาทกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (เบญจพร สุธรรมชัย และคณะ ๒๕๕๗) พบว่ากรมการแพทย์ควรเป็นแกนนำและศูนย์กลางในการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร ออกแบบระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยทุกระดับบริการ ดังนั้น ภายใต้สถานการณ์สำคัญด้านผู้สูงอายุในปัจจุบันซึ่งมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤตยิ่งขึ้นตามภาวะการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อย่างครบถ้วนรอบด้านดังกล่าวมา การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกของภาคส่วนต่างๆ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข การสังเคราะห์รูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท) ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ซึ่งได้จัดทำและดำเนินการขึ้นเพื่อนำข้อมูลจากพื้นที่ Best Practices เป้าหมาย มาสู่กระบวนการวางแผน วิเคราะห์ ประชุม วิพากษ์ให้ได้ข้อสรุปแนวทางการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ที่เชื่อมโยงประสานทุกมิติของการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ในบริบทของประเทศไทย

ภายใต้การดำเนินการประชุมครั้งนี้ เพื่อจัดให้มีภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมกันออกแบบระบบบริการ/การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย อันประกอบไปด้วยหลากหลายรูปแบบของการดำเนินงานประชุม อันได้แก่การบรรยาย การอภิปราย การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการประชุมกลุ่มระดมสมอง (Brain Training) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมประชุมทุกกลุ่มตามวัตถุประสงค์ คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติจากจังหวัดที่เป็น Best Practice ทั้ง ๔ จังหวัด ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยที่ได้รับการยอมรับ ผู้แทนจาก

กรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนภาคประชาชน (สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำผู้สูงอายุ และ NGO) จากจังหวัดBest Practice และจังหวัดที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่สนใจและเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ตลอดจนสื่อมวลชน อาทิ ผู้สื่อข่าวของกระทรวงสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวของสถานีโทรทัศน์ เพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะที่ดี ยังเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทาง Website ร่วมด้วย

รูปแบบของการบริการและการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลายกันไปตามบริบทของแต่ละภูมิภาค ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย พบว่ามีการดำเนินการ ได้แก่ การจัดบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะกลางก่อนกลับบ้าน การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน การจัดบริการห่อผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุ การจัดบริการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน/ในชุมชน การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ การดำเนินงานของโรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ และการจัดบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย

จังหวัดลำปาง อุตรธานี พังงา และกาญจนบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่จัดได้ว่าเป็นBest Practice ของการพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม มีจุดเด่นที่แตกต่างกันไป ดังนี้ จังหวัดอุตรธานีและลำปางมีจุดเด่นทางด้านการจัดการในระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง โดยที่จังหวัดลำปางมีความเข้มแข็งของผลงานอันเป็นที่ได้รับการยอมรับและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยร่วมดำเนินการกับหน่วยงานด้านการศึกษา ภาคประชาชนและภาคสังคม ได้แก่ NGO ฯลฯ สำหรับจังหวัดอุตรธานี มีความเข้มแข็งของวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ค่านิยมและวิถีชีวิตของผู้คนในพื้นที่ ผสานกับการผลักดันและขับเคลื่อนให้เป็นวาระจังหวัด เกิดเป็นพลังความร่วมมือมาจากทุกภาคส่วน สำหรับจังหวัดพังงาและกาญจนบุรีนั้น มีความโดดเด่นในลักษณะของชุมชน และชมรมผู้สูงอายุ โดยที่จังหวัดพังงามีรูปแบบของการนำทุนและทรัพยากรของพื้นที่ชุมชนเอง ผสานกับภาวะผู้นำทางศาสนา ความศรัทธา ทศนคติ ความผูกพันแบบเครือญาติในชุมชน ร่วมกับการสนับสนุนที่ดีจากภาครัฐ จึงก่อให้เกิดพลังของชุมชนเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุของพื้นที่ได้เป็นอย่างดี จังหวัดกาญจนบุรีมีความเข้มแข็งของการประสานงานจากบุคลากรภาครัฐในพื้นที่ระดับอำเภอ ผสานกับรพ.สต. และชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สถานการณ์ทั่วไปด้านผู้สูงอายุในพื้นที่แต่ละจังหวัด ได้นำเสนอซึ่งรายละเอียดในภาคผนวก

## บทที่ ๒

### ยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

การขับเคลื่อนให้การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการเป็นไปอย่างรวดเร็ว เป็นระบบ และเกี่ยวข้องกับหน่วยงานนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข กับทั้งหน่วยงานภาคเอกชน การกำหนดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน แสดงการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเป็นก้าวสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้เปิดโอกาสให้บทวนและปรับปรุงยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ดังนี้

วิสัยทัศน์ : ผู้สูงอายุได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกด้านของวิถีชีวิต

แนวทาง : กระทรวงสาธารณสุขดูแลด้านสุขภาพ โดยประสานกับกระทรวง/องค์กรอื่นในการดูแลได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน สภาผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดูแลให้ครอบคลุมทุกด้านประสานกับกระทรวงศึกษาธิการ สภาวิจัยแห่งชาติ ในการจัดการความรู้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุและการผลิตบุคลากรเพื่อดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุทุกคน

#### บริการสุขภาพที่พึงประสงค์

๑. บริการสุขภาพองค์รวม (Holistic Health Care) ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม

๒. บริการสุขภาพผสมผสาน (Integrated Health Care) บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

๓. บริการสุขภาพต่อเนื่อง (Continuous Health Care) ทุกช่วงเวลาของชีวิต ด้วยการมีส่วนร่วมระหว่าง การดูแลสุขภาพโดยตัวผู้สูงอายุ (Self Care) การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว (Family Care) การดูแลโดยชุมชน (Community Care) และการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะ ๑๐ ปี พ.ศ.๒๕๕๗ - ๒๕๖๖ ไว้ ๓ ยุทธศาสตร์หลัก

**ยุทธศาสตร์ที่ ๑** สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

**ยุทธศาสตร์ที่ ๒** การพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอย่างมีคุณภาพ

**ยุทธศาสตร์ที่ ๓** การพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ โดยการประสานเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างกรมต่างๆ ในการจัดการความรู้ การออกแบบระบบบริการ การนำสู่การปฏิบัติอำนวยการให้ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รับผิดชอบการนำระบบการดูแลสู่การปฏิบัติ ติดตามผลงานเสนอรายงานความก้าวหน้า และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องโดยมี ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำกับดูแล และสนับสนุนการดำเนินงาน แนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่นำเสนอต่อไปนี้ ได้ปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ต่อข้อเสนอของที่ประชุมแล้ว

## แนวทางการพัฒนาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การดูแลผู้สูงอายุ

### ยุทธศาสตร์ที่ ๑

๑. การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ ประเมินสถานะสุขภาพ จัดแบ่งกลุ่มตามความต้องการบริการสุขภาพ และจัดบริการที่สอดคล้องเหมาะสม

๑.๑ เห็นสมควรให้มีการสำรวจขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุทุกคนโดยใช้สมุดคู่มือสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุที่ปรับปรุงให้ดำเนินการได้ง่าย และสามารถปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอได้

๑.๒ ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ เพื่อบันทึกข้อมูลสุขภาพที่ได้จากการสำรวจ และวางระบบให้สามารถ Update ข้อมูล สืบค้น และวิเคราะห์ข้อมูล ได้สะดวก รวดเร็ว สามารถนำมาใช้งานได้

๒. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งดำเนินการโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นกำลังสำคัญ และใช้ชมรมผู้สูงอายุเป็นฐานในการเข้าถึง สมควรปรับปรุงให้ดีขึ้น

๒.๑ จัดระเบียบชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุม แกไขความซ้ำซ้อน และกำหนดกิจกรรมให้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

๒.๒ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหาเกินความสามารถของชมรมผู้สูงอายุ ควรจัดระบบการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ ในทุกมิติขององค์กรรวม

๒.๓ การแสวงหาความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการสนับสนุนสถานที่ อุปกรณ์ และการจัดกิจกรรม เช่น อปท. วัด โรงเรียน จะช่วยให้สามารถขยายงานได้ครอบคลุมมากขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ

๓. การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เข้ารับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพตามยุทธศาสตร์ที่ ๒

๓.๑ ควรจัดทำเกณฑ์ในการค้นหาผู้ป่วย และเกณฑ์การเฝ้าระวังสำหรับโรคที่สำคัญ และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาให้ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ง่ายและรวดเร็ว

๓.๒ กำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มติดสังคม และติดบ้าน ให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย

๔. ควรขยายการดูแลสุขภาพในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไปสู่กลุ่มผู้ที่มีอายุ ๕๐-๖๐ ปี เพื่อให้การดูแลก่อนที่จะมีปัญหาสุขภาพมากเกินไป

### ยุทธศาสตร์ที่ ๒

๑. การจัดบริการดูแลรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาลควรมีการกำหนดขีดความสามารถของโรงพยาบาลแต่ละระดับในการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาให้สามารถจัดบริการได้ตามที่กำหนด

๑.๑ จัดระบบเครือข่ายการส่งต่อให้ชัดเจน สอดคล้องกับการจัดระบบบริการ (Services Profile) ทั้งขาขึ้นและขาลง

๑.๒ ควรจัดทำแนวทางการส่งต่อในโรคที่สำคัญของผู้สูงอายุให้ชัดเจน เพื่อให้การส่งต่อมีความรวดเร็วและถูกต้อง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease) การอุดตันของเส้นโลหิตที่ไปเลี้ยงสมอง (Stroke) โรคกระดูกเสื่อมตามสภาพวัย (Degenerative arthritis) โรคสมองเสื่อม (Dementia) เป็นต้น

๒. ควรกำหนดรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจนยิ่งขึ้นเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ ได้แก่ บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุ บริการผู้ป่วยในสำหรับผู้สูงอายุ

๓. ควรเพิ่มบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้ และต้องการการดูแลต่อในโรงพยาบาล ได้แก่

๓.๑ การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) สำหรับผู้สูงอายุ ในระยะไม่เกิน ๓ เดือน สำหรับผู้ป่วยที่คาดว่าจะดีขึ้น และหรือ ทางบ้านมีความพร้อมในการรับผู้ป่วยไปดูแลต่อได้ ในเวลาที่กำหนด

๓.๒ การดูแลระยะยาว (Long Term Care) ผู้สูงอายุที่อาการหนักช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และทางบ้านไม่พร้อมที่จะดูแล ในระยะยาวมากกว่า ๓ เดือนขึ้นไป

๔. โรงพยาบาลทุกระดับควรมีบริการดูแลภาคกลางวัน (Day Care Center) สำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังต้องการการรักษา/ฟื้นฟู จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมารับการรักษาในช่วงกลางวัน เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยใน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้น

๕. การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ควรพัฒนาคุณภาพมุ่งเน้นการรักษาและฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข แต่ที่บ้านสามารถจัดการรองรับได้ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

๖. การจัดบริการดูแลระยะสุดท้าย (Hospice Care) สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหนักใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งไม่สามารถจัดการดูแลที่มีคุณภาพที่บ้านได้ให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และหรือเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

### ยุทธศาสตร์ที่ ๓ (ใหม่)

การดูแลสุขภาพต่อเนื่องในชุมชน จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตมุ่งเน้นเป้าหมายกลุ่มผู้สูงอายุที่ส่งกลับมาจากโรงพยาบาลและฟื้นฟูสภาพตามยุทธศาสตร์ที่ ๒

๑. การจัดกระบวนการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยตัวผู้สูงอายุเองและสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้วยการให้ความรู้

๑.๑ การจัดโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อสอนผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๑.๒ การผลิตบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Caregiver for the Elderly) เพื่อรับจ้างดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

๒. การจัดสถานที่สำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

๒.๑ การจัดบริการ Day Care Center ในชุมชน

๒.๒ การจัดบริการ Intermediate Care ในชุมชน

๒.๓ การจัดบริการ Long Term Care ในชุมชน

การจัดบริการเหล่านี้ อาจดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน มูลนิธิ และสถานบริการเอกชน ทั้งที่แสวงหาผลกำไรและไม่แสวงหาผลกำไร

๓. การจัดทีมเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน ควรจัดทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถดูแลได้ทุกมิติขององค์รวมตามสภาพปัญหา เช่น มีพระภิกษุร่วมทีม เพื่อดูแลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นต้น

### ยุทธศาสตร์ที่ ๔ (ใหม่)

การพัฒนาที่มีส่วนร่วมของทุกฝ่าย เพื่อการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง

๑. ควรจัดให้มีองค์กรในการประสานงานในระดับพื้นที่ทั้งในระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล เช่น ในระดับอำเภอให้ DHS (District Health Services) เป็นองค์กรประสาน เพื่อการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ครบวงจร

๒. การมีส่วนร่วมควรสร้างทีมในการส่งเสริมป้องกัน รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

## บทที่ ๓

### กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ภาคหวัง

ตามยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของกระทรวงสาธารณสุข สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุได้ทำการวิจัยโดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุและผู้บริหารหน่วยงานที่ทำงานบริการผู้สูงอายุสำรวจความคิดเห็นและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุตามด้วยการลงเยี่ยมสำรวจในพื้นที่ ๔ จังหวัดนำร่อง อุตรดิตถ์ ลำปาง พังงา กาญจนบุรี และการประชุมเชิงปฏิบัติการได้สรุปความเห็นในการดำเนินงาน โดยอาศัยแนวทางแผนระยะยาวการดูแลผู้สูงอายุระดับชาติ ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ดังนี้

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

##### ๑.๑ การสำรวจจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ

จัดทำทะเบียนบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุจากจนประเมินสถานะสุขภาพแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความต้องการการพึ่งพิงเป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑.กลุ่มติดสังคม ๒.กลุ่มติดบ้าน ๓.กลุ่มติดเตียง ตรวจประเมินเพื่อค้นหาโรคที่พบบ่อย พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อจัดบริการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการจัดทำสมุดประจำตัวผู้สูงอายุและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ เพื่อการวิเคราะห์ และการใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ

##### ๑.๒ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค มุ่งเน้นการดูแลทั้ง ๔ มิติขององค์รวม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

##### ๑.๓ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยทีมงานผู้ประกอบวิชาชีพดูแลสุขภาพและภาคี

เพื่อเสริมการทำงานของชมรมผู้สูงอายุ ในเรื่องที่มีความรู้เป็นการเฉพาะ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ทำได้ยาก โดยใช้กลวิธีการประชุม การฝึกอบรม การจัดค่ายสุขภาพ และโรงเรียนผู้สูงอายุ

##### ๑.๔ การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในโรคที่สำคัญ

เพื่อนำผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเข้าสู่บริการรักษาพยาบาลโดยเร็วตั้งแต่ระบบเริ่มแรกโดยใช้กลวิธีการตรวจประเมินเมื่อเริ่มลงทะเบียนผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ในการรับรู้และประเมินสถานะการเจ็บป่วยในโรคสำคัญได้ตั้งแต่ระยะแรก การวิเคราะห์และให้ความรู้พิเศษเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและการให้ความรู้ผ่านทางสื่อมวลชน

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดบริการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล

##### ๒.๑ การจัดบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุ

จัดให้มีบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุในสถานพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ (รพ.สต./รพช./รพท./รพศ.) โดยมีขีดความสามารถตามลำดับขั้นที่สอดคล้องกับแผนระบบบริการ (Service Plan)

##### ๒.๒ การจัดบริการผู้ป่วยในสำหรับผู้สูงอายุ

จัดให้มีเตียง/พื้นที่/หอผู้ป่วย สำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตั้งแต่ ๖๐ เตียงขึ้นไป โดยมีการจัดการที่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย และบริบทของโรงพยาบาล

### ๒.๓ การจัดบริการ Intermediate Care ในโรงพยาบาล

เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่พ้นระยะ Acute Care แล้ว แต่ยังไม่สามารถกลับบ้านได้เนื่องจากยังต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ และกรณีที่บ้านยังไม่พร้อมในการดูแลต่อ โดยจัดหอผู้ป่วยที่ใช้บุคลากรและเครื่องมือน้อยกว่าในหอผู้ป่วย Acute Care และนานไม่เกิน ๓ เดือน

### ๒.๔ การจัดบริการ Long Term Care ในโรงพยาบาล

เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังไม่สามารถกลับไปรับการดูแลต่อที่บ้านได้ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง (ADL ๐-๔) หรือไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน สภาพของบ้านไม่พร้อมในการดูแล ต้องอยู่โรงพยาบาลนานเกิน ๓ เดือน

### ๒.๕ การจัดบริการ Day Care Center ในโรงพยาบาล

สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่ ๑ ติดสังคม และกลุ่มที่ ๒ ติดบ้านที่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ และต้องการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ โดยมาโรงพยาบาลในตอนเช้า และกลับไปพักที่บ้านในตอนเย็น

### ๒.๖ การจัดบริการ Hospice Care

สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่สามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพที่บ้านได้ มุ่งเน้นการดูแลแบบ Palliative Care การให้การดูแลและจัดการให้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

### ๒.๗ การจัดบริการส่งต่อผู้ป่วยผู้สูงอายุ

จัดเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับ Service Plan กำหนดเกณฑ์การส่งต่อการดูแลก่อนและระหว่างการส่งต่อ โดยจัดการทั้งระบบส่งต่อทั่วไป และการส่งต่อที่มีเกณฑ์เฉพาะโรคที่สำคัญ และจัดระบบทั้งการส่งต่อขึ้นไปยังโรงพยาบาลระดับสูงกว่าและการส่งกลับโรงพยาบาลระดับต่ำกว่า

### ๒.๘ การจัดบริการเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยใน ผู้สูงอายุในพื้นที่ใกล้โรงพยาบาล และเป็นต้นแบบการจัดบริการเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้การทำวิจัย และการฝึกฝนความชำนาญของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เช่น Fitness center ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ สถานฝึกจิต/สมาธิ สถานออกกำลังกายด้วยวิธีการพิเศษ : โยคะ ชี่กง ฤาษี ดัดตน ฯลฯ

## ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชน จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

### ๓.๑ Home Health Care

เพื่อการติดตามดูแลผู้สูงอายุโดยทีมสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุที่ยังอยู่ในสถานะติดเตียง ติดบ้าน และกลุ่มติดสังคมที่มีความต้องการ ซึ่งจะช่วยลดความแออัดในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั้ง Acute Care/Intermediate Care/Long Term Care

### ๓.๒ Family Care

การจัดการให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver for the Elderly) ที่มีความรู้ความสามารถ ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านทั้งการสอนให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองการสอนสมาชิกในครอบครัวการใช้ยาสามัญครดูแลผู้สูงอายุ และการจัดจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุอาชีพ

### ๓.๓ Day Care Center ในชุมชน

การจัดการให้มีสถานที่สำหรับ Day Care Center ในชุมชน โดยประสานภาคีความร่วมมือช่วยดำเนินการ เช่น อบท. วัด โรงเรียน มูลนิธิ และ/หรือบริการเอกชน

### ๓.๔ Intermediate Care ในชุมชน

การจัดสถานที่สำหรับ Intermediate Care ในชุมชน อบท. วัด โรงเรียน มูลนิธิ และ/หรือบริการเอกชน

## ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๔.๑ กการจัดตั้งภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพระดับอำเภอ DHS (District Health Services) และภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัดเพื่อวางระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน โดยมีองค์ประกอบที่ควรร่วมเป็นภาคีความร่วมมือ คือ โรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง (เช่น มหาวิทยาลัย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แรงงาน วัฒนธรรม ศึกษาธิการ) ผู้นำศาสนา โรงเรียน ปราชญ์ชาวบ้าน

๔.๒ การประสานความร่วมมือกับภาคเอกชนที่จัดบริการการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกผู้สูงอายุเอกชน เอกชนผู้จัดบริการ Intermediate Care, Long-term Care

## บทที่ ๔

### สรุปบทเรียนจากการดำเนินการใน ๔ จังหวัดนำร่อง

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งได้สั่งการให้โรงพยาบาลทุกระดับดำเนินการโดยมีกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในการวางระบบ และสื่อสาร แนวทาง วิธีการ ลงไปยังพื้นที่ ทำให้มีการจัดกิจกรรมบริการต่าง ๆ ตามที่คาดหวัง แต่พบว่ายังมีการดำเนินการไม่ครอบคลุม ทั้งในด้านกิจกรรม ปริมาณ และคุณภาพ จากการติดตามพบว่า มีบางพื้นที่ดำเนินการได้ดี สมควรศึกษาบทเรียนเพื่อนำไปขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศไทย โดยพบว่ามี ๔ จังหวัดนำร่องตามโครงการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ อุตรธานี ลำปาง พังงา กาญจนบุรี และบางจังหวัดที่มีจุดเด่นในบางกิจกรรม เช่น พิจิตร ปราจีนบุรี จึงได้ดำเนินการลงเยี่ยมสำรวจ และประชุมเชิงปฏิบัติการ

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ให้ภาคีภาคส่วนต่างๆ ที่มีส่วนร่วมกันออกแบบระบบการบริการ/การดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย ได้นำเสนอข้อมูลสู่การประชุมหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การบรรยาย การอภิปราย การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการประชุมกลุ่มระดมสมอง (Brain Training) ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าประชุมทุกกลุ่มตามวัตถุประสงค์คือผู้บริหารและผู้ปฏิบัติจากจังหวัดที่เป็น Best Practice ทั้ง ๔ จังหวัด ผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยที่ได้รับการยอมรับ ผู้แทนจากกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนภาคประชาชน (สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำผู้สูงอายุ และ NGO) จากจังหวัด Best Practice และจังหวัดที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่สนใจและเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ตลอดถึงผู้สื่อข่าวของกระทรวงสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวของสถานีโทรทัศน์ เพื่อการสื่อสารสู่สาธารณะที่ดี ยังมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทาง Website ร่วมด้วย

รูปแบบของการบริการและการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลายกันไปตามบริบทของแต่ละภูมิภาค ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย พบว่ามีการดำเนินการ ได้แก่ การจัดบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะกลางก่อนกลับบ้าน การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน การจัดบริการห่อผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุ การจัดบริการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน/ในชุมชน การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ การดำเนินงานของโรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ และการจัดบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย

ทั้งนี้ จังหวัดลำปาง อุตรธานี พังงา และกาญจนบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่จัดได้ว่าเป็น Best Practice ของการพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรมโดยมีจุดเด่นที่แตกต่างกันไป ได้แก่ จังหวัดอุตรธานี และลำปางมีจุดเด่นทางด้านการจัดการในระบบเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องโดยที่จังหวัดลำปางมีความเข้มแข็งของผลงานอันเป็นที่ได้รับการยอมรับและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน โดยร่วมดำเนินการกับหน่วยงานด้านการศึกษา ภาคประชาชนและภาคสังคม ได้แก่ NGO ฯลฯ จังหวัดอุตรธานี มีความเข้มแข็งของวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ค่านิยมและวิถีชีวิตของผู้คนในพื้นที่ ผสานกับการขับเคลื่อนให้เป็นวาระจังหวัด เกิดเป็นพลังความร่วมมือจากทุกภาคส่วน สำหรับจังหวัดพังงาและกาญจนบุรีนั้น มีความโดดเด่นในลักษณะของชุมชน และชุมชนผู้สูงอายุ โดยจังหวัดพังงา มีรูปแบบของการนำทุนและทรัพยากรของพื้นที่ชุมชนเอง ผสานกับภาวะผู้นำทางศาสนา ความศรัทธาทัศนคติ ความผูกพันแบบเครือญาติในชุมชน และการสนับสนุนที่ดีจากภาครัฐ ก่อให้เกิดพลังของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรีมีความเข้มแข็งของการประสานงานจากบุคลากรภาครัฐในพื้นที่ระดับอำเภอ ผสานกับรพ.สต. และชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมดังกล่าวจัดให้เป็นหมวดหมู่ตามยุทธศาสตร์ที่ปรับเปลี่ยนได้ดังนี้

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

##### ๑.๑ การสำรวจและจัดทำทะเบียนผู้สูงอายุ

มีการดำเนินการใน ๔ จังหวัดนำร่อง สามารถสำรวจผู้สูงอายุได้ใกล้เคียง ๑๐๐% แบ่งกลุ่มตามศักยภาพความสามารถพบว่า มีกลุ่ม ๓ ติดเตี้ยอยู่ราว ๑.๒๑ - ๑.๖๑% และกลุ่ม ๒ ติดบ้านราว ๗.๒๔ - ๑๗.๘๑ %

กลุ่มติดสังคม ๘๐.๙๘-๙๑.๕๕% และสามารถค้นหาผู้ป่วย คำนวณอัตราป่วยในโรคที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อและกระดูกเสื่อม ไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดหัวใจตีบ ตามลำดับ มีการจัดทำสมุดคู่มือผู้สูงอายุแต่ยังไม่ครอบคลุมจัดทำฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์และนำมาใช้ในการวางแผนดำเนินการ และติดตามผลได้ระดับหนึ่ง

#### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ๑) ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารให้ดำเนินการ
- ๒) ได้รับงบประมาณพิเศษ เพื่อใช้จ่ายในการสำรวจ
- ๓) ได้รับความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอสม.

#### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

- ๑) ขาดแคลนงบประมาณและกำลังคน ต้องได้รับการสนับสนุนเพิ่มจากงบประมาณปกติ จึงจะดำเนินการได้รวดเร็ว และสามารถ Update ข้อมูลได้
- ๒) ข้อมูลที่ต้องการจากการสำรวจค่อนข้างมากและหลากหลาย รวมทั้งคำนิยามบางตัวยังไม่ชัดเจน ควรมีการทบทวนปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น
- ๓) ระบบสารสนเทศคอมพิวเตอร์ เพื่อรองรับข้อมูลที่สำรวจ การ Update ข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้ยังไม่สะดวก สมควรปรับปรุงระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ให้ดีขึ้น
- ๔) สมุดประวัติประจำตัวผู้สูงอายุ ยังไม่มีเพียงพอ ควรจัดทำหลังการทบทวนข้อมูลที่ต้องการแล้ว ให้เพียงพอสำหรับการใช้กับผู้สูงอายุทุกคนในประเทศไทย ประมาณ ๑๐ ล้านคน

#### ๑.๒ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุใน ๔ จังหวัดน่านได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ สัดส่วนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมมีราว ๗๐ - ๘๐ % ของประชากรผู้สูงอายุ ส่วนที่เหลือส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม ๓ และกลุ่ม ๒ มีการจัดเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ/จังหวัด แต่ความต่อเนื่องของกิจกรรมยังไม่ดี มีเพียงราว ๒๐% ของชมรมที่มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

#### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ๑) การสนับสนุนผลักดันของผู้บริหารสาธารณสุข และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและวัดในพระพุทธศาสนา
- ๒) การมีผู้สูงอายุที่มีบารมีเข้าร่วมเป็นสมาชิก/กรรมการของชมรม

#### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

- ๑) การจัดระบบสมาชิกเพื่อลดความซ้ำซ้อน และการจัดการให้ผู้สูงอายุทุกคนได้เป็นสมาชิกชมรม (อาจต้องแยกประเภทสมาชิกพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่ม ๓ และกลุ่ม ๒)
- ๒) การติดตามสนับสนุนผลักดันให้ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอและมากเพียงพอ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ
- ๓) การติดตามประเมินผลงานในด้านของผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิกชมรม ซึ่งจะช่วยสะท้อนความสำเร็จของการจัดกิจกรรมของชมรมยังไม่ชัดเจน ควรปรับปรุง เพื่อเป็นพลังผลักดันวงล้อของการทำงาน
- ๔) ความสัมพันธ์ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับประชาชนวัยอื่น ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ควรหาแนวทางสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ เช่น ชมรม ๓ วัย การรับสมาชิกอายุ ๕๐ - ๖๐ ปี การทำงานร่วมกับชมรม/สมาคมวัยอื่น เป็นต้น

#### ๑.๓ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยทีมงานผู้ประกอบวิชาชีพ ดูแลสุขภาพและภาคี

โรงพยาบาล ๔ จังหวัดน่าน มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันทั้งในโรงพยาบาลเอง ในชุมชน และจัดโครงการเฉพาะ แต่ยังไม่มีการจัดการที่เชื่อมต่อกับชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนที่ต้องการบริการส่งเสริมป้องกันเข้าไม่ถึงบริการ และกลุ่มที่ต้องได้รับบริการมาก (Hard Care) ยังไม่ได้รับการจัดการอย่างชัดเจน

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- ๑) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นตั้งใจ และมีความรู้ในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- ๒) ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดให้การสนับสนุนทั้งด้านนโยบาย งบประมาณและกำลังคนทำงาน
- ๓) ภาวการณ์ร่วมมือในพื้นที่ สนับสนุนส่งเสริม และช่วยประสานในการจัดกิจกรรม

### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) ควรวางระบบการค้นหาผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการจัดการดูแลในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นพิเศษ เพื่อนำมาร่วมกิจกรรมอย่างเหมาะสม และครอบคลุม เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยง (เช่น ติดบุหรี่ ดื่มสุรา ติดยาเสพติด ไม่ออกกำลังกาย) ผู้สูงอายุที่ควบคุมโรคเรื้อรังได้ไม่ดี (เช่น เบาหวานที่น้ำตาลในเลือดยังสูง ความดันโลหิตสูงที่คุมความดันไม่ได้)

๒) ต้องจัดทำกำลังคน และงบประมาณรวมทั้งสถานที่จัดกิจกรรมให้พอเพียงต่อความต้องการ

๓) การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้ครบ ๔ มิติต้องครบ ต้องใช้ความร่วมมือที่กว้างขวางขึ้น เช่น จากวัด ผู้นำศาสนา โรงเรียน ผู้ชำนาญด้านการแพทย์ทางเลือก/การแพทย์แผนไทย/สุขภาพจิต เป็นต้น

#### ๑.๔ การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในโรคที่สำคัญ

การดำเนินการใน ๔ จังหวัดนำร่อง พบว่ามีการค้นหาได้ดีพอควรในโรคที่กำหนดเป็นต้นแบบ มีการขยายการคัดกรองไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต และโรคสมองเสื่อม แต่วิธีการตรวจประเมิน เพื่อค้นหาผู้ป่วยยังคงค่อนข้างยุ่งยากเกินความสามารถ หรือเป็นภาระงานที่มากเกินไปของผู้รับผิดชอบ การบันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และการนำมาใช้ เพื่อส่งผู้สูงอายุเข้ารับบริการรักษาพยาบาล และติดตามผลการรักษายังไม่เชื่อมโยง จึงประเมินผลสำเร็จได้ยาก

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑) มีการฝึกอบรมและให้ความรู้/ทักษะ แก่เจ้าหน้าที่ในการตรวจประเมินค้นหาโรคที่สำคัญ

๒) มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ

### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) การจัดการวิธีการตรวจประเมิน คัดกรอง ค้นหาผู้ป่วย ควรจัดให้ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีลำดับขั้น และการตรวจคัดกรองตามความรู้ความสามารถของผู้ทำงาน

๒) จัดระบบการบันทึกข้อมูลและการ Update ข้อมูล เมื่อมี Intervention ต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย สามารถสะท้อนผลลัพธ์และความสำเร็จของกระบวนการได้ จะเป็นพลังและแรงจูงใจให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสนับสนุนส่งเสริม และเห็นความสำคัญของการค้นหาผู้ป่วยมากขึ้น

๓) ควรจัดระบบการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ค้นพบจากกระบวนการตรวจคัดกรอง ค้นหา ให้เป็นไปอย่างเหมาะสม สะดวก รวดเร็ว เพื่อให้ได้ประโยชน์ที่คุ้มค่าจากการทำงานนี้

๔) ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนผู้เกี่ยวข้องผ่านทางสื่อมวลชน และสื่อต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเข้าใจและเรียนรู้สามารถหาผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว

## ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

### ๒.๑ การจัดบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุ

มีการดำเนินการแทบจะทุกโรงพยาบาลในจังหวัดนำร่อง แต่ยังมีปัญหาในการจัดระบบเข้ารับบริการของผู้สูงอายุกับคลินิกอายุกรรม และคลินิกพิเศษต่าง ๆ สำหรับในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ส่วนใหญ่ใช้แพทย์ทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวดำเนินการ

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑) ผู้บริหารโรงพยาบาลมีความเข้าใจ เล็งประโยชน์ของการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

๒) แพทย์/พยาบาลมีความเข้าใจและเต็มใจในการเปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) การสื่อสารทำความเข้าใจ ให้ผู้บริหาร/แพทย์/พยาบาล เข้าใจและเห็นประโยชน์ของคลินิกผู้สูงอายุมากขึ้น

๒) การจัดทำแนวทางการไหลเวียนของผู้ป่วยผู้สูงอายุให้ได้พบแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญอย่างเหมาะสมรวดเร็ว พร้อมกับได้รับการดูแลตามความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุที่ครบถ้วนสมบูรณ์ไปด้วย

๓) การจัดหา และพัฒนาผู้ประกอบวิชาชีพ ที่มีความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ

## ๒.๒ การจัดการผู้ป่วยในสำหรับผู้สูงอายุ

มีการจัดเตียง/พื้นที่พิเศษ สำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในบางโรงพยาบาล ยังไม่มีการจัดหอผู้ป่วยสูงอายุ การดูแลโดยแพทย์ยังไม่มี การจัดในมิติของการเป็นผู้สูงอายุ ใช้การจัดแพทย์ตามโรคเป็นหลัก การดูแลความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุเป็นบทบาทของพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑) มีผู้ประกอบวิชาชีพ (แพทย์หรือพยาบาล) ที่เข้าใจถึงความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ

๒) มีการสนับสนุนครุภัณฑ์/วัสดุ/อุปกรณ์สำหรับใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะจากผู้บริหารโรงพยาบาล

### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) ผู้ประกอบวิชาชีพยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความตระหนัก และความพยายามในการจัดการดูแลให้สอดคล้องเหมาะสม

๒) ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องเรียนรู้และเข้าใจความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ เพื่อให้การสนับสนุนทรัพยากรได้อย่างถูกต้อง

## ๒.๓ การจัดบริการ Intermediate Care ในโรงพยาบาล

มีการดำเนินการน้อยมากที่เป็นรูปธรรมชัดเจนคือโรงพยาบาลห้างฉัตรจังหวัดลำปาง เนื่องจากผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีแนวคิดควรส่งกลับบ้านให้ไปอยู่ในความดูแลของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจากการติดตามประเมินพบว่า มีจำนวนมาก ที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง ทำให้เกิดปัญหาทั้งด้านการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และปัญหาด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ/สังคมของผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑) ความเข้าใจ และการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งฝ่ายผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและผู้คนในสังคม

๒) การมีสถานที่ และบุคลากรเพียงพอในการจัดบริการ

### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) ต้องปรับแนวคิดและความรู้/ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้ตระหนักว่ามีผู้ป่วยสูงอายุส่วนหนึ่งที่พ้นการดูแลระยะเฉียบพลัน (Acute Care) แล้ว ยังไม่สามารถกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้ ทั้งจากสภาวะสุขภาพเอง และความสามารถในการดูแลที่บ้าน จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อไป โดยบุคลากรของโรงพยาบาลจนกว่าจะดีขึ้นถึงระดับที่สมควร

๒) ต้องมีการจัดการด้านการเงิน เพื่อให้การจัดบริการนี้ได้รับเงินสนับสนุนอย่างเพียงพอ/เหมาะสม ทั้งต่อโรงพยาบาลและต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

## ๒.๔ การจัดบริการ Long Term Care ในโรงพยาบาล

แทบจะไม่มีมีการดำเนินการในโรงพยาบาลของประเทศไทย มีเพียงโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่มีหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลระยะยาว ซึ่งแม้จะไม่ได้กำหนดว่าสำหรับผู้สูงอายุ แต่ผู้ป่วยแทบจะทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑) ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย เข้าใจและเห็นประโยชน์ผลตอบแทนที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาว (เกิน ๓ เดือน)

๒) การเรียนรู้ในศาสตร์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาว เช่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก สามารถให้บริการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยสูงอายุได้

#### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) ผู้เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพส่วนใหญ่ยังมีแนวคิดว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวควรผลักรากะ กลับไปที่สมาชิกในครอบครัว ที่บ้าน ไม่ควรจัดบริการเพราะจะเป็นช่องทางให้สมาชิกในครอบครัวไม่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งในความเป็นจริงพบว่า มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ต้องรับการดูแลในโรงพยาบาลในระยะยาว

๒) การสนับสนุนงบประมาณในการดูแลไม่ชัดเจน ทำให้โรงพยาบาลไม่ต้องการจัดบริการนี้ เพราะจะเป็นภาระทางการเงิน จึงควรจัดการให้มีระบบสนับสนุนทางการเงินที่ชัดเจนพอเพียงในการจัดบริการ

#### ๒.๕ การจัดบริการ Day Care Center ในโรงพยาบาล

มีการดำเนินการค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นบริการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุมาโรงพยาบาลรับการดูแลรักษานานพอควร แต่ไม่ถึงตลอดวัน ยังไม่มีผู้รับผิดชอบดูแลที่ชัดเจน

#### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) ควรสร้างการเรียนรู้ ในหมู่ผู้เกี่ยวข้องว่า บริการ Day Care Center เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการให้บริการผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี โดยมีค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก

๒) ควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการจัด Day Care Center ในโรงพยาบาลเพื่อเป็นต้นแบบสำหรับการเรียนรู้และการขยายงานไปสู่ Center นอกโรงพยาบาล

#### ๒.๖ การจัดบริการ Hospice Care

ยังไม่มีมีการดำเนินการสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนหนึ่งญาติขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ส่วนที่ญาติขออยู่โรงพยาบาล เริ่มมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีบริการ Palliative Care และการจัดการให้มีการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีในหลายโรงพยาบาล

#### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) การสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องว่ามีผู้ป่วยสูงอายุส่วนหนึ่งที่ทางบ้านไม่สามารถดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างเหมาะสม การจัดการดูแลที่โรงพยาบาลทำได้ดีกว่า

๒) การสนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณจากผู้บริหารตั้งแต่ระดับประเทศ/เขต/จังหวัด/โรงพยาบาล

๓) การส่งเสริมการเรียนรู้บุคลากรสายวิชาชีพบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้มีความรู้/ทักษะ และมีเจตคติที่ดีทำงานด้วยความเต็มใจ

#### ๒.๗ การจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุ

มีการจัดเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยที่ดี ใน ๔ จังหวัดนำร่อง มีการจัดทำเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยในโรคที่สำคัญ ที่ส่วนใหญ่เป็นโรคของผู้สูงอายุ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) การอุดตันของเส้นโลหิตที่ไปเลี้ยงสมอง (Stroke) มีการพัฒนาบริการในโรงพยาบาลทุกระดับให้ดูแลก่อนส่งต่อ และระหว่างส่งต่อได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

#### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑) นโยบายที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรมจากกระทรวงสาธารณสุข

๒) การจัดเครือข่ายที่ชัดเจนตาม Service Plan ทำให้การส่งต่อมีความราบรื่น รวดเร็ว และปลอดภัย

#### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) การพัฒนาความสามารถของโรงพยาบาลแต่ละระดับยังไม่บรรลุตามแผน Service Plan ทำให้ต้องปรับระบบและเกณฑ์การส่งต่อ ซึ่งบางครั้งทำให้การส่งต่อไปไม่ราบรื่น และรวดเร็วเท่าที่ควร

๒) โรงพยาบาลแต่ละระดับ มีความแปรปรวนในขีดความสามารถของการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากการ

เปลี่ยนแปลงแพทย์ โดยเฉพาะระดับโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ระบบและเกณฑ์การส่งต่อแปรปรวน ควรเพิ่มการสื่อสารและทำความเข้าใจในหมู่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้อย่างรวดเร็วทันการณ์ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงขีดความสามารถเกิดขึ้น

๓) โรงพยาบาลในเครือข่ายการส่งต่อมีระยะทางในการเดินทางไม่เท่ากัน บางแห่งใช้เวลานานระยะทางไกล ควรมีการติดตามทบทวนผลการดำเนินการและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบท

## ๒.๘ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

มีการจัดบริการในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ แต่ไม่ได้มุ่งเน้นที่ผู้สูงอายุไม่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนนัก และยังขาดการประเมินผลที่ดี ทำให้การใช้เป็นต้นแบบเพื่อการเรียนรู้และขยายผล ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่จะจัดเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

๒) จัดระบบการประเมินผลให้ชัดเจน เพื่อแสดงให้เห็นสัมฤทธิ์ของกิจกรรมสุขภาพที่จัดขึ้น สามารถเผยแพร่ได้

## ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชนจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

### ๓.๑ Home Health Care

มีการขยายความครอบคลุมได้มากขึ้นใน ๔ จังหวัดนำร่อง แต่ยังไม่สมบูรณ์ในด้านของความถี่ เนื่องจากกำลังคนไม่เพียงพอ มีการใช้ อสม. ช่วยดำเนินการในบางพื้นที่ และมีทีม Home Health Care ที่น่าสนใจนำมาขยายผลที่อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา ชื่อท่านเจ้าอาวาสวัดสามัคคีธรรม ได้ร่วมทีมไปเยี่ยมผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาและความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณด้วย

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑) การสนับสนุนจากผู้บริหาร และความมุ่งมั่นของเจ้าหน้าที่

๒) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากภาคีความร่วมมือ

### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) การจัดทำเกณฑ์ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการเยี่ยมที่บ้านที่ชัดเจนสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง และจัดบริการให้ครอบคลุม

๒) การจัดทำแผนการเยี่ยมที่ดีสำหรับผู้ป่วยผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อให้ได้บริการที่มีคุณภาพ

๓) จัดระบบการประเมินผลให้ชัดเจนเพื่อพิสูจน์ว่าการเยี่ยมบ้านก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นเพียงใด เพื่อการขยายผล การสนับสนุนทรัพยากรและการปรับเปลี่ยนวิธีการให้ได้ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

### ๓.๒ Family Care

มีความพยายามพัฒนาการดูแลโดยครอบครัว ด้วยการให้ความรู้ สวัสดิวิธีการแก่สมาชิกในครอบครัว ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย บางจังหวัดมีการจัดโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อสอนวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง

### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) ครอบครัวไทยมีแนวโน้มการมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวลดลง การมีภาระด้านหน้าที่การงาน ทำให้มีเวลาดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวน้อยลง จึงต้องประเมินความสามารถของครอบครัวในการดูแลด้วย

๒) การติดตามประเมินผลคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัว ทั้งปัญหาข้อขัดข้องในการดูแลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลและหรือเปลี่ยนไปใช้การดูแลต่อเนื่องในช่องทางอื่น เช่น การจัดจ้างผู้ดูแลและผู้สูงอายุอาชีพ การส่งเข้ารับการดูแลในสถานดูแลแบบ Intermediate Care หรือ Long Term Care

### ๓.๓ Day Care Center ในชุมชน

มีการดำเนินการในหลายจังหวัด แต่มีไม่มากนักที่โดดเด่น คือการใช้วัดเป็นสถานที่ดูแลทั้งการรักษาและฟื้นฟูสภาพ เช่น วัดทุ่งบ่อแป้น อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดลพบุรี และวัดสามัคคีธรรม อำเภอบึงสามพัน จังหวัดพิจิตร

๑) ภาควิชาความร่วมมือที่เกี่ยวข้องเห็นประโยชน์ของการดูแลแบบ Day Care Center จึงสนับสนุนการดำเนินการ

๒) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นความสำคัญ เข้าไปช่วยสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินการ

#### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) กระบวนการดูแลใน Day Care Center ของชุมชน ควรได้รับการพัฒนาให้มีกิจกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม มีประสิทธิภาพ จะเกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

๒) ควรขยายบริการให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีความต้องการมากยิ่งขึ้น โดยการประสานความร่วมมือกับภาคีที่สามารถจัดบริการได้ เช่น อปท. วัด โรงเรียน เป็นต้น

#### ๓.๔ Intermediate Care ในชุมชน

มีต้นแบบที่น่าสนใจ คือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตของวัดทุ่งบ่อแป้น อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดลพบุรี ซึ่งรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยบางรายอยู่นานเกิน ๓ เดือน จนจัดเป็น Long Term Care ได้ พบว่ามีผลสัมฤทธิ์ของการดูแลที่น่าพอใจ

#### ๓.๕ Long Term Care ในชุมชน

ยังไม่มีดำเนินการ

#### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) กำหนดระเบียบและรูปแบบของบริการ Intermediate Care และ Long Term Care ในชุมชน ทั้งโดยองค์กรชุมชนไม่แสวงผลกำไรและที่แสวงหาผลกำไร ให้มีความชัดเจน เพื่อการเข้าไปกำกับดูแล ทั้งการสนับสนุนให้ทำงานได้อย่างมีคุณภาพและการควบคุมให้เป็นไปอย่างถูกต้อง สุจริต

๒) ควรกำหนดวิธีการประเมินผล และเครื่องชี้วัดที่ชัดเจนในการประเมินผลงานของบริการเหล่านี้ เพื่อเสนอแนะการปรับปรุง และป้องกันการหลอกลวง หรือเอาเปรียบผู้รับบริการ

### ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

#### ๔.๑ การจัดตั้งภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพในระดับพื้นที่

มีการดำเนินการที่ก้าวหน้าและประสบผลสำเร็จมากพอสมควรใน ๔ จังหวัดนำร่อง มีการชี้วัดจาก DHS ที่มีภาคีจากหลายฝ่ายผลักดันให้เกิดบริการในชุมชน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง และเกิดชุมชนเข้มแข็งขึ้นหลายแห่งในพื้นที่แต่ยังไม่ครอบคลุม

#### ปัจจัยความสำเร็จ

๑) ความมุ่งมั่น และการผลักดันของผู้บริหารสาธารณสุขในพื้นที่เข้าไปประสานขอความร่วมมือจากภาคีต่าง ๆ

๒) มีผู้ที่มีบารมีในพื้นที่เข้ามาร่วมกระบวนการ ทำให้สามารถชักจูงผู้เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมภาคีได้มากขึ้น

#### จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

๑) การประกาศให้เป็นนโยบายระดับชาติ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับรู้ เข้าใจ และเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นภาคีดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และมีการสั่งการจากผู้บังคับบัญชาส่วนกลางไปยังผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนดำเนินการ

๒) การเรียนรู้และกำหนดรูปแบบความร่วมมือของภาคีฝ่ายต่าง ๆ สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้เข้าใจ และรับรู้ สามารถร่วมมือกันพัฒนาได้ง่ายขึ้น

๔.๒ การประสานความร่วมมือกับภาคเอกชนยังมีน้อยมาก เนื่องจากไม่มีเอกชนที่ทำงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ

## บทที่ ๕

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอจากที่ประชุม

ในการประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างวันที่ ๒๖ – ๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๗ มีการอภิปรายกลุ่มและการนำเสนอผลงานการดูแลผู้สูงอายุจาก ๔ จังหวัดนำร่อง ซึ่งในระหว่างการประชุมและการนำเสนอผลงานได้มีการเสนอแนะแนวทางการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในระดับยุทธศาสตร์แผนงาน/โครงการ และการปฏิบัติการในหลายประเด็น

การประชุมกลุ่มระดมสมองในช่วงต่อมา ได้วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Critical Success Factors : CSF) ปัญหาอุปสรรค ของยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ และกิจกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้ดำเนินการจริงใน ๔ จังหวัดนำร่องเป็นฐาน ซึ่งในการสรุปผลการประชุมกลุ่มได้มีข้อเสนอแนะที่รวบรวมความคิดเห็นจากช่วงการอภิปรายและการนำเสนอผลงาน และความคิดเห็นในการประชุมกลุ่มเข้าด้วยกัน เป็นข้อเสนอแนะของการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ดังรายละเอียดที่นำเสนอไว้ในที่นี้

ที่ประชุมมีความเห็นร่วมกันว่า การดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติของชีวิตมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทย เนื่องจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุ อันจะนำมาซึ่งปัญหาและผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคม ของประเทศ จึงควรมีการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งในส่วนของกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีประเด็นที่ควรดำเนินการ ดังนี้

๑. กำหนดเป้าหมายจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกคนในประเทศไทย ให้ได้รับบริการที่เสมอภาค มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและโปร่งใสตรวจสอบได้ ควรดำเนินการโดยเร็ว โดยกำหนดให้บรรลุภายใน ๕ ปี คือ ภายในปี ๒๕๖๑ ทั้งนี้ต้องได้รับการสนับสนุนผลักดันอย่างเข้มแข็งจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นับตั้งแต่รัฐบาล กระทรวงที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญและภาคประชาชน และผลักดันทุกฝ่ายที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง

๒. เห็นด้วยที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ซึ่งจะทำให้กรม กอง และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ประสานความร่วมมือเชื่อมโยงการทำงาน และออกแบบระบบบริการที่ดี มีคุณภาพ ในระดับกระทรวงแล้ว จึงมอบหมายให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ไปทำงาน จะทำให้ลดความซ้ำซ้อนของงาน ขจัดความขัดแย้งและเชื่อมการจัดบริการสุขภาพในขั้นตอนและมิติต่างๆ เกิดขึ้นแบบไร้รอยต่อ สะดวกสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการรับไปดำเนินการ

๓. การบูรณาการยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและนำสู่การปฏิบัติควรให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสั่งการ และติดตามกำกับดูแล โดยผ่านทางผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขให้รับผิดชอบ ในการสั่งการ สนับสนุน ติดตามความก้าวหน้า และผลสัมฤทธิ์อย่างต่อเนื่อง โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบในระดับจังหวัด

๔. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในส่วนของกระทรวงกรมหน่วยงาน องค์การนอกกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการประสานการทำงานร่วมกันในระดับประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขติดต่อประสาน และกำหนดแนวทางความร่วมมือ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่าย เพื่อการรับรู้ ยอมรับ และการผลักดันสนับสนุนจากระดับสูง การจัดสร้างภาคีเครือข่าย ความร่วมมือในระดับพื้นที่จะทำได้ง่าย และมีรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น

๕. กระทรวงสาธารณสุข ควรดำเนินการสื่อสารผ่านทางสื่อมวลชนและช่องทางอื่นๆ ให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยเฉพาะประชาชนและผู้สูงอายุ รับทราบ วิสัยทัศน์ ปรัชญา เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์และกิจกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อความเข้าใจ ฟังพอใจและร่วมมือในกระบวนการดูแลได้อย่างถูกต้องด้วยความเต็มใจ

๖. ควรปรับปรุงยุทธศาสตร์ในครอบคลุมกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมด ทุกขั้นตอน และทุกมิติโดยปรับยุทธศาสตร์ที่ ๒ ให้เป็น การดูแลรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุ ในสถานพยาบาล และเพิ่มยุทธศาสตร์ที่ ๓ (ใหม่) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในชุมชน จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ชัดเจน ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม และปรับยุทธศาสตร์ที่ ๓ เดิม การพัฒนาการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นมิติในด้านการกลวิธีดำเนินงาน ให้เป็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ (ใหม่) และจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ นี้ให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง ๓ ยุทธศาสตร์ข้างต้น

๗. จากการทำงานในช่วงที่ผ่านมาพบว่า ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์เดิมยังไม่สมบูรณ์ในการสะท้อนผลงานที่แท้จริง ควรปรับปรุงตัวชี้วัดให้มีความครบ ความเที่ยงและความไว สามารถสะท้อนคุณภาพ ความก้าวหน้าและความสำเร็จของยุทธศาสตร์ได้อย่างชัดเจน นอกจากนั้นยังมีการกำหนดตัวชี้วัดในระดับวัตถุประสงค์ และตัวชี้วัดในระดับกิจกรรมให้เป็นระบบ สามารถเปรียบเทียบและรวมเป็นภาพใหญ่ได้ โดยกระทรวงสาธารณสุขสมควรจัดการประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทำงานเพื่อกำหนดเครื่องชี้วัดให้สมบูรณ์ โดยอาจกำหนดตาม “ดัชนีคุณภาพภาวะประชากรผู้สูงอายุ”

๘. การนำบทเรียนการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ได้ดำเนินการแล้ว และประสบความสำเร็จจากพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศมาเป็นต้นแบบวิเคราะห์/สังเคราะห์ ให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม เช่น ตัวอย่างจาก ๔ จังหวัดนำร่อง ในบทที่ ๔ และนำไปใช้ทั่วประเทศในลักษณะของ Development Research คือการนำลงสู่การปฏิบัติพร้อมติดตามประเมินผลตามหลักการวิจัย เพื่อปรับปรุงให้มีคุณภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

๙. ควรส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในแบบที่ไม่แสวงหาผลกำไรและแบบธุรกิจแสวงหาผลกำไร เพื่อแบ่งเบาภาระการดูแล และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุให้สะดวกและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

# ภาคผนวก

# สังคมผู้สูงอายุ : การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

ธานินทร์ พะเอม

รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

## การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

อัตราเจริญพันธุ์ (TFR) ลดลงอย่างต่อเนื่องและอยู่ต่ำกว่าระดับทดแทน

ช่วงที่ ๑ TFR สูง : ก่อนปี ๒๕๑๓

ช่วงที่ ๒ TFR ลดลง : ๒๕๑๓ - ๒๕๓๓

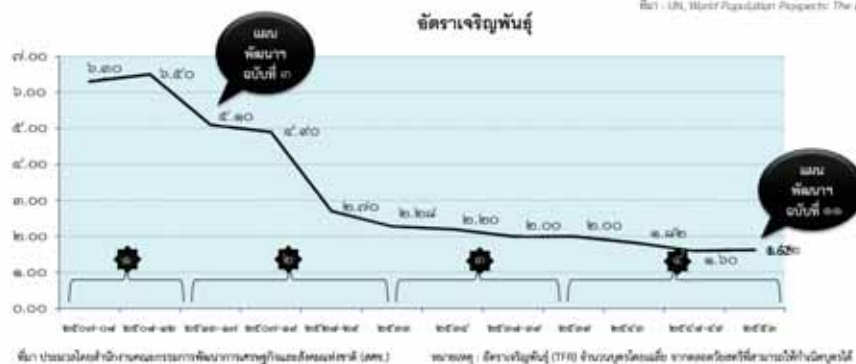
ช่วงที่ ๓ TFR ต่ำ : ๒๕๓๓ - ๒๕๓๙

ช่วงที่ ๔ TFR ต่ำกว่าระดับทดแทน : ๑๙๙๗ - ปัจจุบัน

TFR ไทยอยู่ในระดับเดียวกับญี่ปุ่น

| Country       | TFR  |
|---------------|------|
| Malaysia      | ๒.๐๗ |
| Vietnam       | ๑.๗๕ |
| Thailand      | ๑.๕๑ |
| Japan         | ๑.๔๑ |
| Korea (South) | ๑.๓๒ |
| China         | ๑.๖๖ |

ที่มา : UN, World Population Prospects: The ๒๐๑๖ Revision



## ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์



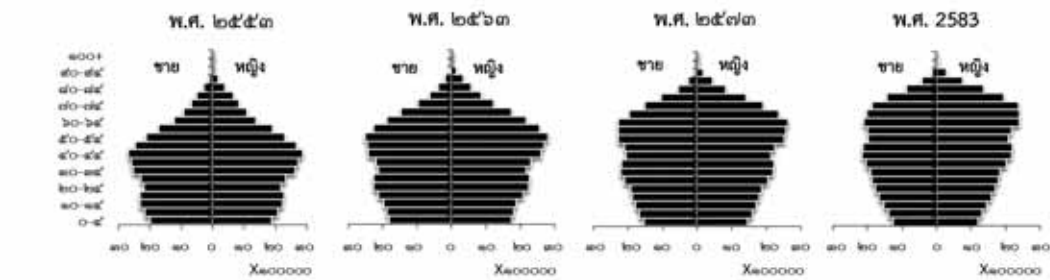
การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ตั้งแต่รัฐบาลส่งเสริมให้เกิดการวางแผนครอบครัวขึ้นในสังคมไทย คนไทยมีการคุมกำเนิดกันมากขึ้น โดยอัตราการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๕ ในปี ๒๕๑๓ เป็นมากกว่าร้อยละ ๗๐ ในปี ๒๕๓๐ และประมาณร้อยละ ๘๐ ในปัจจุบัน

แนวโน้มการครองตัวเป็นโสดเพิ่มขึ้น โดยในปัจจุบัน คนมีค่านิยมที่จะไม่แต่งงาน เห็นได้จากสัดส่วนของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เคยแต่งงานลดลงจากร้อยละ ๗๑ ในปี ๒๕๐๓ เป็นร้อยละ ๖๘ ในปี ๒๕๓๓ และร้อยละ ๖๗ ในปี ๒๕๕๓



รูปแบบครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป โดยคนรุ่นใหม่จะมีบุตรน้อยลง อาจมีเพียง ๑ คนหรือไม่เลย เป็นรูปแบบครอบครัวแบบ Single-Income-No-Kids (SINKs) หรือ Double-Income-No-Kids (DINKs) ซึ่งในสังคมไทยมีครอบครัวที่ไม่มีลูกมากถึงร้อยละ ๑๔.๕ ในปี ๒๕๕๑ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๑.๒ ในปี ๒๕๔๒

### สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑ ใน ๓ ของประชากรไทยในปี ๒๕๘๓



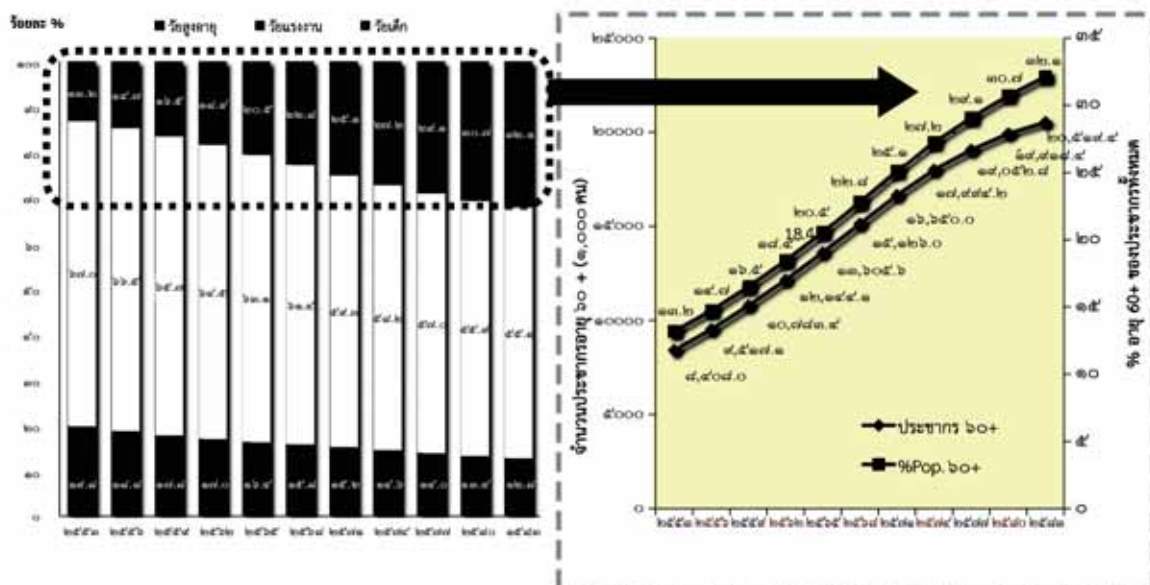
ผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย\*

|            | ๒๕๕๓        | ๒๕๕๖        | ๒๕๗๓        | ๒๕๘๓        |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ทั้งหมด    | ๖๓.๘ ล้านคน | ๖๖.๐ ล้านคน | ๖๖.๒ ล้านคน | ๖๓.๙ ล้านคน |
| (๖๕ปี+)    | (๙.๑%)      | (๑๓.๐%)     | (๑๙.๑%)     | (๒๕.๐%)     |
| ๖๐ปี+      | ๑๓.๒%       | ๑๙.๑%       | ๒๖.๖%       | ๓๒.๑%       |
| ๑๕-๕๕ ปี   | ๖๗.๐%       | ๖๕.๗%       | ๕๘.๖%       | ๕๕.๑%       |
| ๐-๑๔ ปี    | ๑๙.๘%       | ๑๙.๘%       | ๑๔.๘%       | ๑๒.๘%       |
| Median Age | ๓๕.๕        | ๓๙.๙        | ๔๓.๓        | ๔๖.๓        |
| TFR        | ๑.๖๒        | ๑.๕๕        | ๑.๔๓        | ๑.๓๐        |

\*ประมาณการประชากรใน ๑๐ ปี ข้างหน้า TFR ๑.๖๒ → ๑.๓๐

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

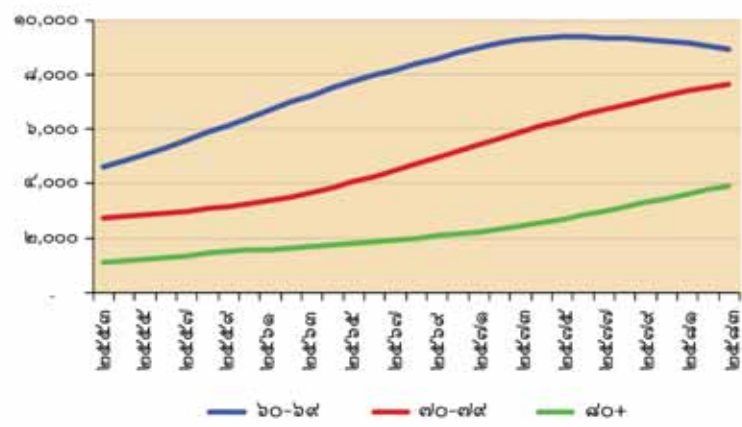
### กำลังแรงงานมีสัดส่วนลดลง ในขณะที่ประชากรสูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น



หมายเหตุ: ใช้ผลการคาดประมาณประชากรแบบที่ ๑

ที่มา: คณะทำงาน โครงการศึกษาผลกระทบเงินโอนจากการพัฒนาประเทศจากการคาดประมาณประชากรที่ปี ๒๕๕๓ เป็นต้นมา, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย



- ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ
- อัตราส่วนการเป็นภาระเพิ่มขึ้น ทำให้วัยแรงงานต้องดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

|                        | 2563 | 2575 | 2583 |
|------------------------|------|------|------|
| ผู้สูงอายุ : วัยแรงงาน | ๑.๗  | ๑.๕  | ๑.๒  |

| กลุ่มอายุ                            | 2563  | 2575  | 2583  | 2593  |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)     | ๕๕.๑  | ๕๗.๕  | ๕๒.๗  | ๔๓.๗  |
| ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี)    | ๓๒.๒  | ๒๙.๑  | ๓๓.๖  | ๓๗.๒  |
| ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) | ๑๒.๗  | ๑๓.๔  | ๑๓.๘  | ๑๙.๑  |
| รวมผู้สูงอายุทั้งหมด                 | ๑๐๐.๐ | ๑๐๐.๐ | ๑๐๐.๐ | ๑๐๐.๐ |

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

ภาคเหนือมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเร็วกว่าภาคอื่นๆ

| ภาค                    | สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากร (ร้อยละ) |      |      |      |      |
|------------------------|--------------------------------------|------|------|------|------|
|                        | 2563                                 | 2573 | 2583 | 2593 | 2603 |
| ทั่วประเทศ             | ๑๓.๒                                 | ๑๙.๑ | ๒๖.๖ | ๒๙.๖ | ๓๒.๑ |
| กทม. และปริมณฑล        | ๑๐.๒                                 | ๑๕.๐ | ๒๒.๘ | ๒๗.๑ | -    |
| ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.+) | ๑๓.๔                                 | ๑๘.๒ | ๒๔.๗ | ๒๗.๕ | -    |
| ภาคเหนือ               | ๑๕.๕                                 | ๒๔.๒ | ๓๒.๘ | ๓๕.๑ | -    |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  | ๑๔.๓                                 | ๒๑.๕ | ๒๙.๗ | ๓๒.๘ | -    |
| ภาคใต้                 | ๑๒.๒                                 | ๑๖.๓ | ๒๒.๗ | ๒๕.๗ | -    |

| ภาค                    | อัตราพึ่งพิงวัยชรา (ร้อยละ) |      |      |      |      |
|------------------------|-----------------------------|------|------|------|------|
|                        | 2563                        | 2573 | 2583 | 2593 | 2603 |
| ทั่วประเทศ             | ๑๙.๗                        | ๒๙.๘ | ๔๕.๓ | ๕๒.๓ | ๕๘.๓ |
| กทม. และปริมณฑล        | ๑๓.๔                        | ๒๐.๘ | ๓๔.๕ | ๔๒.๗ | -    |
| ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.+) | ๑๙.๗                        | ๒๗.๘ | ๔๐.๖ | ๔๖.๔ | -    |
| ภาคเหนือ               | ๒๓.๘                        | ๔๐.๓ | ๖๑.๗ | ๖๘.๐ | -    |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  | ๒๓.๐                        | ๓๕.๘ | ๕๖.๓ | ๖๕.๓ | -    |
| ภาคใต้                 | ๑๘.๗                        | ๒๕.๘ | ๓๘.๕ | ๔๕.๗ | -    |

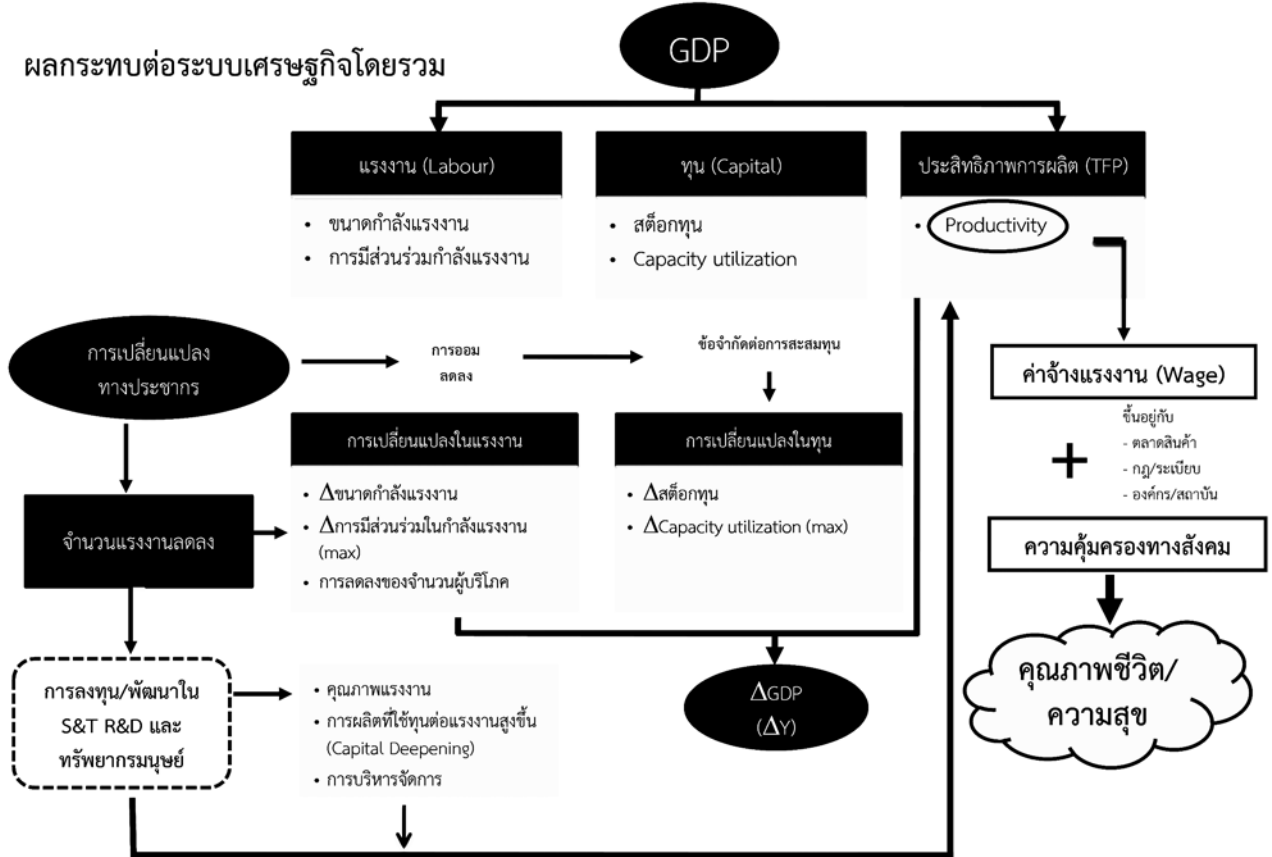
ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๖๓ โดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สัดส่วนประชากรสูงอายุ (ร้อยละ)  
สีแดง คือ จังหวัดที่มีสัดส่วนสูงสุด  
สีเขียว คือ จังหวัดที่มีสัดส่วนต่ำสุด



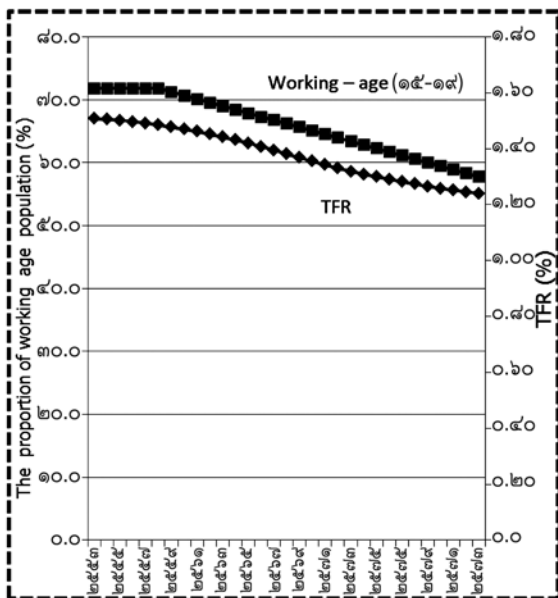
## ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวม



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

## จำนวนผู้บริโภคลดลง ขนาดกำลังแรงงานหดตัว และภาระการพึ่งพิงเพิ่มขึ้น



สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานในไทยจะเริ่มลดลงจากร้อยละ ๖๖.๙ ในปี ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๕๕.๑ ในปี ๒๕๘๓

หมายเหตุ : อัตราเจริญพันธุ์ (TFR) จำนวนบุตรโดยเฉลี่ย จากตลอดชีวิตสตรีที่สามารถให้กำเนิดบุตรได้  
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

### ขนาดของตลาด

- ประชากรและผู้บริโภคลดลง
- หากการบริโภคไม่เพิ่มขึ้น ตลาดสินค้าและบริการภายในประเทศจะไม่เติบโตเหมือนในอดีต
- การบริโภคสินค้าและบริการต้องปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรสูงวัย

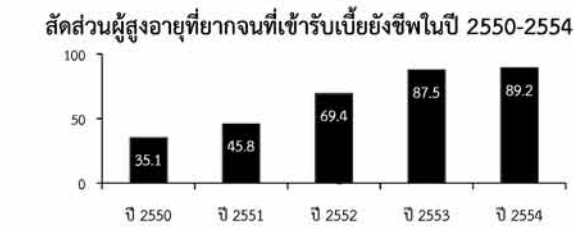
### ขนาดของกำลังแรงงาน

- ประชากรวัยทำงานลดลงส่งผลให้ธุรกิจขาดแคลนแรงงาน
- ปัจจุบัน กำลังแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติประมาณ 2.6 ล้านคน ไม่เพียงพอความต้องการของภาคการผลิตต่างๆ และในอนาคตแรงงานต่างชาติมีแนวโน้มจะย้ายกลับประเทศมีสูงขึ้น
- ค่าจ้างแรงงานสูงขึ้น แต่โอกาสการเพิ่มผลิตภาพแรงงานน้อยลง ทำให้จำเป็นต้องเพิ่มผลิตภาพแรงงานให้สูงขึ้น

### อัตราส่วนการเป็นภาระพึ่งพิง - การออม

- ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้อัตราส่วนการเป็นภาระพึ่งพิงหรือจำนวนผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานสูงขึ้น
- จำเป็นต้องมีระบบคุ้มครองทางสังคมที่ดีให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย เพื่อสร้างความยั่งยืนในอนาคต
- ผู้สูงอายุจะต้องมีเงินออมที่เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายหลังวัยทำงาน

การใช้จ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น รัฐต้องเตรียมความพร้อมด้านการคลังเพื่อสังคมผู้สูงอายุในระยะยาว



รูปแบบกองทุนประกันสังคม (มาตรา 40) กรณีเพิ่มทางเลือกที่ 3

| ทางเลือก | เงินสมทบ/คน/เดือน                                    | สิทธิประโยชน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1        | 100 บาท<br>(สมทบจากผู้ประกันตน 70<br>รัฐบาล 30 บาท)  | <b>กรณีเจ็บป่วย</b> เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีนอนเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป วันละ 200 บาท ปีหนึ่งไม่เกิน 20 วัน ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<br><b>กรณีทุพพลภาพ</b> เงินทดแทนการขาดรายได้ระหว่างเดือนละ 500-1,000 บาท ขึ้นอยู่กับระยะเวลาส่งเงินสมทบ<br><b>กรณีตาย</b> ค่าทำศพ 20,000 บาท |
| 2        | 150 บาท<br>(สมทบจากผู้ประกันตน 100 รัฐบาล<br>50 บาท) | <b>เช่นเดียวกับทางเลือกที่ 1</b> และเพิ่มเงินบำเหน็จกรณีชราภาพ เมื่ออายุครบ 60 ปี และลาออกจากการเป็นผู้ประกันตน                                                                                                                                                                                              |
| 3        | 200 บาท<br>(สมทบผู้ประกันตน 100 รัฐบาล<br>100 บาท)   | <b>สิทธิรับเงินได้ 4 กรณี</b> 1) ครบ 60 ปี ได้รับบำนาญรายเดือนตลอดชีพ 2) ทุพพลภาพ ได้รับเงินสะสมและผลประโยชน์ของเงินสะสม 3) ลาออกจากกองทุน ได้รับเงินสะสมและผลประโยชน์ของเงินสะสม 4) เสียชีวิตได้รับเงินเท่าจำนวนเงินในบัญชีของแต่ละบุคคล                                                                    |

ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกเข้าแผนใดแผนหนึ่ง หรือเข้า 2 แผนคือ แผน 1+3 หรือ 2+3

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม ประมวลโดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จำนวนผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพและงบประมาณ

| ปี   | จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป * | จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ** | งบประมาณ (ล้านบาท) | สัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ (ร้อยละ) |
|------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------|
| 2546 | 6,353,328                      | 400,400                               | 1,442.40           | 6.30                                           |
| 2547 | 6,545,605                      | 440,000                               | 1,584.00           | 6.72                                           |
| 2548 | 6,756,768                      | 528,531                               | 1,906.18           | 7.82                                           |
| 2549 | 6,935,280                      | 1,079,837                             | 3,903.37           | 15.57                                          |
| 2550 | 7,146,819                      | 1,763,178                             | 10,579.07          | 24.67                                          |
| 2551 | 7,394,146                      | 1,763,966                             | 10,583.80          | 23.86                                          |
| 2552 | 7,681,274                      | 5,448,940                             | 21,963.67          | 70.94                                          |
| 2553 | 8,407,965                      | 5,652,837                             | 32,779.90          | 67.23                                          |
| 2554 | 8,750,910                      | 6,521,749                             | 37,893.40          | 74.53                                          |
| 2555 | 9,122,267                      | 6,798,802                             | 52,647.00          | 74.53                                          |
| 2556 | 9,517,052                      | 7,296,573                             | 58,347.04          | 76.67                                          |

ที่มา : \* การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย สศช.  
\*\* กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร เทศบาลเมืองพัทยา

ผู้สูงอายุยากจนได้รับเบี้ยยังชีพ

- ปี 2550 คนจนเข้ารับเบี้ยยังชีพร้อยละ 35.1 และเพิ่มเป็นร้อยละ 89.2 ของกลุ่มผู้มีฐานะยากจนในปี 2554
- ในปี 2555 รัฐจึงขยายสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได โดยในปีงบประมาณ 2557 คาดว่ารัฐต้องใช้งบประมาณเป็นวงเงิน 82,260 ล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ 41 จากเงินงบประมาณ 58,347 ล้านบาท ในปี 2556 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 133,262 ล้านบาท ในปี 2564
- การบูรณาการ กอช. เข้ากับกองทุนประกันสังคมมาตรา 40 โดยนำมาเป็นทางเลือกที่ 3 ตามความสนใจ โดยยังคงได้รับสิทธิประโยชน์ตามทางเลือกที่ 1 หรือ 2

การสร้างหลักประกันด้านรายได้กับแรงงานนอกระบบครอบคลุมกรณีชราภาพ

จำนวนผู้ประกันตนในประกันสังคมจำแนกตามประเภทผู้ประกัน

| ผู้ประกันตน  | 2553      | 2554       | 2555       | 2556 (ส.ค.) |
|--------------|-----------|------------|------------|-------------|
| ม.33         | 8,947,679 | 9,126,797  | 9,425,478  | 9,730,849   |
| ม.39         | 737,634   | 846,903    | 984,758    | 1,054,736   |
| ม.40         | 84        | 590,046    | 1,294,019  | 1,509,541   |
| รวม          | 9,685,397 | 10,563,746 | 11,704,255 | 12,295,126  |
| %กำลังแรงงาน | 25.09     | 27.16      | 29.71      | 31.29       |

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม

ผู้ประกันตนในสังคม

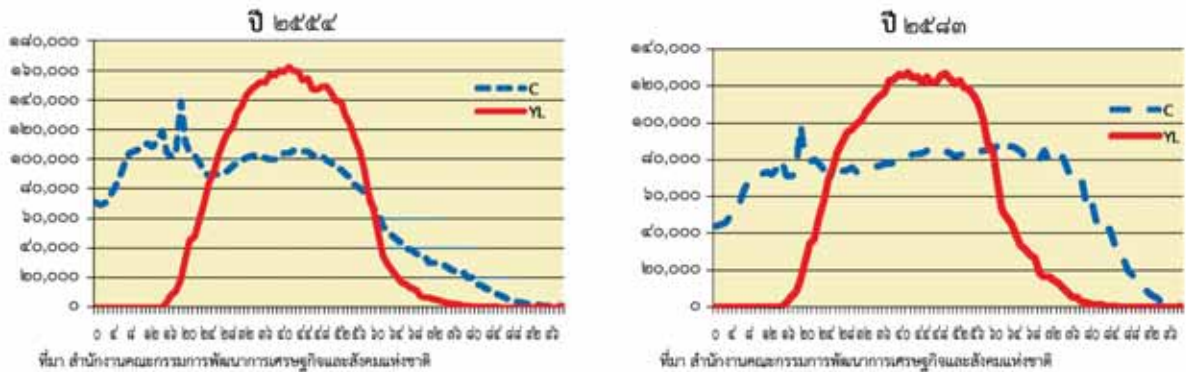
- ▶ จำนวนผู้ประกันตนในประกันสังคมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 9.7 ล้านในปี 2553 เป็น 12.3 ล้านคน หรือร้อยละ 31.3 ของกำลังแรงงานในปี 2556
- ▶ แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยากจน จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 ของประชากร ในปี 2553 เป็นร้อยละ 25 ในปี 2573 และร้อยละ 32 (20.5 ล้านคน) ในปี 2583
- ▶ การประกันทางสังคมตามมาตรา 40 ทางเลือก 3 เริ่มดำเนินการในเดือนธันวาคม 2556

ทางเลือกของผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคมตาม ม. 40

| เดิม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | เดิม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | เสนอเพิ่ม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ทางเลือก 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ทางเลือก 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ทางเลือก 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"><li>เงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม 100 บาท ต่อคนต่อเดือน (สมทบจากผู้ประกันตน 70 บาท และจากรัฐบาล 30 บาท)</li><li>ประโยชน์ทดแทน 3 กรณี ได้แก่<ol style="list-style-type: none"><li>เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วย</li><li>เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ</li><li>ค่าทำศพ</li></ol></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>เงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม 150 บาทต่อคนต่อเดือน (สมทบจากผู้ประกันตน 100 บาท และจากรัฐบาล 50 บาท)</li><li>ประโยชน์ทดแทน 4 กรณี ได้แก่<ol style="list-style-type: none"><li>เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีเจ็บป่วย</li><li>เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพ</li><li>ค่าทำศพ</li><li>บำเหน็จชราภาพ</li></ol></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>เพิ่มโดยใช้หลักเกณฑ์ กอช. และปรับให้สอดคล้องกับกองทุนประกันสังคม ให้ความคุ้มครองเฉพาะกรณีชราภาพเท่านั้น</li><li>เงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม 200 บาทต่อคนต่อเดือน (สมทบจากผู้ประกันตน 100 บาท และจากรัฐบาล 100 บาท)</li><li>ประโยชน์ทดแทน 1 กรณี คือกรณีชราภาพ โดยผู้ประกันตนจะได้รับบำนาญหรือบำเหน็จเมื่ออายุครบ 60 ปี และแจ้งยุติการเป็นผู้ประกันตน</li><li>กรณีผู้ประกันตนประสบเหตุทุพพลภาพก่อนแสดงความจำนงไม่เป็นผู้ประกันตน มีสิทธิขอรับเงินทั้งหมดที่มีอยู่ในบัญชีของผู้นั้น</li><li>ไม่มีการค้าประกันผลตอบแทนจากการนำเงินไปลงทุน</li></ul> |

ที่มา : สำนักงานประกันสังคม ผู้สมัครต้องมีอายุ 15-60 ปี

## บัญชีกระแสการโอนประชาชาติ (National Transfer Accounts: NTA) ปี ๒๕๕๔ และ ๒๕๖๓



- บัญชีกระแสการโอนประชาชาติ (NTA) เป็นการนำมิติด้านอายุไปผนวกเข้ากับบัญชีรายได้ประชาชาติ โดยการแจกแจงการบริโภค รายได้จากแรงงาน และการโอนเงินระหว่างบุคคลวัยต่างๆ ในประเทศ ทั้งที่กระทำผ่านภาครัฐ ภาคครัวเรือน และหน่วยงานภาคเอกชนอื่นๆ
- ในปี ๒๕๕๔ ประชากรไทยเฉลี่ยทุกช่วงอายุมีรายได้โดยเฉลี่ยประมาณ ๘๓,๕๔๘ บาท/คน มีรายจ่ายจากการบริโภคโดยเฉลี่ยประมาณ ๑๐๔,๐๑๓ บาท/คน ก่อให้เกิดการขาดดุลรายได้โดยเฉลี่ยทุกช่วงอายุ ๒๐,๔๖๕ บาท/คน โดยคนไทยแต่ละคนเริ่มเกินดุลรายได้เมื่ออายุประมาณ ๒๕ ปี และคงสภาพการเกินดุลรายได้ดังกล่าวจนถึงอายุประมาณ ๕๕ ปี หลังจากนั้นจะกลับมาอยู่ในสภาพขาดดุลรายได้อีกครั้งหนึ่ง
- การขาดดุลดังกล่าว จะถูกชดเชยโดยการถ่ายโอนระหว่างช่วงวัย นั่นคือการถ่ายโอนจากกลุ่มประชากรวัยแรงงานในช่วงอายุที่มีการเกินดุล (๒๕-๕๕ ปี) ไปสู่กลุ่มประชากรวัยเด็กและวัยชราที่เกิดการขาดดุล อย่างไรก็ตาม มูลค่าการขาดดุลโดยรวมในปี ๒๕๕๔ ยังคงมีค่ามากกว่ามูลค่าการเกินดุลจึงต้องมีการนำเงินจากอนาคตมาใช้เพิ่มเติมทั้งจากเงินออม และการก่อหนี้สาธารณะ
- เมื่อพิจารณา NTA ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร พบว่า ในปี ๒๕๖๓ มูลค่าการขาดดุลโดยรวม จะเพิ่มขึ้นถึง ๕๓๐,๐๐๐ ล้านบาท

## ผลกระทบต่อการจัดการการศึกษา

| ระดับการศึกษา                               | ๒๕๕๓  | ๒๕๖๓  | ๒๕๗๓  | ๒๕๘๓  |
|---------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| จำนวนประชากรวัยเรียน (๓-๒๔ ปี) (ล้านคน)     | ๑๔    | ๑๓.๐๖ | ๑๔.๔๗ | ๑๒.๘๐ |
| สัดส่วนประชากรวัยเรียน : ประชากรทั้งหมด (%) | ๒๔.๗๔ | ๒๔.๘๖ | ๒๒.๖๑ | ๒๐.๐๔ |
| อนุบาล (๓-๕ ปี) (%)                         | ๓.๗๘  | ๓.๒๔  | ๒.๘๓  | ๒.๔   |
| ประถมศึกษา (๖-๑๑ ปี) (%)                    | ๘.๑๖  | ๖.๗๖  | ๖.๐๗  | ๕.๒๖  |
| มัธยมศึกษาตอนต้น (๑๒-๑๕ ปี) (%)             | ๔.๓๑  | ๓.๕๖  | ๓.๒๓  | ๒.๘๗  |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย (๑๕-๑๗ ปี) (%)            | ๔.๓๖  | ๓.๗๖  | ๓.๓๒  | ๓.๐๒  |
| อุดมศึกษา (๑๘-๒๔ ปี) (%)                    | ๕.๖๑  | ๕.๓๐  | ๔.๔๔  | ๔.๒๓  |

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

- สัดส่วนประชากรวัยเรียน (๓-๒๔ ปี) ต่อประชากรทั้งหมดมีแนวโน้มจะลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๕๓ มีสัดส่วนร้อยละ ๒๔.๗๔ จะลดลงเป็นร้อยละ ๒๐.๐๔ ในปี ๒๕๘๓
- การศึกษาตลาดแรงงานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ (สศช. ๒๕๕๑) พบว่า แนวโน้มความต้องการกำลังคนที่มีผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย จะลดลงเรื่อยๆ ในอนาคต ในขณะที่ ความต้องการแรงงานในระดับกลาง (ปวช. และ ปวส.) และระดับสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ
- ดังนั้น ภาครัฐจึงควรปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและลดขนาดของสถานศึกษา ตลอดจนจัดระบบการศึกษาในอนาคตให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดและจำนวนประชากรที่ลดลง

“ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและจำนวนประชากรที่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะประชากรวัยเรียนที่จะลดลงในอนาคตอย่างมาก จะส่งผลกระทบต่อการศึกษาไทย ทุกภาคส่วนควรลดการลงทุนทางการศึกษาด้านปริมาณ และหันมามุ่งเน้นด้านคุณภาพมากขึ้น ทั้งคุณภาพของครู ผู้เรียน และระบบการจัดการศึกษา ทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารจัดการ เพื่อให้ประชากรไทยเป็นคนที่มีความรู้และมีความสามารถสูงจะเป็นกลไกไปสู่การพัฒนาประเทศได้อย่างจริงจัง ”

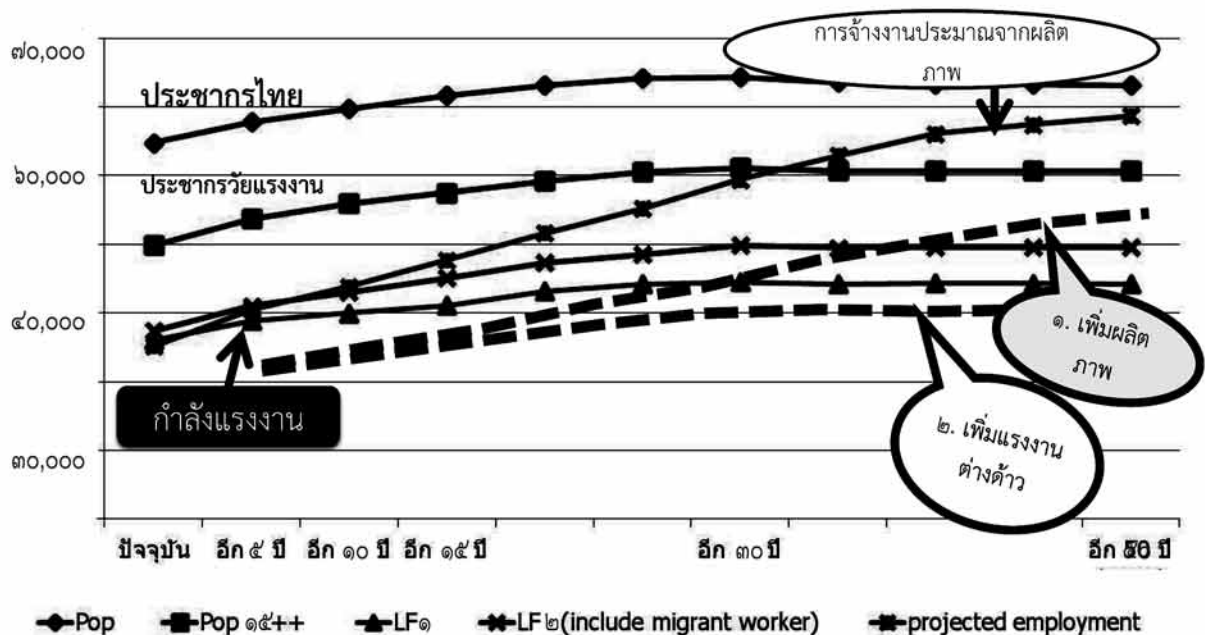
## สรุปสถานการณ์และปัญหาของผู้สูงอายุ

### บริบทและสถานการณ์ของปัญหาผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน

๑. ผู้สูงอายุเพิ่มสัดส่วนอย่างรวดเร็ว
๒. ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวขึ้น
๓. ขนาดของครอบครัวเล็กลงและเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุลดลงอย่างมาก
๔. อัตราส่วนวัยแรงงานที่มีศักยภาพในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง
๕. การดูแลผู้สูงอายุที่ดีจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่วัยแรงงานหรือวัยหนุ่มสาว
๖. โครงสร้างผังเมือง สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ต่างๆ ควรเอื้อต่อการประกอบกิจกรรมหรือการทำงานของผู้สูงอายุและการส่งเสริมการเรียนรู้ เพิ่มพูนทักษะในการประกอบอาชีพใหม่หลังเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไป
๗. ผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปเพียงส่วนน้อยทราบถึงสิทธิและการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุและ พรบ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ยังขาดความครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
๘. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ยังไม่มีการปฏิบัติให้เกิดผลอย่างจริงจัง
๙. บทบาทของ อปท. ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุยังมีจุดอ่อน และอุปสรรคด้านงบประมาณ บุคลากร ข้อมูล และความรู้
๑๐. บทบาทของสื่อสาธารณะกับการเรียนรู้และภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุยังจำกัด

## ข้อเสนอแนวทางการเตรียมความพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ

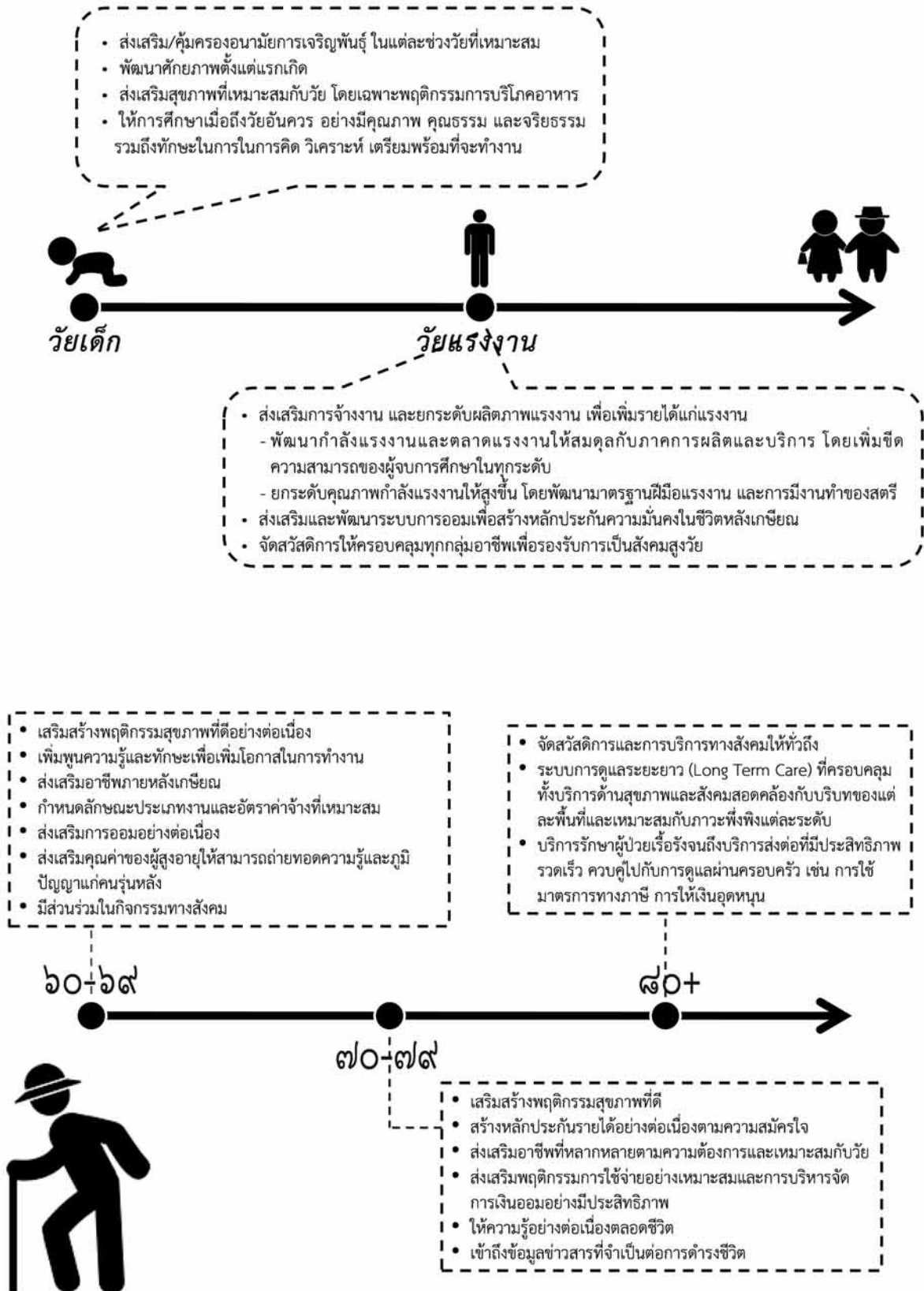
### แนวทางการแก้ไขปัญหาในระยะยาว : ทางเลือกนโยบาย (Policy Options)



ที่มา : คณะทำงานคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(๒๕๕๕)  
คำนวณโดย ดร.ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ TDRI (๒๕๕๖)

## ข้อเสนอแนะทางการเตรียมความพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ

### การเตรียมความพร้อมสำหรับประชากรก่อนวัยสูงอายุ



- ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนเข้ามีส่วนร่วมในการจัดการสภาพแวดล้อม และความจำเป็นทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และคนทุกวัย
- กำหนดรูปแบบ มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ที่ชัดเจนมีความเหมาะสมในแต่ละประเภทของการให้บริการ ทั้งในด้านโครงสร้างทางกายภาพ การบริหารจัดการ คุณลักษณะของบุคลากร และการตรวจสอบคุณภาพ
- สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดบริการที่หลากหลาย สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่างกัน และสนับสนุนให้มีการขยายผลชุมชนต้นแบบการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุ
- สนับสนุนภาคเอกชนออกแบบผลิตภัณฑ์ทางประกันเพื่อส่งเสริมการออมและการดูแลระยะยาว

## ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย

ศ.อุพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

ประเทศไทย ได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย ปัจจุบันมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละสิบของประชากรทั้งหมด คิดเป็นจำนวนมากกว่าเจ็ดล้านคน และภายในระยะเวลาไม่ถึงยี่สิบปีประชากรของประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยอย่างเต็มตัวเช่นเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้วประเทศอยู่ในปัจจุบัน คำว่า สังคมสูงวัย ไม่ได้หมายความว่าเพียงว่ามีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุในปริมาณสูงเท่านั้น แต่ยังหมายความว่าจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุสูงมากเช่นอายุแปดสิบปีขึ้นไปมีจำนวนที่สูง และเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงมากด้วย และยังหมายถึงจำนวนและสัดส่วนประชากรเด็กมีขนาดลดลงอย่างรวดเร็ว พร้อมกับประชากรวัยทำงานมีจำนวนและสัดส่วนที่ลดลงอีกด้วย

ประเด็นสำคัญทางด้านสุขภาพของสังคมสูงวัย มี ๔ ประเด็น ดังนี้

- หนึ่ง - ทำอย่างไรให้ประชาชนมีระยะเวลาที่ป่วยและต้องพึ่งพา ให้สั้นที่สุด
- สอง - ทำอย่างไรที่เมื่อป่วยและต้องพึ่งพาจะสามารถดำรงอยู่ที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพให้นานที่สุด
- สาม - ทำอย่างไรให้โรงพยาบาลและเครือข่ายตอบสนองความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด
- และสี่ - ทำอย่างไรที่จะมีหลักประกันสำหรับคนไทยทุกคนว่าเมื่อป่วยและต้องพึ่งพา ได้เข้าถึงและได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ

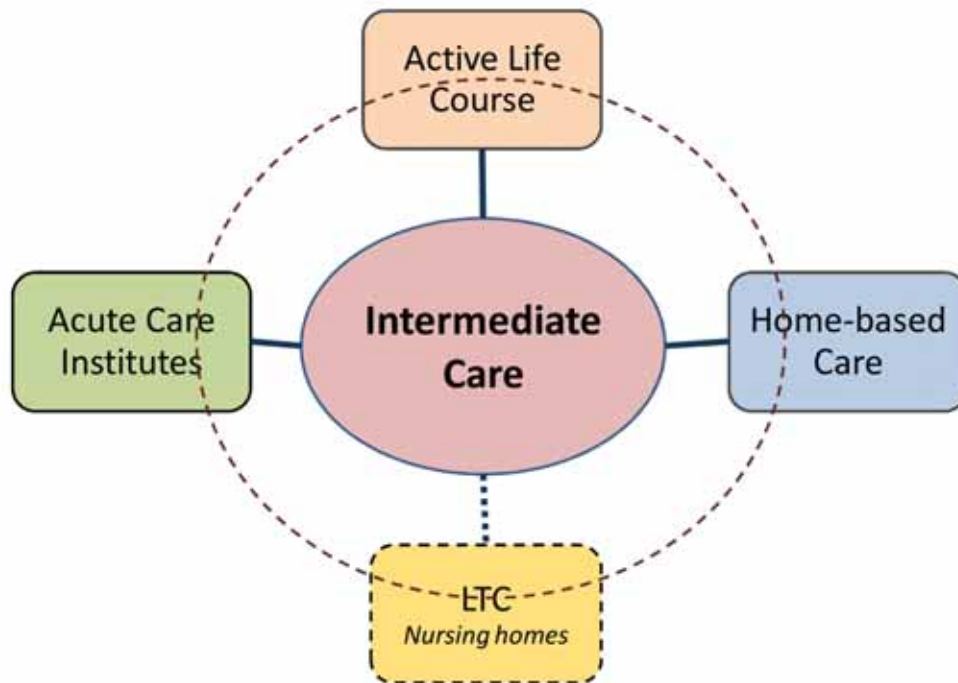
สามประเด็นแรก เป็นเรื่องของ “ระบบดูแลสุขภาพ” (Health care provision) ส่วนประเด็นที่สี่จะอยู่ในส่วนของความเพียงพอและการกระจายของระบบการดูแลสุขภาพ ร่วมกับ “ระบบการเงินด้านสุขภาพ” (Health care finance)

สิ่งสำคัญในปัจจุบันอยู่ที่การเร่งพัฒนา “ระบบดูแลสุขภาพ” เพื่อตอบสนองในสามประเด็นแรก สำหรับ “ระบบการเงินด้านสุขภาพ” มีความสำคัญยิ่งเช่นกัน แต่การจะทราบว่าผลิตภัณฑ์มีต้นทุนเท่าไร จำเป็นจะต้องให้ได้ผลิตภัณฑ์ต้นแบบก่อน โดยที่ “ระบบดูแลสุขภาพ” สำหรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยในศตวรรษที่ ๒๑ ย่อมแตกต่างจาก “ระบบดูแลสุขภาพ” สำหรับสังคมวัยเยาว์ของประเทศไทยในศตวรรษที่ ๒๐ อย่างชัดเจน

เราควรทำความเข้าใจในเบื้องต้นก่อนว่า “รูปแบบ” บริการ หรือการดูแล แตกต่างจาก “ระบบ” บริการ หรือการดูแล รูปแบบสำหรับผู้สูงอายุที่กล่าวถึงอยู่เนื่อง ๆ ไม่ใช่ของแปลกใหม่ เพราะมีการพัฒนาและทำกันมาก่อนทั่วโลก หากแต่ความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ของรูปแบบเหล่านั้น ก็คือ “ระบบ” เป็นของใหม่และเป็นของเฉพาะ ที่ต้องสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย ดังนั้น หัวใจสำคัญของการพัฒนา “ระบบ” ขึ้นกับว่าในระบบนั้นเราจะเลือกรูปแบบใดบ้างมาเป็นองค์ประกอบ เราจะพัฒนาความเชื่อมโยงหรือความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบอย่างไร และเราจะกำหนดขนาดของระบบให้ใหญ่เล็กเพียงใด

การหาคำตอบประเด็นทางสุขภาพในสามประเด็นแรก คงต้องเริ่มที่กรอบความเข้าใจเชิงระบบของระดับการดูแลสุขภาพ (ตามรูป) ซึ่งเป็น Care-based system ไม่ใช่ Intervention-based system ที่มักจะยึดติดกัน ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู ระบบที่แสดงไว้ตามรูป มิได้แยกแยะว่าต้องเป็นทางการ (Formal) หรือไม่เป็นทางการ (Informal) ซึ่งเกิดขึ้นในครัวเรือนชุมชนและเป็นส่วนใหญ่ของระบบการดูแลสุขภาพแต่ถูกมองข้ามหรือไม่ได้รับความสำคัญอย่างที่ควรจะเป็น

แสดงรูป ระดับการดูแลสุขภาพในเชิงระบบสำหรับผู้สูงอายุ



ตามรูปที่แสดง จะเห็นว่าในศตวรรษที่ ๒๐ นอกเหนือจากงานด้านสาธารณสุข (Public health) ประเทศไทยให้ความสำคัญกับ Acute care institute เป็นอย่างมาก และมีลักษณะเด่นของการรวมศูนย์กลาง (Centralization) ซึ่งแสดงออกด้วยการมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ เป็นต้น ที่มีแต่ขยายขนาดมากขึ้นเรื่อยๆ และรวมศูนย์การบริหารจัดการไว้ที่ส่วนกลางเป็นหลัก เมื่อเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงวัยซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพ และพึ่งพาการดูแล เป็นปัญหาสำคัญ จึงทำให้ระยะห่างของความเชื่อมโยงระหว่าง Acute care Institutes กับ Home-based care มีมากขึ้นเรื่อยๆ

ระบบดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย ควรเติมรูปแบบตรงกลางระหว่าง Acute care institutes กับ Home-based care ซึ่งปัจจุบันนิยมเรียกกันว่า “Intermediate care” โดยแต่ก่อนนี้เราเคยได้ยินในชื่อ “Transitional care” หรือ “Sub-acute care” ซึ่งจะเรียกอะไรก็ตาม รูปแบบนี้เป็นตัวเชื่อมที่จะแก้ปัญหาความห่างระหว่าง Acute care institutes กับ Home-based care ได้

นอกจากนั้น ควรพัฒนารูปแบบ “Home-based care” ให้เกิดขึ้น เพื่อดำรงความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและพึ่งพาให้นานที่สุด โดยทั้ง “Intermediate care” และ “Home-based care” ที่มีประสิทธิผล จะช่วยลดความต้องการ “Nursing homes” สำหรับรูปแบบ “Active life course” ได้มีการดำเนินการจริงจังมาร่วม ๒๕ ปี ผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ แต่ได้ผลในระดับหนึ่ง เนื่องจากครอบคลุมเฉพาะกลุ่มประชากรสูงอายุเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่ได้ร่วมและรับประโยชน์จากรูปแบบนี้มีไม่เกินร้อยละ ๒๐

ในส่วนของรูปแบบและแนวคิด “ขนาด” ของระบบพื้นฐานนั้นผู้เขียนจะได้นำเสนอในโอกาสต่อไป

## ตารางสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ ๔ จังหวัดน่าน

จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุ ใน ๔ จังหวัดน่าน (อุดรธานี ลำปาง พังงา กาญจนบุรี) ปี ๒๕๕๖

ตารางที่ ๑ อายุขัยเฉลี่ยของประชากร

| เพศ  | ประเทศ (ปี) | จังหวัด ปี ๒๕๕๖ |       |       |           |
|------|-------------|-----------------|-------|-------|-----------|
|      |             | อุดรธานี        | ลำปาง | พังงา | กาญจนบุรี |
| ชาย  | ๖๙.๙        | ๗๐.๓            | ๗๐    | ๗๔.๖๐ | ๗๕.๙๘     |
| หญิง | ๗๔.๙        | ๗๕.๓            | ๗๖    | ๘๑.๖๖ | ๘๑.๐๕     |

ตารางที่ ๒ ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ใน ๔ จังหวัดน่าน (อุดรธานี ลำปาง พังงา กาญจนบุรี) ปี ๒๕๕๖

| จังหวัด   | ประชากรทั้งหมด | ผู้สูงอายุ | ร้อยละ |
|-----------|----------------|------------|--------|
| อุดรธานี  | ๑,๕๘๗,๙๘๘      | ๒๐๖,๓๒๘    | ๑๒.๙๙  |
| ลำปาง     | ๗๔๘,๙๐๐        | ๑๒๘,๗๓๖    | ๑๗.๑๙  |
| พังงา     | ๒๕๖,๗๔๔        | ๓๔,๓๐๑     | ๑๓.๓๖  |
| กาญจนบุรี | ๘๓๙,๒๑๑        | ๑๑๑,๔๑๖    | ๑๓.๒๘  |

ตารางที่ ๓ ร้อยละของผู้สูงอายุ แยกตามกลุ่มวัยใน ๔ จังหวัดน่าน (อุดรธานี ลำปาง พังงา กาญจนบุรี) ปี ๒๕๕๖

| จังหวัด   | อายุ ๖๐-๖๙ ปี | ร้อยละ | อายุ ๖๐-๖๙ ปี | ร้อยละ | อายุ ๖๐-๖๙ ปี | ร้อยละ |
|-----------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
| อุดรธานี  | ๑๒๗,๕๓๑       | ๖๑.๘๑  | ๕๘,๘๒๔        | ๒๘.๕๑  | ๑๙,๙๗๓        | ๙.๖๘   |
| ลำปาง     | ๖๓,๗๓๗        | ๔๙.๕๑  | ๔๒,๑๖๑        | ๓๒.๗๕  | ๒๒,๘๓๘        | ๑๗.๗๔  |
| พังงา     | ๑๗,๓๕๐        | ๕๐.๕๘  | ๑๑,๐๕๘        | ๓๒.๒๔  | ๕,๘๙๓         | ๑๗.๑๘  |
| กาญจนบุรี | ๖๐,๗๑๒        | ๕๔.๔๙  | ๓๓,๓๗๒        | ๒๙.๙๕  | ๑๗,๓๓๒        | ๑๕.๕๖  |

ตารางที่ ๔ ร้อยละของผู้สูงอายุแบ่งตามสมรรถภาพการทำงานวัตรดูแลช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ปี ๒๕๕๖

| จังหวัด   | ติดสังคม (%) | ติดบ้าน (%) | ติดเตียง (%) |
|-----------|--------------|-------------|--------------|
| อุดรธานี  | ๘๐.๙๘        | ๑๗.๘๑       | ๑.๒๑         |
| ลำปาง     | ๙๑.๕๕        | ๗.๒๔        | ๑.๒๑         |
| พังงา     | ๘๑.๕๘        | ๑๖.๘๑       | ๑.๖๑         |
| กาญจนบุรี | ๙๐.๐๐        | ๘.๔๑        | ๑.๓๗         |

ตารางที่ ๕ ร้อยละของโรคที่พบบ่อยในประชากรผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ใน ๔ จังหวัดนำร่อง (อุดรธานี ลำปาง พังงา กาญจนบุรี) ปี ๒๕๕๖

| จังหวัด   | อันดับ ๑                  | อันดับ ๒                   | อันดับ ๓                  | อันดับ ๔                  | อันดับ ๕                      |
|-----------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| อุดรธานี  | ความดันโลหิตสูง<br>๕๗.๐๗% | เบาหวาน<br>๓๗.๕๘%          | โรคข้อกระดูกติด<br>๑๗.๓๒% | โรคไขมันในเลือด<br>๑๒.๐๙% | โรคหัวใจขาดเลือด<br>๔.๒%      |
| ลำปาง     | ความดันโลหิตสูง           | เบาหวาน                    | โรคหลอดเลือดสมอง          | โรคหัวใจขาดเลือด          | โรคข้อเข่าเสื่อม              |
| พังงา     | ความดันโลหิตสูง<br>๑๘.๔๘% | โรคข้อเข่าเสื่อม<br>๑๑.๙๔% | เบาหวาน<br>๗.๙%           | โรคสมองเสื่อม<br>๑.๓๘%    | โรคซึมเศร้า<br>๑.๑%           |
| กาญจนบุรี | ความดันโลหิตสูง<br>๓๓.๐๐% | เบาหวาน<br>๑๒.๐๐%          | ปัญหาช่องปาก<br>๘.๐๐%     | โรคข้อเข่าเสื่อม<br>๕.๐๐% | โรคหัวใจและหลอดเลือด<br>๔.๐๐% |

## การจัดบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในระบบเครือข่าย จังหวัดอุดรธานี

๑๐ปี อาบน้ำบ้วน  
๒๐ปี เล่นสวบเปิด  
๓๐ปี นอนตื่นก่อนไก่  
๔๐ปี ไปใส่มาทอดขา  
๕๐ปี ไปนมาทอดขูย  
๖๐ปี เป้าลุ่มบั้ง  
๗๐ปี ฟังระฆังบ่มวน  
๘๐ปี หนักหนวด่วนมาหุ  
๙๐ปี ฟีน้องมาดูฮ้องไห้  
๑๐๐ปี บ่ไขบ่ตาย  
๑๑๐ปี เห็นเดือนหงายว่าแม่นไฟไหม้  
๑๒๐ปี ไขกะตายบ่ไขกะตาย

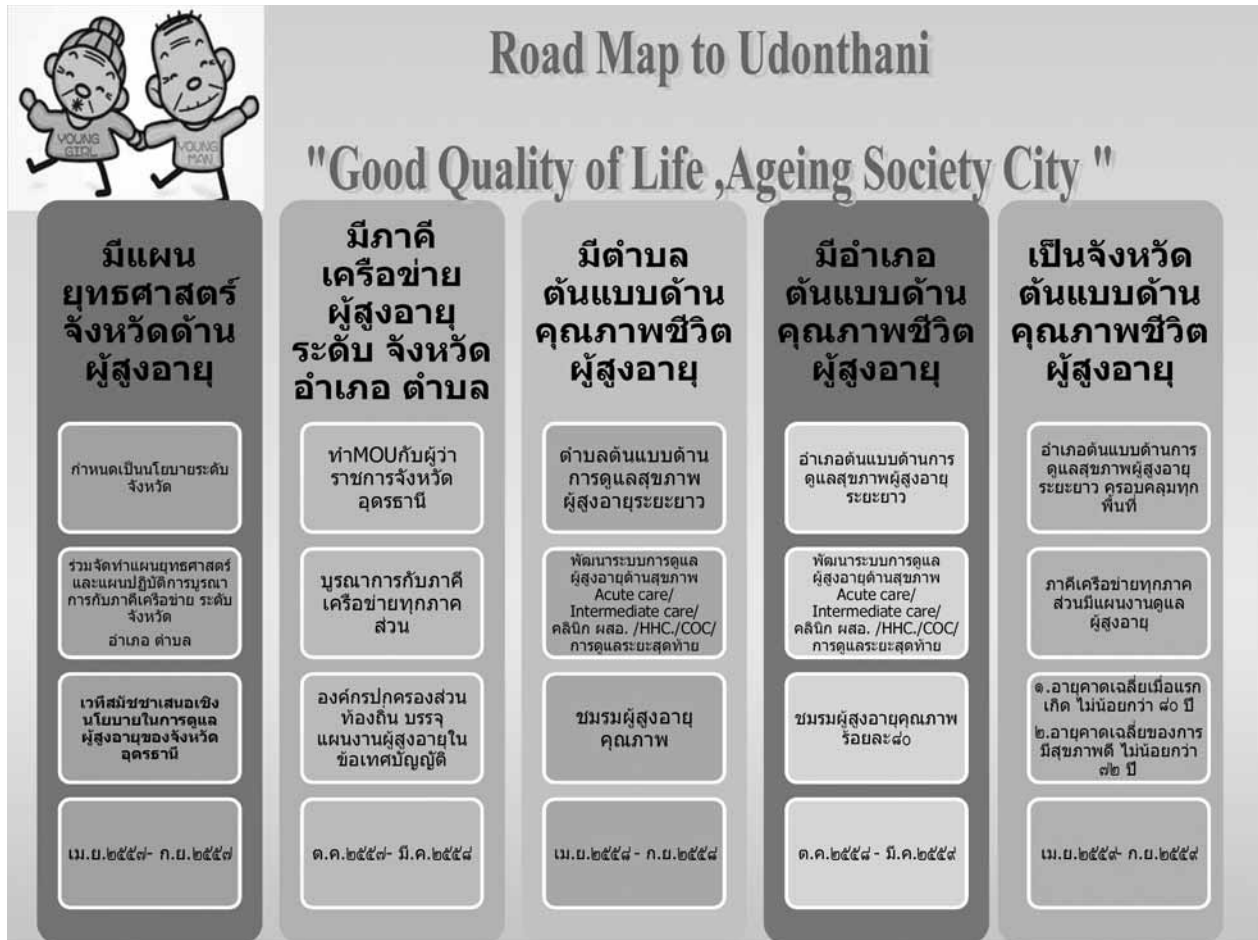


### การเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี

- นโยบายการขับเคลื่อนวาระจังหวัดอุดรธานี
- โครงการ “อุดรธานีเมืองผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตดี” (ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙)

#### เป้าประสงค์

๑. สุขภาพกายแข็งแรง สุขภาพจิตดี
๒. มีที่อยู่อาศัยปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีผู้ดูแล
๓. มีอาชีพรายได้พอเพียงแก่การดำรงชีพ



## กรอบแนวคิดการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี ปี ๒๕๕๖- ๒๕๕๙

### นโยบายการขับเคลื่อนวาระจังหวัดอุดรธานี ๕ ยุทธศาสตร์

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๑

ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุ การเตรียมความพร้อมก่อนถึงวัยผู้สูงอายุ เช่น สุขภาพ กายใจ การศึกษา อาชีพ และด้านสังคม

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๒

ด้านการคุ้มครองสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ในการจัดการสวัสดิการสังคมที่มีคุณภาพ

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๓

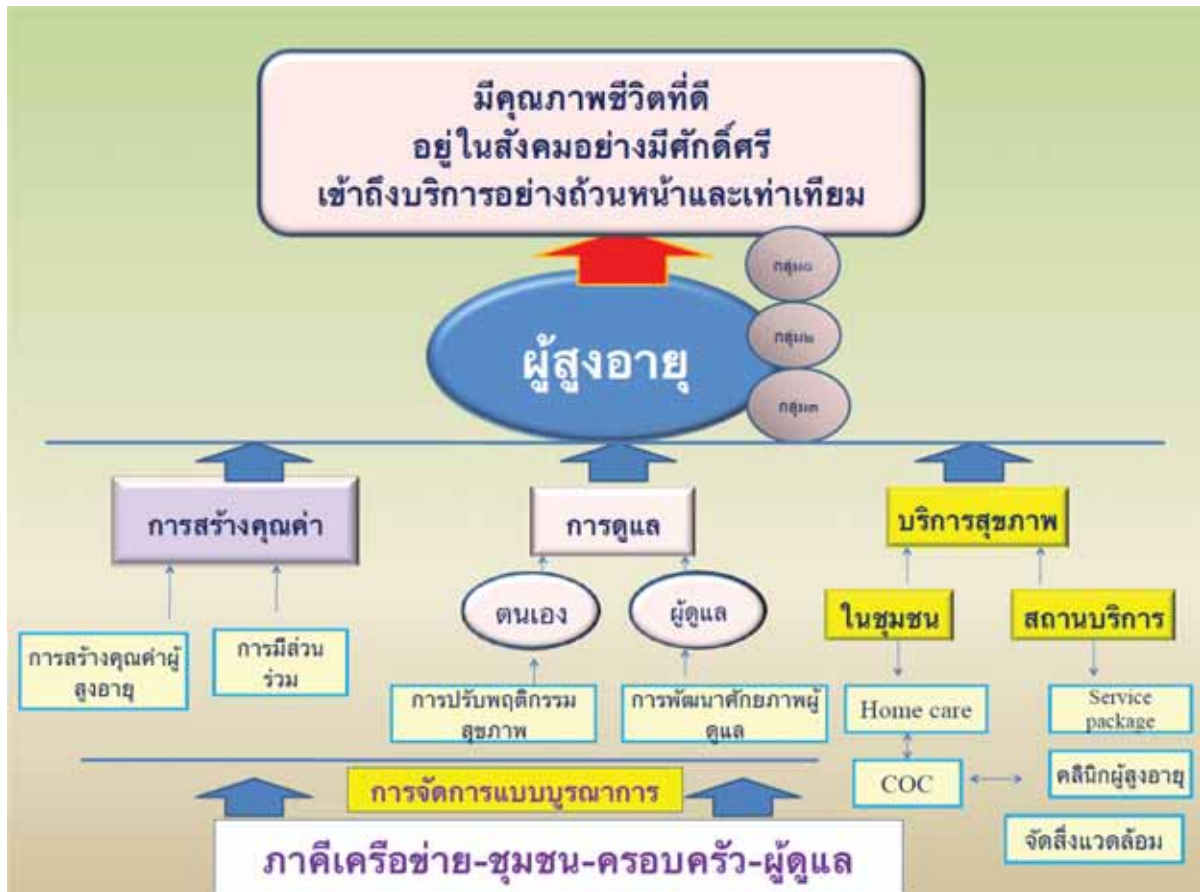
ด้านการสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วม ของชุมชน

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๔

ด้านการบริหารจัดการเชิงบูรณาการจังหวัดอุดรธานี ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนวาระจังหวัด“อุดรธานีเมืองผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตดี”

#### ยุทธศาสตร์ที่ ๕

ด้านการพัฒนาองค์ความรู้ การศึกษาวิจัยสุขภาพและสังคมผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผล



**ผู้สูงอายุ กับ มิติสุขภาพ :** มิตรภาพ สัมพันธภาพ สุนทรียภาพ คุณภาพ เสรีภาพ

นโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปี ๒๕๕๗ / ๓ ธงนำ ๔ เข็มมุ่ง

๓ ธงนำ ธงนำที่ ๑ : ลดคนป่วย

ธงนำที่ ๒ : เพิ่มคนสุขภาพดี

ธงนำที่ ๓ : ขยายการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

๔ เข็มมุ่ง เข็มมุ่งที่ ๑ : พัฒนาระบบบริการตาม Service Plan

เข็มมุ่งที่ ๒ : พัฒนาระบบข้อมูลของ สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีและหน่วยบริการทุกระดับ

เข็มมุ่งที่ ๓ : พัฒนาศักยภาพของบุคลากร

เข็มมุ่งที่ ๔ : พัฒนาการการสร้างระบบสู่การปฏิบัติ (Implement) งานในพื้นที่ให้เกิดผลกระทบ (Impact) เปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพประชาชนให้ดีขึ้น

## แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

๑. สร้างและพัฒนากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุ
๒. พัฒนาระบบบริการ ให้มีคุณภาพทั้ง Acute care/ Intermediate care/ คลินิกผู้สูงอายุ / HHC/ COC/การดูแลระยะสุดท้าย
๓. พัฒนาระบบส่งต่อ ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
๔. พัฒนาอาคารและสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ

## ปัจจัยนำเข้า

๑. สนับสนุนทรัพยากร ให้พอเพียง และเพิ่มประสิทธิภาพ
๒. บุคลากร แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล
๓. แต่งตั้ง Project Manager รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้านเวชกรรมป้องกัน ,ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
๔. งบประมาณจาก งบ Non UC , PPA
๕. อุปกรณ์เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์

## กระบวนการ

- หน่วยบริการ
  ๑. คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น กลุ่มดี เสี่ยง ป่วย (ตุลาคม-ธันวาคมของทุกปี)
  ๒. ให้บริการผู้สูงอายุ ๗๐ ปีไม่มีคิว
  ๓. คลินิกผู้สูงอายุ
  ๔. บริการช่องทางด่วน
  ๕. COC , HHC
- ชุมชน อปท. ภาครัฐเครือข่าย
  ๑. จัดตั้งภาคีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล
  ๒. จัดทำแผนพื้นที่ทางเดินยุทธศาสตร์(SRM) ร่วมกับ อปท.
  ๓. พัฒนาและเพิ่มศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ

## หลัก ๕ค. ในการจัดบริการผู้สูงอายุ มีดังนี้

๑. ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร
๒. โครงสร้าง
๓. คน
๔. คลัง งบประมาณ
๕. เครือข่าย

## ๑. ความรู้ ข้อมูลข่าวสารสู่การวางระบบการดูแลต่อเนื่อง



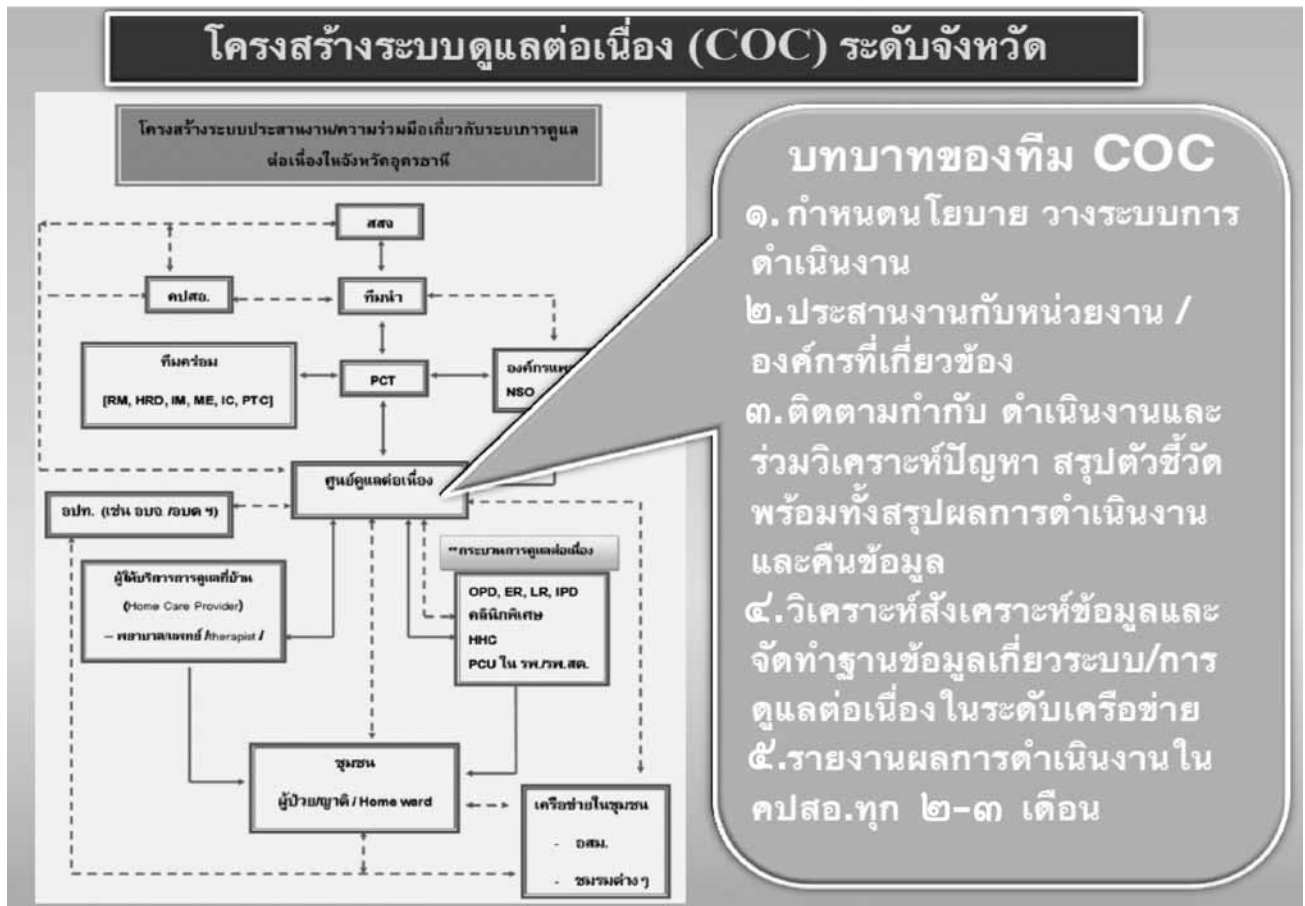
## ๒. โครงสร้าง การจัดบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุ

# โครงสร้างการจัดบริการผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข







## ๓. คน

๓.๑ สร้างและพัฒนากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุ

- แพทย์เฉพาะทาง
- พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน
- อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ.) ผ่านการอบรมผู้สูงอายุหลักสูตร ๗๐ ชม.
- ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ

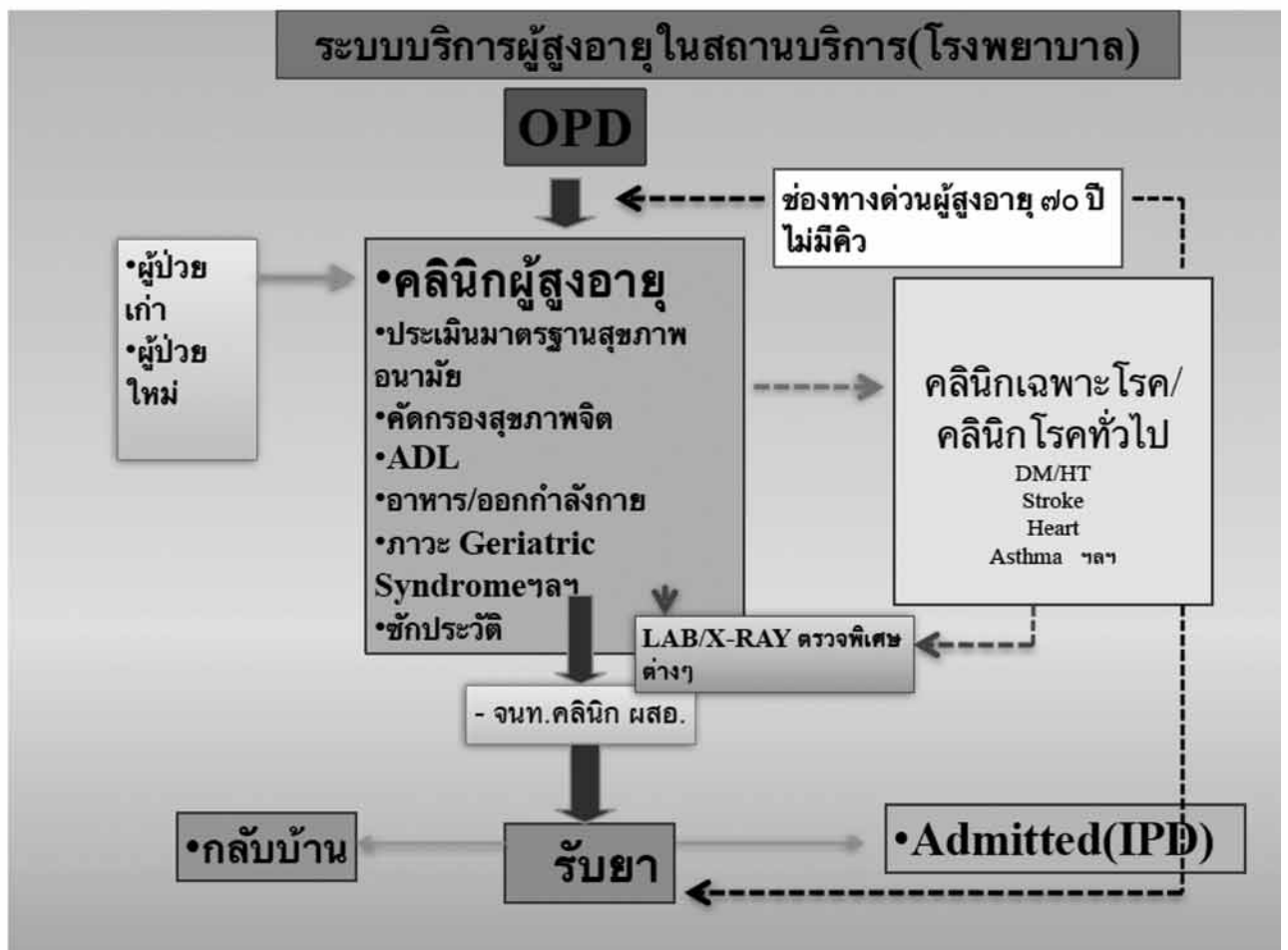
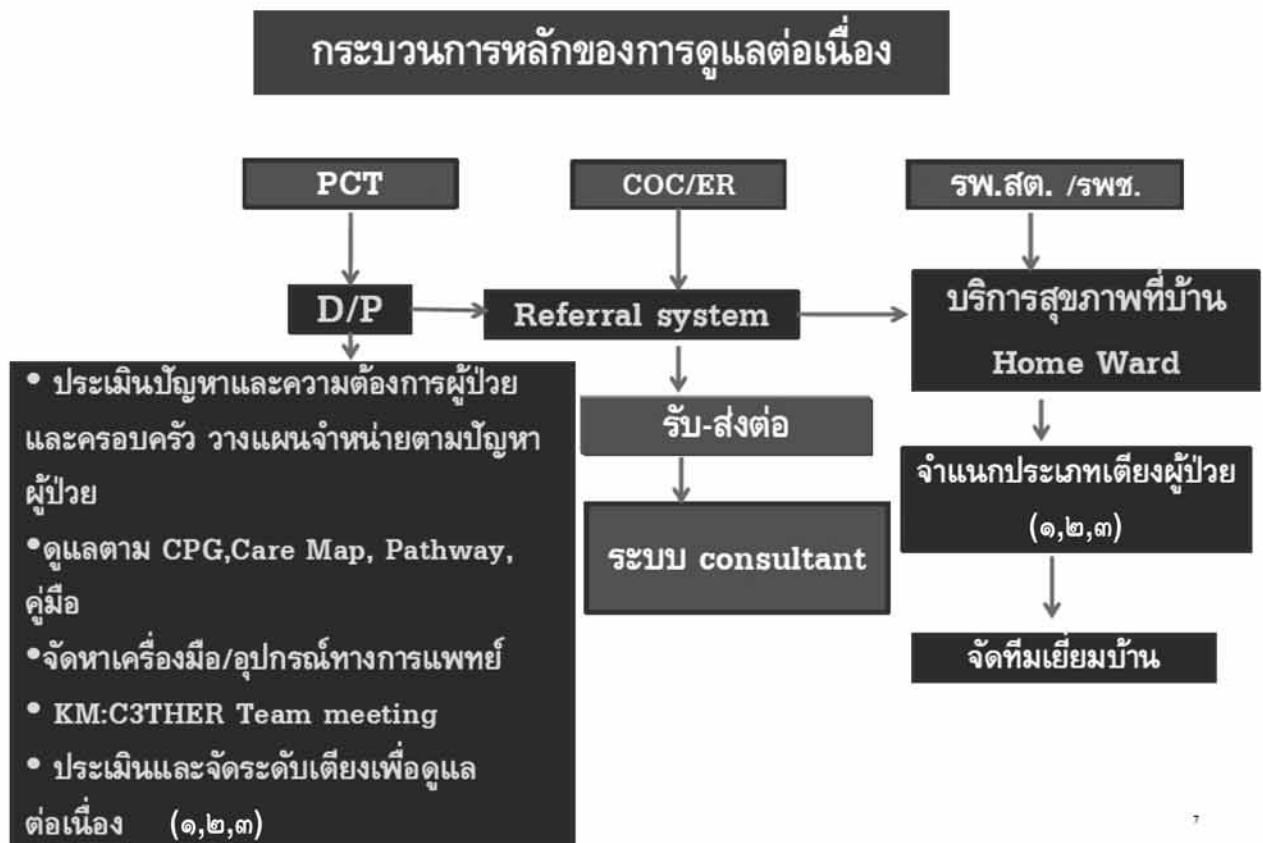
๓.๒ พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพทั้ง Acute care/Intermediate care/ คลินิกผู้สูงอายุ /HHC/COC/ การดูแลระยะสุดท้าย

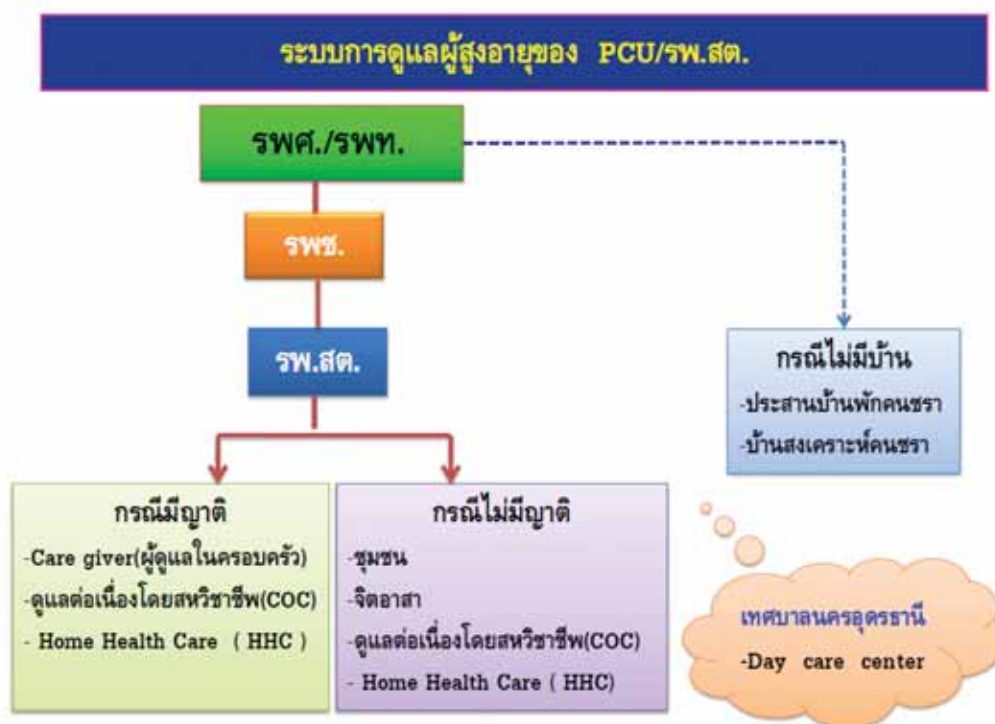
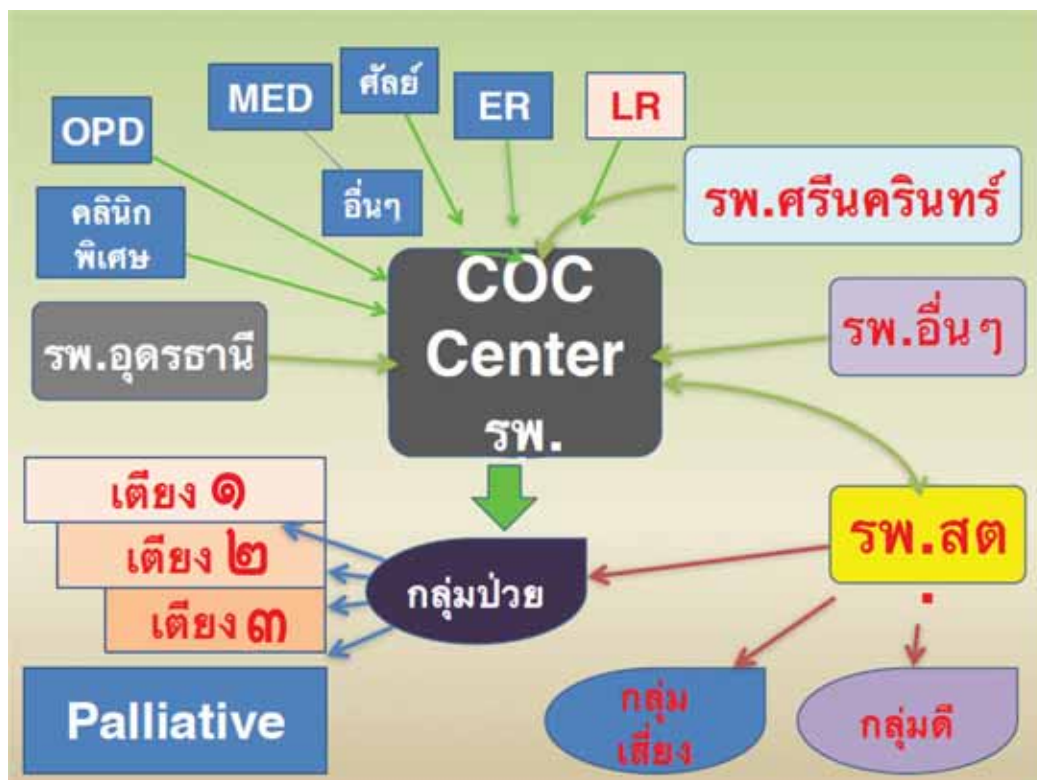
๓.๓ พัฒนาระบบส่งต่อ ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

### พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน (Continuity of Care: COC) โดยเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
- การดูแล Palliative Care









### แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงรพ.สต.

#### เตียง ๑ เจ็บป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้

- นักสุขภาพครอบครัว (นสค.) ประจำบ้านและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประจำคุ้ม/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ประจำบ้าน ร่วมกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน
- ติดตามครั้งแรกภายใน ๑ เดือน
- จัดบริการแบบสนับสนุนและให้การปรึกษา (Educative supportive nursing system) เช่น การให้ความรู้ การสอนทักษะการดูแลตนเอง
- ความถี่ในการติดตาม ทุก ๖ เดือน



มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและนักกายภาพบำบัด  
ร่วมเยี่ยมบ้านในรายที่จำเป็น



## เตียง ๒ เจ็บป่วยเรื้อรังที่เริ่มมีภาวะแทรกซ้อน

- พยาบาล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน นักสุขภาพครอบครัว(นสค.)ประจำบ้าน อสม. Caregiver
- เริ่มเยี่ยมภายใน ๒-๓ สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล
- จัดบริการสุขภาพแบบทดแทนบางส่วน ( Party compensatory nursing system ) โดยทีมจะเป็นผู้ช่วย หรือเป็นผู้ฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วย จนสามารถกระทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้
- ความถี่ในการติดตาม ทุก ๓ เดือน

## เตียง ๓ เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนมาก

- ทีมสหสาขาวิชา พยาบาล นักสุขภาพครอบครัว(นสค.)ประจำบ้าน Caregiver อสม./อพส.
- เริ่มเยี่ยมครั้งแรกภายใน ๑ -๒ สัปดาห์
- จัดบริการ เป็นระบบพยาบาลดูแลทดแทนผู้ป่วยทั้งหมด หรือกระทำทำให้ผู้ป่วยทั้งหมด ในระยะต้นๆ ทีมสุขภาพจะเป็นผู้ช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยมีศักยภาพการดูแลตนเองมากขึ้น จึงเริ่มฝึกและกระตุ้นให้ช่วยเหลือตนเอง
- ความถี่ในการติดตาม ทุก ๑/๒ - ๑ เดือน

### หลักเกณฑ์การจำแนกประเภทเตียงผู้ป่วยผู้สูงอายุ

| เกณฑ์                                 | ค่าคะแนน           |                                |                                                     |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                       | ๑                  | ๒                              | ๓                                                   |
| 1. Self Care (ดูจากคะแนน Barthel ADL) | ๑๒-๒๐              | ๕-๑๑                           | ๐-๔                                                 |
| 2. อาการทางคลินิก/พยาธิสภาพ/สภาพปัญหา | น้อย               | ปานกลาง                        | รุนแรง                                              |
| 3. การพึ่งพาผู้ดูแล                   | ช่วยเหลือตัวเองได้ | พึ่งพา/ต้องช่วยเหลือบางกิจกรรม | พึ่งพา/ต้องช่วยเหลือกิจกรรมทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมด |

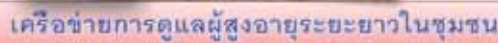
| ประเภทเตียง | คะแนนรวมจากตารางข้างบน |
|-------------|------------------------|
| ๑           | ๑-๓                    |
| ๒           | ๔-๖                    |
| ๓           | ๗-๙                    |

### ผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องเตียงผู้สูงอายุ

| ตัวชี้วัด                                                                                                            | เป้าหมาย | ปี ๒๕๕๕               | ปี ๒๕๕๖               | ปี ๒๕๕๗<br>(ต.ค.-ก.ค. ๕๗) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| ๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการขึ้นทะเบียนดูแลในระบบ Home care อ.เมือง เตียง ๔ ประเภท                                      |          | ๙,๐๒๒ ราย             | ๑๐,๔๔๖ ราย            | ๑๒,๘๕๐ ราย                |
| ๒. ผู้สูงอายุเตียง ๑,๒ ได้รับการดูแลให้มีสุขภาพที่ดี อาการไม่รุนแรงจนเปลี่ยนเป็นเตียง 3 และไม่เคยมา re-admit ที่ รพ. | ๘๐ %     | ๘๑.๒๕%<br>(๗,๐๘๐ ราย) | ๗๙.๕๘%<br>(๘,๐๓๖ ราย) | ๘๐.๑๕%<br>(๑๐,๐๐๖ ราย)    |
| ๓. ผู้สูงอายุเตียง ๓ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Barthel ADL index)                                                      | ๕๐ %     | ๕๒.๔๕%<br>(๑๕๐ ราย)   | ๖๔.๖๙%<br>(๒๐๗ ราย)   | ๗๙.๒๒%<br>(๒๖๓ ราย)       |
| ๔. ผู้สูงอายุที่เป็น palliative care ได้รับการจัดการอาการรบกวน                                                       | ๑๐๐ %    | ๑๐๐ %<br>(๒๒ ราย)     | ๑๐๐ %<br>(๒๘ ราย)     | ๑๐๐ %<br>(๓๔ ราย)         |

#### ๔.๑ สนับสนุนทรัพยากร ให้พอเพียง และเพิ่มประสิทธิภาพ

- #### ๔.๒ จัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการดูแลผู้สูงอายุ



- ## ๕. เครือข่าย พัฒนาระบบบริการ “ผู้สูงอายุ” ใกล้เคียงใกล้ใจ



**จัดทำนิทรรศการผู้สูงอายุ จาก ๑๒ หน่วยงาน**

๑. คลินิกผู้สูงอายุ ระดับตึกเล็ก จาก โรงพยาบาลอุดรธานี
๒. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน COC รพ.สต.หนองหมื่นท้าว
๓. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน HHC/รพ.สต.สามพร้าว
๔. ตำบลต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวดีเด่นระดับเขต อำเภอหนองวัวซอ
๕. การพัฒนารูปแบบบริการด้านผู้สูงอายุ อำเภอหนองแสง
๖. การออกกำลังกายแบบโยคะ โดยชมรมข้าราชการบำนาญบ้านนาบุญสาธารณสุขอุดรธานี
๗. อาหารสำหรับผู้สูงอายุ และอาหารเฉพาะโรค จากโรงพยาบาลอุดรธานี
๘. สมာธิบำบัด โดยเทศบาลบ้านจั่น
๙. สุขภาพดีวิถีธรรม โดยสมาคมผู้สูงอายุเทศบาลอำเภอบ้านดุง
๑๐. การดำเนินงานศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุ
๑๑. OTOP ชุมชน โดยสำนักงานพัฒนาชุมชน
๑๒. การส่งเสริมอาชีพทางการเกษตร ในชุมชน

**ผลจากการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ Old Age**

๑. ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองและติดตามเยี่ยมครบถ้วน ตามสภาพปัญหา
๒. ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการครบตามสิทธิ
๓. เกิด Caregiver ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
๔. เกิดกลุ่มสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยจิตอาสา
๕. เกิดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน เสริมสร้างสุขภาพจิต
๖. เกิดชมรมผู้สูงอายุที่มีการดำเนินกิจกรรมในชมรมอย่างต่อเนื่อง

**ผลจากการสร้างระบบบริการ “ผู้สูงอายุ” ใกล้เคียงใกล้ใจ**

- เสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- เสริมสร้างศักยภาพของทีมงานอาสาสมัครผู้สูงอายุ และอสม.
- เสริมสร้างศักยภาพของชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- สนับสนุน “ชมรมผู้สูงอายุ” ให้ “ยั่งยืน”
- เยี่ยมติดตามสุขภาพที่บ้านโดย นสค.
- มีระบบการส่งต่อในรายที่มีปัญหาซับซ้อนเกินขีดความสามารถของ รพ.สต. มีบริการรถกู้ชีพ// EMS กรณีเป็นผู้พิการที่เจ็บป่วยเร่งด่วน
- มีการติดตามสถานะสุขภาพ โดยทีมสหวิชาชีพ

**ผลจากพัฒนาและเพิ่มศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ**

๑. มีภาคีเครือข่ายพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระดับจังหวัด ๑ เครือข่าย
๒. มีภาคีเครือข่ายพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ ๕ เครือข่ายประกอบด้วย อำเภอหนองแสง อำเภอศรีธาตุ อำเภอหนองวัวซอ อำเภอบ้านดุง อำเภอเมือง
๓. กำลังจัดตั้งภาคีเครือข่ายพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ ๑๕ เครือข่าย
๔. จัดตั้งภาคีเครือข่ายพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ ระดับตำบล ๙๙ ตำบล (๖๓.๔๖%) และในปี ๒๕๕๘ จะดำเนินการครอบคลุม ครบ ๑๐๐ %

## โครงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

### การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ IPD

#### Morse Fall Scale

*Fall Risk is based upon Fall Risk Factors and it is more than a Total Score. Determine Fall Risk Factors and Target Interventions to Reduce Risks. Complete on admission, at change of condition, transfer to new unit, and after a fall.*

| Variables           |                                 | Score |
|---------------------|---------------------------------|-------|
| History of Falling  | no                              | 0     |
|                     | yes                             | ๒๕    |
| Secondary Diagnosis | no                              | 0     |
|                     | yes                             | ๑๕    |
| Ambulatory Aid      | None/bed rest /nurse assist     | 0     |
|                     | Crutches/cane/walker            | ๑๕    |
|                     | Furniture                       | ๓๐    |
| IV or IV access     | no                              | 0     |
|                     | yes                             | ๒๐    |
| Gait                | Normal/bed rest/ wheelchair     | 0     |
|                     | Weak                            | ๑๐    |
|                     | Impaired                        | ๒๐    |
| Mental status       | Knows own limits                | 0     |
|                     | Overestimates or forgets limits | ๑๕    |
| Total               |                                 | _____ |

**คะแนน ๐-๒๔ = ไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (F0)**

**คะแนน ๒๕-๕๐ = low risk (F๑)**

**คะแนน ๕๑ = High risk (F๒)**

**Intervention low risk (F๑)**

- การจัดเตียง เหล็กกันเตียง, ตรวจเยี่ยมทุก ๔ ชั่วโมง
- การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงาน
- การใช้อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย

**Intervention High risk (F๒)**

- การจัดเตียง เหล็กกันเตียง, ตรวจเยี่ยมทุก ๒ ชั่วโมง
- การประเมินความสามารถในการปฏิบัติงาน
- การใช้อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย
- ให้การรักษา

**ความรู้การป้องกันการหกล้มทุกราย**

### ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในหอผู้ป่วย (ward นาร์รอง) เดือน เมษายน - มิถุนายน ๒๕๕๗

#### หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู

ประเมินระยะแรกจับ-จำหน่าย

- ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา ๑๐ ราย (ไม่มี Fx.)
- พบความเสี่ยงต่อการหกล้ม

low risk (F๑) = ๗

High risk (F๒) = ๓

พบสาเหตุของความเสี่ยง ได้แก่

การได้รับยาลดปวด การได้ยาลดความดันโลหิต

ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน มองเห็นไม่ชัดเจน

เตียงอยู่ไกลห้องน้ำ ขาอ่อนแรง

#### ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

ประเมินระยะฟื้นฟู-จำหน่าย

- ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา ๔๓ ราย (มี Fx.)
- พบความเสี่ยงต่อการหกล้ม

low risk (F๑) = ๒๓

High risk (F๒) = ๒๐

พบสาเหตุของความเสี่ยง ได้แก่ การมองเห็นลดลง

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ช่วยตัวเอง ได้น้อยไม่กล้าลุกเอง กลัวหกล้มซ้ำ ไม่มั่นใจในการฟื้นฟูสภาพ

## การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

| OPD                                                                                                                                                                                                                                                                   | IPD                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Fall Risk Assessment tool และ/หรือ</p> <p>Timed up and go test (TUGT)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-สามารถทำได้ทุกสถานการณ์</li> <li>-สะดวก ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษ</li> <li>-ใช้นาฬิกาจับเวลาและการสังเกตท่าเดินเท่านั้น</li> </ul>             | <p>Morse Fall Scale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ประเมินภาวะเสี่ยงของการเกิด Fall ในผู้สูงอายุทุกราย</li> <li>-เหมาะกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</li> </ul>                                                                                     |
| <p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การแก้ไขปัญหาด้านร่างกาย</li> <li>-การให้ความรู้เกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุ</li> <li>-การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย</li> <li>-การใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม</li> <li>-การใช้ยาที่เหมาะสม และครอบคลุม</li> </ul> | <p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-การจัดเตียง เหล็กกันเตียง</li> <li>-การตรวจเยี่ยมทุก ๒-๔ ชั่วโมง</li> <li>-การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม</li> <li>-การใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม</li> <li>-การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย</li> </ul> |

## การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ

๑. ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ
๒. มีชมรมผู้สูงอายุในชุมชนที่มีกิจกรรมต่อเนื่อง
๓. ผู้สูงอายุได้รับบริการที่บ้านโดยสหสาขา
๔. เครือข่าย อสม.ร่วมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
๕. มีคลินิกผู้สูงอายุในรพศ./ศสม./รพ.สต.

นวัตกรรม "บริหารกาย จิต สมอง ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ" ใน รพ.สต.สามพร้าว โดย พยบ.หอผู้ป่วยออร์ปิดิกส์ ร่วมกับคลินิกผู้สูงอายุ (พวพยอม จุลพันธุ์และคณะ)

ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม ๓๐๐ คน มีภาวะเสี่ยง ๑๐๐%



### กิจกรรม

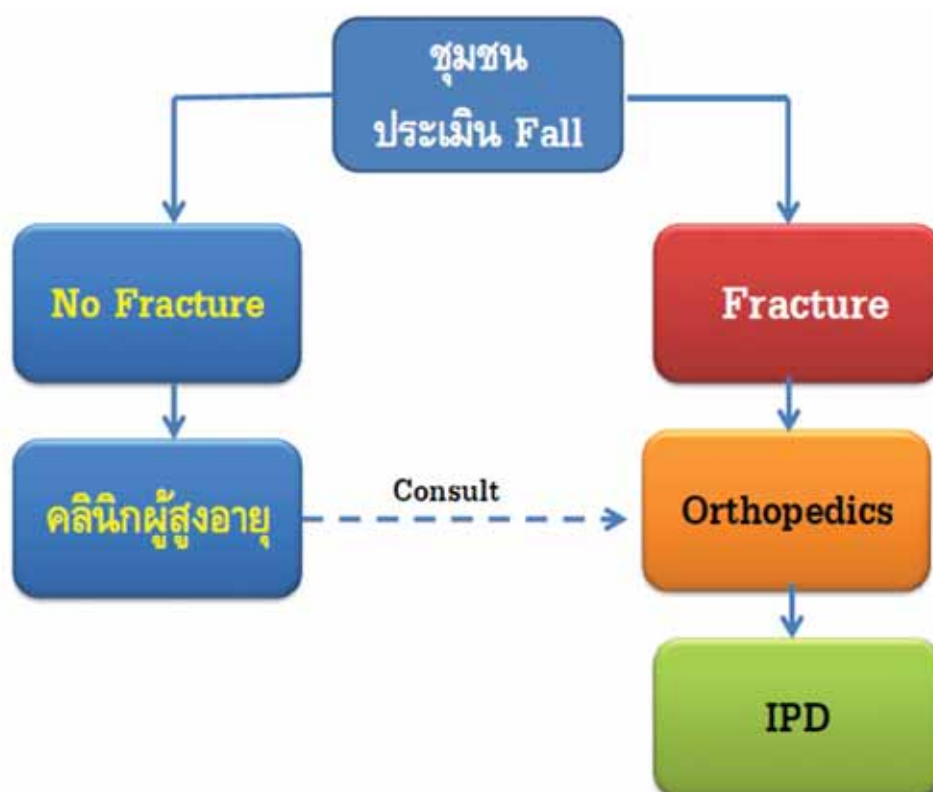
- การขับร้องสรภัญญะ : การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
- การออกกำลังกายเพื่อป้องกันอาการวิงเวียน
- การบริหารลมหายใจ ด้วยเพลงดอกไม้บาน



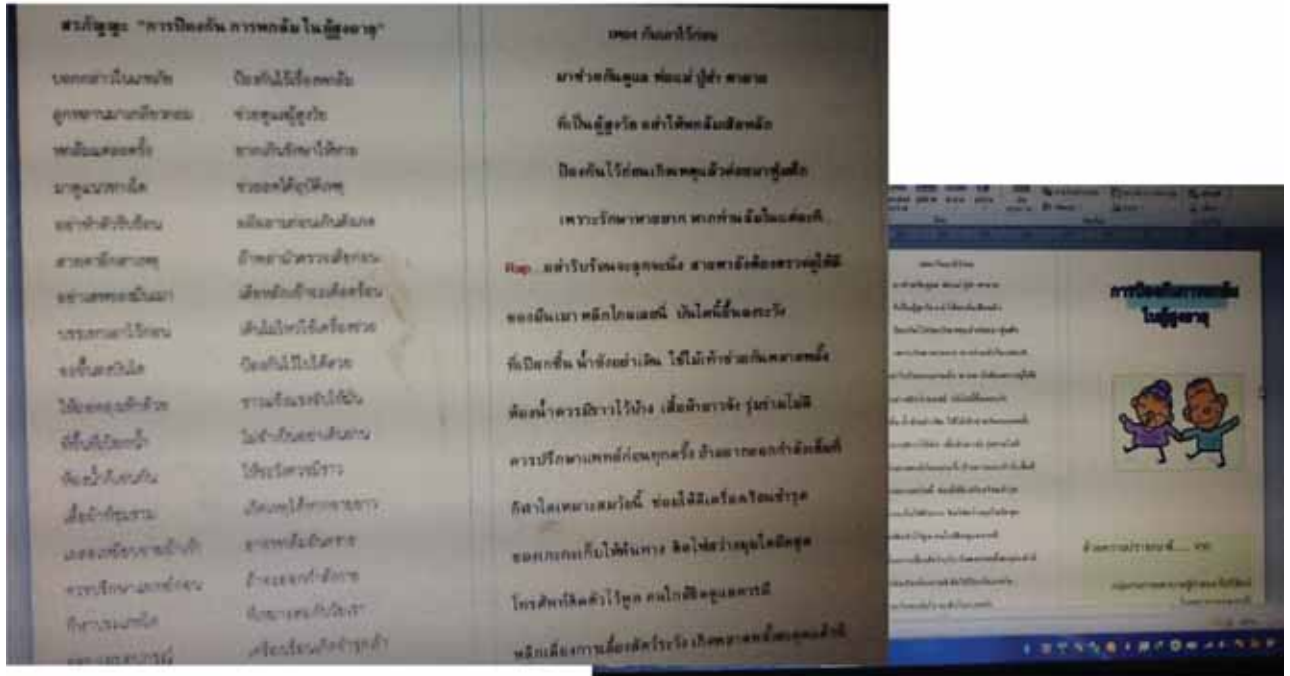
๖. เฝ้าระวังป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้ม ขยายจาก IPD ออกนอก รพ.ศ.สู่ชุมชนและจากชุมชนสู่รพ.ศ.



ชุมชนต้นแบบ ป้องกันการหกล้ม ต.สามพร้าว ๕ หมู่บ้าน → ๑๕ หมู่บ้าน



## จัดทำแผนพับ วีดิโอ กลอนสรภัญญะและบทเพลงเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ



## การมีส่วนร่วมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น



**ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำโครงการ  
บริหารกาย จิต สมอ ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ**

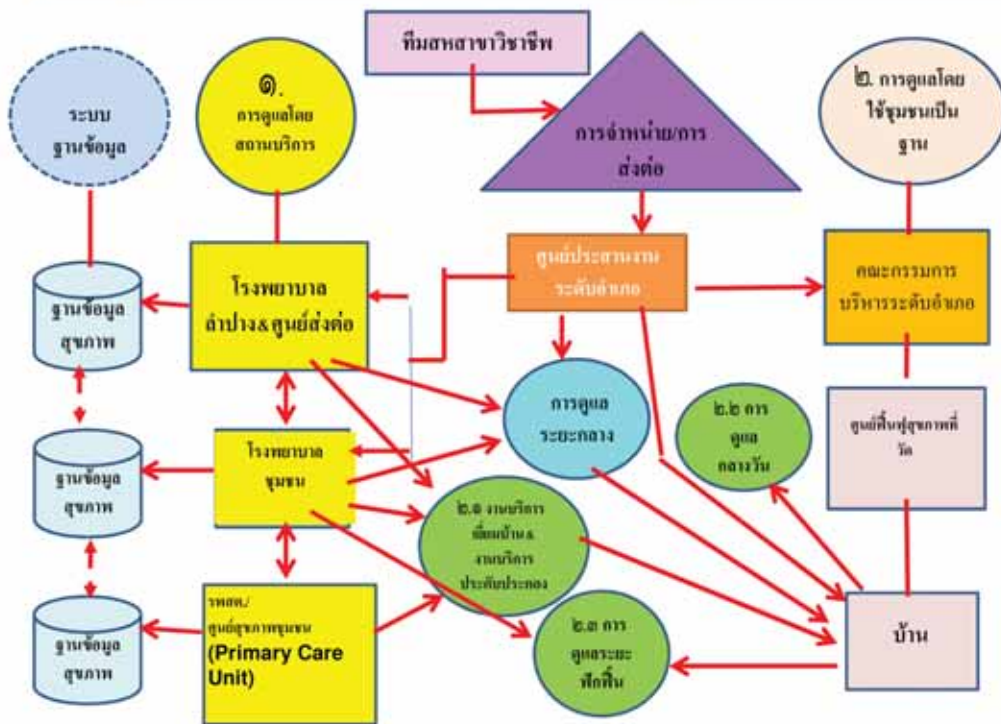
- ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและให้การสนับสนุน
- อนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น
- ผู้สูงอายุใส่ใจในสุขภาพ
- ยังไม่พบผู้สูงอายุที่หกล้มกระดูกหัก (ติดตาม ๖ เดือน)

**ก้าวต่อไปกับ “การดูแลผู้สูงอายุ”**

- สืบสานภูมิปัญญา “ผู้เฒ่าผู้แก่”
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ “สิ่งดีดีกับการดูแลผู้สูงอายุ”
- นวัตกรรม “การดูแลผู้สูงอายุ”
- งานวิจัย “การดูแลผู้สูงอายุ”

## การจัดบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุในระบบเครือข่าย จังหวัดลำปาง

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชนจังหวัดลำปาง

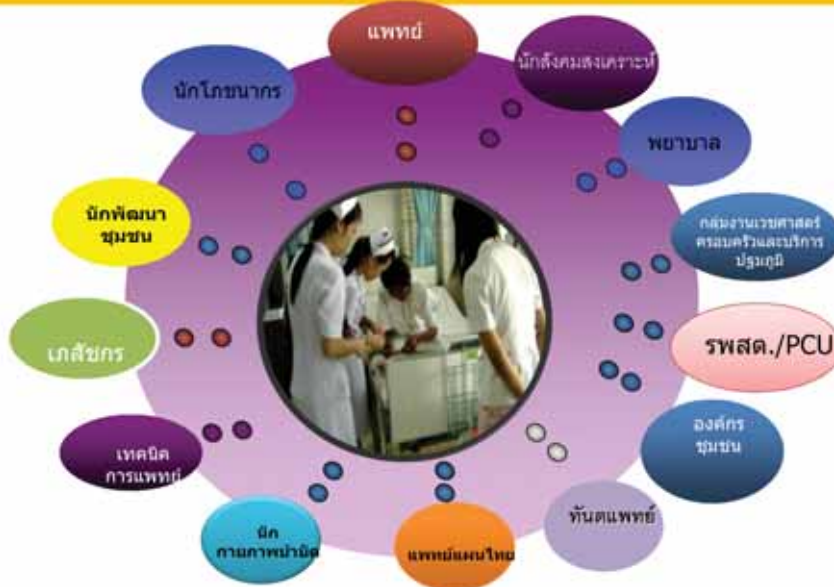


### การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการสู่ชุมชนโดยใช้ Management Continuity of care





**ภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุจากสถานบริการสู่ชุมชนจังหวัดลำปาง**



**การดูแลผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ**

โดยการประเมินปัญหา (กาย, จิต, สังคม) ด้วยแบบประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่าย

- คะแนนน้อยกว่า ๒๐ ใช้แบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย D-METHOD
- คะแนนตั้งแต่ ๒๐ ขึ้นไป วางแผนจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ และส่งต่องานเยี่ยมบ้าน

**การจัดบริการ Intermediate Care ดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนส่งกลับบ้าน**

บทบาทของ Intermediate care

- รองรับผู้ป่วย refer กลับ
- เป็นการประเมินดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยสหวิชาชีพ ทั้งกาย จิต สังคม
- ให้บริการกายภาพบำบัด ฟันฟู
- มีการเตรียม สอน และประเมินทักษะผู้ดูแล
- มี Discharge plan เตรียมบ้าน เตรียมชุมชน
- มีการส่งต่อ HHC
- เป็นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

## ชี้แจงทีม รพสต.เรื่องการเตรียมจำหน่าย



### การสอนและประเมินทักษะผู้ดูแล



- การทำแผล
- การให้อาหารทางสายยาง
- การดูดเสมหะ
- การฉีดยาอินซูลิน
- การทำกายภาพบำบัด

ฯลฯ

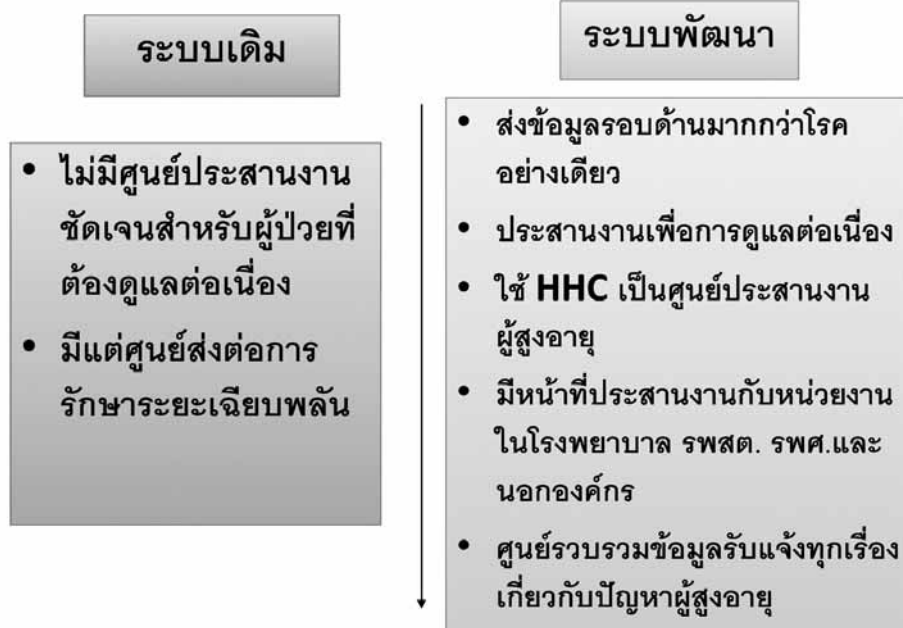


| แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วย เรื่อง การให้อาหารทางสายยาง |                                                                                                                             |                         |               |                |                            |               |                      |               |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------|----------------|----------------------------|---------------|----------------------|---------------|
| แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้อย                                                    |                                                                                                                             |                         |               |                |                            |               |                      |               |
| ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... อายุ..... ปี HN..... AN..... การวินิจฉัยโรค.....             |                                                                                                                             |                         |               |                |                            |               |                      |               |
| ชื่อผู้ดูแล..... ที่อยู่..... ชื่อผู้ป่วย..... ชื่อพยาบาลผู้ร่วมสนทนาร่วม.....     |                                                                                                                             |                         |               |                |                            |               |                      |               |
| ลำดับ                                                                              | กิจกรรม                                                                                                                     | การสอน/สาธิต/ฝึกปฏิบัติ |               |                | การประเมินหลังสอน          |               | การประเมินหลังฝึก    |               |
|                                                                                    |                                                                                                                             | วคป.                    | ถาดเงินผู้สอน | ถาดเงินผู้ดูแล | สอนฝึกปฏิบัติที่สถานพยาบาล |               | สอนฝึกปฏิบัติที่บ้าน |               |
|                                                                                    |                                                                                                                             |                         |               |                | ปฏิบัติได้                 | ปฏิบัติไม่ได้ | ปฏิบัติได้           | ปฏิบัติไม่ได้ |
| ๑                                                                                  | การเตรียมอุปกรณ์ผู้ป่วย<br>ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่                                                                          |                         |               |                |                            |               |                      |               |
| ๒                                                                                  | เตรียม syringe สำหรับให้อาหารทางสายยาง, การบด<br>ให้อาหารที่เป็นสาคอนและเรือดแก้ว, อาหารผสม และ/<br>หรือยาที่จะให้ทางสายยาง |                         |               |                |                            |               |                      |               |
| ๓                                                                                  | จัดให้อาหารตามเวลาที่ระบุ ๓๐-๔๕ องศา                                                                                        |                         |               |                |                            |               |                      |               |

### การพัฒนาระบบ Refer(กลับจาก รพศ.สู่ รพช.)



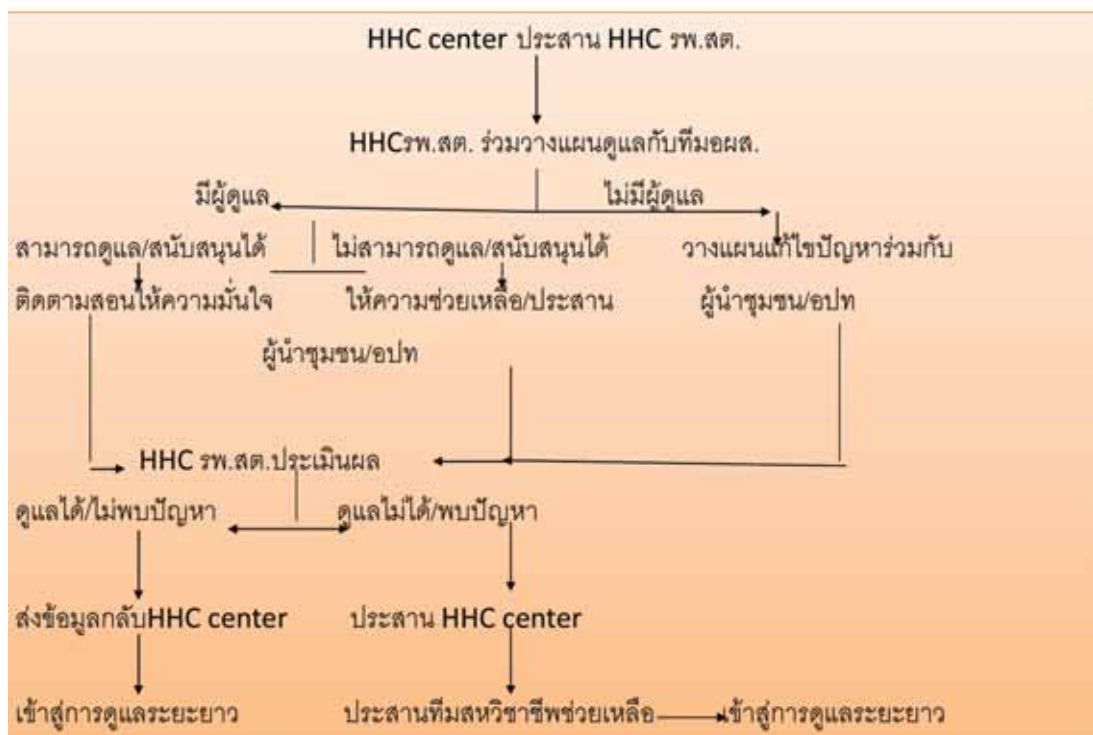
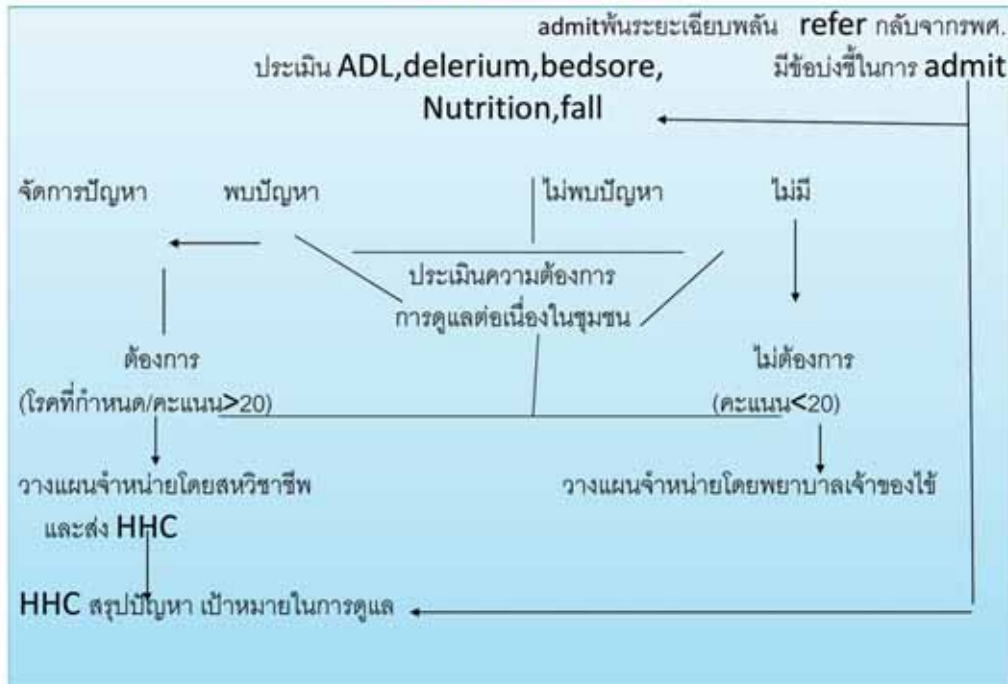
### ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ



### ระบบ HHC



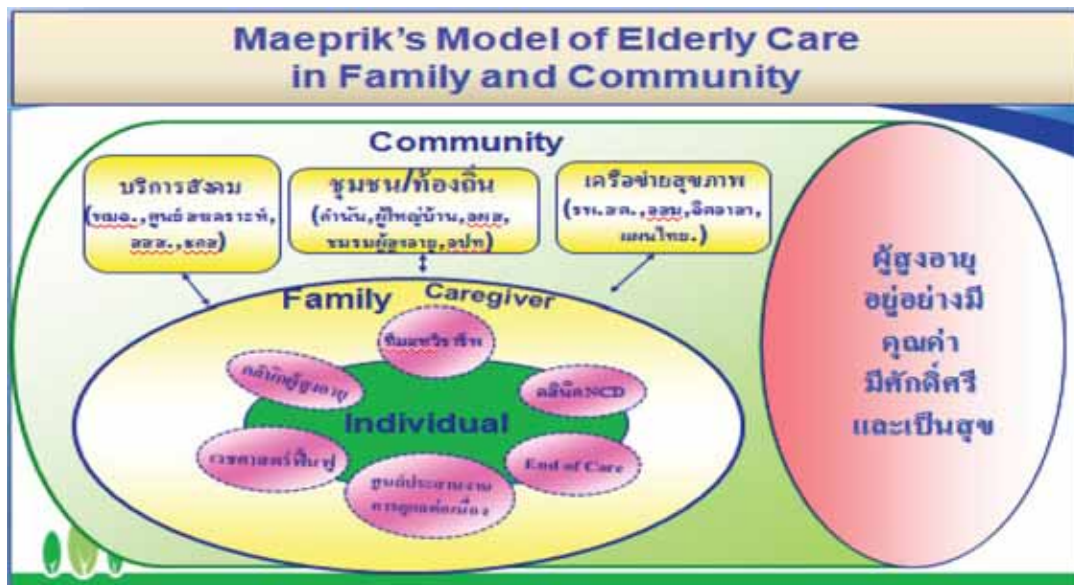
### Intermediate care



- มีการวางแผนร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ
- มีการวางแผนร่วมกันกับผู้ดูแลและญาติ
- มีการจัดประชุมทีมงานในชุมชนก่อนการเยี่ยมบ้าน

## การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแม่พริก อ.แม่พริก จ.ลำปาง

กรอบแนวคิด การดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอแม่พริก



### ๑. การเข้าถึงบริการ

- คลินิกผู้สูงอายุ เพิ่มการเข้าถึงคลินิกผู้สูงอายุ โดยปรับคลินิกผู้สูงอายุให้ตรงกับคลินิกโรคเรื้อรัง (ทุกวันพฤหัสบดี) เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. เพื่อลดภาระในการเดินทางของผู้สูงอายุ
- คลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป มีการจัดช่องทางด่วนแก่ผู้สูงอายุ ตั้งแต่จุดคัดกรอง จัดบัตรคิวสำหรับผู้สูงอายุ ๗๐ ปี ไม่มีคิว
- ประสานกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น จัดบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการเดินทาง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พัฒนางองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ทีมเจ้าหน้าที่ที่รพ.สต. เช่น การประเมิน Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

### ๒. จัดทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ
- พยาบาลวิชาชีพ (๒ ราย ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ)
- นักกายภาพบำบัด
- เภสัชกร
- พยาบาลจิตเวช
- พยาบาลเยี่ยมบ้าน

### ๓. จัดทำ Geriatric Assessment Tools ในการคัดกรองผู้สูงอายุ

#### ๔. ขั้นตอนการให้บริการ

- คัดกรองผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ส่งต่อจากรพ.ลำปาง
- จุติรพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา รับการซักประวัติ วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก
- ประเมินสุขภาพและคัดกรอง Geriatric Assessment รายบุคคล และลงทะเบียนรับผู้ป่วยไว้ในคลินิกผู้สูงอายุ ออกบัตรนัดครั้งต่อไป

## ► ► ► การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

- ผู้สูงอายุรอพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา
- ดูแลการรับยา และพยาบาลให้คำแนะนำผู้สูงอายุและญาติ

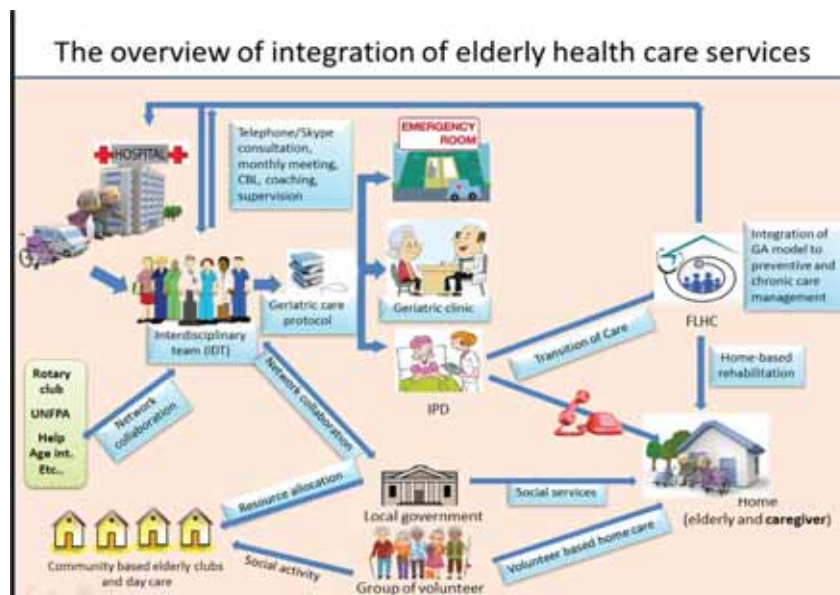
### ๕. การดูแลต่อเนื่อง

- มีระบบสารสนเทศ โปรแกรมส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลลำปาง สู่โรงพยาบาลชุมชน
- มีระบบสารสนเทศ โปรแกรมส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่พริก สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง ๖ แห่ง กรณีเร่งด่วนประสานงานผ่านทางโทรศัพท์ Skype Line
- ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมารับการประเมินที่โรงพยาบาล เช่น ขาดผู้ดูแล ติดบ้าน ติดเตียง เป็นต้น
- พัฒนาเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ อพส. จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ กองทุนผู้สูงอายุ โครงการ ๓๐ สายบุญตอบแทนคุณพ่อแม่ เป็นต้น

### ๖. จัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในพื้นที่ ๔ ตำบล ผสมผสานกับงานแพทย์แผนไทย

## ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากร เช่น แพทย์ประจำ พยาบาลประจำพ.สต. ส่งผลให้ต้องมีการเตรียมและจัดแผนพัฒนาบุคลากรใหม่อย่างต่อเนื่อง
๒. ปัญหาการเข้าถึงบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล จำเป็นต้องจัดบริการเชิงรุก และประสานความร่วมมือกับชุมชน
๓. ขาดความต่อเนื่องของการส่งเสริม และบูรณาการงานผู้สูงอายุกับงานวิจัย
๔. โปรแกรมในการจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุไม่สามารถเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลหลักของโรงพยาบาล ซึ่งใช้เป็นระบบ HosXP ขณะที่พ.สต. เป็น JHCIS ทำให้เกิดการทำงานที่ทับซ้อน



## การติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และในชุมชน จังหวัดพังงา

### ความเป็นมาของการพัฒนา “การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน”

สภาพความเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยปัจจุบัน ส่งผลให้สถานการณ์ของผู้สูงอายุเริ่มปรากฏเคา์กลางของปัญหา และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังปรากฏการณ์ที่พบกันว่าผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล ขาดคุณภาพชีวิตที่ดี ขาดการดูแลสุขภาพกายและใจที่ดีพอ ขาดปัจจัยยังชีพที่เหมาะสมเพียงพอ ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการและบริการทั้งภาครัฐและเอกชนได้เท่าที่ควร

หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น และเอกชน ได้มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อช่วยเหลือดูแลกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่ปรากฏว่าผลการดำเนินการยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ด้วยข้อจำกัดต่างๆ เช่น นโยบาย งบประมาณ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กระบวนการทำงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน การทำงานแบบแยกส่วนขาดการบูรณาการ ต่างส่วนต่างมีองค์ความรู้และวิถีปฏิบัติในรูปแบบของตน มีแผนงานโครงการและการปฏิบัติรูปแบบเดิมๆ ขาดการพัฒนาต่อยอด เกิดความทับซ้อนของการปฏิบัติในกลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่/ภารกิจเดียวกัน เป็นต้น การช่วยเหลือดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึงและไม่ตอบสนองตรงความต้องการที่แท้จริงอันคล้ายคลึงกับพื้นที่อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา

โรงพยาบาลกระบุรีชัยพัฒนาและวัดสามัคคีธรรม (ป่าล้าน) อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา จึงมีแนวคิดปรับปรุงพัฒนาการดำเนินการ ด้วยแนวคิดเริ่มต้นที่ว่า “ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรผู้ทรงคุณค่า เป็นศูนย์รวมแห่งจิตวิญญาณ ภูมิปัญญา และองค์ความรู้ของชุมชน” สังคมควรตระหนักและให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ด้วยการเคารพและดูแลตอบแทน โดยคุณธรรมอันงดงามตามหลักคำสอนทางศาสนา ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติอยู่ในสังคมไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข ความภาคภูมิใจ มีปัจจัยเครื่องยังชีพที่เหมาะสมเพียงพอ ในระยะเวลาสำคัญบั้นปลายของชีวิต

วัดสามัคคีธรรม (ป่าล้าน) เป็นวัดที่ตั้งอยู่ในศูนย์กลางของชุมชน เป็นศูนย์รวมการจัดกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนตลอดมา จึงได้กำหนด เป้าหมาย และแนวทางของการพัฒนาวัด เพื่อให้วัดสามารถอำนวยความสะดวกต่อชุมชนที่วัดตั้งอยู่ให้ได้มากที่สุด โดยนำจุดเด่นของวัดมาใช้ คือ การเป็นศูนย์กลางของชุมชน และจัดให้กิจกรรมของวัดเป็นประโยชน์ต่อชุมชนให้มากที่สุด เท่าที่ทรัพยากร และศักยภาพของวัดจะสามารถดำเนินการได้ โดยอาศัยการประสานงาน ขอความร่วมมือจากหน่วยงาน องค์กรต่างๆ และประชาชน และใช้โครงการกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสที่วัดดำเนินการอยู่เดิมนั้นเป็นฐาน

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามโครงการ “พระเยี่ยมโยม” เป็นผลผลิตจากการตระหนักถึงคุณค่า สภาพปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของชุมชน นำมาสู่กระบวนการวางแผนดำเนินการและพัฒนาโดยลำดับ ปรากฏผลสำเร็จที่สามารถบอกเล่าได้ดังปรากฏในเอกสารนี้ ซึ่งความสำเร็จทั้งหมดเป็นของทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในกระบวนการอันมุ่งเน้นที่ประโยชน์อันพึงเกิดแก่กลุ่มผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายสูงสุด

## จุดพลิกผันเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

๑. เกิดจากการทบทวน ค้นหา ประเมินผลและข้อสรุปบทเรียนจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า

- ชุมชนยังขาดความเข้าใจและตระหนักต่อสภาพปัญหา ขาดการให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนและบริหารจัดการ เพื่อนำสู่การแก้ปัญหาและพัฒนาที่ยั่งยืนในอนาคต
- ขาดการบูรณาการและขาดเอกภาพของการทำงาน มีการทำงานแบบแยกส่วน ต่างคนต่างคิด ต่างคนต่างทำ ทำให้เกิดความทับซ้อนของกิจกรรมในการกิจ กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่เดียวกัน
- การดำเนินการและแก้ปัญหาที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เป็นการทำงานแบบเดิม ๆ แก้ปัญหาที่สะสมมานานให้ลดลงก่อน(แก้ปัญหาเชิงรับมากกว่าเชิงรุก)
- ขาดการสื่อสารที่ถูกต้อง ชัดเจนและตรงกัน ในทุกระดับ
- ขาดการรับฟังปัญหา ความต้องการ ความเห็นที่แตกต่างหลากหลาย รอบด้าน
- ขาดการวางแผนการดำเนินการที่ชัดเจน
- ขาดทรัพยากรที่พร้อมและเพียงพอต่อการขับเคลื่อนแผนงาน

๒. เกิดจากการรับฟังความเห็น และข้อเสนอแนะ ของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า

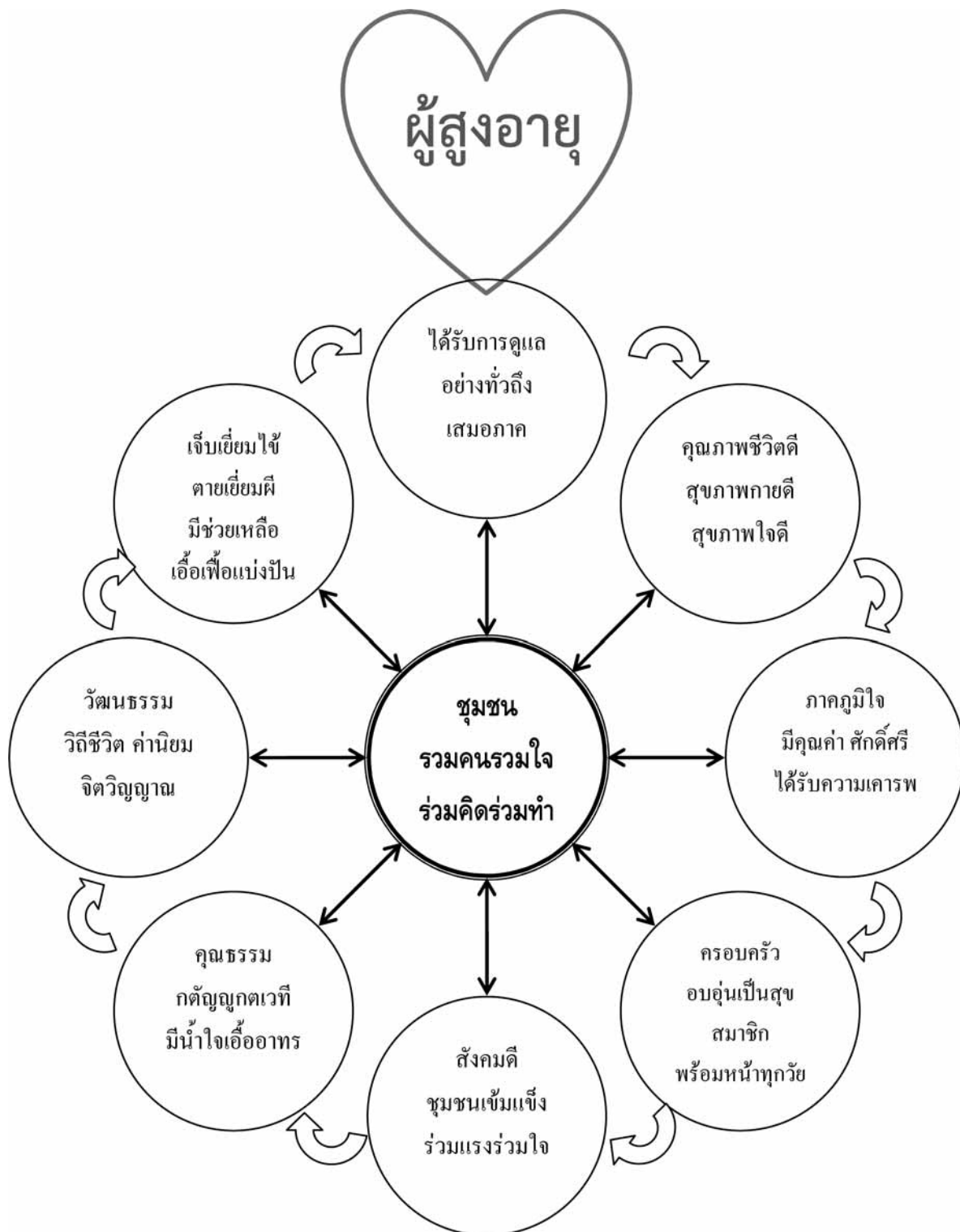
- ต้องการให้มีการดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง
- ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกิจกรรม
- ต้องการให้สมาชิกในครอบครัว คนในชุมชน สังคม ได้เห็นคุณค่า และรับฟังปัญหาความต้องการ
- ต้องการจะได้รับการดูแลสุขภาพกายใจ และคุณภาพชีวิต
- ต้องการจะแสดงออก พูดคุย พบเพื่อน และมีกิจกรรมทางสังคม
- ต้องการจะไปวัด และมีโอกาสได้ทำบุญ(แต่ไปไม่ได้) รวมถึงต้องการพบพระ ให้พระไปเยี่ยม

๓. เกิดจากการรับฟังความเห็น และข้อเสนอแนะ ของกลุ่มผู้ปฏิบัติ สมาชิกในชุมชน และพันธมิตร พบว่า

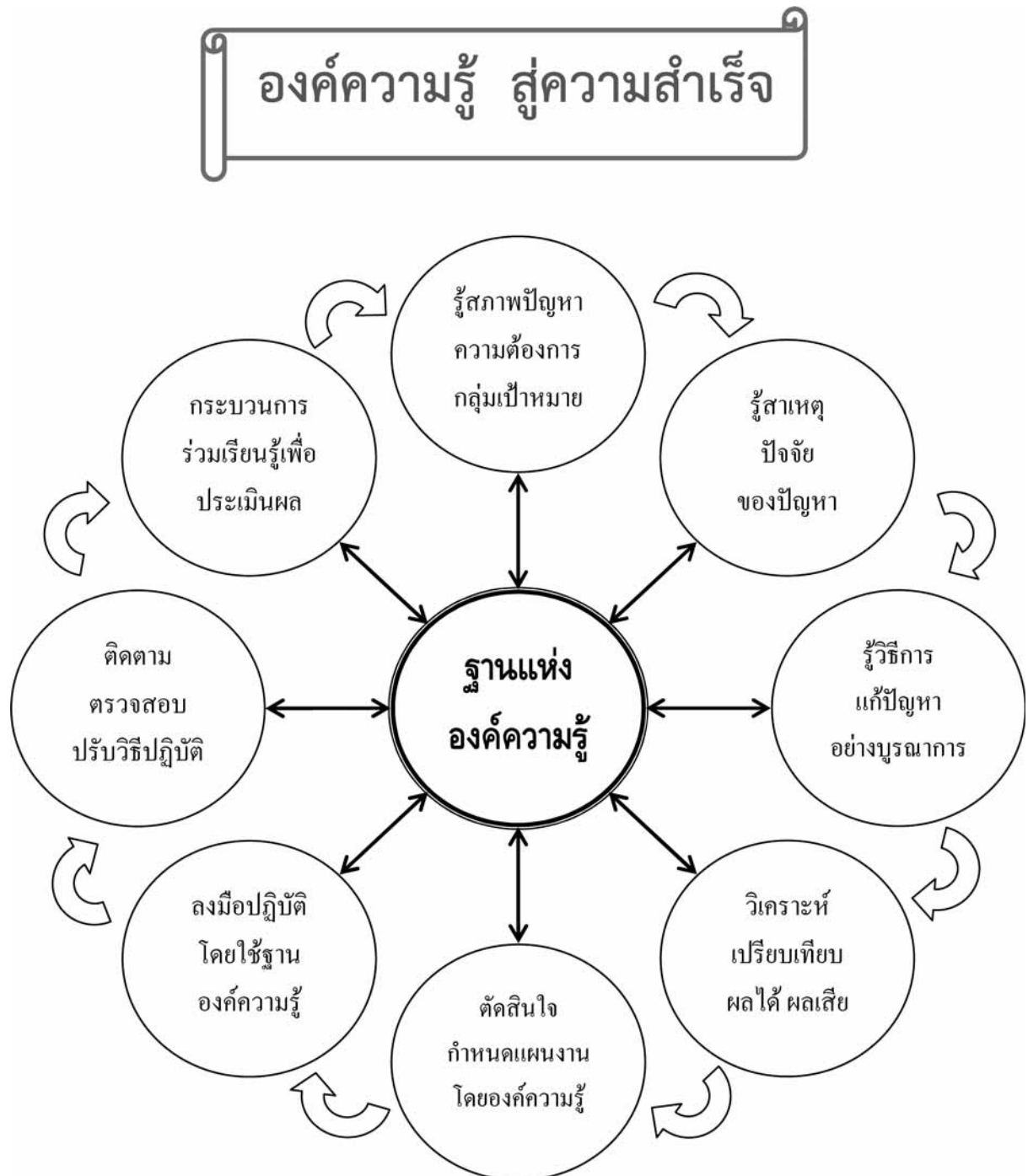
- ควรส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้อย่างทั่วถึง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้น
- สร้างคุณค่าด้านจิตวิญญาณ คุณธรรม วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของสังคม ให้เกิดคุณภาพควบคู่ไปกับการพัฒนาในทุกด้าน (สังคม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา ฯลฯ)
- เชื่อมโยงกลุ่มผู้ปฏิบัติและเครือข่ายพันธมิตรในชุมชนให้ชัดเจน เพื่อพัฒนาศักยภาพ และ ความร่วมมือให้เกิดความเข้มแข็งยั่งยืน
- ควรมีข้อตกลงร่วมกันแบบพหุภาคี ไม่ให้ใครต้องถูกเบียดเบียนเรียกร้องให้ต้องเสียสละโดยตลอด
- ควรเสริมสร้างค่านิยมแบบ “ฟังฟัง” ไม่ใช่ “ฟังพา” ให้เกิดขึ้นแก่ชุมชนและสังคม
- ควรเสริมสร้างความ “พอเพียง” “ศักยภาพ” และ “ความยั่งยืน” ในทุกด้านแก่ชุมชน และสังคม
- การดำเนินการต่าง ๆ ควรวัดผลได้ และกระจายอย่างทั่วถึง
- ควรเพิ่มการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ให้มากขึ้น เน้นการมีส่วนร่วมในทุกระดับ
- ควรส่งเสริม “ทุนทางสังคม” อย่างจริงจัง และมีกลไกนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นจริง
- ควรมี “กลไก” และ “กระบวนการ” ที่เหมาะสมกับการขับเคลื่อนแผนงานอย่างเป็นรูปธรรม

โครงสร้างหลัก / แผนดำเนินการที่ใช้ในการพัฒนา  
การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

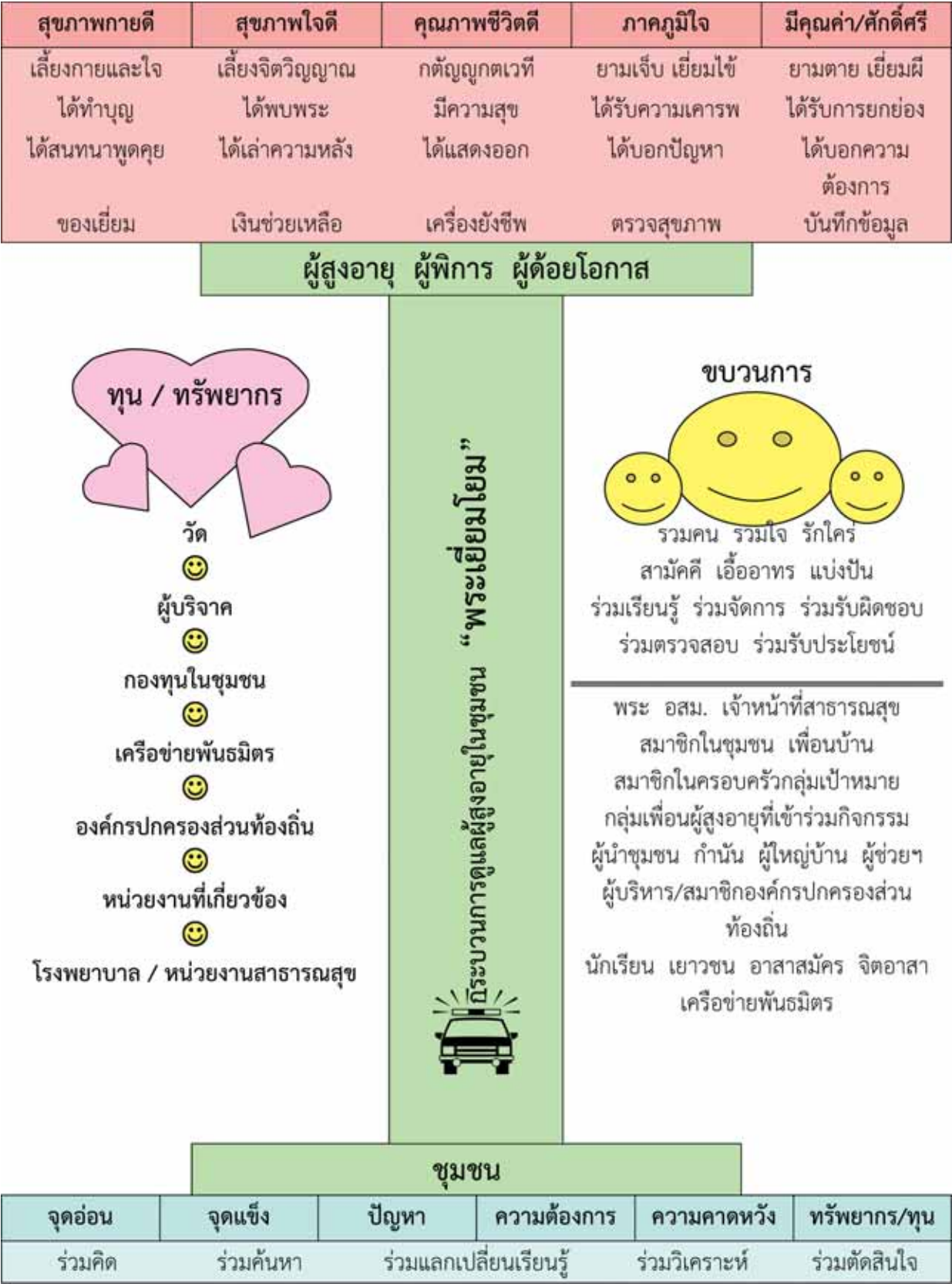
กรอบแนวคิด การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน “พระเยี่ยมโยม”  
ตามหลักแนวคิดทางพระพุทธศาสนา (อริยมรรค ๘)



แนวทางการประยุกต์ใช้องค์ความรู้เพื่อวางแผนและตัดสินใจ  
การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน โครงการ “พระเยี่ยมโยม”



กรอบแนวคิด และกระบวนการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน  
โครงการ “พระเยี่ยมโยม”



## วิธีที่ใช้ในการพัฒนา

### ๑. ทบทวน ค้นหา ประเมินผลและสรุปบทเรียนจากการดำเนินงานที่ผ่านมา

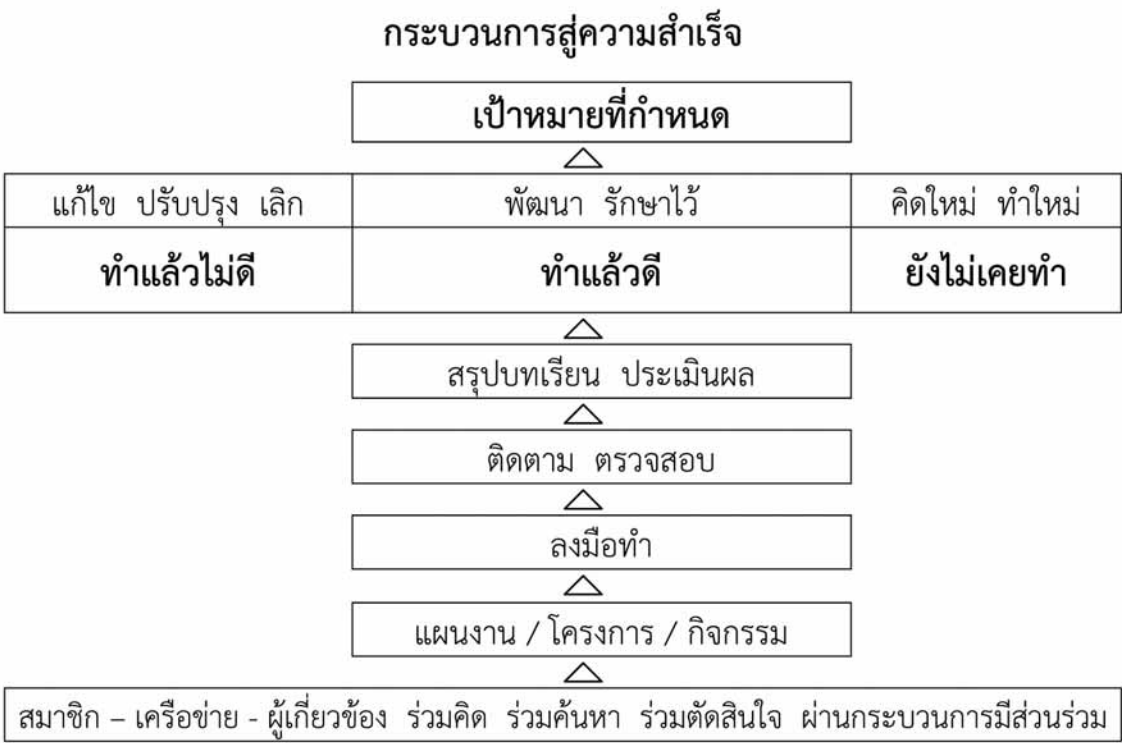
#### บทเรียนของความสำเร็จและล้มเหลว

| <div> <input checked="" type="checkbox"/> สำเร็จ </div>                                                                                                                                 | <div> <input checked="" type="checkbox"/> ล้มเหลว </div>                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div>ขอจากภายนอก</div> <div>++ ช่วยกันทำ ++</div> <div>+++ ทำเอง +++</div> </div>                                                                                                 | <div> <div>ทำเอง</div> <div>++ ช่วยกันทำ ++</div> <div>+++ ขอจากภายนอก +++</div> </div>                                                                                                                |
| <div> <p>รู้จัก / สามัคคี / มีวินัย</p> <p>ร่วมคิด / ร่วมทำ / แลกเปลี่ยน / เรียนรู้</p> <p>พึ่งตนเอง / พึ่งพิงกันเอง / เข้าถึงธรรมชาติ</p> <p>ขยัน / ประหยัด / อดทน / สันโดษ</p> </div> | <div> <p>ไม่จริงใจ / แดกแฉก / ขาดวินัย</p> <p>ชี้นำ / ครอบงำ / สั่งการ / เก่งคนเดียว</p> <p>พึ่งเงิน / พึ่งวัตถุ / พึ่งคนอื่น / เห็นแก่ตัว</p> <p>ฟุ้งเฟ้อ / ฟุ่มเฟือย / ทนสมัย / สะดวกสบาย</p> </div> |

#### บทเรียนจากอดีต ➡ นำสู่ปัจจุบัน ➡ มุ่งสู่อนาคต

| อดีต                                                                                                                                                                              | ปัจจุบัน                                                                                                                                                                                            | อนาคต                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● เกิดขึ้นแล้ว</li> <li>● แก้ไขไม่ได้</li> <li>● สำเร็จ</li> <li>● ล้มเหลว</li> <li>● อย่าลืมน!!!</li> <li>● จดจำไว้เป็นบทเรียน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ทำให้ดีที่สุด</li> <li>■ แก้ไขสิ่งผิด</li> <li>■ ทำสิ่งที่ถูก</li> <li>■ อย่าประมาท</li> <li>■ ช้าๆ แต่มั่นคง</li> <li>■ ทำทีละลำดับ/อย่ารีบ!!!</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ กำหนดเป้าหมาย</li> <li>○ มีแผนงานที่ชัดเจน</li> <li>○ พยายามให้มากขึ้น</li> <li>○ เริ่มจากเล็ก</li> <li>○ ขยายผล</li> <li>○ อย่ายอมแพ้ปัญหา</li> </ul> |

๒. แนวคิด “กระบวนการสู่ความสำเร็จ



ความสำเร็จของกระบวนการมีส่วนร่วม

- ๑. เข้าใจต่อวัตถุประสงค์ และบทบาทของสมาชิก
- ๒. เป็นประชาธิปไตย

| รับรู้ และ ประสบปัญหาร่วมกัน            |                                             |                    |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------|
| ร่วมค้นหา                               | ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ<br>(ทั้งก่อน และ หลัง) | ร่วมทำ / ดำเนินการ |
| ร่วมติดตาม ร่วมตรวจสอบ<br>ร่วมประเมินผล | ร่วมแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา                    | ร่วมรับประโยชน์    |

- ๓. ความสุจริต จริใจ สมัคใจ สามัคคี เสียสละ ในการทำหน้าที่หรือการร่วมกิจกรรมของสมาชิก
- ๔. การจัดการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม เน้นความโปร่งใส ถูกต้อง ชัดเจน ติดตามตรวจสอบได้
- ๕. การสื่อสารที่ดี ทั้งภายใน และภายนอก
- ๖. การแลกเปลี่ยน เชื่อมโยง สนับสนุน ที่เหมาะสมจากภายนอก

### ๓. แนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วม

โดยการจัดกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้

๑. ร่วมเรียนรู้ หัวใจของกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน คือการเปิดโอกาสให้ทุกคนได้เรียนรู้อย่างไม่ครอบงำ เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือ การนำภูมิปัญญา และทุนทางสังคมที่มีอยู่ในท้องถิ่น นำมาพัฒนาไปสู่เป้าหมายที่กำหนด

๒. ร่วมตัดสินใจ ค้นหาคุณค่า ค้นหาผู้นำ แนวน้อมในอนาคต เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ วางแผน และสร้างทิศทางการพัฒนา โดยกระบวนการมีส่วนร่วม

๓. ร่วมลงมือปฏิบัติการ เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือในภาคปฏิบัติ ซึ่งนำไปสู่การเรียนรู้ที่แท้จริง เพราะการเรียนรู้จะต้องผ่านประสบการณ์จริง จะได้บทเรียนทั้งที่เป็นความสำเร็จ และความล้มเหลว ทำให้เกิดองค์ความรู้ที่จะขยายผลไปสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน ทั้งยังเพิ่มมูลค่าและคุณค่าของทุนทางสังคมที่ได้ค้นพบ

๔. ร่วมรับประโยชน์ หากผลประโยชน์ไม่ชัดเจน ไม่มีความโปร่งใส ขาดการดูแลควบคุมซึ่งกันและกัน ขาดความจริงใจที่จะเอาผลประโยชน์ของส่วนรวมเป็นที่ตั้ง จะทำให้กลไกของการพัฒนาไม่เข้มแข็ง ในทางตรงกันข้าม หากผลประโยชน์เป็นของส่วนรวมอย่างชัดเจน ไม่ตกเป็นของบุคคล หรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จะก่อให้เกิดความร่วมมือ และควบคุมดูแลซึ่งกันและกัน เกิดความโปร่งใส นำไปสู่การมีส่วนร่วมได้ดียิ่งขึ้น

๕. ร่วมสรุปบทเรียน โดยกระบวนการตรวจสอบแบบมีส่วนร่วม เกิดการค้นหาความสำเร็จที่ดียิ่ง มีการใช้สื่อสาธารณะ เพื่อขยายผลขององค์ความรู้ที่ได้ค้นพบไปสู่กว้าง และเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

### ๔. การวิเคราะห์เพื่อวางแผนและพัฒนา

| แนวทางการวิเคราะห์เพื่อวางแผนและพัฒนา |                  |                      |           |             |              |            |
|---------------------------------------|------------------|----------------------|-----------|-------------|--------------|------------|
| นโยบายรัฐ                             |                  | แผนการพัฒนาท้องถิ่น  |           |             | นักการเมือง  |            |
| องค์กรภาครัฐ                          |                  | องค์กรปกครองท้องถิ่น |           |             | กฎหมาย       |            |
| สื่อ                                  | แผนงาน / โครงการ |                      |           |             |              | นักวิชาการ |
|                                       | ปัจจัยภายใน      |                      |           |             |              |            |
|                                       | ทุน              | กลุ่ม / องค์กร       |           | สถาบันศาสนา |              |            |
|                                       | ทรัพยากร         | ผู้นำ                |           | สถานศึกษา   |              |            |
|                                       | สิ่งแวดล้อม      | ชุมชนท้องถิ่น        |           | ภูมิปัญญา   |              |            |
|                                       | องค์กรอิสระ      | วัฒนธรรม             | ความเชื่อ |             | ค่านิยม      |            |
|                                       | วิถีชีวิต        | ฯลฯ                  |           | เครือข่าย   |              |            |
| องค์กรเอกชน                           |                  | การศึกษา             |           |             | ทุนภายนอก    |            |
| ภาวะสังคม                             |                  | ภาวะเศรษฐกิจ         |           |             | ภาวะการเมือง |            |

### ๕. หลักการสำคัญที่ใช้วางแผน และแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ มีดังนี้

จัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยให้ความสำคัญตามลำดับ ดังนี้

๑. กลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการดูแล
๒. ความจำเป็น และเร่งด่วน

๓. การยอมรับร่วมกันของชุมชน
๔. การยอมรับร่วมกันของกลุ่มผู้ปฏิบัติ
๕. ความเป็นไปได้ของการดำเนินการ (กลุ่มเป้าหมาย ภารกิจ พื้นที่ ทรัพยากร ฯลฯ)
๖. ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินการและในอนาคต

### **แปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ ด้วยกระบวนการ ๖W๒H โดยตอบคำถามเบื้องต้น ดังนี้**

- **ทำไม?** (WHY) หมายถึง หลักการและเหตุผล ที่จะต้องดำเนินการเรื่องนั้น โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์กับปัญหาและสาเหตุ
- **ทำอะไร?** (WHAT) หมายถึง คติกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติ โดยคำนึงถึงเทคนิค วิธีการ วิชาการ เทคโนโลยี นวัตกรรม ที่ถูกต้องเหมาะสม
- **ทำที่ไหน?** (WHERE) หมายถึง สถานที่ที่เหมาะสมในการดำเนินงาน
- **ทำเมื่อไร?** (WHEN) หมายถึง เวลาที่จะต้องใช้ในการดำเนินงาน หรือกิจกรรม
- **ทำโดยใคร?** (WHO) หมายถึง ผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน
- **ทำเพื่อใคร?** (WHOM) หมายถึง กลุ่มคน หรือพื้นที่เป้าหมายที่ได้รับประโยชน์
- **ทำอย่างไร?** (HOW) หมายถึง รูปแบบและกรรมวิธีในการดำเนินงาน รวมถึงการใช้องค์ความรู้ และ Know How ต่างๆ ที่เหมาะสม
- **ทรัพยากรที่ต้องใช้?** (HOW MUCH) หมายถึง คิดคำนวณค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนด ต้องคำนึงถึงเงื่อนไขด้านการสนับสนุนด้วย

### **สร้างเจือใจและปัจจัยสำคัญ ไปสู่ความสำเร็จ**

- รวมคน รวมใจ รักใคร่เอื้ออาทร แบ่งปัน ร่วมเรียนรู้ ร่วมจัดการ ร่วมรับผิดชอบอย่างเป็น “ขบวนการ”
- ค้นหาตนเอง รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง ในบริบทแห่งความเป็นจริง
- วางแผนที่ชัดเจนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ
- จัดกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อก้าวไปสู่การขับเคลื่อน และพัฒนาอย่างเป็น “ขบวนการ”
- ประสานเชื่อมโยง และแสวงหาการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ องค์ความรู้ บุคลากร ทุน ทรัพยากร ฯลฯ

## กระบวนการทำงานสำคัญที่ใช้ในการพัฒนา “การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน”

### ๑. จัดทำกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่เดิม เป็นฐานของ “การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน” ในปัจจุบัน

โครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุและผู้ยากไร้ HumanCare&Samakkhitham Senior's Fund โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก HumanCare Austria และ CARITAS Austria (พ.ศ. ๒๕๕๐ – ๒๕๕๒) มีกิจกรรมดังนี้

- ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ในชุมชนต่างๆ
- ให้การสงเคราะห์ด้านปัจจัยที่จำเป็นสำหรับการยังชีพ เช่น ข้าวสาร อาหาร นมผงสำหรับเด็ก อุปกรณ์เครื่องใช้ เป็นต้น แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส
- จ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ยากไร้ รายละ ๑,๐๐๐ บาท ต่อเดือน (เดือนละ ๔๕ คน)

โครงการบ้านพักชั่วคราวสำหรับผู้ป่วยเอดส์ (ปี พ.ศ. ๒๕๓๙ – ๒๕๔๗)

โครงการศูนย์ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชน ณ วัดสามัคคีธรรม (ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ – ปัจจุบัน) มีกิจกรรม ดังนี้

- ฝึกพัฒนาอาชีพแก่ผู้สูงอายุ และ เยาวชน
- ส่งเสริมการปฏิบัติธรรม และ สร้างกระบวนการ “ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเป็นสุข”
- จัดตั้งกองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
- จัดตั้งกองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับเยาวชน
- ให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ยากไร้ด้านปัจจัยที่จำเป็นต่อการยังชีพ

๒. จัดทำกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ประจำ (โดยวัดและองค์กรพันธมิตร) ได้แก่ การรักษาศีลอุโบสถ และการปฏิบัติธรรมของกลุ่มผู้สูงอายุในวันธรรมสวนะ (วันพระ) ตลอดปี โครงการเข้าวัด สวดมนต์ ปฏิบัติธรรม ตลอด ๓ เดือน ในพรรษา โครงการปฏิบัติธรรมในโอกาสต่างๆ ตลอดปี โครงการกิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น วันสงกรานต์ วันสารทเดือนสิบ วันเข้าพรรษา ประเพณีชักพระออกพรรษา เป็นต้น

### ๓. จัดทำกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน พัฒนาต่อยอดมาจากกิจกรรมที่เป็นฐานเดิม

โครงการพระเยี่ยมโยม : โดยพระภิกษุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิก อสม. อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันออกเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน มอบสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น ตรวจสุขภาพเบื้องต้น และให้ผู้สูงอายุได้ทำบุญ (ถวายสังฆทาน)

โครงการผู้เฒ่าเล่านิทานสืบสานภูมิปัญญา : ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมกับนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ณ วัดสามัคคีธรรม ด้วยการเล่านิทาน ร้องเพลงกล่อมเด็ก สาธิตการทำศิลปะประดิษฐ์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น

โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ “บ้านพุทธรักษา” : ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมที่วัด โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร พระภิกษุ องค์กรพันธมิตร ร่วมเป็นวิทยากรพี่เลี้ยง

### บุคลากร อุปกรณ์ งบประมาณ สถานที่ดำเนินการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

บุคลากรที่ดำเนินการร่วมกัน ได้แก่ พระภิกษุ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชน อสม. ในชุมชนกลุ่มเป้าหมาย และชุมชนใกล้เคียง ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ในชุมชนกลุ่มเป้าหมาย และชุมชนใกล้เคียง ผู้บริหาร และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในชุมชนกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม สมาชิกในครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนบ้าน และสมาชิกในชุมชน นักเรียน อาสาสมัคร และจิตอาสาจากเครือข่ายพันธมิตร

#### อุปกรณ์และงบประมาณ

##### ๑. ของเยี่ยม ได้รับการสนับสนุนจาก

- โรงพยาบาลบุรีชัยพัฒนา (ตามแผนงานโครงการที่มีอยู่)
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาลตำบลบุรี อบต.แม่นางขาว อบต.บุระ (ตามแผนงานโครงการประจำปี)

- วัดสามัคคีธรรม โดยจัดระบบคัดแยกสิ่งของทำบุญที่ผู้ถวายพระภิกษุในโอกาสต่างๆ ซึ่งมีจำนวนมาก (บางส่วนเหลือเกินความจำเป็น เช่น ข้าวสาร อาหารกระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป สบู่ ยาสิฟฟัน ผงซักฟอก ยาสามัญประจำบ้าน พัดลม เป็นต้น)

- สิ่งของที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพันธมิตร ทั้งในและต่างประเทศ
- จากผู้มีจิตศรัทธาบริจาค

๒. ยานพาหนะ ได้รับการสนับสนุนจาก โรงพยาบาลบุรีชัยพัฒนา วัดสามัคคีธรรม และกลุ่มสมาชิกที่ร่วมออกพื้นที่

๓. เงินช่วยเหลือ (สำหรับรายที่จำเป็น) ได้รับการสนับสนุนจาก กองทุนของวัดสามัคคีธรรม เงินสนับสนุนจากองค์กรพันธมิตร ทั้งในและต่างประเทศ ผู้มีจิตศรัทธาบริจาค

๔. อุปกรณ์ตรวจสุขภาพ และระบบบันทึกข้อมูล ได้รับการสนับสนุนจาก โรงพยาบาลบุรีชัยพัฒนา สมาชิกอส. ในชุมชน

##### ๕. งบประมาณ ได้รับการสนับสนุนจาก

- โรงพยาบาลบุรีชัยพัฒนา (ตามแผนงานโครงการที่มีอยู่)
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาลตำบลบุรี อบต.แม่นางขาว อบต.บุระ (ตามแผนงานโครงการประจำปี)
- หน่วยงานและองค์กรพันธมิตร ตามแผนงานโครงการที่ดำเนินการร่วมกัน
- เงินกองทุนวัดสามัคคีธรรม คือ กองทุน ๓๖ ปี วัดสามัคคีธรรม กองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ กองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับเยาวชน
- เงินสนับสนุนจากองค์กรพันธมิตร ทั้งในและต่างประเทศ ตามแผนงานโครงการที่วัดสามัคคีธรรมดำเนินการ
- และผู้มีจิตศรัทธาบริจาค

### สถานที่ดำเนินการ

๑. พื้นที่ชุมชนกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบุรีชัยพัฒนา และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแผนงานโครงการที่กำหนดไว้ ดังนี้

- เขตพื้นที่เทศบาลตำบลบุรี
- เขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลแม่นางขาว
- เขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบุระ

๒. พื้นที่อื่นๆ ที่ได้รับการร้องขอ และสมาชิกพิจารณาเห็นสมควร พิจารณาเน้นความสำคัญที่ กลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการดูแลอย่างจำเป็น และ เร่งด่วน กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพิจารณายอมรับร่วมกันของชุมชน กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการพิจารณายอมรับร่วมกันของกลุ่มผู้ปฏิบัติ

๓. พื้นที่ในวัดสามัคคีธรรมมีการดำเนินงาน ดังนี้

- การรักษาสุขภาพจิตและปฏิบัติธรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ ในวันธรรมสวนะ
- การเข้าวัด สวดมนต์ ปฏิบัติธรรม ตลอด ๓ เดือน ในพรรษา และการปฏิบัติธรรมในโอกาสต่างๆ
- กิจกรรมส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น
- โครงการ “ผู้เฒ่าเล่านิทานสืบสานภูมิปัญญา” และโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ “บ้านพุทธรักษา”
- การฝึกพัฒนาอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ

### ผลงานจากการพัฒนา “การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน”

ผลผลิตและผลลัพธ์ มีดังนี้

๑. ผู้สูงอายุ (รวมทั้งผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส) ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง เสมอภาค
๒. ผู้สูงอายุ (รวมทั้งผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส) มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพกายและใจดี
๓. ผู้สูงอายุได้รับความเคารพ เกิดความภาคภูมิใจต่อคุณค่าและศักดิ์ศรี
๔. ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และถ่ายทอดเรื่องราวภูมิปัญญาสู่คนรุ่นหลัง โดยผ่านกิจกรรม “ผู้เฒ่าเล่านิทานสืบสานภูมิปัญญา” การทำบุญ การปฏิบัติธรรม และงานประเพณีต่างๆ
๕. สมาชิกในครอบครัวเกิดความตระหนักต่อคุณค่าของผู้สูงอายุ ให้ความเคารพรักและการดูแลที่เหมาะสมทั้งกายใจ ส่งผลให้ครอบครัวอบอุ่นเป็นสุข สมาชิกทุกวัยอยู่พร้อมหน้า
๖. ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ร่วมแรงร่วมใจ ดูแลผู้สูงอายุ (รวมทั้งผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกระดับ
๗. ส่งเสริมปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยม วิถีชีวิต จิตวิญญาณ วัฒนธรรม คือ กตัญญูกตเวที มีน้ำใจ เอื้ออาทร ช่วยเหลือ แบ่งปัน ให้เกิดขึ้นแก่สมาชิกในชุมชนและเครือข่ายพันธมิตร
๘. ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายพันธมิตร ทำให้เกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมต่อการจัดกิจกรรมด้วยการพึ่งตนเอง เพื่อความเข้มแข็งยั่งยืน และประโยชน์สุขของชุมชน
๙. เกิดกระบวนการเรียนรู้ ด้วยการร่วมคิด ร่วมค้นหา ร่วมวิเคราะห์ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมตัดสินใจ สำหรับวางแผนแก้ปัญหาพัฒนา และปฏิบัติด้วยตนเองอย่างเป็นรูปธรรมของสมาชิกในชุมชน นำไปสู่ “ความเข้มแข็ง” “พึ่งตนเอง” “ยั่งยืน” ของชุมชนในอนาคต
๑๐. เกิดผู้นำทางธรรมชาติ ที่เป็นผลจากการดำเนินการวางแผนและปฏิบัติร่วมกัน ด้วยกระบวนการที่เหมาะสม คือ ฉลาด ซื่อสัตย์สุจริต เห็นแก่ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน มีความสามารถในการสื่อสารและเป็นที่ยอมรับของมหาชน

### การนำไปใช้ประโยชน์

๑. เกิดการพัฒนาต่อยอดของแผนงาน / โครงการ / กิจกรรม จากฐานที่ดำเนินการอยู่เดิม อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้โครงการพระเอี่ยมโยม โครงการศูนย์ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตและสวัสดิการชุมชน โครงการผู้เฒ่าเล่านิทานสืบสานภูมิปัญญา โครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ “บ้านพุทธรักษา” กองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ กองทุน ๓๖ ปี วัดสามัคคีธรรม และกองทุนพัฒนาอาชีพและสวัสดิการสำหรับเยาวชน
๒. เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
๓. เกิดการขยายผลและบูรณาการแผนงานกิจกรรมร่วมกับเครือข่ายพันธมิตร เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฯ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข สถานศึกษา เป็นต้น
๔. สร้างเสริมความเข้มแข็งยั่งยืนให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยใช้ “ทุน” “ทรัพยากร” “องค์ความรู้” “ภูมิปัญญา” ฯลฯ ที่มีอยู่ในชุมชน โดยไม่ต้องหวัง “พึ่งพา” หรือ “รอคอยความช่วยเหลือ” หรือ “สั่งการ” จากภายนอก
๕. เป็นต้นแบบของการดำเนินการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับชุมชนอื่น

## ทุนทางสังคมในการพัฒนา “การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน”

วัฒนธรรม ทักษะคิด และค่านิยม เป็นทุนทางสังคมในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่สำคัญตามประเด็น ดังนี้

๑. สังคมไทยเป็นสังคมที่คนส่วนใหญ่นับถือพระพุทธศาสนา จึงได้รับการปลูกฝังให้มีคุณธรรมที่สำคัญ คือ กตัญญู กตเวทิตะ เมตตา กรุณา การให้ การสงเคราะห์ ซึ่งเป็นทุนสำคัญที่ได้รับการปลูกฝังจนกลายเป็นจิตวิญญาณของคนในสังคม

๒. ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวและเครือญาติมีความผูกพันกันแบบแนบแน่นผ่านระบบอุปถัมภ์ จึงมีทัศนคติและค่านิยมของการปฏิบัติให้เกื้อหนุนอย่างงดงาม โดยยึดหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา ที่สมาชิกในชุมชนและสังคมยึดถือปฏิบัติร่วมกันสืบทอดมาโดยลำดับ พัฒนาเป็นจารีต วัฒนธรรม ประเพณี ที่งดงามของสังคมไทยในปัจจุบัน

๓. ทักษะคิดของคนในชุมชนให้ความสำคัญ มีความเคารพนับถือและปฏิบัติต่อกันแบบเครือญาติ ทั้งญาติโดยสายเลือด(วงศ์ตระกูล) และญาติโดยทางธรรม เช่น บ้านใกล้เรือนเคียง การประกอบอาชีพ การใช้แม่น้ำถนนร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ผ่านกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน เป็นต้น

๔. ค่านิยมสำคัญของสังคมไทยที่ปฏิบัติต่อผู้มีอุปการคุณ บิดามารดา ครูอาจารย์ ผู้สูงอายุ ได้แก่ การเคารพยกย่องบูชา การตอบแทนด้วยการแสดงออกซึ่งคุณธรรม คือความกตัญญู กตเวทิตะ เวลาที่ท่านอยู่ต้องเลี้ยงกายและใจ ถึงคราวตายต้องเลี้ยงจิตวิญญาณ ยามเจ็บเยี่ยมไข้ ยามตายเยี่ยมผี ยามมีช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อแบ่งปัน เป็นต้น

## ปัจจัยเอื้อสู่ความสำเร็จ และข้อจำกัด

ปัจจัยสู่ความสำเร็จ มีดังนี้

๑. ความรัก ความสามัคคี ความมีน้ำใจ ความเอื้ออาทรของสมาชิกในชุมชน และเครือข่ายพันธมิตร

๒. ความตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ ที่ควรได้รับการปฏิบัติตอบแทนด้วยความเคารพ

๓. การได้เห็นผู้สูงอายุได้รับความสุข มีความภาคภูมิใจ มีสุขภาพกายใจที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นกำลังสำคัญนำสู่แรงจูงใจแก่กลุ่มผู้ปฏิบัติ สมาชิกในชุมชน และเครือข่ายพันธมิตร ให้มีการคิดค้นแนวทางเพื่อวางแผนปฏิบัติและขยายผลต่อยอดแผนงานกิจกรรม ให้ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น

๔. ความสุข และ ความภาคภูมิใจ ของกลุ่มผู้ปฏิบัติ สมาชิกในชุมชน และเครือข่ายพันธมิตร จากผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน จนประสบผลสำเร็จโดยลำดับอย่างเป็นรูปธรรม

๕. การได้รับสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรพันธมิตร

๖. การมีทุนและทรัพยากรที่จำเป็นของชุมชนเอง

๗. ภาวะผู้นำทางธรรมชาติ

๘. พลังของชุมชน ที่ผ่านการบ่มเพาะจากการร่วมลงมือปฏิบัติด้วยกระบวนการที่เหมาะสม จนตกผลึกเป็นพลังที่สำคัญในการขับเคลื่อน ๔ มิติ คือ พลังทางสังคม พลังทางจิต พลังทางปัญญา และ พลังทางการบริหารจัดการ

๙. ผลงาน ชื่อเสียง การเป็นที่ยอมรับ และความเชื่อถือ ของวัดและชุมชนซึ่งมีอยู่เดิม

๑๐. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ดำเนินการอยู่เดิม เป็นฐานองค์ความรู้สำคัญต่อการพัฒนาขยายผลต่อยอด

๑๑. การค้นหาตนเอง รู้จักตนเอง การยอมรับตนเอง ในบริบทแห่งความเป็นจริง

๑๒. การวางแผนที่ชัดเจนเพื่อกำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ พันธกิจ แผนงาน นำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ

๑๓. การจัดกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อก้าวไปสู่การขับเคลื่อนและพัฒนาอย่างเป็น “ขบวนการ”

๑๔. การประสานเชื่อมโยง และสื่อสารอย่างเหมาะสม เพื่อแสวงหาความร่วมมือสนับสนุน

### ข้อจำกัดที่สำคัญ และวิธีการที่ใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

การแก้ไขปัญหาต้นทุน ทรัพยากร และงบประมาณ มีดังนี้

๑. บูรณาการ ทั้งแผนงาน / โครงการ / กิจกรรม / ทุน / ทรัพยากร ของทุกภาคส่วนและจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันอย่างเป็นระบบ ทั้งแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว

๒. จัดตั้งกองทุนของชุมชน

๓. แสวงหาการสนับสนุนเพิ่มเติมจากภายนอก เช่น องค์กรพันธมิตรทั้งในและต่างประเทศ ผู้มีจิตศรัทธาบริจาค เป็นต้น

การแก้ไขแนวคิดการทำงานแบบแยกส่วน ต่างคนต่างคิด ต่างคนต่างทำ เป็นเจ้าของ เก่งคนเดียว

๑. ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมสำหรับการดำเนินการในทุกระดับ

๒. บูรณาการ ทั้งแผนงาน / โครงการ / กิจกรรม / ทุน / ทรัพยากร ของทุกภาคส่วน

๓. มีข้อตกลงแบบพหุภาคีของมวลสมาชิกและเครือข่ายพันธมิตร ให้แผนงานกิจกรรมเป็นของส่วนรวม ไม่ให้ใครยึดถือเป็นเจ้าของ เป็นผู้สั่งการ หรือถูกเบียดเบียนเรียกร้องให้ต้องเสียสละโดยตลอด

การแก้ไขปัญหาด้านผลิตผลและผลลัพธ์ ที่พึงประสงค์ของการดำเนินการ

๑. จัดกระบวนการติดตามประเมินผล ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม

๒. มีแผนงานที่สามารถปฏิบัติได้ ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม

๓. การดำเนินการต่างๆ ต้องวัดผลได้ และกระจายอย่างทั่วถึง โดยมีตัวชี้วัดหรือบรรณานุกรมทางสังคมที่ชัดเจน

การแก้ไขปัญหาด้านการสื่อสาร และการจัดระบบฐานข้อมูล

๑. จัดกระบวนการสื่อสารให้สามารถครอบคลุมใน ๓ มิติ คือ กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ ภารกิจ

๒. จัดกระบวนการสื่อสาร รับฟังความเห็น ข้อเสนอแนะ อย่างรอบด้าน ถูกต้อง ชัดเจน ทันการณ์ ทั้งภายในและภายนอก

๓. จัดระบบฐานข้อมูล แผนการปฏิบัติงาน บันทึกการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน ภาพถ่าย ฯลฯ ให้ถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

๔. พัฒนาศักยภาพของสมาชิกผู้ปฏิบัติงาน ให้สามารถสื่อสาร ใช้เครื่องมือ และจัดทำฐานข้อมูล

สิ่งที่ต้องการขอรับการสนับสนุนจากกรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข

- นโยบายที่ชัดเจน
- การประสานงานกับหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- บุคลากร และ วิชาการ ที่เอื้อและสนับสนุนการปฏิบัติงาน
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และประสบการณ์
- การศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบ

### คุณค่าที่ฝากไว้เป็นตำนาน

กิจการ หรือ ความดีงามใด ที่บุคคลปรารถนาจะทำ  
ขอเพียงมี “ความตั้งใจที่ดีงาม” เกิดขึ้นในเบื้องต้น  
ตราบใดที่ “ความตั้งใจ” ยังคงอยู่  
โดยอาศัย “ความเพียรพยายาม” หมั่นประกอบ  
... กิจการนั้น ความดีงามนั้น ย่อมประสบความสำเร็จ ...

### ความสำเร็จจะเกิดได้ต้องอาศัยจุดเริ่มต้น

โดย

กระบวนการรวมตัวของคนในชุมชนอย่างเป็น “ขบวนการ”

เพื่อ

ร่วมค้นหา ร่วมคิดตัดสินใจ ร่วมกำหนดอนาคต  
ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมติดตามตรวจสอบ ร่วมประเมินผล ร่วมรับผลประโยชน์

ย่อมจะก่อให้เกิดพลังที่สำคัญในการขับเคลื่อน ใน ๔ มิติ คือ

มิติที่ ๑ : พลังทางสังคม

มิติที่ ๒ : พลังทางจิต

มิติที่ ๓ : พลังทางปัญญา

มิติที่ ๔ : พลังทางการบริหารจัดการ

< < < เกิดผู้นำทางธรรมชาติ > > >

(คุณสมบัติของผู้นำทางธรรมชาติ)

ฉลาด ซื่อสัตย์สุจริต เห็นแก่ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน

มีความสามารถในการสื่อสาร เป็นที่ยอมรับของมหาชน

... เป็นกำลังสำคัญนำไปสู่ความสำเร็จ ...

LOVE is not only GIVE, is CARE.

## การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

### ความเป็นมาของการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

อำเภอพนมทวน มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทำงานร่วมกับทีมสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุทั้ง ๓ กลุ่ม และทุกตำบลมีชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมต่อเนื่อง การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประสบความสำเร็จได้ระดับหนึ่ง แม้ว่าจุดอ่อนของอำเภอพนมทวนก็คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีงานให้บริการเชิงรับจำนวนมาก และกิจกรรมทุกอย่างต้องอาศัยข้อมูล การให้บริการเชิงรุกจึงน้อยลง ไม่มีประสิทธิภาพ



ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน



ศูนย์ ๓ วัย พุ่มสมอ

### แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มุ่งเน้นให้ชุมชนดูแลกันเอง มุ่งเน้นให้ชุมชนเข้มแข็ง โดยโรงพยาบาลเข้ามาเสริมทางวิชาการ และร่วมดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนทุกกลุ่ม

| ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-ตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี</li> <li>-ชะลอความเสื่อมของอายุ</li> <li>- ส่งเสริมการทำประโยชน์เพื่อสังคม</li> <li>-คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- Health promotion</li> <li>- Home visit โดย อสม.</li> <li>- ส่งเสริมผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> | <p><u>ควบคุมโรค</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อน</li> <li>ภาวะทุพพลภาพ/ความพิการ</li> <li>- เพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง</li> <li>- Home health care</li> <li>- Home visit โดย อสม.</li> <li>- จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม</li> <li>- จัดหาอุปกรณ์ทางกาย (ไม้เท้า, walker)</li> </ul> | <p><u>ควบคุมอาการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อน/เสียชีวิตจากปัญหาที่แก้ไขได้</li> <li>- ลดทอนภาวะทุพพลภาพ</li> <li>- ประคับประคองอาการ</li> <li>- เสียชีวิตอย่างสงบสุข</li> <li>- Home ward</li> <li>- Home health care</li> <li>- Home visit โดย อสม.และ อสม.ช ด้านกายภาพเบื้องต้น</li> <li>- จัดระบบรับส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- จัดปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ</li> <li>- ประสานออกไปรับรองผู้พิการ</li> </ul> |

## กระบวนการทำงานสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

โดยเริ่มจากแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL) ดังนี้

**ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ (ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม)** ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและชุมชนได้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชมรมผู้สูงอายุเป็นหลักในการดำเนินการ สาธารณสุขและอส. จะร่วมกิจกรรมด้านการตรวจสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการนำออกกำลังกายหลากหลายประเภท ให้ผู้สูงอายุเลือกกิจกรรมเอง เช่น ยางยืด ไม้พลอง ตาราง ๙ ช่อง เปตอง วูตบอล เป็นต้น โดยแต่ละชมรมมีแกนนำเป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การออกกำลังกาย โดยนัดพบกันยามเย็นทุกวัน ที่สนามเทศบาล ซึ่งทางเทศบาลอำนวยความสะดวกด้านเครื่องเสียง น้ำดื่ม ไฟฟ้า เครื่องออกกำลังกาย และสนับสนุนงบประมาณเพื่อทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ชั่งน้ำหนัก ประเมินภาวะโภชนาการ ความดันโลหิต เบาหวาน รอบเอว ตรวจข้อเข่าเสื่อม ตาต้อกระจก ฯลฯ และมีการประเมินการทดสอบสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุ วัดมวลกระดูก มวลไขมัน โดยจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพให้ผู้สูงอายุทุกคน เพื่อบันทึกอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลทุก ๑ เดือน และมอบรางวัลสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพดีตามเกณฑ์ โดยทำกิจกรรมร่วมกับสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) อำเภอพนมทวนด้วย

**ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒,๓ (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, ติดเตียง)** เป็นกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้บ้าง และพึ่งตนเองไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวนได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ อาสาสมัครดูแลผู้พิการ/ผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยเชิญนักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลเลขาขวัญมาเป็นวิทยากร มีการฟื้นฟูทุกปี และปี พ.ศ. ๒๕๕๔ โรงพยาบาลรับนักกายภาพบำบัด จึงอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/พิการ เพิ่มขึ้น แต่อาสาสมัครยังไม่มีความสามารถในการทำกายภาพบำบัด จึงทดลองให้ออส. มาฝึกปฏิบัติที่งานกายภาพบำบัดทุกวันหลังอบรมวิชาการ ในเขตพื้นที่ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ และลงไปปฏิบัติงานในชุมชนสัปดาห์ละ ๓ วัน นัดกลุ่ม ออส. ให้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลมีความพึงพอใจ มีความก้าวหน้าของกล้ามเนื้อ ญาติผู้สูงอายุสามารถดูแลผู้สูงอายุและทำกายภาพบำบัดได้ ไม่เกิดแผลกดทับ ข้อไม่ติด ผู้สูงอายุบางคนสามารถกลับมาเดินได้ จากการทดลองพบว่า ออส. มีทักษะและความรู้ จึงขยายเครือข่ายทุกพสต. ๗ ละ ๓ คน โดยใช้รูปแบบของโรงพยาบาล พบว่า ออส. สามารถลงไปปฏิบัติงานได้ และให้มาเล่าเรื่องการดูแลให้เพื่อน ๆ ออส. และเจ้าหน้าที่ฟัง เกิดความประทับใจ ภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนได้ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ/ผู้พิการ นอกจากนี้ยังได้เครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งในชุมชน โดยมีแผนที่จะดำเนินงาน ออส. ครอบคลุมทั้งอำเภอในปี ๒๕๕๘ โดยขยายไปสู่ญาติของผู้สูงอายุ/ผู้พิการ

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ ลงชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา สัปดาห์ละ ๓ วัน ก่อนการลงชุมชนมีการประสาน รพ.สต. และอาสาสมัครดูแลผู้พิการ/ผู้สูงอายุ โดยทำกิจกรรมร่วมกันทั้งเครือข่าย

การตรวจคัดกรองโรค ๖ โรค มีระบบการส่งพบแพทย์ในรายที่มีปัญหา ตาต้อกระจก ข้อเข่าเสื่อม โดยแพทย์และทีมงานนักกายภาพบำบัดดูแลผู้สูงอายุที่ รพ.สต. เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในการเดินทาง โรงพยาบาลทั่วไปจะเข้ามาตรวจตาต้อกระจก และต้อหินในรายที่ตามองไม่เห็นในระยะ ๓ เมตร และทำการผ่าตัดตาต้อกระจกภายใน ๑ เดือน โดยประสานให้ อบต./เทศบาลเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาลทั่วไป

## ผลงานจากการพัฒนา “การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่”

จากการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น ผู้สูงอายุทุกคนเข้าถึงการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคัดกรองต้อกระจก ในระดับที่มองไม่เห็นในระยะ ๓ เมตร และได้รับการผ่าตัดทันที่ การแก้ไขปัญหาข้อเข่าเสื่อม พัฒนาศักยภาพอส. ในการคัดกรองอย่างมีประสิทธิภาพ

ชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม และมีกิจกรรมต่อเนื่อง โดยทำกิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น กศน. วิทยาลัยการอาชีพ อบต. เทศบาล ผู้สูงอายุให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เห็นได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุติดบ้านได้รับการดูแลจนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถกลับมาเป็นผู้สูงอายุติดบ้านได้ ด้วยกำลังใจจากชุมชน อปท. และสาธารณสุขร่วมมือร่วมใจ

### ทุนทางสังคมที่ใช้ในการพัฒนา “การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่”

พนมทวน เป็นดินแดนแห่งวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่โดดเด่นคือ การรำเหย่ย รำโทน มีพ่อเพลง แม่เพลง ที่ร่วมทำกิจกรรม ผู้สูงอายุชอบมีกิจกรรมที่มีความสนุกสนาน จึงจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม

โรงพยาบาลมีความเชี่ยวชาญในการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เปิดบริการเป็นแห่งแรกของจังหวัดกาญจนบุรี เป็นสถานที่ฝึกอบรมหมอนวดของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานสมาชิบำบัดในระดับดีมาก จากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และยังเป็นแหล่งต้นแบบศึกษาดูงานของหลายจังหวัด

### ปัจจัยเอื้อสู่ความสำเร็จ และข้อจำกัดสำคัญ

- ทีมสุขภาพมีความเข้มแข็ง มีการประสานงาน ประชุมสนทนากันด้วยกันตลอด และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีผู้ประสานงานหลักจากโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ทำกิจกรรมร่วมกัน สิ่งสำคัญก็คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายได้เป็นอย่างดี ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ชมรมผู้สูงอายุ กศน. หรือภาครัฐอื่นๆ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาโดยตลอด

- อุปสรรคหรือข้อจำกัดเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับทำให้การทำงานเชิงรุกร่น้อยลง จึงต้องมีการพัฒนาให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ช่วยเหลือตนเองได้ โดยการพัฒนา อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/ผู้พิการให้มีทักษะในการดูแล และพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็ง สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง นักกายภาพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากโรงพยาบาลมีนักกายภาพเพียง ๑ คน และยังต้องให้บริการในโรงพยาบาล ทำให้การออกไปให้บริการเชิงรุกในชุมชนน้อยลง ควรมีการเพิ่มจำนวนนักกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลหรือรพ.สต. เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

- การทำกิจกรรมต่างๆ ควรมีความชัดเจน ควรบูรณาการจากกรม กอง ก่อนลงมาสู่ผู้ปฏิบัติ เพื่อไม่ให้ผู้ปฏิบัติทำงานซ้ำซ้อน การประเมินผู้สูงอายุควรมีการคีย์ข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp และให้ผู้ปฏิบัติกรม กอง สามารถดึงข้อมูลมาใช้ได้ ควรมีการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ สามารถนำมาเป็นงานวิจัยได้

คุณค่าที่ฝากไว้เป็นตำนาน



รอกเคลื่อนที่ ช่วยเรื่องข้อไหล่นิดๆ สร้างกำลังแขนให้แข็งแรง



จักรยานเคลื่อนที่ จาก  
พิการเดินไม่ได้ จนสามารถขับรถยนต์ได้



แก้ปัญหาข้อเข่าเสื่อม เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ



ตาราง ๙ ช่อง พัฒนาสมอง พัฒนากายใจ



อบสมุนไพร ลดอาการปวดเมื่อย ลดการใช้ยาแก้ปวด แก้ยก

## การจัดบริการฟื้นฟูสภาพในศูนย์ดูแลสุขภาพรูปแบบพิเศษ

### ศูนย์ฟื้นฟูวัดทุ่งบ่อแป้น จังหวัดลำปาง



บริการสู่ชุมชน Home Health Care/Home visit



การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้สูงอายุ



## การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดพังงา

วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ

- ๑) ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี กาย ใจ สมองและสังคม
- ๒) มีงานทำ มีรายได้
- ๓) อนุรักษ์และถ่ายทอดภูมิปัญญา ศิลปวัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่น
- ๔) เข้าถึงเทคโนโลยีใหม่ๆ
- ๕) พึ่งตัวเองได้

การดำเนินงาน มีดังนี้

- ระดับสาขาสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

๑. ประชุมคณะกรรมการทุก ๒ เดือน มีส่วนราชการและหน่วยงานต่างๆ เข้าร่วมประชุม เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานจัดหางานจังหวัด เหล่ากาชาดพังงา องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

๒. ประชุมประจำปี มีสมาชิกเข้าร่วมประชุมครั้งละ ๕,๐๐๐ - ๖,๐๐๐ คน สนับสนุนงบประมาณโดย อบจ.

๓. จัดมหกรรมไทเก๊กทุกปี มีสมาชิกในจังหวัดและต่างจังหวัดร่วมงานครั้งละประมาณ ๔,๐๐๐ คน สนับสนุนงบประมาณโดยอบจ.

๔. กระตุ้นให้ชมรมพึ่งตนเอง โดยเจ้าหน้าที่ให้การสนับสนุน

๕. ติดตามสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น โรคประจำตัวและการคัดกรองโรคต่างๆ

๖. คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุดีเด่นระดับจังหวัด

ชมรมขนาดใหญ่ มีจำนวนสมาชิกมากกว่า ๒๐๐ คน

ชมรมขนาดเล็ก มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า ๒๐๐ คน

๗. คัดเลือกผู้สูงอายุดีเด่นระดับจังหวัด และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

๘. คัดเลือกคู่แก้ว-คู่ขวัญ ระดับจังหวัด

๙. คัดเลือก ๘๐ ปียังแจ๋ว ระดับจังหวัด

๑๐. คัดเลือก ๑๐๐ ปี ที่แข็งแรง

๑๑. จัดตั้งคลังปัญญาผู้สูงอายุจังหวัดพังงา ซึ่งบริหารงานโดยผู้สูงอายุ และมีผู้สูงอายุจากชมรมต่างๆ ที่มีความรู้และภูมิปัญญาเป็นสมาชิกจำนวน ๒๐๕ คน

- ระดับชมรมผู้สูงอายุในอำเภอ

๑. โดยชมรมผู้สูงอายุในอำเภอ รวมตัวกันจัดตั้งเป็น ชมรมผู้สูงอายุอำเภอ เลือกประธานชมรมและแบ่งงานกันรับผิดชอบในระดับอำเภอ

๒. มีการประชุมประธาน-กรรมการ-และผู้แทนสมาชิกทุกชมรม โดยหมุนเวียนการประชุมไปตามชมรมต่างๆ ๒ เดือน/ครั้ง

๓. มีการพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ
๔. มีการนำวิชาการและกิจกรรมจากภาครัฐไปใช้ในชมรมฯ
๕. มีการพัฒนาไปสู่ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งและชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

• **ระดับภายในชมรม**

๑. มีระเบียบข้อบังคับของชมรม
๒. มีแผนปฏิบัติงานประจำปีของชมรม
๓. จัดให้สมาชิกออกกำลังกายทุกวัน เดินตอนเช้า บันจรรย์าน ไทเก็ก เปตอง ฮูลาฮูป ไลด์เดินด์
๔. ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น หาดัชนีมวลกาย บันทึกสุขภาพทุกเดือน
๕. ตรวจสอบสุขภาพโดยแพทย์ ตรวจสอบสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ ปีละครั้ง
๖. คัดกรองโรคและภาวะต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต ไขมัน ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม การมองเห็น และมะเร็งในช่องปาก
๗. ดูแลสุขภาพช่องปากโดยเพื่อนสมาชิก แข่งขันแปรงฟันสะอาด ประกวดผู้สูงอายุฟันดี
๘. ดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็กวัยก่อนเรียน และให้ความรู้ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา
๙. ให้ความรู้ส่งเสริมให้มั่งคั่ง ทำเพิ่มรายได้ ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๑๐. อนุรักษ์และถ่ายทอดภูมิปัญญาให้แก่บุคคล ชุมชน
๑๑. ช่วยเหลือเพื่อนสมาชิก ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้
  - จัดให้ผู้สูงอายุ ร่วมกับอสม. หรือเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมและช่วยดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ติดเตียงหรือป่วยในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรม
  - จัด อพส. จำนวน ๑,๑๗๑ คน กระจายทั่วจังหวัด ช่วยดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
  - ๑๒. ช่วยเหลือสังคม ชุมชน วัด โรงเรียน อบต. เทศบาล อำเภอ จังหวัด
  - ๑๓. จัดหมู่บ้านปลูกผักปลอดสารพิษ

• **ผลการดำเนินงาน**

- ๑) พัฒนาชมรมผู้สูงอายุคุณภาพจำนวน ๗๒ ชมรม บางส่วนอยู่ระหว่างการประเมินผล
- ๒) ตีแบบต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวผ่านเกณฑ์ประเมินจำนวน ๒๕ ตำบล
- ๓) หลายชมรมในจังหวัดพังงา เป็นแหล่งศึกษาดูงานเกี่ยวกับการดำเนินงาน ให้กับชมรมผู้สูงอายุของจังหวัดต่าง ๆ ปีละหลายคณะ
  - ๔) ได้รับเลือกเป็นผู้แทนชมรมผู้สูงอายุ ในการศึกษาการดำเนินงาน ของสำนักงานประมาณ
  - ๕) ร่วมกับกรมพลศึกษา ดำเนินโครงการวิทยาศาสตร์การกีฬาเพื่อพัฒนาสุขภาพและสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุ
  - ๖) ร่วมกับคณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ดำเนินโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย
  - ๗) สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้ดำเนินโครงการศึกษาชมรมผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ

## การดำเนินงานโรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

### สังคมผู้สูงอายุไม่ทอดทิ้งกัน ด้วยการมุ่งเน้นพัฒนาผู้นำผู้สูงอายุ ผ่านกระบวนการโรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร

กระบวนการถอดบทเรียนการดำเนินงานพื้นที่โดยนายสุรเดช เดชคุ้มวงศ์ รองประธานมูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร  
เรียบเรียงโดย นางสาววรรัตน์ หมวกยอด ผู้ประสานงานมูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร

#### ความเป็นมาของการพัฒนา “การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่”

ฐานแนวคิด มุ่งเน้นการพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุ เนื่องจากมีคำถามเกิดขึ้นว่า ทำไมเราต้องพัฒนาให้เกิดผู้นำผู้สูงอายุ ด้วยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมอ พยาบาล หรือแม้แต่นักวิชาการสาธารณสุขของ รพสต. ยังคงคลุกอยู่กับกระบวนการรักษาโรคทั้งหลาย ให้แก่ผู้สูงอายุ และยังมีบทบาทในการส่งเสริมดูแลสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ จึงเกิดปรากฏการณ์ที่แกนนำผู้สูงอายุกล่าวว่า “หมอหา หมอทำไมไหว หมอเอานาย เอานโยบาย เอาเคพีโอ ใช้เป็นตัวตั้ง” ปรากฏการณ์นี้ทำให้เกิดความสัมพันธ์แนวดิ่ง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ขาดกระบวนการมีส่วนร่วม ขาดการเรียนรู้ร่วมกันของผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ นี่เป็นลักษณะของโครงสร้างและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่

มุมมองอีกด้านหนึ่งนั้น ถ้าให้ผู้สูงอายุซึ่งไม่ได้เป็นตัวปัญหา แต่เป็นช่วงวัยที่จะต้องเข้าเผชิญกับปัญหา มาเข้าสู่กระบวนการพัฒนา กระบวนการส่งเสริมให้เกิดการจัดการเตรียมความพร้อมก่อนเผชิญปัญหาด้วยตัวเอง ร่วมกับพี่เลี้ยง เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. เทศบาล ซึ่งการเป็นพี่เลี้ยงให้ผู้สูงอายุ ร่วมกันคิด ร่วมกันออกแบบการพัฒนา และร่วมลงมือปฏิบัติ ก็เกิดปรากฏการณ์สำคัญขึ้นมา นั่นคือ เกิดสังคมแนวราบ ความสัมพันธ์ในแบบแนวราบจะมีทั้งพลังของความรู้ พลังของจิตวิญญาณ นำมาซึ่งความสัมพันธ์ภาพจากทุกฝ่ายในพื้นที่ กระบวนการนี้จะก่อให้เกิดภาคสามเหลี่ยมความร่วมมือขึ้นในพื้นที่ตำบล เกิดการร่วมกันเคลื่อนสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน และเกิดกระบวนการสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ



ลุงมินทร์ และลุงเสน  
แกนนำผู้สูงอายุ ตำบลคลองขุม อำเภอตะพานหิน



#### แนวคิดกระบวนการก่อเกิดผู้นำและเครือข่าย

“ชมรมเข้มแข็ง เครือข่ายเข้มแข็ง” หัวใจของการพัฒนาความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร อยู่ที่ ผู้นำ “เราเชื่อว่าผู้นำ คนดี คนเก่ง มีอยู่ในพื้นที่” เพียงเราสร้างกระบวนการส่งเสริม จะส่งเสริมอย่างไรให้เกิดการรวมตัวกันของคนดีคนเก่ง ภายใต้การกระทำความดีร่วมกัน และสิ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าผู้นำ คือ บทบาทของการเป็นพี่เลี้ยงผู้สนับสนุนตัวผู้นำผู้สูงอายุ พี่เลี้ยงที่มีความเชื่อใน ผู้นำในตัวผู้สูงอายุ เชื่อในศักยภาพของผู้นำผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุยังคงเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีภูมิปัญญา”

ผู้นำ พี่เลี้ยง ความเชื่อ นำสู่การพัฒนางานผู้สูงอายุ เริ่มต้นจากฐานคิด การใช้พื้นที่ต้นแบบเป็นฐานในการพัฒนา และให้พื้นที่เครือข่ายอื่นได้มาร่วมกระบวนการเรียนรู้จากตำบลต้นแบบ เรียนรู้ผ่านกระบวนการชื่นชม เรียนรู้ผ่านผู้นำที่เข้มแข็ง เรียนรู้ผ่านการพัฒนานวัตกรรมดี ๆ จากพื้นที่ ขยายไปสู่ภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุในต่างพื้นที่



แกนนำผู้สูงอายุพบปะพูดคุยร่วมกับปลัดกระทรวงสาธารณสุข



พี่เลี้ยง หรือร่วมกันศึกษาหาวิธีการดำเนินงานผู้สูงอายุ

## กระบวนการพัฒนาผู้นำผู้สูงอายุ ในพื้นที่จังหวัดพิจิตร

### ๑. กระบวนการสำรวจของเครือข่ายผู้สูงอายุ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล

กระบวนการสำรวจของเครือข่ายผู้สูงอายุ เป็นการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ กับกระบวนการเปิดฉากการเรียนรู้ด้วยรอยยิ้ม ด้วยความสุขของการชมการแสดงด้านศิลปะ วัฒนธรรม และการนำเสนอของดี ที่มีอยู่ในพื้นที่ ก่อนเริ่มนำเข้าสู่กระบวนการแลกเปลี่ยนการทำงานด้านผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

สิ่งสำคัญกว่าการเกิดเวทีสำรวจ ก็คือ เบื้องหลังของกระบวนการที่ทำให้เกิดเวทีสำรวจในแต่ละพื้นที่ เกิดกระบวนการเตรียมความพร้อมของคนในพื้นที่ เกิดกระบวนการเรียนรู้ของผู้คนในพื้นที่ เกิดกระบวนการพื้นที่ก่อดสร สิ่งดี คนดี สรรสร้างเพื่อให้ได้นำเสนอสิ่งที่ดีที่สุดของพื้นที่ ให้คนในพื้นที่และเครือข่ายต่างพื้นที่ได้มาร่วมกันชื่นชมยินดี นั่นย่อหมายถึงการสำรวจจังหวัดแต่ละครั้งนั้น จึงเป็นการกระตุ้นให้ตำบล อำเภอ นั้น ๆ ตื่นขึ้นมาจากการหลับใหล เกิดสัมพันธภาพที่ดีในพื้นที่ ทั้งอบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุ รวมทั้งภาคีผู้สูงอายุจากพื้นที่อื่น ๆ ร่วมกันเรียนรู้ และนำนวัตกรรมดี ๆ กลับไปปรับใช้ในพื้นที่ตนเอง



## ๒. กระบวนการอบรมผู้นำผู้สูงอายุ ผ่านโรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ

### นิยาม โรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ

“โรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ คือพื้นที่ทางสังคม ที่ผู้นำ ภาควิชาเครือข่ายทุกฝ่ายได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความรู้ ได้ความรู้สึกที่ดีทางด้านจิตใจ ได้เพื่อน ได้ความสามัคคี เกิดสัมพันธภาพที่ดี และเป็นพื้นที่ที่เติมพลังให้แกนนำกลับไปเคลื่อนไหวการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ของตนเองได้ อย่างมั่นใจ”

“โรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ ไม่ใช่ที่เป็นห้องเรียนที่มีอาคาร สิ่งปลูกสร้าง ไม่ใช่ที่มีหลักสูตรที่มีความตายตัว แต่เป็นการเรียนรู้ จากตัวผู้นำที่สั่งสมความรู้จากการลองผิดลองถูก และนำมาปฏิบัติจนเกิดผลที่เป็นรูปธรรม”

การอบรมแกนนำผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตร ผ่านโรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ใช้วัดเป็นสถานที่ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยอยู่ร่วมกัน ๒ วัน ๒ คืน มีจุดมุ่งหมาย คือ สร้างผู้นำแถวสอง และต่อยอดความรู้ให้กับผู้นำแถวหนึ่ง เพื่อให้เกิดพลังความสามัคคีของภาคี สร้างความคุ้นเคยสร้างความเป็นหมู่ เป็นพวกเดียวกัน และเกิดกระบวนการเรียนรู้ ทั้งจากการสนทนาแลกเปลี่ยน และจากพื้นที่ต่างตำบลในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ผ่านกระบวนการอย่างไม่เป็นทางการ



## ๓. กระบวนการมหกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

หัวใจสำคัญ ของกระบวนการจัดงานมหกรรมผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร คือ การประกาศศักยภาพของผู้นำผู้สูงอายุ “เราคือเจ้าภาพตัวจริง เราไม่ใช่เป็นเพียงแขกรับเชิญที่มาร่วมงาน” ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในพลังของตนเอง อาจเรียกได้ว่า เป็นการสร้างสำนึกใหม่ของผู้สูงอายุ

กระบวนการมหกรรมผู้สูงอายุ ที่ผ่านมานั้น เป็นการเชิดชูบุคคลต้นแบบ ประกาศนโยบายการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ และเชื่อมภาคีเครือข่ายทุกฝ่ายเข้าหากัน โดยมีผู้สูงอายุเป็นจุดศูนย์กลาง



สร้างสัมพันธภาพ  
แลกเปลี่ยนเรียนรู้  
แพร่ประชาสัมพันธ์

## ๔. กระบวนการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียน เป็นการลงพื้นที่ติดตามกระบวนการทำงานของผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบอย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการตั้งคำถามกับพื้นที่ ด้วยความชื่นชม ยินดี กับกระบวนการทำงานในพื้นที่ และทิศทางการต่อยอดการทำงานของพื้นที่ จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานจากพื้นที่ตำบล ทำให้เกิดชุดความรู้การทำงานของพื้นที่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคีสิ่งนี้เป็นสิ่งที่แกนนำผู้สูงอายุเรียกร้องให้เกิดขึ้นในพื้นที่

นั่นคือกระบวนการการถอดบทเรียนเนื่องจากทำให้พื้นที่ได้เกิดการทบทวนการทำงานของตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กระบวนการถอดบทเรียนในพื้นที่ยังเป็นกระบวนการซึ่งพี่เลี้ยง และหน่วยงานราชการต่างๆ ยังเข้าไป สนับสนุนกระบวนการต่างๆ ได้น้อย

#### ๕. กระบวนการสื่อสาร

การดำเนินกิจกรรมร่วมกันของเครือข่ายในจังหวัดทำให้เกิดกระบวนการสื่อสารที่เรียกว่าเฟสทูเฟส และการสื่อสารผ่านเฟสบุ๊ค เป็นอีกหนึ่งกระบวนการที่กระตุ้นให้เกิดความอยาก “อยาก ในที่นี้คือ อยากลุก ขึ้นมาทำความดี อยากเลียนแบบในสิ่งดีๆ” จากสิ่งที่ได้เห็นผ่านการสื่อสารทางเครือข่ายเฟสบุ๊ค นอกจากจะเป็นการสื่อสารของเครือข่ายแล้วยังเป็นการบันทึกข้อมูลและเรื่องราวจากการปฏิบัติ สู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู่การปฏิบัติ กระบวนการนี้ทำให้เราเห็นถึงพัฒนาการของความจริง ความดี ความงาม และความสุขของผู้คนที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ นำไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสู่การพัฒนาแผน ต่อยอดการดำเนินงานผู้สูงอายุของจังหวัดพิจิตร

**ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาผู้นำ** แบ่งเป็น ความสำเร็จเชิงกระบวนการ และความสำเร็จเชิงคุณภาพ  
ความสำเร็จเชิงกระบวนการ

๑. มีเวทีสัญจรผู้สูงอายุในระดับจังหวัด ที่ได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ปัจจุบันจัดขึ้นเป็นครั้งที่ ๒๖ เป็นระยะเวลา ๓ ปี ต่อเนื่อง จังหวัดพิจิตรมี อบท.และเทศบาล รวม ๑๐๑ แห่ง เราได้เคลื่อนขบวนการ สัญจรผู้สูงอายุไปในพื้นที่แล้วรวม ๒๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๖ ของพื้นที่ และยังมีแผนการสัญจรผู้สูงอายุ ระดับจังหวัดที่ต่อเนื่องในปี ๒๕๕๘ ต่อไป

๒. การสัญจรระดับอำเภอ เป็นกระบวนการล้อตามการดำเนินงานของจังหวัด หรือที่ผู้นำผู้สูงอายุเรียกว่า “การลอกเลียนกระบวนการแบบจังหวัด” มีพื้นที่ ๘ อำเภอ จาก ๑๒ อำเภอในจังหวัดพิจิตร ที่มี กระบวนการสัญจรระดับอำเภอ และยังเหลือพื้นที่อยู่ระหว่างขั้นตอนของการก่อร่างขบวนการระดับอำเภอ และการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ของอำเภอดงเจริญ อำเภอเมือง อำเภอสามโก้ และอำเภอวังทรายพูน กระบวนการของแต่ละอำเภออาจจะเป็นการสัญจร ๑ เดือนต่อครั้ง หรือ ๒ เดือนต่อครั้ง ตามขนาดความเล็ก/ ใหญ่ของแต่ละอำเภอ

๓. กระบวนการสัญจรผู้สูงอายุในระดับตำบล มีพื้นที่มากกว่า ๑๒ ตำบลที่มีการประชุมสัญจรตำบล อย่างต่อเนื่อง (ซึ่งอยู่ในกระบวนการติดตาม โดยการลงพื้นที่ถอดบทเรียนตำบล)

๔. มหกรรมผู้สูงอายุ จัดขึ้นเป็นปีที่ ๒ มีกำหนดการจัดงานมหกรรมผู้สูงอายุในรอบ ปีที่ ๓ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ โดยผู้สูงอายุอำเภอโพทะเลรับเป็นเจ้าภาพ

#### ความสำเร็จเชิงคุณภาพ

ก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชมรมตำบล อำเภอ ภาควิชาความร่วมมือในพื้นที่ หรือที่เรียกว่าภาคีเครือข่าย สามเหลี่ยม ที่จะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง จากกระบวนการพัฒนาที่เริ่มจากฐานตำบล ๑๒ ตำบล กระตุ้นให้จังหวัดเกิดความตื่นตัว และยังพัฒนาย้อนกลับมาสู่ระดับอำเภอให้ตื่นขึ้นเห็นถึงการให้ความสำคัญและพัฒนางานผู้สูงอายุในพื้นที่ จัดเป็นการพัฒนาที่เริ่มจากฐานเจดีย์

ก่อให้เกิดนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การดูแลกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ดูแลทั้งด้านกาย ใจ สังคม รวมถึงสวัสดิการที่ผู้สูงอายุสามารถจัดการได้ในพื้นที่ตำบล เป็นการดูแลที่มากกว่าการดูแลเรื่องการรักษาโรคทั้งหลาย และทั้งหมดนี้จัดเป็น นวัตกรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่

ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้กันทุกเดือนของผู้สูงอายุจากการร่วมสัญจรและมีประชุมที่ต่อเนื่องของพื้นที่ ทั้งในตำบล อำเภอ จังหวัด นอกจากนี้ แกนนำคณะกรรมการสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีความเชื่อมั่น ยังร่วมกัน บูรณาการแผน เพื่อเดินหน้าพัฒนางานผู้สูงอายุต่อไป

## ปัจจัยเอื้อสู่ความสำเร็จ

๑. ผู้นำที่มีใจ สนับสนุนให้มีพื้นที่ทางสังคม หรือมีกระบวนการที่ก่อให้เกิดการรวมตัวกันเกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น การประชุมกรรมการ การจัดกิจกรรมสัจจร เป็นต้น
๒. ผู้นำที่ผ่านกระบวนการพัฒนา สนับสนุนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง เช่น ให้มีการอบรมผ่านโรงเรียนผู้นำผู้สูงอายุ การสนับสนุนส่งเสริมให้แกนนำได้เข้าร่วมเรียนรู้ในกระบวนการสัจจรในทุกระดับ โดยการสนับสนุนของพี่เลี้ยง รพสต. โรงพยาบาล เทศบาล อบต.ในการอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางไปร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ได้สะดวกยิ่งขึ้น
๓. พี่เลี้ยงที่ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมประสานในระดับอำเภอ และจังหวัด เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ สาธารณสุขจังหวัด มูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร ประสานงานให้เกิดการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ ในภาพอำเภอ และจังหวัด
๔. การมีเป้าหมายที่ชัดเจน ก้าวสู่จุดหมายปลายทาง เช่น จังหวัดพิจิตรต้องการเห็นผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยทุกภาคมีส่วนร่วม และเป็นสังคมผู้สูงอายุที่ไม่ทอดทิ้งกัน
๕. มีการพัฒนาแผนการดำเนินงานร่วมกัน โดยมีผู้นำผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ จากทุกพื้นที่ร่วมกันทำแผนงานบูรณาการของผู้สูงอายุ
๖. มีหน่วยงานที่ร่วมสนับสนุน เช่น สาธารณสุขสนับสนุนการอำนวยความสะดวกเรื่องการเดินทาง การร่วมเป็นพี่เลี้ยงด้านวิชาการ มูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตรเป็นหน่วยประสานงานเชื่อมร้อยแกนนำผู้สูงอายุ จากทุกพื้นที่ ร่วมกับส่วนราชการ
๗. มีระบบการสื่อสาร ทั้งแนวตั้ง แนวนราบ และการสื่อสารสู่สาธารณะ

## ข้อจำกัดของการพัฒนาในพื้นที่

ขาดนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนงานด้านผู้สูงอายุ ส่งผลถึงการให้ความร่วมมือและการสนับสนุนที่เต็มกำลังของพี่เลี้ยงในบางพื้นที่

การก่อเกิดของผู้นำชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ชมรมผู้สูงอายุก็จะเข้มแข็ง ภาคีก็จะเข้ามามีส่วนร่วม ผู้สูงอายุก็น่าได้รับการดูแล แต่ถ้าขาดการส่งเสริมผู้สูงอายุให้เกิดความเข้มแข็ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ยังคงต้องเหน็ดเหนื่อย และคงต้องทำงานอย่างเดียวดายโดยขาดการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุ

คือ ความหวัง ความสุข ของผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร บนสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน



## สรุปผลการประชุมการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการประชุมกลุ่มระดมสมอง (Brain Training)

### ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน

คำสำคัญ (key words) ของยุทธศาสตร์ที่ ๒ คือ สถานบริการ ชุมชน และความเชื่อมโยง สถานบริการสุขภาพมีทั้งสถานบริการสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งขอกว่าเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข และนอกภาครัฐ ซึ่งอาจเป็นขององค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเอกชน

ในระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ./ระดับ A – Advanced level) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท./ระดับ S – Standard level) ในระดับอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ที่มีศักยภาพอาจเป็นระดับ M หรือ F – Middle หรือ First level ( มี M๑, M๒ , F๑, F๒, F๓) ส่วนสถานบริการระดับปฐมภูมิ (P – Primary level) ในระดับตำบลได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) ในเขตอำเภอเมือง ( M๑ รพท.ขนาดเล็ก, M๒ รพช.แม่ข่าย, F๑ รพช.ขนาดใหญ่, F๒ รพช., F๓ รพช.ขนาดเล็ก)

การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะผ่านศูนย์ส่งต่อ (Referral Center) ของโรงพยาบาล ส่วนการส่งผู้ป่วยใน (IPD) ที่กลับไปดูแลต่อเนื่องจากที่บ้านมักจะผ่านหน่วยงาน Continuity of Care Center (COC Center) ของโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ได้แก่ รพ.สต. หรือ ศสม. เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุจึงควรบูรณาการกับโครงสร้างเดิมที่มีอยู่แล้ว โดยอาจจะเพิ่มเติมบทบาทหน้าที่ให้ Referral Center หรือ COC Center หรือมีอีกทีมหนึ่งที่ทำหน้าที่ประสานงานดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลไปทำงานร่วมกับ Centers เหล่านี้

โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัดดูแลผู้สูงอายุที่ Admitted ในโรงพยาบาล ดูแล Acute Care เมื่ออาการดีขึ้น ส่งไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลระดับอำเภอดูแล Sub-acute/Intermediate Care สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นคนเขตอำเภอเมือง ในจังหวัดที่ไม่มีโรงพยาบาลอำเภอเมือง รพศ./รพท. ก็จะดูแล Sub-acute Care/Intermediate Care ด้วย ช่วงจำหน่ายผู้ป่วย จะมีการทำ Discharge plan ควรมี Protocol สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากดูเรื่องโรคแล้ว ควรมี Comprehensive Geriatric Assessment ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านสังคม ด้านร่างกาย ควรประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะโภชนาการ พัน หู ตา เป็นต้น ด้านจิตใจ ควรประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการให้คำแนะนำ/ฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแล / Caregiver

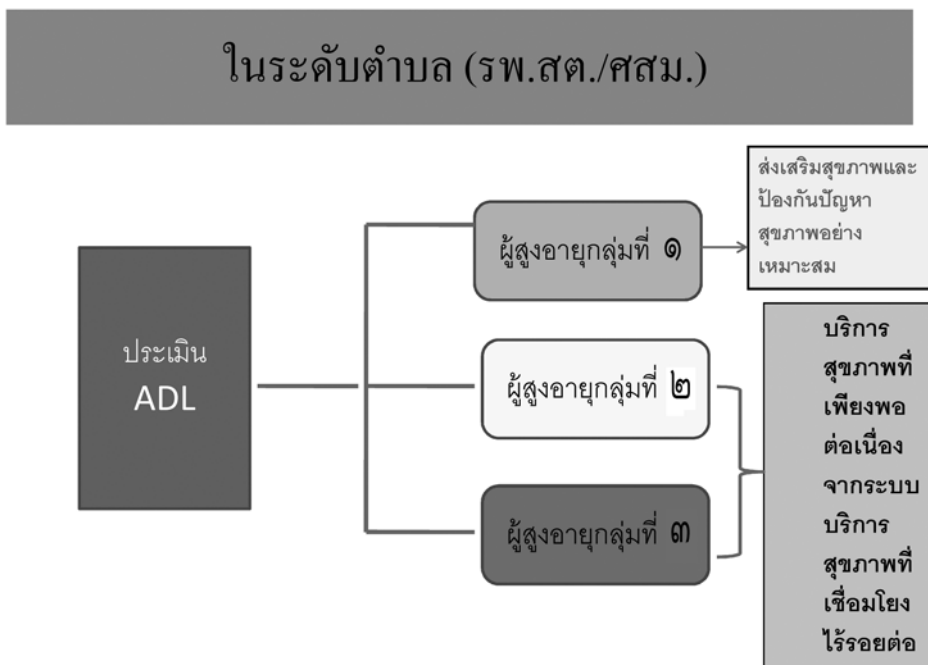
ในระดับโรงพยาบาลชุมชนก็เช่นเดียวกัน มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง Acute Care และ Intermediate Care ในกรณีที่สามารถ discharge จากโรงพยาบาลกลับไปดูแลต่อเนื่องจากที่บ้าน (Home Based Care) ทางโรงพยาบาลควรมี Home Care Pathway ให้บุคลากรของ ศสม./รพ.สต. เพื่อเป็นแนวทางในการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน และให้คำแนะนำแก่ Caregiver

ในชุมชนที่เข้มแข็ง อาจมีผู้นำชุมชน จิตอาสาหรืออาสาสมัครร่วมเยี่ยมบ้าน ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้สูงอายุตามความเหมาะสม ในกรณีที่ญาติของผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุเองที่บ้านได้ อาจพึ่งสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งอาจเป็นสถานบริการที่จัดตั้งโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร หรือเอกชน ที่ให้การดูแลแบบ Day Care หรือแบบ Respite Care

ส่วนผู้สูงอายุระยะสุดท้ายดูแลแบบ Palliative Care อาจดูแลที่บ้านผู้สูงอายุเอง หรืออาจมีสถานพยาบาลที่จัดตั้งโดยองค์กรใดองค์กรหนึ่ง

บุคลากรสาธารณสุขในระดับ รพ.สต./ ศสม. ควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเป็น ๓ กลุ่ม กลุ่ม ๑, ๒ และ ๓ ตามระดับการดูแลตนเองแต่ละกลุ่มมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสมเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องไปตรวจรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ซึ่งมาตรฐานบริการของคลินิกผู้สูงอายุใน รพศ., รพช. ได้มีแนวทางในการดำเนินงานและมีตัวอย่างที่ปฏิบัติได้ดีของ รพ. ต่างๆ เป็นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกรณีที่ต้อง Admit เป็นผู้ป่วยใน ดูแลแบบ Acute Care ก็ได้รับการดูแลในสถานบริการสุขภาพตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ในกรณีที่ไม่ต้อง Admit ผู้รับผิดชอบคลินิกสูงอายุหรือทีมประสานงานดูแลผู้สูงอายุให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มี Self Care ที่ดีในกรณีที่ต้องให้ระดับ ศสม./รพ.สต. เยี่ยมบ้าน ก็ดำเนินการแบบ Home Based Care

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการชุมชน

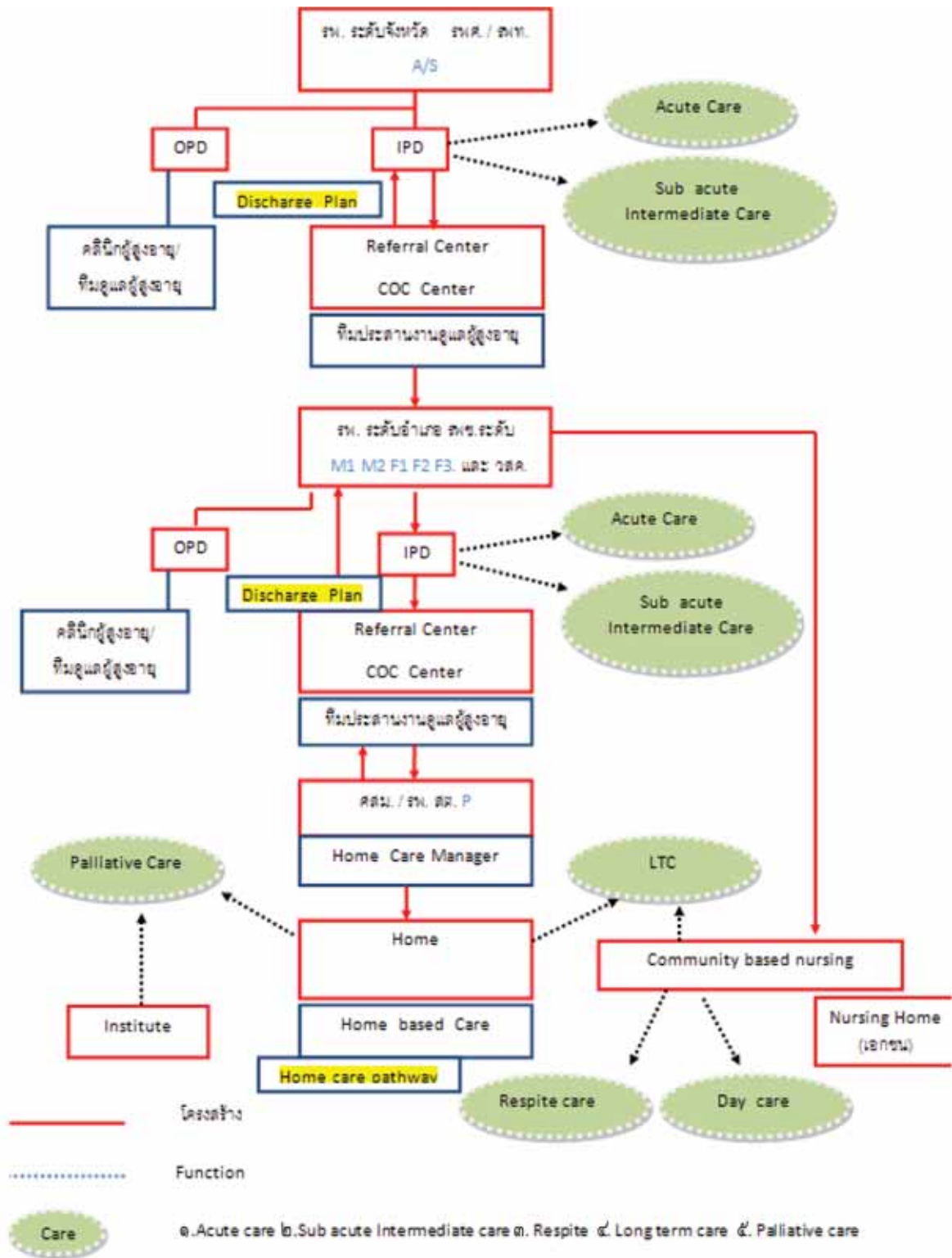


## Information System

ทีมประสานงานดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับอำเภอควรมีข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ และสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ และนอกภาครัฐ รวบรวมเป็นฐานข้อมูลในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

การพัฒนา บุคลากร Caregiver และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ทำหน้าที่บริบาลผู้สูงอายุแบบจ้าง ควรมีหลักสูตรมาตรฐานให้แก่หน่วยงานที่รับผิดชอบในจังหวัดหรืออำเภอต่างๆ เป็นผู้ฝึกอบรมทักษะการดูแล และการบริบาลผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน



## ข้อเสนอแนะจากที่ประชุมฯ

๑. ตัวชี้วัดทุกตัวจำเป็นต้องได้รับการนิยามให้ชัดเจน ระบุวิธีการเก็บ และวิธีการวิเคราะห์ให้ชัดเจน
๒. การตั้งเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ และบางมาตรการที่ประสบความสำเร็จ ก็สามารถสิ้นสุดมาตรการและไม่ต้องติดตามตัวชี้วัดต่อไป
๓. ควรจัดตั้งระบบติดตามประเมินแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว ทั้งนี้หน่วยงานที่ดำเนินการควรเป็นหน่วยงานอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข และมีการนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับยุทธศาสตร์ มาตรการ เป้าหมาย และการปฏิบัติงาน อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อเนื่อง [ในกรณีที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ระยะยาว ประธานกรรมการควรเป็นบุคคลภายนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ เพื่อให้การดำเนินการมีความเป็นกลางมากที่สุด โดยไม่มีอุปสรรคเรื่องการจัดหางบประมาณและความร่วมมือจากองค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ในหรือนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข]
๔. ควรจัดให้มีการดำเนินการติดตามประเมินแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวนี้ภายในปีพ.ศ. ๒๕๕๘ และใช้เป็นฐานในการประเมินและพัฒนาต่อไป
๕. การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ให้สามารถครอบคลุมทั้งประเทศน่าจะใช้เวลาประมาณ ๔ ปี นับตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๕๗ ดังนั้นจะมีช่วงเวลาที่จะพัฒนาตามแผนนี้ให้เกิดประสิทธิผลอย่างเป็นรูปธรรมเพียงไม่เกิน ๖ ปี ทำให้จำเป็นจะต้องเริ่มการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์นี้อย่างจริงจัง

## แผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๖ ระยะ ๑๐ ปี (ร่าง) เพื่อให้สอดคล้องสมความต้องการบริบทพื้นที่

### เป้าหมายของแผนบูรณาการ

๑. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ดูแลตนเอง ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม
๒. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน จะได้รับการบริการทางสุขภาพแบบองค์รวมที่เพียงพอต่อเนื่อง และสามารถอยู่กับครอบครัวชุมชนได้

### ตัวชี้วัดเป้าหมาย

๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ควรกำหนดนิยามชัดว่า อะไรคือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ที่สอดคล้องกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน [Self-care independence] ที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพอย่างเหมาะสม
๓. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน [Self-care dependence] ที่ได้รับการติดตามบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อเนื่องจากระบบบริการ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑: สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน (รวมถึงการคัดกรอง) ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

### ตัวชี้วัด (เป้าหมาย)

- ร้อยละตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
- ร้อยละตามกลุ่มของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำ และประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ
- ร้อยละตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุที่ได้รับวัคซีนตามมาตรฐาน
- ร้อยละตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันเลือดสูงและได้รับการรักษาต่อเนื่อง

| ลำดับ | มาตรการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | หน่วยงานรับผิดชอบ                                                                                                                                             | ตัวชี้วัด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | เป้าหมาย                                           |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| ๑     | <p>เผยแพร่ ธรรมนูญ ประชาสัมพันธ์<br/>ทุกรูปแบบทั่วประเทศ เพื่อ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>สร้างความตระหนักใน<br/>ความจำเป็นของการมี<br/>พฤติกรรมที่เหมาะสม<br/>และการเตรียมพร้อม<br/>สำหรับวัยสูงอายุและ<br/>วัยปลาย</li> <li>สร้างความตระหนักใน<br/>ความจำเป็นของการ<br/>ตรวจสุขภาพประจำ<br/>และการตรวจคัดกรอง<br/>ตามมาตรฐาน</li> <li>สร้างความตระหนักใน<br/>ความจำเป็นของการรับ<br/>รักษาต่อเนื่องสำหรับ<br/>โรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัย<br/>เสี่ยงของโรคหลอดเลือด</li> <li>สร้างความตระหนักใน<br/>ความจำเป็นของการ<br/>ป้องกันโรคหรือปัญหา<br/>ที่สำคัญ เช่น การหกล้ม วัคซีน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>กรมอนามัย</li> <li>กรมการแพทย์</li> <li>กรมควบคุมโรค</li> <li>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</li> <li>กรมสุขภาพจิต</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีแผนการ<br/>ดำเนินการเป็น<br/>ประจำทุกปี</li> <li>แผนดำเนินการ<br/>ครอบคลุม<br/>ช่องทางที่สำคัญ<br/>เพียงพอ<br/>สม่ำเสมอ</li> <li>ระดับความพึง<br/>พอใจของระบบ<br/>บริการตาม<br/>ยุทธศาสตร์ที่ ๒<br/>ต่อการ<br/>ดำเนินการทั้งใน<br/>ระดับประเทศ<br/>และในระดับ<br/>AHS &amp; DHS</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul> |
| ๒     | <p>พัฒนาข้อมูลและความรู้ที่<br/>จำเป็นและทันสมัย และพัฒนา<br/>ระบบการเข้าถึงข้อมูลให้<br/>เพียงพอทั่วถึงและต่อเนื่อง โดย<br/>ครอบคลุมในด้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ความเข้าใจในวงจร<br/>ชีวิต และความจำเป็น<br/>ของการเตรียมตัวเพื่อ<br/>วัยสูงอายุและวัยปลาย</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>กรมอนามัย</li> <li>กรมการแพทย์</li> <li>กรมควบคุมโรค</li> <li>กรมสุขภาพจิต</li> <li>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>มีแผนการ<br/>ดำเนินการเป็น<br/>ประจำทุกปี</li> <li>แผนดำเนินการ<br/>ครอบคลุม<br/>ช่องทางสำคัญ<br/>ของการเข้าถึง<br/>ข้อมูลอย่าง<br/>เพียงพอ</li> </ol>                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul> |

| ลำดับ | มาตรการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | หน่วยงานรับผิดชอบ                                             | ตัวชี้วัด                                                                                                                                                                                                                                                 | เป้าหมาย                                            |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● พฤติกรรมทางกายและจิตที่เหมาะสมเพื่อการมีสุขภาพดีในวัยสูงอายุและวัยปลาย</li> <li>● การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพ</li> <li>● บริการของกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่าย</li> </ul>                                                                                                                                                                       |                                                               | <p>สม่าเสมอ</p> <p>๓. ระดับความพึงพอใจของระบบบริการตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ ต่อการดำเนินการทั้งในระดับประเทศ และในระดับ AHS &amp; DHS</p> <p>๔. ชุดข้อมูลความรู้ที่ผลิตผ่านสื่อต่างๆ (เอกสาร สารคดี VDO Website)</p>                                            |                                                     |
| ๓     | <p>สนับสนุนส่งเสริม อันรวมถึง ข้อมูล ความรู้ ทักษะ กระบวนการตัดสินใจ และทรัพยากรที่จำเป็น ให้แก่บุคลากรและอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ โดยครอบคลุมในด้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ความเข้าใจในวงจรชีวิต และความจำเป็นของการเตรียมตัวเพื่อวัยสูงอายุและวัยปลาย</li> <li>● พฤติกรรมทางกายและจิตที่เหมาะสมเพื่อการมีสุขภาพดีในวัยสูงอายุและวัยปลาย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมอนามัย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ร้อยละของหน่วยบริการในระบบบริการสุขภาพตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ ที่มี</li> <li>● ความสามารถในการส่งเสริม ป้องกัน และคัดกรองปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐาน</li> <li>● ร้อยละของหน่วยบริการใน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> </ul> |

| ลำดับ | มาตรการ                                                                                                                                                                                                                          | หน่วยงานรับผิดชอบ                                                                                   | ตัวชี้วัด                                                                                                                                                                                                                                                               | เป้าหมาย                                            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและ ปัญหาสุขภาพ การคัดกรอง ปัญหาสุขภาพ</li> <li>• บริการของกระทรวง สาธารณสุขและ เครือข่าย</li> </ul>                                                   |                                                                                                     | <p>ระบบบริการ สุขภาพตาม ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ที่สนับสนุน บุคลากรและ อาสาสมัครให้มี ความสามารถในการ ดำเนินการได้</p>                                                                                                                                                          |                                                     |
| ๔     | <p>สนับสนุนส่งเสริมความสามารถ ในการ “ประเมินผู้สูงอายุ” (Geriatric assessment) ความสามารถในการจัดการดูแล ที่มีประสิทธิภาพ และทรัพยากรที่ จำเป็น ให้แก่บุคลากรและ อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในระบบ บริการสุขภาพตามยุทธศาสตร์ที่ ๒</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรมการแพทย์</li> <li>• กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ร้อยละของ หน่วยบริการแต่ละระดับ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ)ใน ระบบบริการ สุขภาพตาม ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ที่มี ความสามารถในการ “ประเมิน ผู้สูงอายุ” (Geriatric assessment) และ ความสามารถในการจัดการ ดูแลตามเกณฑ์ มาตรฐาน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> |

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน

ตัวชี้วัด (เป้าหมาย)

- ร้อยละของผู้ดูแลที่เต็มใจดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือติดบ้านต่อเนื่อง หรือหมายถึง ร้อยละของผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือติดบ้านมีผู้ดูแลที่บ้านต่อเนื่อง
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือติดบ้านและได้ย้ายไปพำนักรักษาในสถานบริการเรื้อรังหรือเทียบเท่า

| ลำดับ | มาตรการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | หน่วยงานรับผิดชอบ                                                                                                                          | ตัวชี้วัด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| ๑     | ดำเนินการให้เกิดระบบ Area-based Health System* (AHS) และ District Health System (DHS) ที่ชัดเจนเพื่อรองรับการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ที่ ๒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>สป.กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>กรมการแพทย์</li> </ul>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>กำหนด AHS/DHS ชัดเจนภายในปี พ.ศ.๒๕๕๗</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ● |
| ๒     | <p>พัฒนาระบบบริการที่บ้าน (Home-based Care) ที่มีประสิทธิภาพ (เน้นการบริการต่อเนื่องสำหรับกลุ่มที่ติดบ้านและติดเตียง) โดยมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ให้การส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เหมาะสมเพียงพอ</li> <li>ให้การป้องกันและการตรวจคัดกรองโรค-ปัญหาสุขภาพตามมาตรฐาน</li> <li>ให้บริการอย่างองค์รวม (Holistic care) และแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุทุกคน โดยเน้นการเข้าถึงผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือติดบ้าน</li> <li>ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการ ณ.ที่บ้าน หรือที่สถานมีฝึกอบรม</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>AHS &amp; DHS</li> <li>กรมการแพทย์</li> <li>กรมอนามัย</li> <li>กรมสุขภาพจิต</li> <li>สป.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของครัวเรือนที่ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง</li> <li>ร้อยละของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือติดบ้านที่ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยปีละ ๔ ครั้ง</li> <li>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ติดเตียง ติดบ้าน มีสุขภาวะที่ดีขึ้น</li> <li>ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยการสนับสนุนของ DHS ที่สามารถดำเนินการตามคุณลักษณะที่สำคัญได้</li> </ul> | ● |

| ลำดับ | มาตรการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | หน่วยงานรับผิดชอบ                                                                                                | ตัวชี้วัด                                                                                                                              |                                                     |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|       | <p>อย่างเพียงพอ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ให้การสนับสนุนหรือจัดให้มีการดูแลทดแทน (Respite care) ที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                  |                                                                                                                                        |                                                     |
| ๓     | <p>พัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ที่มีประสิทธิภาพและมีจำนวนเตียงและการบริการที่เพียงพอในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ให้บริการหลังระยะเจ็บป่วยฉับพลันที่เหมาะสมเพียงพอ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อให้สามารถกลับสู่บ้านอย่างมีคุณภาพ</li> <li>● รองรับผู้สูงอายุที่มีอาการคลุมเครือและไม่จำเป็นต้องใช้บริการหอผู้ป่วยฉับพลันแต่ไม่เหมาะสมที่จะรับบริการในสถานะผู้ป่วยนอก ที่ควรได้รับการประเมินผู้สูงอายุและการตรวจวินิจฉัยที่จำเป็น</li> <li>● รองรับผู้สูงอายุที่ต้องการการบริการทางการแพทย์ การพยาบาล หรือการฟื้นฟูสภาพ และไม่จำเป็นต้องเข้าใช้บริการในหอผู้ป่วยฉับพลัน</li> <li>● ให้บริการดูแลทดแทน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● AHS &amp; DHS</li> <li>● กรมการแพทย์</li> <li>● กรมสุขภาพจิต</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ร้อยละของ AHS &amp; DHS ที่มีการจัดตั้งระบบการดูแลระยะกลางและดำเนินการได้ต่อเนื่อง</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> </ul> |

| ลำดับ | มาตรการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | หน่วยงานรับผิดชอบ                                                                                                                     | ตัวชี้วัด                                                                                                                                           |   |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|       | สำหรับผู้สูงอายุที่มีความ<br>จำเป็นกรณีผู้ดูแลและคน<br>ในครัวเรือนไม่สามารถให้<br>การดูแลที่เพียงพอใน<br>ระยะเวลาสั้นๆที่ไม่เกิน<br>เกณฑ์ที่กำหนด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                     |   |
| ๔     | <p>ดำเนินการคลินิกดอกคำดวงน ที่<br/>สามารถจัดการบริการแบบองค์<br/>รวม โดยมีบทบาทสำคัญดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ให้บริการแก่ผู้ป่วยสูงอายุ<br/>ที่มีปัญหาการเคลื่อนที่<br/>หรือมีโรคเรื้อรังซับซ้อน<br/>โดยเป็นเสมือนช่องทาง<br/>พิเศษ</li> <li>● ให้คำปรึกษาและบริการ<br/>แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับ<br/>การส่งตัวมาจากระบบ<br/>บริการที่บ้าน และระบบ<br/>การดูแลระยะกลาง</li> <li>● ให้คำปรึกษาและบริการ<br/>แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับ<br/>การส่งตัวมาจากคลินิก<br/>หรือโรงพยาบาลอื่นๆเพื่อ<br/>ต้องการการดูแลรักษา<br/>แบบองค์รวม (Holistic<br/>care) หรือการดูแล<br/>บริการต่อเนื่อง<br/>(Continuity care) หรือ<br/>การดูแลระยะยาว<br/>(Long-term care)</li> <li>● สนับสนุนการบริการ<br/>ต่างๆตามยุทธศาสตร์ที่ ๒</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● AHS &amp; DHS</li> <li>● กรมการแพทย์</li> <li>● กรมสุขภาพจิต</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ร้อยละของ DHS<br/>ที่มีการจัดตั้งและ<br/>ดำเนินการได้<br/>ต่อเนื่องของ<br/>คลินิกดอก<br/>คำดวงน</li> </ul> | ● |
| ๕     | <p>ศูนย์สนับสนุนผู้สูงอายุสุขภาพดี<br/>และประสานการดูแลระยะยาว ที่<br/>ครอบคลุมคุณลักษณะสำคัญดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● สนับสนุนและส่งเสริม</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● AHS &amp; DHS</li> <li>● กรมการแพทย์</li> <li>● กรมอนามัย</li> <li>● กรมสุขภาพจิต</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ร้อยละของ DHS<br/>ที่มีการจัดตั้งศูนย์<br/>และสามารถ<br/>ดำเนินการตาม</li> </ul>                           | ● |

| ลำดับ | มาตรการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | หน่วยงานรับผิดชอบ                                                | ตัวชี้วัด                   |  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|
|       | <p>ข้อมูลความรู้ให้แก่ระบบบริการต่างๆตามยุทธศาสตร์ที่ ๒</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ประสานการดูแลระยะยาวที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ</li> <li>● ส่งเสริมและสนับสนุนการให้ความรู้และการฝึกทักษะด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ชมรมผู้สูงอายุหรือชุมชนหรือกลุ่มที่มีลักษณะเทียบเคียงในพื้นที่รับผิดชอบไม่ว่าจะสังกัดหน่วยงานหรือเป็นการรวมกลุ่มกันขึ้นเอง</li> <li>● ส่งเสริมสนับสนุน “ระบบอาสาสมัคร” เพื่อผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้สูงอายุ เพื่อร่วมในระบบบริการตามยุทธศาสตร์ที่ ๒</li> <li>● ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยจะต้องความครอบคลุมผู้สูงอายุที่ติดเตียงและติดบ้าน และข้อมูลของระบบบริการตามยุทธศาสตร์ที่ ๒</li> <li>● ติดตามประเมินผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนดและอยู่ในขอบข่ายที่ดำเนินการได้ใน AHS/DHS</li> <li>● จัดทำรายงานผลการดำเนินการของระบบบริการ และตัวชี้วัดเป็นประจำอย่างน้อยปีละ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมควบคุมโรค</li> </ul> | <p>คุณลักษณะที่สำคัญได้</p> |  |

| ลำดับ | มาตรการ                                                                                                                                                                                                                   | หน่วยงานรับผิดชอบ                                                                                                                     | ตัวชี้วัด                                                                                                                                              |   |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|       | หนึ่งครั้ง                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |   |
| ๖     | ดำเนินการพัฒนาบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานในระบบบริการตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ ทั้งการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อาสาสมัคร ตลอดจนการดำเนินการให้มีการผลิตบุคลากรเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าประสงค์อย่างพอเพียง | <ul style="list-style-type: none"> <li>● กรมการแพทย์</li> <li>● กรมอนามัย</li> <li>● กรมสุขภาพจิต</li> <li>● AHS &amp; DHS</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ร้อยละของ DHS &amp; AHS ที่มีบุคลากรและอาสาสมัครที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอ</li> </ul> | ● |

\* โดย AHS ประกอบด้วย DHS จำนวนที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : พัฒนาการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด (เป้าหมาย)

- ร้อยละของ DHS ที่มี อปท. และตัวแทนชุมชน ร่วมในระบบบริการที่บ้านอย่างเพียงพอต่อเนื่อง
- ร้อยละของ DHS ที่มี อปท. ร่วมจ่ายงบประมาณในระบบบริการที่บ้าน
- ร้อยละของ DHS ที่มี อปท. ร่วมจ่ายงบประมาณในการบริการดูแลระยะกลางที่มีที่ตั้งใน คอบต. ชุมชน หรือในสถานที่อื่นใดที่อยู่ภายนอกโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ

| ลำดับ | มาตรการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | หน่วยงานรับผิดชอบ                                                                                                       | ตัวชี้วัด                                                                                                                              |  |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ๑     | <p>สร้างความมีส่วนร่วมจากชุมชน ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ในระบบบริการตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ ผ่านระบบคณะกรรมการ และ/หรือ ที่ปรึกษา โดยรวมถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ระบบ Area-based Health System (AHS) และ District Health System (DHS)</li> <li>● ระบบบริการที่บ้าน (Home-based Care)</li> <li>● ระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● AHS &amp; DHS</li> <li>● สป.กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>● กรมการแพทย์</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ร้อยละของ AHS &amp; DHS ที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่มีการดำเนินการเพียงพอต่อเนื่อง</li> </ul> |  |

| ลำดับ | มาตรการ                                                                                                                                                                                                                                                        | หน่วยงานรับผิดชอบ                                                                                                 | ตัวชี้วัด                                                                                                                                            |  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>ระบบอาสาสมัคร</li> </ul>                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |                                                                                                                                                      |  |
| ๒     | เชื่อมโยงและประสานการบริการของระบบบริการตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ กับหน่วยบริการหรือองค์กรที่มีการจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ ทั้งที่เป็นภาคประชาชน องค์กรศาสนา องค์กรไม่แสวงหารายได้ เอกชน และสังกัดหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่ตั้งอยู่ใน DHS/AHS | <ul style="list-style-type: none"> <li>AHS &amp; DHS</li> <li>สป.กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>กรมการแพทย์</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของ AHS &amp; DHS ที่มีเครือข่ายการบริการหรือมีการบริการร่วมกันกับหน่วยบริการที่ไม่ใช่ของรัฐ</li> </ul> |  |
| ๓     | ดำเนินการให้ระบบบริการตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่องและยั่งยืนทางการเงิน โดยการประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรมจากภาครัฐและหน่วยงานภาครัฐ สถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>AHS &amp; DHS</li> <li>สป.กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>กรมการแพทย์</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ร้อยละของ AHS &amp; DHS ที่มีงบประมาณเพียงพอและต่อเนื่อง</li> </ul>                                           |  |

## งานวิจัยเรื่อง บทบาทกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

วารสารวิชาการสาธารณสุข

ปีที่ 23 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม - สิงหาคม 2557

Journal of Health Science

Vol. 23 No. 4 July - August 2014

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

### บทบาทกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

เบญจพร สุธรรมชัย ป.พ.ส.\*

นภัส แก้ววิเชียร พย.บ.\*

นลินี เชื้อคำฟู วท.บ.\*\*

\* สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

\*\* คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทที่ควรเป็นของกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความคิดเห็นและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปปรับบทบาทและวิธีการดำเนินงานของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความคิดเห็นและความต้องการของผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ และผู้บริหาร หน่วยงานที่ทำงานบริการผู้สูงอายุ จำนวน 18 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยชุดคำถาม 10 ประเด็น และการสำรวจความคิดเห็นและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่รัศมี 5 กิโลเมตรของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 500 คน ด้วยแบบสอบถาม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2556 และมีกุมภาพันธ์ถึงกันยายน 2556 ตามลำดับ ผลการวิจัยในกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหาร ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปความคิดเห็นได้ว่า กรมการแพทย์ควรเป็นแกนนำและศูนย์กลางในการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร ออกแบบระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัย ทุกระดับบริการเป็นแกนกลางในการกำหนดคุณลักษณะของบุคลากรเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ทุกวิชาชีพ จัดทำหลักสูตร การศึกษา/ฝึกอบรมเพื่อให้มีบุคลากรพอเพียง ทำหน้าที่เป็นหน่วยปัญญา ศูนย์กลางการจัดการความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และสร้างคู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้ทั่วประเทศ ผลลัพธ์ดูผู้สูงอายุระดับที่ต่ำกว่าผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ จัดให้มีการทดสอบเพื่อออกไปรับรองการประกอบอาชีพและติดตามควบคุมการปฏิบัติงาน จัดให้มีภาคีเครือข่ายเพื่อผลักดันนโยบายผู้สูงอายุให้เป็นวาระแห่งชาติ ทดลองดำเนินการจัดบริการต้นแบบผู้ป่วยนอกและศูนย์ดูแลภาคกลางวันในกระทรวงสาธารณสุขและบริการอื่นในสถานพยาบาลที่มีอยู่แล้ว ประสานกับองค์กรทางการแพทย์เพื่อกำหนดบทบาทของแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ จัดแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุเพื่อจัดระบบการดูแลให้สอดคล้องเหมาะสม โดยเริ่มการดูแลตั้งแต่ก่อนถึงวัยสูงอายุ ส่วนผลการวิจัยในกลุ่มผู้รับบริการคือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 411 คน คิดเป็นร้อยละ 82.20 วิเคราะห์ระดับความต้องการด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่าผู้รับบริการมีความต้องการด้านการบริการดูแลรักษาทางการแพทย์ ด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการบริการเข้าร่วมจิตอาสาการช่วยเหลือทางสังคม และด้านบริการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์อยู่ในระดับมากทั้งหมด

**คำสำคัญ:** การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว, เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย (aging society) เนื่องจากการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของประชากรทุกกลุ่มอายุ ประกอบกับการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศที่ส่งผลให้ประชาชนมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ทำให้แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนและสัดส่วน จึงเป็นสถานการณ์สำคัญที่กระทบต่อทุกภาคส่วนทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างเป็นพลวัต ตั้งแต่ระดับครัวเรือน สังคม เศรษฐกิจ การเงินการคลังของประเทศ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านการเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคม<sup>(1)</sup> การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะสุขภาพ (health transition) แบบแผนการเกิดโรคได้เปลี่ยนมาเป็นการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัยและโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังมากขึ้น Knodel และ Chayovan วิจารณ์ว่ารัฐบาลไทยตระหนักให้มโนนโยบายที่ตอบสนองและรองรับสังคมผู้สูงอายุมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่มีกฎหมายและข้อบังคับเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ<sup>(2)</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กล่าวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ. 2555 - 2559<sup>(3,4)</sup> ว่าประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนร้อยละ 11.90 ใน พ.ศ. 2553 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 14.80 ในปี 2559 เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 จึงเป็นประเด็นท้าทายยิ่งสำหรับภาครัฐที่จะต้องเตรียมการให้พร้อมรับและตอบสนองต่อสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

แผนนโยบายหลักของรัฐบาลด้านสุขภาพของประเทศให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งเน้นแผนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุอย่างมีทิศทางที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)<sup>(5)</sup> ที่ได้กำหนดนโยบายแผนงานมุ่งขับเคลื่อนการดำเนินการด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมผ่านภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคสังคม และภาคประชาชนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างดียิ่ง

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายด้านสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัยสูงอายุ มีเป้าหมายให้เกิดผลกระทบระดับชาติในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ให้ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 72 ปี โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์จัดตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2537 ต่อมาใช้ชื่อใหม่ ว่าสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ มีวิสัยทัศน์ เป็นผู้นำทางวิชาการและเทคโนโลยีด้านระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุระดับชาติ มีพันธกิจศึกษา วิเคราะห์วิจัย พัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการ และเทคโนโลยีด้านระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ถ่ายทอดและเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยีด้านระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุให้แก่หน่วยงานและบุคลากรด้านสุขภาพ และส่งเสริม สนับสนุนการนำระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุไปใช้ในหน่วยงานด้านสุขภาพ สอดรับกับนโยบายกรมการแพทย์ที่ว่า “พัฒนาสถาบันกรมการแพทย์เป็นสถาบันเฉพาะทางชั้นสูงระดับชาติ (center of excellence/national Institutes)” เพื่อตอบสนองและขับเคลื่อนให้ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนและสังคมให้สัมพันธ์กับวิถีชีวิต ตลอดจนต่อยอดการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทั้งทางกาย สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ อย่างเหมาะสมภายใต้สถานการณ์สำคัญ<sup>(6)</sup> การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบ

กับแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้เตรียมการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และโครงสร้างกระทรวงให้เหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนบทบาทของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ในการเป็นผู้นำทางวิชาการและเทคโนโลยีด้านระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุระดับชาติ เพื่อนำมาปรับปรุงบทบาทของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ให้สอดคล้องกับความคิดเห็นและความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบผสม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการสำรวจด้วยแบบสอบถามกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1. การสอบถามความคิดเห็นและความต้องการในกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหาร เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยชุดคำถามที่เตรียมไว้ 10 ประเด็น โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเนื้อหาครบถ้วน ข้อคำถามถูกต้องเหมาะสมตรงตามโครงสร้าง และภาษาที่ใช้เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

2) กลุ่มผู้บริหารหน่วยงานที่ทำงานบริการผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ snow-ball technique

2. การสอบถามความคิดเห็นและความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการเพื่อการจัดบริการต้นแบบผู้ป่วยนอก และศูนย์ดูแลกลางวันในกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นเอง ตรวจสอบความถูกต้องของรูปแบบคำถามและการจัดข้อคำถาม และทดลองนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับตัวอย่างที่มีคุณลักษณะและคุณสมบัติเหมือนกับตัวอย่างที่ใช้ใน

การวิจัย<sup>(7)</sup> จำนวน 30 ราย จากนั้นนำไปดำเนินการจริงในประชากรที่อาศัยอยู่ในบริเวณพื้นที่รอบกระทรวง-สาธารณสุขในเขตที่มี 5 กิโลเมตรครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลตลาดขวัญ ตำบลท่าทราย ตำบลบางกระสอ ตำบลบางเขน ตำบลสวนใหญ่ ตำบลบางไผ่ ตำบลบางสีทอง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี และบางส่วนของเขตบางซื่อ เขตบางซ้น เขตบางเขน เขตจตุจักร เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร โดยสอบถามกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ชุมชนและผู้ที่มาใช้บริการในสถานพยาบาล 2 แห่ง คือ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ และโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยมีกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 500 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสรุปเป็นความเรียง รายละเอียด ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยคำถามใน 10 ประเด็น ได้แก่

- (1) บทบาทในการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ
- (2) รูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์ฯ
- (3) บทบาทในการพัฒนาบุคลากร
- (4) บทบาทในการจัดการความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- (5) บทบาทในการสร้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- (6) บทบาทในการผลักดันนโยบายผู้สูงอายุของประเทศ
- (7) รูปแบบบริการที่จะทดลองดำเนินการเป็นต้นแบบ
- (8) บทบาทในการประสานการดำเนินการของแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
- (9) การแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุเพื่อการดูแล และ

(10) ความคิดเห็นเพิ่มเติม

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสอบถามความคิดเห็นและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตรัศมี 5 กิโลเมตรจากกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยสันนิษฐานว่าหากกลุ่มตัวอย่างสามารถเดินทางมารับบริการในสถานที่เก็บข้อมูลได้ ถือเป็นผู้ที่สามารถเดินทางไปยังกระทรวงสาธารณสุขได้ จึงสามารถตอบแบบสอบถามได้ จึงไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงที่ตั้งของที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุเป็นหลักและผู้ดูแลตามลำดับ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเขียนหรืออ่านเพื่อให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยมีหน้าที่อ่านและบันทึกความเห็นของผู้สูงอายุโดยปราศจากความเห็นและการชี้นำจากผู้วิจัย ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจและการสื่อสาร จะไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย โดยแจกแบบสอบถามแก่ผู้สูงอายุ 350 ชุด ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 150 ชุด รวมจำนวน 500 คน

รูปแบบของแบบสอบถามประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 แบบแสดงความต้องการและความคิดเห็น ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

- 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง ระดับปานกลาง
- 3 หมายถึง ระดับมาก
- 4 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ใช้เกณฑ์ในการประเมินตามหลักของประคองกรรณสูตร<sup>(8)</sup> คือ หาค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละข้อ แปลความหมายตามคะแนน ดังนี้

- 3.50 - 4.00 หมายถึง มากที่สุด
- 2.50 - 3.49 หมายถึง มาก
- 1.50 - 2.49 หมายถึง น้อย
- 1.00 - 1.49 หมายถึง น้อยที่สุด

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ระยะเวลาที่ศึกษา

ระยะที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหาร 18 คน ตั้งแต่กุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2556

ระยะที่ 2 การแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมแบบสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่มิถุนายนถึงกันยายน 2556

ผลการศึกษา

1. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหาร

ประเด็นที่ 1 บทบาทในการวิจัยและพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ควรเป็นแกนนำในการวิจัยและพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครบวงจร สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มทุกวัยโดยดำเนินการวิจัย และเป็นศูนย์กลางเชื่อมต่อการทำงานของหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยอาจจัดตั้งเป็นภาคีความร่วมมือเพื่อการทำงานที่ต่อเนื่อง โดยมุ่งเป้าที่การหารูปแบบบริการที่สอดคล้องเหมาะสมกับวัฒนธรรม ภูมิปัญญา สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ทางการเงินของประเทศ

ประเด็นที่ 2 รูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ควรพัฒนาและดำเนินการในทุกกลุ่มวัย โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่จัดบริการทุกฝ่าย โดยมุ่งเน้นการดูแลในชุมชน ให้มีการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้เป็นผู้สูงอายุที่เปี่ยมพลัง (active aging) ด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รองลงมาคือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จัดให้มีผู้ดูแลที่มีคุณภาพ สามารถดูแลอยู่ที่บ้านและในชุมชนได้ดี และสุดท้ายคือ กลุ่มติดเตียง จัดบริการในสถานพยาบาล และจัดระบบดูแลต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ประเด็นที่ 3 บทบาทของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ต่อการพัฒนาบุคลากร

ควรเริ่มต้นด้วยการกำหนดคุณลักษณะบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทุกวัย ทุกระดับ ตั้งแต่ในครอบครัว ในชุมชน ในศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center) ในผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ในการดูแลระยะกึ่งเฉียบพลัน การดูแลระยะยาวในสถานพักฟื้น และการดูแลผู้สูงอายุวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบคลุมทุกวิชาชีพทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ กำหนดหลักสูตรการศึกษา/ฝึกอบรม และประสานงานกับสถาบันผู้ผลิตบุคลากร เช่น มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล และดำเนินการผลิตหรือฝึกอบรมเองเท่าที่จำเป็น เพื่อให้บุคลากรพอเพียงต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ในประเด็นนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าการผลิตบุคลากรควรผลิตแพทย์อย่างเร่งด่วน สามารถเรียนต่อเฉพาะทางผู้สูงอายุได้โดยไม่ต้องให้แพทย์ใช้ทุนจนครบก่อน เพื่อให้แพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุผลิตบุคลากรอื่นๆ เฉพาะทางผู้สูงอายุได้อีกต่อไป

**ประเด็นที่ 4** บทบาทในการจัดการความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์ฯ ควรทำหน้าที่เป็นหน่วยปัญญา (intelligence unit) รวบรวมข้อมูล สถานการณ์ องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งหมดทั้งในและต่างประเทศ มาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ ประมวลความรู้ จัดระบบการสืบค้นเข้าถึงข้อมูล ทำหน้าที่เป็นระบบเครือข่ายให้บริการข้อมูล (clearing house) และประสานภาคีภาคส่วนต่างๆ เพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เผยแพร่และผลักดันให้มีการนำไปใช้จริง ติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ และนำผลมาปรับปรุงแนวทางฯ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ควรมีระบบการจัดการความรู้ที่สามารถเผยแพร่สู่ประชาชนทั่วไปเพื่อรับรู้และร่วมกันดูแลผู้สูงอายุด้วย

ผู้ทรงคุณวุฒิยังให้ความเห็นว่าสถาบันเวชศาสตร์ฯ ควรเป็นหน่วยงานที่เชื่อมกับทบวงมหาวิทยาลัยในการทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ โดยอาจตั้งเงินทุนจ้างงานกลุ่มบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ และให้สถาบัน-

เวชศาสตร์ฯ นำไปต่อยอด นอกจากนี้ ควรทำเป็นรูปแบบที่ชัดเจนว่า โรงพยาบาลแต่ละระดับจะมีรูปแบบที่แตกต่างกันอย่างไร และแตกต่างกันตามบริบทของประเทศไทยอย่างไร

**ประเด็นที่ 5** บทบาทในการสร้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ควรมีการผลิต/ฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ กำหนดหลักสูตร วิธีการฝึกอบรม การออกใบรับรองการประกอบวิชาชีพ การจัดทำทะเบียน ทำเนียบผู้ดูแลผู้สูงอายุ วางระบบติดตามการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมกำกับคุณภาพ ทั้งนี้ควรประสานความร่วมมือกับสถาบันต่างๆ ที่มีศักยภาพ เช่น มหาวิทยาลัย วิทยาลัย โรงพยาบาล เพื่อให้สามารถผลิต/ฝึกอบรมได้มากเพียงพอกับความต้องการ

**ประเด็นที่ 6** บทบาทในการผลักดันนโยบายผู้สูงอายุของประเทศ

สถาบันเวชศาสตร์ฯ ควรเป็นแกนนำในการผลักดันนโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยอาศัยความรู้เป็นพลังขับเคลื่อนผ่านองค์กรที่มีอยู่ในระบบ นับตั้งแต่ผู้กำหนดนโยบาย เช่น กระทรวงสาธารณสุข สภาผู้สูงอายุแห่งชาติ สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา นักวิชาการด้านการดูแลสุขภาพ ทั้งในมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล นิสิต นักศึกษาด้านวิชาชีพสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผ่านมวลชนด้วยการสื่อสารผ่านองค์กรทางสังคม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และใช้สื่อสารมวลชน ติดตามประเมินความสำเร็จและปรับปรุงกลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง

**ประเด็นที่ 7** รูปแบบบริการที่จะทดลองดำเนินการเป็นต้นแบบ

สถาบันเวชศาสตร์ฯ ควรจัดบริการเฉพาะผู้ป่วยนอก และศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center) ส่วนบริการผู้ป่วยใน ควรจัดในโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้วทุกระดับ โดยสถาบันเวชศาสตร์ฯ และภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมกำหนดรูปแบบที่มีการส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับขั้นทั้งขึ้นและลง โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นฐานในการเชื่อมต่อการดูแลในชุมชน (community care) และกำหนดบทบาทของบริการที่จัดขึ้น เป็นสถานที่

สำหรับการวิจัย การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน และการทดลองรูปแบบหรือวิธีการบริการใหม่เพื่อประเมินความสอดคล้องเหมาะสม ที่สามารถขยายบริการไปใช้ได้ทั่วประเทศ

**ประเด็นที่ 8 บทบาทในการประสานการดำเนินงานของแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**

สถาบันเวชศาสตร์ฯ ควรประสานกับองค์กรทางการแพทย์ เช่น แพทยสภา ราชวิทยาลัย โรงเรียนแพทย์ ร่วมกันกำหนดบทบาทของแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่แพทย์ทั่วไป หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ และแพทย์เฉพาะสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยเน้นให้มีการดูแลครอบคลุมทั้ง 4 มิติขององค์รวม คือ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ปัญญา และสังคม ผลักดันให้มีการเรียนการสอนด้านการดูแลผู้สูงอายุ และวางแนวทางการทำงานดูแลผู้สูงอายุของแพทย์ร่วมกับวิชาชีพอื่น

**ประเด็นที่ 9 การแบ่งช่วงวัยการดูแลผู้สูงอายุ**

สถาบันเวชศาสตร์ฯ ควรจัดให้มีการแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม โดยเน้นที่การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในแต่ละช่วงวัยเพื่อการบริการในเชิงรุกที่มุ่งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังและค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับช่วงวัย และการดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ ควรกำหนดแนวทางการดูแลตั้งแต่ก่อนถึงวัยสูงอายุ ครอบคลุมไปถึงเวชศาสตร์ชะลอวัย (anti-aging) และการคืนความอ่อนเยาว์ (rejuvenation)

**ประเด็นที่ 10 ความคิดเห็นเพิ่มเติม**

1) การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ ควรให้มีโอกาสได้อยู่ร่วมกับบุคคลหลายวัย ไม่ควรให้อยู่เฉพาะในแวดวงผู้สูงอายุด้วยกัน เช่น แนวคิดการจัดศูนย์สามวัยดูแลผู้สูงอายุ การให้ลูกหลานร่วมกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันมิให้เกิดอาการว่าเหวและภาวะซึมเศร้า

2) ควรประสานกับสภายาบาลเพื่อกำหนดแนวทางการผลิตและฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีใช้ยาบาล เพื่อเสริมช่องว่างในระบบการดูแลให้มีความ

ครอบคลุมทั้งในเชิงปริมาณและกระบวนการ

3) เครื่องมือหรือกิจกรรมสำหรับดูแลผู้สูงอายุ ควรมีการพัฒนาหรือผลิตเป็นพิเศษ ให้มีการผสมผสานระหว่างความทันสมัยกับภูมิปัญญาไทย มีนวัตกรรมที่สามารถขยายผลไปใช้ได้ทั่วประเทศ

4) แพทย์ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรเป็นแพทย์ที่มีอายุไม่มากนัก ไม่ควรใช้แพทย์ที่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้การจัดบริการมีความคล่องตัว กระฉับกระเฉง และไม่เกิดความคลาดเคลื่อนหรือผิดพลาด เนื่องจากความเสื่อมตามอายุของแพทย์ผู้ดูแล

2. การสอบถามความคิดเห็นและความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการด้วยแบบสอบถาม

จากผลสอบถามความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 500 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 411 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 82.20 เป็นผู้สูงอายุ 261 คน คิดเป็นร้อยละ 63.50 เป็นชาย 90 คน หญิง 171 คน เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 150 คน คิดเป็นร้อยละ 36.40 เป็นชาย 29 คน หญิง 121 คน

2.1 สถานการณ์เจ็บป่วยของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 27.59 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคส่วนใหญ่พบเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 29.89 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) หรือเป็นเบาหวานร่วมด้วย (ร้อยละ 5.75) ตามด้วยโรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ เป็นต้น (ตารางที่ 1)

2.2 การรับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่รับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 60.54 รับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และร้อยละ 20.69 เป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย) (ตารางที่ 2)

2.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการที่ควรมีในสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

มีการเสนอความเห็นว่ามีบริการด้านต่างๆ เรียงตามลำดับดังนี้

1) ด้านการบริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแพทย์

บทบาทกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

- 1.1) บริการการแพทย์แผนไทย เช่น อบไอน้ำ สมุนไพร นวดไทย เป็นต้น

1.2) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักแก้ไขการพูด เป็นต้น

1.3) บริการทางการแพทย์พยาบาล การตรวจสุขภาพ และการตรวจรักษาเบื้องต้นโดยแพทย์ พยาบาล เช่น
- การตรวจตา ตรวจทันตกรรม ตรวจระบบประสาทสมอง ตรวจกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น

1.4) กิจกรรมประเพณีหรือคัดกรองด้านต่างๆ เช่น ระบบการทรงตัว เข้าเสื่อม สมองเสื่อม เป็นต้น

1.5) บริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาจากนักจิตวิทยา แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

ตารางที่ 1 สถานการณ์เจ็บป่วยของกลุ่มผู้สูงอายุ

| โรค/การเจ็บป่วย                               | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------|-------|--------|
| ไม่มีโรคประจำตัว                              | 72    | 27.59  |
| โรคความดันโลหิตสูง                            | 78    | 29.89  |
| เบาหวาน                                       | 16    | 6.13   |
| ความดัน เบาหวาน                               | 15    | 5.75   |
| กระดูกหักเส้นประสาท กระดูกพรุน ปวดข้อ ปวดเข่า | 14    | 5.36   |
| ไขมันในเลือดสูง                               | 13    | 4.98   |
| ภูมิแพ้ (หอบหืด)                              | 10    | 3.83   |
| ความดัน ไขมันในเลือดสูง                       | 9     | 3.45   |
| เส้นเลือดในสมองตีบ                            | 9     | 3.45   |
| โรคหัวใจ                                      | 4     | 1.53   |
| ความดัน โรคหัวใจ                              | 4     | 1.53   |
| เบาหวาน โรคหัวใจ                              | 3     | 1.15   |
| ตา (ต้อต่างๆ)                                 | 3     | 1.15   |
| สมองเสื่อม ความจำเลอะเลือน                    | 2     | 0.77   |
| อื่นๆ                                         | 3     | 1.15   |
| รวมผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด                     | 261   | 100.00 |

ตารางที่ 2 การรับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ

| การรับบริการของผู้สูงอายุ                 | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------------|-------|--------|
| โรงพยาบาลของรัฐบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข | 158   | 60.54  |
| โรงพยาบาลของรัฐบาล สังกัดมหาวิทยาลัย      | 54    | 20.69  |
| โรงพยาบาลเอกชน คลินิก                     | 23    | 8.81   |
| สถานพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข              | 13    | 4.98   |
| สถานีนอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  | 8     | 3.07   |
| ไม่ได้ใช้บริการ                           | 2     | 0.77   |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข                      | 1     | 0.38   |
| อื่นๆ                                     | 2     | 0.77   |
| รวม                                       | 261   | 100.00 |

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2) ด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพ                                                                                                   | ที่ต้องใช้ภายในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2.1) บริการนำออกกำลังกายประเภทต่าง ๆ เช่น ฤๅษีตัดตน ห้วยตันกง เปตอง เป็นต้น                                                      | 4) ด้านการบริการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2.2) กิจกรรมทางศาสนา เช่น ฝึกสมาธิ กลุ่มสนทนาธรรม เป็นต้น                                                                        | 4.1) กิจกรรมทัศนศึกษาออกสถานที่                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2.3) กิจกรรมนันทนาการ เช่น เต้นรำ ร้องเพลง เรียนคอมพิวเตอร์ ทำสิ่งประดิษฐ์ เป็นต้น                                               | 4.2) กิจกรรมหรือการอบรมให้ความรู้ตามสภาพปัญหาผู้สูงอายุ                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 2.4) กิจกรรมอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสุขภาพ เช่น นักโภชนาการสาธิตและสอนการทำอาหารเพื่อสุขภาพ ทำน้ำผักผลไม้ อาหารสมุนไพร เป็นต้น | 4.3) การจัดอบรมบรรยายเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 3) ด้านการบริการเข้าร่วมจิตอาสาการช่วยเหลือทางสังคม                                                                              | 4.4) การจัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุให้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3.1) การส่งเสริมผู้สูงอายุให้เข้าร่วมทำกิจกรรมช่วยเหลือสังคม เช่น เป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เป็นต้น                               | 2.4 ระดับความต้องการการบริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมากที่สุดว่าควรมีการบริการดูแลรักษาฟื้นฟูผู้สูงอายุทางการแพทย์ร้อยละ 54.42 การบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร้อยละ 45.25 การบริการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์ร้อยละ 39.30 และการบริการจิตอาสาการช่วยเหลือทางสังคมร้อยละ 38.70 เรียงตามลำดับ ดังนี้ |
| 3.2) การส่งเสริมผู้สูงอายุให้สามารถเข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอแนวทางของการให้บริการในสถาบันเวชศาสตร์                                 | 1) การบริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแพทย์                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3.3) บริการการสาธิตและการจัดจำหน่ายอุปกรณ์                                                                                       | ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการการ                                                                                                                                                                                                                                                                         |

ตารางที่ 3 ความต้องการการดูแลรักษาผู้สูงอายุทางด้านการแพทย์

| การบริการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแพทย์                                                                                                              | ผู้สูงอายุ (N = 261) |      |                  | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N = 150) |      |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|------------------|-----------------------------|------|------------------|
|                                                                                                                                                  | Mean                 | S.D. | ระดับความคิดเห็น | Mean                        | S.D. | ระดับความคิดเห็น |
| 1. บริการการแพทย์แผนไทย เช่น ครอบน้ำมันสมุนไพร นวดไทย                                                                                            | 3.30                 | 0.89 | มาก              | 3.50                        | 0.75 | มากที่สุด        |
| 2. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและนักแก้ไขการพูด                                                                        | 2.80                 | 0.97 | มาก              | 2.83                        | 0.96 | มาก              |
| 3. บริการทางการแพทย์ การตรวจสุขภาพและการตรวจรักษาเบื้องต้นโดยแพทย์ พยาบาล เช่น การตรวจตา ตรวจพันตกรรม ตรวจระบบประสาทสมอง ตรวจกระดูกและกล้ามเนื้อ | 3.40                 | 0.83 | มาก              | 3.43                        | 0.88 | มาก              |
| 4. กิจกรรมประเพณีหรือคัดกรองด้านต่าง ๆ เช่น ระบบการทรงตัว เข้าเสื่อม สมองเสื่อม ฯลฯ                                                              | 3.50                 | 0.76 | มากที่สุด        | 3.60                        | 0.68 | มาก              |
| 5. บริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาจากนักจิตวิทยา แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว                                                                           | 2.90                 | 0.95 | มาก              | 3.17                        | 0.78 | มาก              |
| รวม                                                                                                                                              | 3.22                 | 0.88 | มาก              | 3.30                        | 0.81 | มาก              |

บทบาทกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแพทย์ โดยรวมในระดับมาก (Mean = 3.22) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3)

2) การบริการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการการบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมในระดับมาก (Mean = 3.14) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4)

3) การบริการเข้าร่วมจิตอาสาการช่วยเหลือทางสังคม

ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการการบริการเข้าร่วมจิตอาสาการช่วยเหลือทางสังคมโดยรวมในระดับมาก (Mean = 2.84) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5)

4) การบริการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์

ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการการบริการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์โดยรวมในระดับมาก (Mean = 3.04) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 ความต้องการการบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

| การบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ                                                                          | ผู้สูงอายุ (N = 261) |      |                  | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N = 150) |      |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|------------------|-----------------------------|------|------------------|
|                                                                                                            | Mean                 | S.D. | ระดับความคิดเห็น | Mean                        | S.D. | ระดับความคิดเห็น |
| 1. บริการนำออกกำลังกายประเภทต่าง ๆ เช่น ฤาษีดัดตน หว้ายตันกง เปตอง                                         | 3.12                 | 0.91 | มาก              | 3.08                        | 0.77 | มาก              |
| 2. กิจกรรมทางศาสนา เช่น ฟังสวดมนต์ กลุ่มสันทนาธรรม                                                         | 3.14                 | 0.89 | มาก              | 3.33                        | 0.83 | มาก              |
| 3. กิจกรรมนันทนาการ เช่น เต้นรำ ร้องเพลง เรียนคอมพิวเตอร์ ทำสิ่งประดิษฐ์                                   | 3.12                 | 0.89 | มาก              | 3.22                        | 0.84 | มาก              |
| 4. อบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น นักโภชนาการสาธิตและสอนการทำอาหาร เพื่อสุขภาพ ทำน้ำผักผลไม้ อาหารสมุนไพร | 3.19                 | 0.95 | มาก              | 3.31                        | 0.92 | มาก              |
| รวม                                                                                                        | 3.14                 | 0.91 | มาก              | 3.23                        | 0.84 | มาก              |

ตารางที่ 5 ความต้องการการบริการจิตอาสาการช่วยเหลือทางสังคม

| การบริการเข้าร่วมจิตอาสาการช่วยเหลือทางสังคม                                         | ผู้สูงอายุ (N = 261) |      |                  | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N = 150) |      |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|------------------|-----------------------------|------|------------------|
|                                                                                      | Mean                 | S.D. | ระดับความคิดเห็น | Mean                        | S.D. | ระดับความคิดเห็น |
| 1. การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมช่วยเหลือสังคม เช่น เป็นอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย | 2.82                 | 0.99 | มาก              | 3.01                        | 0.96 | มาก              |
| 2. ผู้สูงอายุให้สามารถเข้าร่วมประชุมเพื่อเสนอแนวทางของการให้บริการในสถาบัน           | 2.81                 | 0.98 | มาก              | 3.00                        | 0.90 | มาก              |
| 3. การสาธิตและการจัดจำหน่ายอุปกรณ์ที่ต้องใช้ภายในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ                | 2.89                 | 1.08 | มาก              | 3.11                        | 0.90 | มาก              |
| รวม                                                                                  | 2.84                 | 3.06 | มาก              | 3.04                        | 0.92 | มาก              |

ตารางที่ 6 ความต้องการการบริการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์

| การบริการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์                                | ผู้สูงอายุ (N = 261) |      |                  | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N = 150) |      |                  |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------|------|------------------|-----------------------------|------|------------------|
|                                                                      | Mean                 | S.D. | ระดับความคิดเห็น | Mean                        | S.D. | ระดับความคิดเห็น |
| 1. กิจกรรมทัศนศึกษานอกสถานที่                                        | 3.05                 | 1.08 | มาก              | 3.06                        | 0.95 | มาก              |
| 2. กิจกรรมหรือการอบรมให้ความรู้ตามสภาพปัญหาผู้สูงอายุ                | 3.22                 | 0.90 | มาก              | 3.33                        | 0.77 | มาก              |
| 3. การจัดอบรมบรรยายเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ            | 2.76                 | 1.11 | มาก              | 3.13                        | 0.87 | มาก              |
| 4. การจัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุให้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง | 3.01                 | 0.94 | มาก              | 3.25                        | 0.75 | มาก              |
| รวม                                                                  | 3.04                 | 0.96 | มาก              | 3.18                        | 0.82 | มาก              |

### วิจารณ์

การศึกษาบทบาทที่ควรเป็นของกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มุ่งหาคำตอบเพื่อสนับสนุนให้กรมการแพทย์เป็นแกนนำและศูนย์กลางในการวิจัยและพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร รวมทั้งเพื่อการจัดบริการต้นแบบผู้ป่วยนอกและศูนย์ดูแลภาคกลางวันในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกรอบแนวทาง 10 ประเด็นตามคำถามการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ คือ บทบาทของกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ควรเป็นอย่างไร ดังนั้นความคิดเห็นและความต้องการที่ได้รับจากการศึกษา จะเป็นข้อสรุปที่ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การศึกษานี้จึงมิได้มุ่งหมายนำเสนอข้อสรุปเชิงขัดแย้ง บางส่วนเป็นการนำเสนอข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติมในเชิงการปรับปรุงและพัฒนา

ผลการวิจัยบทบาทของกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในครั้งนี้ จะนำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ให้มีความชัดเจนมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสภาพปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะส่งผลต่อรูปแบบการจัดบริการ

ทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่เหมาะสมตลอดจนนำไปสู่การพัฒนาระบบการจัดบริการทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่เชื่อมประสานทุกมิติของการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเน้นพัฒนาด้านวิชาการให้ตอบสนองต่อการพัฒนาระบบและรูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย

ผลการวิจัยในกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหาร สรุปได้ว่า กรมการแพทย์ควรเป็นแกนนำและศูนย์กลางในการวิจัยและพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร ออกแบบระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัย ทุกระดับบริการ เป็นแกนกลางในการกำหนดคุณลักษณะของบุคลากรเพื่อดูแลผู้สูงอายุทุกวิชาชีพ จัดทำหลักสูตรการศึกษาและฝึกอบรมเพื่อให้มีบุคลากรพอเพียง ทำหน้าที่เป็นหน่วยปัญญาศูนย์กลางการจัดการความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และสร้างคู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้ทั่วประเทศ ผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับที่ต่ำกว่าผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ จัดให้มีการทดสอบเพื่อออกใบรับรองการประกอบอาชีพและติดตามควบคุมการ

ปฏิบัติงาน จัดให้มีภาคีเครือข่ายเพื่อผลักดันนโยบาย ผู้สูงอายุให้เป็นวาระแห่งชาติ ทดลองดำเนินการจัด บริการต้นแบบผู้ป่วยนอกและศูนย์ดูแลภาคกลางวัน ในกระทรวงสาธารณสุข และบริการอื่นในสถานพยาบาล ที่มีอยู่แล้ว ประสานกับองค์กรทางการแพทย์เพื่อกำหนดบทบาทของแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ จัดแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุเพื่อจัดระบบการดูแลให้สอดคล้องเหมาะสม โดยเริ่มการดูแลตั้งแต่ก่อนถึงวัยสูงอายุ

ผลการวิจัยในกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวแทบทั้งหมด ผู้รับบริการมีความต้องการบริการด้านการดูแลรักษาฟื้นฟูทางการแพทย์ มากกว่าด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าด้านการบริการเข้าร่วมจิตอาสาการช่วยเหลือทางสังคม และมากกว่าด้านบริการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์ แต่ทั้งหมดอยู่ในระดับมาก โดยผู้ดูแลให้ระดับคะแนนสูงกว่าผู้สูงอายุเล็กน้อย

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า สังคมสูงวัยที่ประเทศไทยจะเผชิญอย่างเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2564 เป็นสิ่งที่สถาบันเวชศาสตร์ฯ และทุกภาคีภาคส่วนจะต้องเตรียมการพร้อมรับและตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่ดีและมีความมั่นคง (active aging)<sup>(9)</sup> ตลอดจนการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุที่จะส่งผลต่อทักษะทางปัญญาอันมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต<sup>(10)</sup> ในประเด็นของการดูแลสุขภาพในสังคมสูงวัย จากผลการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุไทยยังต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ และการป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ กล่าวคือ ปัญหาดังกล่าวสามารถแก้ไขได้และเป็นที่ต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนแก้ไข ดังนั้น ทางสถาบันควรจัดบริการที่สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพะทั้งทางกายและจิต ซึ่งอาจเป็นในรูปแบบของการส่งเสริมรูปแบบการดำรง

ชีวิตที่เหมาะสม จึงจะสามารถสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dench และ Regan<sup>(11)</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอุปสรรคต่อการเรียนรู้มักเป็นผู้สูงอายุที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพ ทำให้ขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้เพื่อดูแลสุขภาพของตนไปด้วย เนื่องจากมีความยากลำบากในการเรียนรู้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการมีร่างกายและสุขภาพจิตที่ดี ต้องการความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการผิดปกติหรือรู้ว่าเป็นโรค มีการตรวจรักษาเบื้องต้น รวมทั้งต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างเหมาะสม ซึ่งจะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ วิรัช แผ้วสกุล สนับสนุนแนวคิดนี้<sup>(12)</sup> กล่าวคือผู้สูงอายุต้องการความรู้เกี่ยวกับการป้องกันรักษาโรคภัยไข้เจ็บเบื้องต้น ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ด้านสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์เมื่อเข้าวัยสูงอายุ และหลักจิตวิทยาในการดำรงชีวิต สอดคล้องกับ Purdie และ Boulton-Lewis ที่เน้นว่าความต้องการที่สำคัญที่สุดที่ผู้สูงอายุต้องการ คือความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ความปลอดภัย และการเดินทาง<sup>(13)</sup>

สิ่งที่เป็ประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้ คือ การนำผลการวิจัยการปรับบทบาทและทิศทางการดำเนินงานสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุมาใช้เป็นกรอบการดำเนินงานขับเคลื่อนสู่การพัฒนาาระบบและรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่เชื่อมประสานทุกมิติของการดูแลสุขภาพ ตลอดจนเป็นต้นแบบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ศึกษาและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจของสถาบันเวชศาสตร์ฯ คือการเป็น national health authority ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับนโยบายกรมการแพทย์ คือ “พัฒนาสถาบันกรมการแพทย์เป็นสถาบันเฉพาะทางชั้นสูงระดับชาติ (center of excellence/national institute)”<sup>(14)</sup>

### ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ สรุปความคิดเห็นและความต้องการของผู้เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลผู้สูงอายุ ต่อหน่วยงานและผู้รับผิดชอบ ดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดบทบาทในระบบการดูแลผู้สูงอายุให้ชัดเจน ประสานงานกับกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องและองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุเพื่อการทำงานที่สอดคล้องและครอบคลุม นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

2. กรมการแพทย์ควรกำหนดบทบาทของสถาบัน-เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุให้ชัดเจน กำหนดแนวทางการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นทั้งในกรมการแพทย์เองและภายนอก สนับสนุนทรัพยากรให้พอเพียงกับหน้าที่ความรับผิดชอบ ทั้งบุคลากร สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และการเงิน

3. กรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ จัดระบบให้มีการดูแลต่อเนื่องและครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยการเพิ่มศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องให้มีการดูแลตั้งแต่ที่บ้าน ในชุมชน ในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงประสานสอดคล้องกัน

4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณ-สังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ควรผลักดันนโยบายการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นวาระแห่งชาติ และให้เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

5. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณ-สังวรเพื่อผู้สูงอายุควรสร้างภาคีความร่วมมือการดูแลผู้สูงอายุ

6. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณ-สังวรเพื่อผู้สูงอายุควรปรับโครงสร้างให้สอดคล้องกับภารกิจที่คาดหวัง ซึ่งได้จากการวิจัยครั้งนี้ และตามที่กรมการแพทย์มอบหมาย

1) การจัดการความรู้ ทั้งการแสวงหาความรู้ที่มีผู้รายงานไว้และการวิจัย ประเมินความน่าเชื่อถือและ

ความเหมาะสมที่จะใช้ในประเทศไทย

2) การเป็นศูนย์กลางข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และศูนย์ติดตามข้อมูลที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้สูงอายุ

3) การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสู่ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งฝ่ายผู้ให้บริการต่างๆ ฝ่ายผู้จ่ายเงินเพื่อการจัดบริการ ผู้บริหารระบบทุกระดับและประชาชนในสังคม เพื่อความร่วมมือในระบบการดูแลที่ดี

4) การพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการดำเนินงานเอง และการประสานกับสถาบันที่เกี่ยวข้อง

5) การออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุ นำระบบไปสู่การปฏิบัติทั่วประเทศ ติดตามประเมินผล และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในทุกพื้นที่ โดยการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับสถานพยาบาลระดับต่างๆ

6) การจัดบริการเพื่อเป็นต้นแบบสำหรับการวิจัย การพัฒนารูปแบบและวิธีการดูแล การเป็นแหล่งเรียนรู้ ศึกษา ฝึกอบรม หรือดูงาน โดยสถาบันเวชศาสตร์จัดบริการผู้ป่วยนอกและศูนย์ดูแลภาคกลางวัน ส่วนบริการผู้ป่วยใน ทั้งลักษณะบริการกึ่งเฉียบพลัน การดูแลระยะยาว และการดูแลแบบประคับประคอง ควรประสานให้มีการจัดบริการต้นแบบในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่มีอยู่

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. ควรสำรวจความต้องการหรือความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องฝ่ายอื่น เช่น ผู้ให้บริการทั้งแพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด ผู้จ่ายเงินแทนผู้รับบริการ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงการคลัง และองค์กรทางสังคม

2. ควรสำรวจความต้องการหรือความคิดเห็นต่อการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ นอกเหนือจากที่ดำเนินการในพื้นที่รอบกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสถานบริการนอกภาครัฐ ซึ่งอาจพบความต้องการหรือความคิดเห็นที่กว้างขวางขึ้นหรือแตกต่างออกไป

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรหมารุโณทัย นายแพทย์วิชาญ เกิดวิชัย นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ และ ดร. มธุวีริญจ์ เทพกิจ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง

1. จันทรเพ็ญ ซูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์; 2543.
2. Knodel J, Chayovan N. Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand: Past Trends, Current Situation and Future Challenges. Papers in Population Aging. Bangkok: UNFPA, Thailand; 2008.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพมหานคร: สหมิตร-พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2554.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติ-แห่งชาติ; 2550.
5. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนา-สังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). กรุงเทพมหานคร: เทพ-เพ็ญวานิชย์; 2553.
6. Boulton-Lewis GM, Buys L, Lovie-Kitchin J. (2006). Learning and active aging. Educational Gerontology 2006;32:271-82.
7. Hair JF Jr, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate data analysis. 6th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall International; 2006.
8. ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
9. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ-ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. กรุงเทพมหานคร: ชุมชุม-สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2549.
10. Ardel M. Intellectual versus wisdom-related knowledge: The case for a different kind of learning in the later years of life. Educational Gerontology 2000;26:771-89.
11. Dench S, Regan J. Learning in later life: motivation and impact. London: Department for Education and Employ-ment; 2000.
12. วิรัช แฉั่วสกุล. ความต้องการทางการศึกษานอกโรงเรียนของผู้สูงอายุที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงของกระทรวงศึกษาธิการ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2527.
13. Purdie N, Boulton-Lewis G. The learning needs of older adults. Educational Gerontology 2001;29:129-49.
14. วันชัย สัตยาวิฑูรย์พงศ์. นโยบายการดำเนินงานของกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2554 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 12 มีนาคม 2554] แหล่งข้อมูล: [www.dms.moph.go.th/dmsweb/.../10.Policy\\_54.doc](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/.../10.Policy_54.doc)

**Abstract: Role of Department of Medical Services in Geriatric Medicine**

**Benjaporn Suthamchai, Dip in Nursing Science\*;** **Naphas Kaeowichian, B.N.S.\*;** **Nalinee Chuakhamfoo, B.S. (Psychology)\*\***

*\*The Supreme Patriarch Nyanasanwara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical, Ministry of Public Health; \*\* Faculty of Medicine, Naresuan University*

*Journal of Health Science 2014;23:629-42.*

The objective of this research was to study the expected roles of the Supreme Patriarch Nyanasanwara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services according to opinions of health experts (policy makers and providers), caregivers and the elderly living within the radius of 5 kms around the Ministry of Public Health. In-depth interviews with 10 issue-probing questions on 18 experts and a questionnaire survey among 500 caregivers and elderly were performed during February to March 2013 and June 2013 to March 2014 respectively. Based on the health experts' opinions, the Department of Medical Services should acts as mainstay and center for research and development on comprehensive geriatric care; designing geriatric medical care systems for all levels of care; defining characteristics and competencies of caregivers; designing educational/training programs for all professions working on geriatric care to ensure sufficient manpower serving the elderly; acting as an intelligent unit and knowledge management center including publishing and distributing national guidelines for for geriatric care; producing and issuing certificates for, as well as monitoring work of caregivers; assembling a network to develop and formulate national policies in geriatric care; establishing geriatric medical services models for outpatient and day care services; coordinating with medical profession organizations to define roles of physicians in geriatric care; and categorizing the elderly into different age groups, and designing appropriate services for each category. As for the questionnaire survey, responses were collected from 411 participants with 82.2 percent response rate. It was found that the elderly and caregivers expressed high level of requests on geriatric medical care, health promotion, participation in social activities, and learning and experience sharing services.

**Key words:** long term care, geriatric medicine, elderly

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ชื่อ - สกุล พระครูสุวัตติธรรมรัต ฉายา กิตตญาโน (นามสกุล โกศลกาญจน์)  
ตำแหน่ง เจ้าคณะอำเภอเมืองพังงา และเจ้าอาวาสวัดสามัคคีธรรม (ป่าล้าน)  
สถานที่ทำงาน วัดสามัคคีธรรม (ป่าล้าน) ๒๙๗ ถนนเพชรเกษม หมู่ที่ ๒ ตำบลแม่นางขาว  
อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา ๘๒๑๕๐  
โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๘๙๒๐๒๐๑ โทรศัพท์ / โทรสาร ๐ - ๗๖๔๙ - ๑๖๑๓  
E-Mail: kittiyan๓๒@yahoo.com  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                      | สถาบัน                                        | ปี พ.ศ. |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------|---------|
| ปริญญาตรี (วิศวกรรมโยธา)          | Angeles University Foundation;<br>Philippines | ๒๕๒๘    |
| รัฐศาสตรบัณฑิต                    | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช                 | ๒๕๔๖    |
| พุทธศาสตรมหาบัณฑิต (กิตติมศักดิ์) | มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย            | ๒๕๔๘    |
| รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต          | สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (NIDA)           | ๒๕๔๙    |

ประวัติการทำงาน

| ตำแหน่ง                               | สถานที่ทำงาน                             | ปี พ.ศ. |
|---------------------------------------|------------------------------------------|---------|
| ผู้รักษาการแทนเจ้าอาวาสวัดสามัคคีธรรม | วัดสามัคคีธรรม อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา | ๒๕๓๒    |
| ผู้รักษาการแทนเจ้าคณะตำบลย่านยาว      | อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา              | ๒๕๓๕    |
| เจ้าอาวาสวัดสามัคคีธรรม               | วัดสามัคคีธรรม อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา | ๒๕๓๖    |
| เจ้าคณะตำบลย่านยาว                    | อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา              | ๒๕๓๖    |
| เจ้าคณะตำบลกระ                        | อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา                | ๒๕๓๗    |
| เจ้าคณะอำเภอกระบุรี                   | อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา                | ๒๕๔๒    |
| เจ้าคณะอำเภอเมืองพังงา                | อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา             | ๒๕๔๗    |

ประสบการณ์ทำงาน

- (๑) วิทยากรพิเศษของคณะสงฆ์จังหวัดพังงา และ คณะสงฆ์หนใต้ ในการถวายความรู้แก่พระสังฆาธิการ
- (๒) วิทยากรพิเศษให้กับหน่วยงานราชการ สถานศึกษา องค์กร ในการให้ความรู้แก่ข้าราชการ นักเรียน นักศึกษา พนักงาน ประชาชน
- (๓) คณะทำงานผู้ทรงคุณวุฒิในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดพังงา (พ.ศ. ๒๕๔๒ - ๒๕๔๔)
- (๔) คณะกรรมการระดับภาคในการพิจารณางบประมาณสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินงานด้านเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๔๒ - ๒๕๔๕)
- (๕) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิระดับภาค (ภาคใต้ตอนบน) กองทุนเพื่อสังคม (SIF) ธนาคารออมสิน (พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๕)
- (๖) หัวหน้าคณะทำงานจัดทำแผนแม่บทชุมชนพึ่งตนเอง จังหวัดพังงา (พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๕)
- (๗) ประธานคณะทำงานเครือข่ายพัฒนาองค์กรชุมชน จังหวัดพังงา (พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๔๗)

- (๘) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในอนุกรรมการสนับสนุนกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง จังหวัดพังงา (พ.ศ. ๒๕๔๔ – ปัจจุบัน)
- (๙) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการพัฒนาจังหวัด (ภาคประชาสังคม) จังหวัดพังงา (พ.ศ. ๒๕๔๕ – ปัจจุบัน)
- (๑๐) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ (ประชาสังคม) และ เป็นวิทยากรกระบวนการ โครงการประสานพลังแผ่นดิน จังหวัดพังงา (พ.ศ. ๒๕๔๖)
- (๑๑) ที่ปรึกษา และ วิทยากรพิเศษ โครงการสนับสนุนทางสังคม (SSP) โดยธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ร่วมกับ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) และ สหภาพ ยุโรป (E.U.) / (พ.ศ. ๒๕๔๖ – ๒๕๔๗)
- (๑๒) อาจารย์พิเศษสอนนักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต รายวิชา การพัฒนาสังคมแนววัฒนธรรม (Social Development in Culture Context) ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตภูเก็ต
- (๑๓) อาจารย์พิเศษ (Co-Advisor) ให้คำปรึกษาและสอบภาคิพนธ์นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายและการวางแผนสังคม มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตสงขลา
- (๑๔) อาจารย์พิเศษ และ ที่ปรึกษา (Advisor) การทำวิทยานิพนธ์แก่นักศึกษาระดับปริญญาโท ที่ศึกษาอยู่ใน The University of Vienna : Austria
- (๑๕) อาจารย์พิเศษ และ ที่ปรึกษา (Advisor) การทำวิทยานิพนธ์แก่นักศึกษาระดับปริญญาโท ที่ศึกษาอยู่ใน Lund University : Sweden
- (๑๖) อาจารย์พิเศษ และ ที่ปรึกษา (Advisor) การทำวิทยานิพนธ์แก่นักศึกษาระดับปริญญาโทและเอก ที่ศึกษาอยู่ใน Stockholm University : Sweden
- (๑๗) ประธานคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานโรงเรียนคุระบุรีชัยพัฒนาพิทยาคม
- (๑๘) ประธานคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานศูนย์ส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอคุระบุรี
- (๑๙) คณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานโรงเรียนบ้านคุระ
- (๒๐) คณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานโรงเรียนคุระบุรี
- (๒๑) คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการสภาผู้นำชุมชนแห่งชาติ
- (๒๒) ประธานโครงการ คลื่นแห่งการฟื้นฟู / Wave of Relief Project เพื่อให้การช่วยเหลือด้านทุนการศึกษาแก่เด็กนักเรียนจากครอบครัวผู้ประสบภัยพิบัติภัยสึนามิและผู้ด้อยโอกาส จนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี
- (๒๓) ประธานโครงการ HumanCare & Samakkhitham ภายใต้การสนับสนุนของ The HumanCare Austria & CARITAS Austria เพื่อให้การช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ประสบภัยพิบัติภัยสึนามิ
- (๒๔) ผู้บริหารโครงการ ช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติภัยสึนามิ ภายใต้การสนับสนุนของ “มูลนิธิฝรั่งใจดี”
- (๒๕) ผู้บริหารโครงการ Schaffhausen hilft in Thailand Projekt; ภายใต้การสนับสนุนของ Schaffhausen: Switzerland
- (๒๖) หลังเกิดภัยพิบัติจากคลื่นยักษ์สึนามิ ได้ให้ความช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบภัย ทั้งชาวไทยและต่างประเทศ โดยมีวัดสามัคคีธรรมเป็นศูนย์กลางของการช่วยเหลือผู้ประสบภัย ในอำเภอคุระบุรี จังหวัดพังงา แบบครบวงจร ทั้งการช่วยเหลือในระยะแรก (ภาวะวิกฤต) ระยะกลาง

(ฟื้นฟู) และระยะยาว เช่น การจัดการศพ การช่วยเหลือในภาวะวิกฤต การให้บ้านพักชั่วคราว (ในบริเวณวัด) การสร้างบ้านพักถาวร (ซื้อที่ดิน – สร้างบ้านพักถาวร) การช่วยเหลือฟื้นฟูอาชีพ การช่วยเหลือด้านเรือประมงและอุปกรณ์ประมง การช่วยเหลือด้านทุนการศึกษา การดูแลเด็ก การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรต่างประเทศและผู้บริจาค จำนวนมากกว่า ๑๐๐ ล้านบาท

## ผลงานที่ได้รับการยกย่องประกาศเกียรติคุณ

๑. พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้รับการคัดเลือกเป็น เจ้าอาวาสวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่น สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาสังฆปริณายก ทรงประทานพัด ประกาศนียบัตร ยาม ให้ไว้เป็นเครื่องเชิดชูเกียรติ
๒. พ.ศ. ๒๕๓๖ ได้รับการคัดเลือกเป็น ผู้ทำคุณประโยชน์ต่อพระพุทธศาสนา สาขาส่งเสริมการพัฒนาชุมชนโดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงพระราชทานรางวัลเสาสมามรรมาจักร ให้ไว้เป็นเครื่องเชิดชูเกียรติ
๓. พ.ศ. ๒๕๓๘ ได้รับโล่รางวัล บุคคลเครือข่ายการศึกษานอกโรงเรียนดีเด่น จากกรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ
๔. พ.ศ. ๒๕๓๙ ได้รับการคัดเลือกเป็น ผู้ทำคุณประโยชน์ต่อพระพุทธศาสนา สาขาศึกษาสงเคราะห์ประเภทศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงพระราชทานรางวัลเสาสมามรรมาจักร ให้ไว้เป็นเครื่องเชิดชูเกียรติ
๕. พ.ศ. ๒๕๔๐ ได้รับโล่รางวัล ศูนย์การเรียนรู้ดีเด่นระดับประเทศ จากกรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ
๖. พ.ศ. ๒๕๔๑ ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณ “คนดีศรีพังงา” จากจังหวัดพังงา
๗. พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้รับประกาศเกียรติคุณ ผู้มีผลงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด จากประธานกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักนายกรัฐมนตรี
๘. พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชน จากสำนักงานกองทุนเพื่อสังคม (SIF) และ ธนาคารออมสิน
๙. พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้รับการคัดเลือกให้เป็น หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลดีเด่น สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาสังฆปริณายก ทรงประทานพัด ประกาศนียบัตร ยาม ให้ไว้เป็นเครื่องเชิดชูเกียรติ
๑๐. พ.ศ. ๒๕๔๗ ได้รับการคัดเลือกเป็น ผู้ดำรงตนอยู่ในคุณธรรมจริยธรรม และบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม โครงการ “เมืองไทยเมืองคนดี” จากกรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม
๑๑. พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้รับการถวายปริญญา พุทธศาสตรมหาบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๑๒. พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้รับการคัดเลือกให้เป็น หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลดีเด่น สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาสังฆปริณายก ทรงประทานพัด ประกาศนียบัตร ให้ไว้เป็นเครื่องเชิดชูเกียรติ
๑๓. พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้รับการคัดเลือกเป็น ผู้ทำคุณประโยชน์ต่อกระทรวงศึกษาธิการ
๑๔. พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้รับการคัดเลือกเป็น คนดีศรีกระบะ จากอำเภอกระบะบุรี จังหวัดพังงา

**ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**

ชื่อ - สกุล                      นายธานินทร์ ณะเอม  
ตำแหน่ง                      รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ  
สถานที่ทำงาน                สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)  
สถานที่ติดต่อ                ๙๖๒ ถนนกรุงเกษม แขวงวัดโสมนัส เขตป้อมปราบฯ กรุงเทพฯ ๑๐๑๐๐  
โทรศัพท์ ๐-๒๒๘๐-๒๗๔๕ / ๐-๒๒๘๐-๔๐๘๕ ต่อ ๕๓๐๖  
E-mail :                      Thanin@nesdb.go.th

**ประวัติการศึกษา**

๑. รัฐศาสตรบัณฑิต (สังคมวิทยาและมนุษยวิทยา) (ร.บ.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๒๐
๒. รัฐศาสตรมหาบัณฑิต (การปกครอง) (ร.ม.) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ๒๕๒๕
๓. Diploma in Development Studies Lancaster University (U.K.) ๒๕๓๑
๔. M.Sc. in Economics (International Trade and Finance) Lancaster University (U.K.) ๒๕๓๒
๕. วุฒิปัตร์ วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (วปอ.) รุ่นที่ ๔๙ วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร ๒๕๕๐

**ประวัติการทำงาน**

๑. ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ สศช. ๒๕๔๖ – ๒๕๕๐
๒. ที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผนงาน สศช. ๒๕๕๐ – ๒๕๕๓
๓. รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สศช. ๒๕๕๓ – ปัจจุบัน

**ประสบการณ์/ผลงาน**

- กรรมการติดตามและประเมินผลการสนับสนุนการวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- กรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ สาขารัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์
- กรรมการบริหารศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์

**ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**

ชื่อ-สกุล ศาสตราจารย์ นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล  
สถานที่ทำงาน ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
E-mail : sutthichaij@gmail.com

**ตำแหน่งปัจจุบัน**

- หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นายกสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.๒๕๕๕-ปัจจุบัน
- President-elect, International Association of Gerontology and Geriatrics: Asia-Oceania Region Executive Committee พ.ศ.๒๕๕๔-ปัจจุบัน
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส) ซึ่งเป็นคณะกรรมการระดับชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน พ.ศ.๒๕๔๓-ปัจจุบัน (กผส เป็นคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งทดแทน กผส ตามที่กำหนดไว้ใน พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖)
- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการกองทุนผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓-ปัจจุบัน
- ประธานคณะกรรมการติดตามและประเมินแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส) พ.ศ.๒๕๔๙-ปัจจุบัน

**ปริญญาบัตรและประกาศนียบัตร**

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.๒๕๒๔
- แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.๒๕๒๖
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.๒๕๓๑
- วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอายุรศาสตร์แพทยสภา พ.ศ.๒๕๓๒
- ประกาศนียบัตรสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ London Hospital Medical College , University of London พ.ศ.๒๕๓๓-๒๕๓๔
- อนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา พ.ศ.๒๕๔๕

**สมาชิกสมาคมและองค์กรสำคัญ**

- สมาชิกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
- สมาชิกราชวิทยาลัยอายุรแพทย์
- ผู้ก่อตั้งและสมาชิกสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย
- สมาชิกสมาคมต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึมแห่งประเทศไทย
- สมาคมศิษย์เก่า คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมาคมศิษย์เก่า จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมาชิกสมาคมนักเรียนทุนบริติชเคาน์ซิล

## รางวัลและเกียรติประวัติ

๑. รางวัล ยกย่องเชิดชูเกียรติอาจารย์ดีเด่น ระดับมหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ประจำปี ๒๕๔๕ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๒. หัวหน้าคณะผู้แทนของประเทศไทย ในคณะกรรมการเตรียม International Action Plan on Ageing และเตรียมการประชุม Second World Assembly on Ageing ขององค์การสหประชาชาติ ณ นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างปีพ.ศ.๒๕๔๓-๒๕๔๕
๓. ประธานคณะทำงานร่าง แผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๔๕-๒๕๖๔) ในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ) พ.ศ.๒๕๔๔-๒๕๔๕
๔. ประธานคณะกรรมการเตรียมการประชุม Second World Assembly on Ageing ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน ในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ) พ.ศ.๒๕๔๔-๒๕๔๕
๕. รางวัล ผลงานวิจัยดี เงินทุนวิจัยรัชดาภิเษกสมโภช ประจำปีพ.ศ.๒๕๔๐ เรื่อง “A controlled clinical trial of multidisciplinary team approach and strengthened physician-nurse collaboration in general medical wards of a Thai acute care hospital”
๖. รับทุน British Council เพื่อการฝึกอบรมและวิจัย ณ สหราชอาณาจักร พ.ศ.๒๕๓๓-๒๕๓๕
๗. Honorary registrar ณ London Hospital Medical College สหราชอาณาจักร พ.ศ.๒๕๓๓-๒๕๓๕
๘. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน ฝ่ายอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ.๒๕๓๒-๒๕๓๓
๙. รางวัลแพทย์ฝึกหัดดีเด่น ฝ่ายอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ.๒๕๒๖
๑๐. รางวัลแพทย์ฝึกหัดดีเด่น ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ.๒๕๒๖

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ชื่อ - สกุล นายแพทย์สมิต ประสันนาการ  
เกิดวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๐๓  
ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี  
สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี  
E-mail : pra\_smit@hotmail.com  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                                         | สถาบัน                                         | ปี พ.ศ. |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------|
| ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต                                | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล<br>มหาวิทยาลัยมหิดล | ๒๕๒๘    |
| ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์<br>การแพทย์คลินิก | มหาวิทยาลัยมหิดล                               | ๒๕๓๒    |
| วุฒิปัตริศาสตร์นรีเวชวิทยา                           | โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์                   | ๒๕๓๔    |
| อนุมัติบัตร เวชศาสตร์ป้องกัน<br>แขนงเวชศาสตร์ป้องกัน | แพทยสภา                                        | ๒๕๓๖    |

ประวัติการทำงาน

| ตำแหน่ง                                              | สถานที่ทำงาน                     | ปี พ.ศ.       |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------|
| นายแพทย์ ๔-๕ รักษาการผู้อำนวยการ<br>โรงพยาบาลศรีธาตุ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | ๒๕๒๘          |
| นายแพทย์ ๖ โรงพยาบาลบ้านผือ                          | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | ๒๕๓๔          |
| ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพ็ญ                             | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | ๒๕๔๔          |
| ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี                         | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | ๒๕๔๘          |
| นายแพทย์ ๙ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)                      | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | ๒๕๔๙          |
| นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย                      | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย  | ๒๕๕๔          |
| นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี                       | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี   | ๒๕๕๕          |
| นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี                     | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี | ๒๕๕๕-ปัจจุบัน |

การฝึกอบรมดูงาน

| หลักสูตร                                            | สถานที่ทำงาน                                      | ปี พ.ศ. |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------|
| การอบรมนักบริหารการแพทย์และ<br>การสาธารณสุขระดับสูง | วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข<br>สถาบันพระบรมราชชนก | ๒๕๕๐    |
| ศึกษาดูงานสาธารณสุขด้านระบบและ<br>บริการสุขภาพ      | ประเทศออสเตรเลีย                                  | ๒๕๕๐    |

#### ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

- อาจารย์พิเศษ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. ๒๕๓๕ – ปัจจุบัน
- อาจารย์พิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พ.ศ. ๒๕๓๕ – ปัจจุบัน
- อาจารย์บัณฑิตศึกษาพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- คณะทำงานโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๑ – ปัจจุบัน
- คณะกรรมการในสโมสรโรตารีอุดรธานี พ.ศ. ๒๕๕๒ – ปัจจุบัน

#### รางวัลและผลงานดีเด่น

- โล่บุคคลดีเด่น ด้านอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข จากพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร เมื่อวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๕๑
- รางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๕๔
- รางวัลระพีทอง บุคคลแห่งปี ๒๕๕๕ สาขานักพัฒนาองค์กรดีเด่น ประเภทข้าราชการ โดย สมัชชา นักรับราชการวิทย์ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย (หลักในการบริหารงาน การทำงานเป็น ทีมสหวิชาชีพ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง)

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ชื่อ - สกุล                    นายแพทย์วิชาญ เกิดวิชัย  
ตำแหน่ง                    คณบดีคณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทรศัพท์                    ๐๘๑-๘๖๑๔๒๔๕  
E-mail:                    wicharn@buu.ac.th  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                                                        | สถาบัน                                              | ปี พ.ศ. |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------|
| แพทยศาสตรบัณฑิต                                                     | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี<br>มหาวิทยาลัยมหิดล | ๒๕๑๖    |
| วุฒิปัตระสาทศัลยศาสตร์                                              | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี<br>มหาวิทยาลัยมหิดล | ๒๕๒๐    |
| บริหารธุรกิจบัณฑิต (บริหารทั่วไป)                                   | มหาวิทยาลัยรามคำแหง                                 | ๒๕๒๙    |
| สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต<br>(บริหารโรงพยาบาล)                           | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช                       | ๒๕๓๐    |
| DIPLOMA IN HEALTH CARE<br>ADMINISTRATION AND HOSPITAL<br>MANAGEMENT | HAIFA, ISRAEL                                       | ๒๕๓๕    |

ประวัติการทำงาน

แพทย์ประสาทศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลสระบุรี  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเบตง ยะลา  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา พระนครศรีอยุธยา  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจินบุรี

ประสบการณ์/ผลงาน

การเข้าร่วมโครงการ “พดุมพลัง” ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
การเข้าร่วมโครงการ “โรงพยาบาลสานรักผู้สูงอายุ” ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
การจัดบริการ Intermediate care และ Long term care ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

**ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**

ชื่อ - สกุล            นายศิริชัย ภัทรนุธาพร  
ตำแหน่ง            นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง  
สถานที่ติดต่อ      สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง  
โทรศัพท์            ๐๘ ๑๘๙๖ ๑๑๗/๓

**ประวัติการศึกษา**

| วุฒิการศึกษา                     | สถาบัน                   | ปี พ.ศ. |
|----------------------------------|--------------------------|---------|
| ปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต         | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | ๒๕๒๕    |
| ปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต | มหาวิทยาลัยมหิดล         | ๒๕๓๕    |

**ประวัติการทำงาน**

| ตำแหน่ง                          | สถานที่ทำงาน                     | ปี พ.ศ.         |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------|
| นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระนอง    | สำนักงานสาธารณสุขระนอง           | ๒๕๔๓            |
| นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส | ๒๕๔๖            |
| นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง    | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง    | ๒๕๕๐ - ปัจจุบัน |

**ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**

ชื่อ - สกุล                    นายไพศาล เกื้ออรุณ  
ตำแหน่ง                    นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา  
สถานที่ทำงาน            สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา  
สถานที่ติดต่อ            ๖๔๙ ถนนเพชรเกษม ตำบลท้ายช้าง อำเภอเมือง จังหวัดพังงา ๘๒๐๐๐  
โทรศัพท์                   ๐ - ๗๖๔๔ - ๐๖๒๓ โทรสาร ๐ - ๗๖๔๘ - ๑๗๒๔ มือถือ ๐๘ - ๑๘๙๓ - ๒๔๘๒  
E-mail:                    sahnseekao@gmail.com

**ประวัติการศึกษา**

- ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิตทางรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ พ.ศ.๒๕๔๐
- ปริญญานิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ.๒๕๔๔
- ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ.๒๕๒๗

**ประวัติการทำงาน**

- นายแพทย์ ๔ โรงพยาบาลพัทลุง แผนกศัลยกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง พ.ศ.๒๕๒๘
- นายแพทย์ ๘ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดตรัง และจังหวัดสตูล ๗ โรง
- นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง พ.ศ.๒๕๔๘ - ๒๕๕๕
- นายแพทย์ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง พ.ศ.๒๕๕๕
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พ.ศ.๒๕๕๖
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา พ.ศ.๒๕๕๗

**ผลงาน**

- แพทย์ดีเด่นภาคใต้ พ.ศ.๒๕๕๖
- ข้าราชการดีเด่น พ.ศ.๒๕๕๗
- คนดีแทนคุณแผ่นดิน พ.ศ.๒๕๕๓

**งานอื่น**

- รองประธานนักสันติวิธีกระทรวงสาธารณสุข
- อุปนายกพุทธสมาคมแห่งประเทศไทยจังหวัดตรัง
- ผู้แทนสมัชชาประชาชน ๗ จังหวัดภาคใต้

**ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**

ชื่อ-สกุล                      นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา  
ตำแหน่ง                      นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน  
สถานที่ทำงาน              สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี  
ประวัติการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (เกียรตินิยม) NIDA
- อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว/เวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน)

**ประสบการณ์ทำงาน**

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดดำ อ.แกดดำ จังหวัดมหาสารคาม
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขียงยืน อ.เขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
- เลขาธิการชมรมแพทย์ชนบท
- นักบริหารดีเด่น, คนไทยตัวอย่างโดยมูลนิธิเพื่อสังคมไทย
- ศิษย์เก่าดีเด่น, ศิษย์เก่าแห่งความภาคภูมิใจ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ**  
**การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิง อภาพรพรรณ นเรนทร์พิทักษ์  
ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลอุดรธานี  
สถานที่ติดต่อ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐๔๒-๒๔๕-๕๕๕ ต่อ ๑๓๒๗, ๑๑๒๓ มือถือ ๐๘๙-๗๐๙-๐๖๔๖  
E-mail: aphaphanuth@hotmail.com  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                     | สถาบัน                   | ปี พ.ศ. |
|----------------------------------|--------------------------|---------|
| แพทยศาสตรบัณฑิต                  | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | ๒๕๒๗    |
| ว.ว. อายุรศาสตร์                 | ศิริราชพยาบาล            | ๒๕๓๓    |
| หนังสืออนุมัติ เวชศาสตร์ครอบครัว | แพทยสภา                  | ๒๕๔๕    |
| หนังสืออนุมัติ เวชศาสตร์ป้องกัน  | แพทยสภา                  | ๒๕๕๓    |
| แขนงสาธารณสุขศาสตร์              |                          |         |
| หลักสูตรการบริหารโรงพยาบาล       | โรงพยาบาลรามธิบดี        | ๒๕๕๕    |
| รุ่นพิเศษ ๒                      |                          |         |
| หลักสูตรการพัฒนาผู้บริหารสถาบัน  | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย    | ๒๕๕๗    |
| ผลิตแพทย์ รุ่นที่ ๑๕             |                          |         |

**ประวัติการทำงาน**

| ตำแหน่ง                      | สถานที่ทำงาน      | ปี พ.ศ.              |
|------------------------------|-------------------|----------------------|
| อายุรแพทย์ กลุ่มงานอายุรกรรม | โรงพยาบาลอุดรธานี | พ.ศ. ๒๕๓๓ - ๒๕๓๕     |
| หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง | โรงพยาบาลอุดรธานี | พ.ศ. ๒๕๔๕ - ปัจจุบัน |
| หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม  | โรงพยาบาลอุดรธานี | พ.ศ. ๒๕๔๖ - ปัจจุบัน |

**ประสบการณ์/ผลงาน**

- พ.ศ. ๒๕๕๒ - ปัจจุบัน แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ และคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอุดรธานี
- พ.ศ. ๒๕๕๒ - ปัจจุบัน อาจารย์แพทย์ สอนวิชาเวชศาสตร์ชุมชน นศพ.ปี ๔ และ ๕ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลอุดรธานี
- พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ อาจารย์แพทย์ สถาบันสมทบ โครงการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

## ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ชื่อ - สกุล แพทย์หญิงธัญญารัตน์ ลิทธิวงศ์  
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลแม่พริก อ.แม่พริก จ.ลำปาง  
สถานที่ติดต่อ โรงพยาบาลแม่พริก ๒๙ หมู่ ๕ ต.พระบาทวังตวง อ.แม่พริก จ.ลำปาง ๕๒๑๘๐  
โทรศัพท์ ๐๘๑ ๙๖๐๐๖๘๑  
E-mail: thunyasit@yahoo.com  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                           | สถาบัน                          | ปี พ.ศ. |
|----------------------------------------|---------------------------------|---------|
| คณะแพทยศาสตร์                          | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่            | ๒๕๔๔    |
| วุฒิปริญญาเฉพาะทางเวชศาสตร์            | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่            | ๒๕๔๙    |
| ครอบครัว                               |                                 |         |
| ประกาศนียบัตรหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ | โรงพยาบาลรามธิบดี               | ๒๕๕๓    |
| Master of Public Health Program in     | มหาวิทยาลัยนครสวรรค์            | ๒๕๕๖    |
| Primary Health Care Management         |                                 |         |
| Master of Science in Public Health,    | Institute of Tropical Medicine, | ๒๕๕๗    |
| option strategic management            | Antwerp, Belgium                |         |
| and policy                             |                                 |         |

### ประวัติการทำงาน

| ตำแหน่ง                     | สถานที่ทำงาน             | ปี พ.ศ.        |
|-----------------------------|--------------------------|----------------|
| นายแพทย์ ๕                  | โรงพยาบาลแม่พริก จ.ลำปาง | ๒๕๔๔           |
| นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ       | โรงพยาบาลแม่พริก จ.ลำปาง | ๒๕๕๑- ปัจจุบัน |
| ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่พริก |                          |                |

### ประสบการณ์/ผลงาน

- ปี ๒๕๕๒ ได้รับทุนศึกษาจาก Thai-European Health Care Reform Project ศึกษาดูงานด้านระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ
- ปี ๒๕๕๓ ได้รับทุนศึกษาจาก The Royal Collage of General Practitioner, United Kingdom ศึกษาดูงานด้าน Primary Health Care System ประเทศอังกฤษ

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

|               |                                                                                                            |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ - สกุล   | นายสุรเดช เดชคุ้มวงศ์                                                                                      |
| ตำแหน่ง       | รองประธานมูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร<br>ที่ปรึกษาชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร<br>คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) |
| สถานที่ทำงาน  | มูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร                                                                                     |
| สถานที่ติดต่อ | มูลนิธิร่วมพัฒนาพิจิตร ๔๑๘ - ๔๑๙ ถนนสระหลวง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง<br>จังหวัดพิจิตร ๖๖๐๐๐                  |
| โทรศัพท์      | ๐๘๙ - ๙๖๑ - ๑๒๐๔                                                                                           |
| E-mail:       | srdnum@yahoo.com                                                                                           |

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

|           |                                                                                                                               |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ สกุล | นางสาวสำรวย โยธาวิจิตร                                                                                                        |
| ตำแหน่ง   | นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ระดับเชี่ยวชาญ<br>ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี |

ประวัติการศึกษา

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น ๒๕๒๑
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๓๑
- ประกาศนียบัตรภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสาร มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ๒๕๓๗

ประวัติการทำงาน

- หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ๒๕๒๑ - ๒๕๒๓
- หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลโนนสัง ๒๕๒๔ - ๒๕๒๖
- หัวหน้างานข้อมูลข่าวสาร ฝ่ายแผนงานและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี ๒๕๒๘ - ๒๕๓๙
- หัวหน้าฝ่ายแผนงานและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ๒๕๓๙ - ๒๕๔๔
- หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ๒๕๔๔-๒๕๕๕

**ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**

ชื่อ - สกุล                      นางสาวสมพิศ แสงบุญเรือง  
ตำแหน่ง                      พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
สถานที่ทำงาน              โรงพยาบาลห้างฉัตร จ.ลำปาง  
สถานที่ติดต่อ              กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ  
โทรศัพท์                      ๐๙๑๘๕๓๘๙๗/๓  
E-mail:                      sumpit.pit@Gmail.com  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                    | สถาบัน                   | ปี พ.ศ. |
|---------------------------------|--------------------------|---------|
| พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง | วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช | ๒๕๓๑    |
| พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต            | วิทยาลัยเซนต์หลุยส์      | ๒๕๕๐    |

**ประวัติการทำงาน**

| ตำแหน่ง                       | สถานที่ทำงาน      | ปี พ.ศ. |
|-------------------------------|-------------------|---------|
| หัวหน้างานห้องคลอด/ห้องผ่าตัด | โรงพยาบาลห้างฉัตร | ๒๕๓๙    |
| หัวหน้างานผู้ป่วยใน           | โรงพยาบาลห้างฉัตร | ๒๕๔๐    |
| หัวหน้างานแผนงาน/ยุทธศาสตร์   | โรงพยาบาลห้างฉัตร | ๒๕๔๒    |
| หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน       | โรงพยาบาลห้างฉัตร | ๒๕๔๕    |
| หัวหน้างานเยี่ยมบ้าน          | โรงพยาบาลห้างฉัตร | ๒๕๕๒    |
| หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์      | โรงพยาบาลห้างฉัตร | ๒๕๕๓    |
| ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ      | โรงพยาบาลห้างฉัตร | ๒๕๕๔    |

**ประสบการณ์/ผลงาน**

- การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว....ตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ปี๒๕๕๕
- บุคคลหน่วยงานภาครัฐดีเด่นสำหรับผู้สูงอายุประจำปี๒๕๕๕โดยคณะกรรมการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาสสุโขทัย
- อำเภอสุขภาพดี๘๐ปีั้งแจ้วปี๒๕๕๖โดยกรมอนามัย
- นำเสนอด้วยวาจารางวัลผลงานดีเด่น “การพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง” ปี๒๕๕๗โดยสำนักงานการพยาบาล

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ชื่อ - สกุล                   นางพิศมัย คงสุริยศักดิ์  
ตำแหน่ง                   นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สถานที่ทำงาน           สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง  
สถานที่ติดต่อ           สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง  
โทรศัพท์                   ๐๘๖๔๒๐๘๐๙๗  
E-mail:                   Pisaamai\_Lp@hotmail.com  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                   | สถาบัน                                 | ปี พ.ศ. |
|--------------------------------|----------------------------------------|---------|
| ประกาศนียบัตรเจ้าหน้าที่พยาบาล | วิทยาลัยพยาบาลโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี | ๒๕๑๖    |
| ปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตร์       | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช          | ๒๕๓๐    |

ประวัติการทำงาน

| ตำแหน่ง                                       | สถานที่ทำงาน                                                                | ปี พ.ศ.            |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| เจ้าหน้าที่พยาบาล งานผู้ป่วยนอก,<br>ผู้ป่วยใน | โรงพยาบาลแจ้ห่ม                                                             | ตุลาคม ๒๕๑๖ - ๒๕๒๗ |
| นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญงานสูงอายุ            | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง | ๒๕๒๗ - ปัจจุบัน    |

ผลงานเด่น

๑. การพัฒนาตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในพื้นที่ ทำให้ได้รับผลงานดีเด่น ได้รับรางวัล  
ดีเด่นระดับประเทศ ตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระดับดีเด่น ปี ๒๕๕๔ จากกรมอนามัย
๒. ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณเป็นองค์กรต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ชื่อหน่วยงาน  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง) ระดับประเทศ จากพระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีรัศมิ์  
พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราช ประจำปี ๒๕๕๕
๓. ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณผู้ประสานงานดีเด่นและสนับสนุนการดำเนินงานขยายของสาขาสภา  
ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยประจำจังหวัดลำปาง ๓ ครั้ง ประจำปี ๒๕๕๑, ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๖
๔. ได้รับรางวัลชมเชยประเภทสถานที่ที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ของมูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนา  
ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปี ๒๕๕๑  
ประเภทวัด ได้แก่ วัดปงคก อำเภองาว จังหวัดลำปาง

**ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**

ชื่อ - สกุล                      นางวัชรีย์ ตันตพชน  
ตำแหน่ง                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานที่ทำงาน งานพัฒนาบุคลากรและสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา  
สถานที่ติดต่อ              ตำบลท้ายช้าง อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา  
โทรศัพท์                      ๐๘๑๒๗/๐๖๖๐๑  
E-mail:                      watcharee\_tun@hotmail.com  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                           | สถาบัน                      | ปี พ.ศ. |
|----------------------------------------|-----------------------------|---------|
| อนุปริญญาพยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น) | วิทยาลัยพยาบาลนครศรีธรรมราช | ๒๕๒๙    |
| ปริญญาตรีครุศาสตรบัณฑิต                | มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต     | ๒๕๔๐    |
| ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต             | มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต     | ๒๕๔๑    |

**ประวัติการทำงาน**

| ตำแหน่ง                     | สถานที่ทำงาน                                 | ปี พ.ศ.   |
|-----------------------------|----------------------------------------------|-----------|
| พยาบาลเทคนิค                | งานเภสัชกรรม สสจ.พังงา                       | ๒๕๒๙-๒๕๓๑ |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน   | สถานีอนามัยตำบลถ้ำน้ำผุด                     | ๒๕๓๑-๒๕๔๐ |
| นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | งานพัฒนาบุคลากรและสุขภาพภาคประชาชน สสจ.พังงา | ๒๕๔๐-๒๕๔๗ |

**ประสบการณ์/ผลงาน**

- ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ ตั้งแต่ปี ๒๕๓๑-ปัจจุบัน
- ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมวิชาการ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๐-ปัจจุบัน
- ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๑-ปัจจุบัน

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ชื่อ - สกุล                   นางไพลิน เรือนทองดี  
ตำแหน่ง                   พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
สถานที่ทำงาน           โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน  
โทรศัพท์                   ๐๘๙-๗๘๐๓๗๐๔  
E-mail:                   lin๗๑๒๘๕@hotmail.com

ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                                | สถาบัน                             | ปี พ.ศ. |
|---------------------------------------------|------------------------------------|---------|
| วิชาการพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์<br>ระดับต้น | วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี              | ๒๕๒๗    |
| วิชาการพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ขั้นสูง      | วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ              | ๒๕๓๔    |
| พยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป          | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา | ๒๕๕๔    |

ประวัติการทำงาน

| ตำแหน่ง               | สถานที่ทำงาน                                                         | ปี พ.ศ. |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|---------|
| พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน<br>กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน | ๒๕๔๕    |

**ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**

ชื่อ - สกุล                      นางสาวแสงทิพย์ อินทรสวัสดิ์  
ตำแหน่ง                      พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ  
สถานที่ทำงาน              กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลกระบือชัยพัฒนา  
                                         ๓๗๔ ถนนเพชรเกษม หมู่ที่ ๑ ตำบล กระ อำเภอบางละมุง จังหวัดพังงา ๘๒๑๕๐  
โทรศัพท์                      ๐๘๔ ๘๓๙๐๗๘ โทรศัพท์ / โทรสาร ๐๗๖ ๔๙๑๑๑๙  
E-Mail:                      prapatsornsangtip@gmail.com

**ประวัติการศึกษา**

| วุฒิการศึกษา                    | สถาบัน                        | ปี พ.ศ. |
|---------------------------------|-------------------------------|---------|
| ก่อนปริญญา                      |                               |         |
| การพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น   | วิทยาลัยพยาบาลสงขลา           | ๒๕๒๗    |
| ปริญญาตรี                       |                               |         |
| ครุศาสตรบัณฑิต(สุขศึกษา)        | สถาบันราชภัฏภูเก็ต            | ๒๕๓๘    |
| พยาบาลศาสตรบัณฑิต               | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา | ๒๕๔๔    |
| (การพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับสูง) |                               |         |
| ปริญญาโท                        |                               |         |
| พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต            | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์         | ๒๕๔๘    |
| (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)      |                               |         |

**ประวัติการทำงาน**

| ตำแหน่ง               | สถานที่ทำงาน                                                    | ปี พ.ศ.        |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------|
| พยาบาลระดับต้น        | หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลตะกั่วป่า<br>อ.ตะกั่วป่า จ.พังงา | ๒๕๒๗-๓๘        |
| พยาบาลระดับต้น.       | หอผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบือ อ.กระบือ<br>จ.พังงา            | ๒๕๓๘-๔๔        |
| พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ๗ | หอผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลกระบือ อ.กระบือ<br>จ.พังงา            | ๒๕๔๔-๔๘        |
| พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ๗ | สอ. พังละออง ต.บางวัน อ.กระบือ จ.พังงา                          | ๒๕๔๘-๔๙        |
| พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ๗ | สอ เติร์ยม ต.กระบือ อ.กระบือ จ.พังงา                            | ๒๕๕๐-๕๒        |
| พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ๗ | กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว<br>โรงพยาบาลกระบือชัยพัฒนา           | ๒๕๕๒- ปัจจุบัน |

**ประสบการณ์ทำงาน**

- อาจารย์พิเศษ วิทยาลัยชุมชน พังงาหน่วยจัดกระบือ
- ครูพี่เลี้ยงแก่นักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
- ครูพี่เลี้ยงแก่นักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์
- ครูพี่เลี้ยงแก่นักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร ตรัง

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ชื่อ - สกุล ศาสตราจารย์นายแพทย์ ดร.ศุภสิทธิ์ พรธนะโรจน์ทัย  
ตำแหน่ง คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
E-mail: supasitp@nu.ac.th  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                                                                      | สถาบัน                                              | ปี พ.ศ. |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------|
| แพทยศาสตรบัณฑิต                                                                   | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี<br>มหาวิทยาลัยมหิดล | ๒๕๒๑    |
| ประกาศนียบัตรอายุรศาสตร์เขตร้อน<br>และสุขวิทยา (DTM&H)                            | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี<br>มหาวิทยาลัยมหิดล | ๒๕๒๕    |
| วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต<br>(สาธารณสุขศาสตร์)                                          | มหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์                         | ๒๕๒๙    |
| ปริญญาเอกทางการวางแผน<br>สาธารณสุขและการคลังสาธารณสุข<br>(Planning and Financing) | School of Hygiene and Tropical<br>Medicine, London  | ๒๕๓๖    |

ประสบการณ์/ผลงาน

- งานวิจัย “Access to services and complications experienced by disabled people in Thailand” (๒๕๕๑)
- งานวิจัย “Geographical Variation of Mortality in Thailand” (๒๕๕๑)
- งานวิจัย “Factors influencing health information technology adoption in Thailand’s community health centers: Applying the UTAUT model” (๒๕๕๒)
- งานวิจัย “กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมทางจักษุวิทยา การให้บริการโรคตาโดยเฉพาะ ต้อกระจก ปี ๒๕๔๖-๒๕๔๗” (๒๕๔๘)
- งานวิจัย “สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ของ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย” (๒๕๕๒)

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ชื่อ-สกุล นายวีระ วิศวล  
ตำแหน่ง เลขานุการสมาคมสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ประจำจังหวัดพังงา  
สถานที่ติดต่อ ๒๑ หมู่ที่ ๑ ตำบลกระโสม อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา รหัสไปรษณีย์ ๘๒๑๓๐  
โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๗๗๘๙๐๘ บ้าน ๐๗๖-๔๙๖๑๑๖  
โทรสาร ๐๗๖-๔๙๖๓๗๕  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                                    | สถาบัน                                  | ปี พ.ศ. |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|
| ประกาศนียบัตรนักบริหาร<br>งานสาธารณสุขระดับกลาง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา | ๒๕๓๖    |

ประวัติการทำงาน

| ตำแหน่ง                               | สถานที่ทำงาน                  | ปี พ.ศ.   |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------|
| เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ระดับ ๘ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา | ๒๕๔๐-๒๕๔๖ |

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ชื่อ-สกุล                   นางเบญจพร สุธรรมชัย  
ตำแหน่ง                   นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
สถานที่ทำงาน           สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์  
สถานที่ติดต่อ           สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ  
                                  ชั้น ๔ ตึกกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐  
โทร./แฟกซ์               ๐๒-๕๙๐-๖๒๕๐ Mobile ๐๘๔๗๐๐๑๕๒๐  
E-mail:                   benjap๒๐๑๐@hotmail.com  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                                      | สถาบัน              | ปี พ.ศ.   |
|---------------------------------------------------|---------------------|-----------|
| ประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์และ<br>ผดุงครรภ์ชั้นสูง | วิทยาลัยพยาบาลสงขลา | พ.ศ. ๒๕๒๖ |

ประวัติการทำงาน

| ตำแหน่ง                                                                                                  | สถานที่ทำงาน                                                                              | ปี พ.ศ.              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| นักวิชาการสาธารณสุข ๗ว.                                                                                  | สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ                                                                | พ.ศ. ๒๕๔๘            |
| นักวิเคราะห์นโยบายและ<br>แผนชำนาญการพิเศษ<br>(ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาล<br>และการประกอบโรคศิลป์) | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ<br>สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลป์<br>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๖     |
| นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ                                                                         | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช<br>ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ                                | พ.ศ. ๒๕๕๖ - ปัจจุบัน |

ประสบการณ์/ผลงาน

- วิจัยเรื่อง ข้อเสนอแนะนโยบายผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๒
- วิจัยเรื่อง ความพึงพอใจผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๓
- จัดทำแนวทางการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน พ.ศ. ๒๕๕๔
- จัดทำหนังสือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๖ (เล่มที่ ๑ - ๘)
- วิจัยเรื่อง บทบาทกรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๗
- คณะทำงานใน คณะกรรมการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๑
- คณะที่ปรึกษารัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขด้านวิชาการ พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๑
- คณะทำงานใน คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ และผู้พิการ สภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๔
- คณะทำงานใน คณะกรรมการการคุ้มครองผู้บริโภค สภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. ๒๕๕๕
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลป์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๕
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๕ อีกตำแหน่งหนึ่ง
- อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับสูง ระดับผู้อำนวยการกอง รองผู้อำนวยการ จัดโดย สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นเวลา ๔๕ วัน

**ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**

ชื่อ-สกุล                      นางสาวนภัส แก้ววิเชียร  
ตำแหน่ง                      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สถานที่ทำงาน              สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์  
สถานที่ติดต่อ              สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ  
                                         ชั้น ๔ ตึกกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐  
โทร./แฟกซ์                   ๐๒-๕๙๐-๖๒๕๐ Mobile ๐๘๗๖๘๐๐๖๕๕  
E-mail:                      naphas๒๕๕๔@gmail.com  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา              | สถาบัน                                        | ปี พ.ศ.   |
|---------------------------|-----------------------------------------------|-----------|
| ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ | วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์<br>จ.นครสวรรค์ | พ.ศ. ๒๕๓๕ |
| ปริญญานิติศาสตรบัณฑิต     | มหาวิทยาลัยรามคำแหง                           | พ.ศ. ๒๕๔๕ |

**ประวัติการทำงาน**

| ตำแหน่ง                     | สถานที่ทำงาน                                                           | ปี พ.ศ.              |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| พยาบาลวิชาชีพ ๓             | โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์                                       | พ.ศ. ๒๕๓๕            |
| พยาบาลวิชาชีพ ๖ว.           | กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี                                        | พ.ศ. ๒๕๔๓            |
| นักวิชาการสาธารณสุข ๗ว.     | กองการแพทย์ทางเลือก                                                    | พ.ศ. ๒๕๔๗            |
|                             | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์<br>แผนทางเลือก                       |                      |
| นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ                                    | พ.ศ. ๒๕๕๕            |
|                             | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ                                                |                      |
| นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร<br>เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ | พ.ศ. ๒๕๕๖ – ปัจจุบัน |

**ประสบการณ์/ผลงาน**

- จัดทำหนังสือแนวทางการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน พ.ศ. ๒๕๕๔
- จัดทำหนังสือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๖ (เล่มที่ ๑ – ๘)
- งานวิจัยเรื่อง บทบาทกรมการแพทย์ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๗
- อบรมหลักสูตรผู้บริหารระดับกลาง (จัดโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน) พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นเวลา ๔๕ วัน
- คณะทำงานใน คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. ๒๕๔๘ – ๒๕๕๑
- คณะทำงานใน คณะกรรมาธิการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการ สภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. ๒๕๕๒ – ๒๕๕๔
- คณะทำงานใน คณะกรรมาธิการการคุ้มครองผู้บริโภค สภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. ๒๕๕๕

ประวัติวิทยากรและบุคคลในทำเนียบหนังสือ  
การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ชื่อ-สกุล                   นางจิรสุดา กาญจนสถิตย์กุล  
ตำแหน่ง                   พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
สถานที่ทำงาน           โรงพยาบาลอุดรธานี  
สถานที่ติดต่อ           โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ ๓๓ ถนนพะเยาเนียม ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัด  
อุดรธานี  
โทรศัพท์                   ๐๔๒-๒๔๕๕๕๕ ต่อ ๓๒๓๖, ๐๘๙-๖๒๐๑๑๒๙  
E-mail:                   jirisuda๒๕๑๘@gmail.com  
ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา                        | สถาบัน                           | ปี พ.ศ.   |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------|
| ประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์ ระดับต้น | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี | พ.ศ. ๒๕๓๘ |
| ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต             | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี | พ.ศ. ๒๕๔๕ |
| (ต่อเนื่อง ๒ ปี)                    |                                  |           |
| พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต                | มหาวิทยาลัยขอนแก่น               | พ.ศ. ๒๕๕๒ |
| สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ             |                                  |           |
| วุฒิปดการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง    | สภากาพยาบาล                      | พ.ศ. ๒๕๕๔ |
| สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ             |                                  |           |

ประวัติการทำงาน

| ตำแหน่ง       | สถานที่ทำงาน      | ปี พ.ศ.            |
|---------------|-------------------|--------------------|
| พยาบาลเทคนิค  | โรงพยาบาลอุดรธานี | พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๔๕     |
| พยาบาลวิชาชีพ | โรงพยาบาลอุดรธานี | พ.ศ. ๒๕๔๕-ปัจจุบัน |

ประสบการณ์ / ผลงาน

- วิจัยเรื่องการให้ญาติมีส่วนร่วมเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี พ.ศ. ๒๕๕๒
- วิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการนัดหมายเพื่อกระตุ้นการเข้ารับถ่ายในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง หอผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี พ.ศ. ๒๕๕๔
- คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพระดับดีเลิศ พ.ศ. ๒๕๕๖ จาก สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

## โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท)

๑. ชื่อโครงการ : โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท)

๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

๓. หน่วยงานสนับสนุน

เครือข่ายเขตบริการสุขภาพน่านร่อง จังหวัดอุดรธานี จังหวัดลำปาง จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดพังงา

๔. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ในปี ๒๕๕๖ ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง ๙.๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๗ ของประชากรรวม ๖๔.๖ ล้านคน (จากการคาดประมาณ ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๖๓) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) สถานการณ์ดังกล่าวเกิดจากการลดลงอย่างรวดเร็วของประชากรวัยเจริญพันธุ์ การพัฒนาความก้าวหน้าด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข มูลเหตุดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของประชากรทุกกลุ่มวัยที่ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนทั้ง ทางตรงและทางอ้อมอย่างเป็นพลวัตในปี ๒๕๕๒ ได้มีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทย กำหนดให้ภาครัฐและภาค สังคมมีภารกิจต่อผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีและสามารถเข้าถึงบริการ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ปัจจุบันมีการจัดการระบบบริการดูแลผู้สูงอายุหลายรูปแบบ ซึ่งมีจุดเด่นและจุดด้อย แตกต่างกันไป โดยที่การดูแลผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง และกลุ่มติดสังคม ภายใต้หลักการบริหารจัดการแบบบูรณาการที่มีอยู่ใน ปัจจุบันเน้นรูปแบบการบูรณาการที่มีความเชื่อมโยงในรูปภาคีเครือข่าย ชุมชน ครอบครัว และการจัดบริการ ภาครัฐ โดยมีศูนย์ประสานงาน /Home Health Care เป็นจุดเชื่อมระหว่างสถานบริการทุกระดับกับชุมชน

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และเพื่อ พัฒนาระบบบริการที่จะนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและ ความต้องการของแต่ละพื้นที่ตามบริบทของประเทศอันจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน สถาบัน เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำโครงการ พัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท) เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ในบริบทของประเทศไทย

๕. วัตถุประสงค์

๑. พัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพ ปัญหาและความต้องการของพื้นที่ในบริบทประเทศไทย

๒. ได้ (ร่าง) คู่มือ/แนวทางการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพ บุคลากรและสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

๓. สร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับเขตบริการสุขภาพและ หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง

๖. ระยะเวลาการดำเนินงาน (มิถุนายน – กันยายน ๒๕๕๗)

| กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ระยะเวลาดำเนินการ |            |            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | มิ.ย.<br>๕๗       | ก.ค.<br>๕๗ | ส.ค.<br>๕๗ | ก.ย.<br>๕๗ |
| ๑. จัดประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สักระยะรูปแบบการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมือง,เขตชนบท) เพื่อกำหนดแนวทางฯ (ร่าง)<br>: Review รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ<br>: วิเคราะห์รวบรวมผลสำเร็จการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จุดอ่อน จุดแข็งของจังหวัดลำปาง, อุตรธานี,กาญจนบุรีและพังงา สักระยะรูปแบบการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการของกระทรวงสาธารณสุข |                   |            |            |            |
| ๒. จัดทำแนวทางการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท) (ร่าง)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |            |            |            |
| ๓. ได้คู่มือแนวทางการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท) (ร่าง นำเสนอผู้บริหาร)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |            |            |            |

๗. กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดอุตรธานี,จังหวัดลำปาง,จังหวัดกาญจนบุรีและจังหวัดพังงา

๘. วิธีการดำเนินงาน

๑. ศึกษาแบบเชิงระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการของจังหวัดอุตรธานี จังหวัดลำปาง จังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดพังงา
๒. วิเคราะห์ผลสำเร็จ จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสพัฒนา และสิ่งคุกคามของรูปแบบการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดอุตรธานี จังหวัดลำปาง จังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดพังงา
๓. ประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
๔. จัดทำแนวทางการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท) (ร่าง)

๙. งบประมาณปี ๒๕๕๗(มิถุนายน – กันยายน ๒๕๕๗)

๖๐๐,๐๐๐ บาท

๑. จัดประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท)

- ค่าตอบแทนวิทยากร (ภาครัฐ) (๖๐๐ บาท X ๑ ชม. X ๓ คน) = ๑,๘๐๐ บาท
- ค่าตอบแทนวิทยากร ๔ ภาค (ภาคเหนือ,ภาคกลาง,ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,ภาคใต้) กลุ่มละ ๕ คน
- ค่าตอบแทนวิทยากร (ภาครัฐ) (๖๐๐ บาท X ๑๒ ชม. X ๑๘ คน) = ๑๒๙,๖๐๐ บาท
- ค่าตอบแทนวิทยากร (ภาคเอกชน) (๑,๒๐๐ บาท X ๑๒ ชม. X ๒ คน) = ๒๘,๘๐๐ บาท
- ค่าพาหนะวิทยากร/ผู้ร่วมอบรม/ผู้สังเกตการณ์/ผู้จัดการอบรม  
(๖,๐๐๐ บาท X ๒๕ คน)+(๕๐๐ บาท X ๕๕ คน) = ๑๗๗,๕๐๐ บาท
- ค่าที่พักวิทยากรและผู้เข้าร่วมอบรม  
(๑,๒๐๐ บาท X ๒๓ คน x ๒ คืน) + (๙๐๐ บาท X ๖ คน x ๒ คืน) = ๗๗,๕๐๐ บาท
- ค่าเบี้ยเลี้ยงผู้เข้าอบรม (๘๐ บาท X ๕๕ คน x ๓ วัน) = ๑๓,๒๐๐ บาท

|                                                                                                 |          |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|
| - ค่าอาหารกลางวันวิทยากร,ผู้เข้าร่วมอบรม,ผู้สังเกตการณ์/ผู้จัดการอบรม (๔๕๐ บาท X ๘๐ คน x ๒ วัน) | = ๗๒,๐๐๐ | บาท |
| - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (๗๕ บาท x ๒ มื้อ X ๘๐ คน x ๒ วัน)                                  | = ๒๔,๐๐๐ | บาท |
| - ค่าวัสดุสำนักงาน                                                                              | = ๑,๖๐๐  | บาท |
| - ค่าจ้างทำกระเป๋ (๓๐๐ บาท X ๕๐ คน)                                                             | = ๒๔,๐๐๐ | บาท |
| ๒. ค่าจ้างเหมาเก็บข้อมูลเหมาจ่ายและค่าจ้างเหมาบันทึก/วิเคราะห์ข้อมูล                            | = ๕๐,๐๐๐ | บาท |
| รวมงบประมาณทั้งสิ้น                                                                             | ๖๐๐,๐๐๐  | บาท |
| (หกแสนบาทถ้วน)                                                                                  |          |     |

หมายเหตุ: ขอถัวจ่ายทุกรายการและจำนวนคน

#### ๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้พัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ในบริบทประเทศไทย
๒. ได้ (ร่าง) คู่มือ/แนวทางการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทย
๓. เกิดภาคีเครือข่ายการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับเขตบริการสุขภาพและหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง

เบญจพร สุธรรมชัย

(นางเบญจพร สุธรรมชัย)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้เขียนโครงการ



(นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์)

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ผู้เสนอโครงการ



ผู้อนุมัติโครงการ

(นายประพันธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล)

รองอธิบดี รักษาการแทน

อธิบดีกรมการแพทย์

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ  
(เขตเมืองและเขตชนบท)

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมการแพทย์  
ที่ ๓๕๖ /๒๕๕๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท)

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท) กรมการแพทย์ มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ วิชาการและระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นไป ด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๙ แห่งพระราชบัญญัติ ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท) ดังต่อไปนี้

- |                                                 |                                                                 |                     |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------|
| ๑. นายสุพรรณ ศรีธรรมมา                          | อธิบดีกรมการแพทย์                                               | ประธานคณะกรรมการ    |
| ๒. นายประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล                 | รองอธิบดีกรมการแพทย์                                            | รองประธานคณะกรรมการ |
| ๓. นายภาสกร ชัยวานิชศิริ                        | รองอธิบดีกรมการแพทย์                                            | รองประธานคณะกรรมการ |
| ๔. ศาสตราจารย์ศุภสิทธิ์ พรหมารุโณทัย            | คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร                            | กรรมการ             |
| ๕. นายวิชาญ เกิดวิชัย                           | คณบดีคณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา               | กรรมการ             |
| ๖. นายธำนิทร์ ณะเฒ                              | รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | กรรมการ             |
| ๗. ศาสตราจารย์สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล            | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                             | กรรมการ             |
| ๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ | รองคณบดีฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา ศิริราชพยาบาล                    | กรรมการ             |
| ๙. รองศาสตราจารย์สังคม จงพิพัฒน์วนิชย์          | อาจารย์พิเศษคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                 | กรรมการ             |
| ๑๐. พระครูสุวัตภิธรรมรัต                        | เจ้าอาวาสวัดสามัคคีธรรม จังหวัดพังงา                            | กรรมการ             |
| ๑๑. นายสมิต ประสันนาการ                         | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี                                | กรรมการ             |
| ๑๒. นายศิริชัย ภัทรนุอาพร                       | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง                                   | กรรมการ             |
| ๑๓. นายไพศาล เกื้ออรุณ                          | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา                                   | กรรมการ             |

|                                    |                                                                               |         |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ๑๔. นายณรินทร์รัชต์ พิษณุคามินทร์  | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี                                             | กรรมการ |
| ๑๕. นายปานเนตร ปางพุฒิพงศ์         | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์<br>จังหวัดนครปฐม                          | กรรมการ |
| ๑๖. นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์          | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์                                       | กรรมการ |
| ๑๗. นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา       | นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี       | กรรมการ |
| ๑๘. นายพนัส โสภณพงษ์               | นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี      | กรรมการ |
| ๑๙. นายบุญชัย พัฒน์วนิชกุล         | ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์                                      | กรรมการ |
| ๒๐. นายประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์      | ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ             | กรรมการ |
| ๒๑. นายวีรภูมิ อิ่มสำราญ           | ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์                                   | กรรมการ |
| ๒๒. นางฉวีวรรณ ภักดีธนากุล         | ผู้อำนวยการสถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์                                         | กรรมการ |
| ๒๓. นายศักดิ์ชัย ธีรวิทยาคม        | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล<br>สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี | กรรมการ |
| ๒๔. นายมนัส กนกศิลป์               | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี                                                  | กรรมการ |
| ๒๕. นายจรัส หาญวงศ์                | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง                                                     | กรรมการ |
| ๒๖. นายเอก พึ่งผล                  | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร                                       | กรรมการ |
| ๒๗. นายสุพจน์ ภูเก้าล้วน           | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังงา                                                     | กรรมการ |
| ๒๘. นายสมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ     | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา<br>จังหวัดกาญจนบุรี                         | กรรมการ |
| ๒๙. นายโอฬาร ยิ่งเสรี              | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตรจังหวัดลำปาง                                      | กรรมการ |
| ๓๐. นายประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์     | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ จังหวัดลำปาง                                      | กรรมการ |
| ๓๑. นายปิยะโชค พรหมสุด             | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ชัยพัฒน์ จังหวัดพังงา                               | กรรมการ |
| ๓๒. นางสปีศิริ บัณฑิตภิรมย์        | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองแสง จังหวัดอุดรธานี                                   | กรรมการ |
| ๓๓. นางธัญญารัตน์ สิทธิวงศ์        | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่พริก จังหวัดลำปาง                                      | กรรมการ |
| ๓๔. นายนิทัศน์ วิไลวรรณ            | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน<br>จังหวัดกาญจนบุรี                 | กรรมการ |
| ๓๕. นางอรพรรณ เมธาติลกุล           | ผู้อำนวยการสำนักกฎหมายการแพทย์ กรมการแพทย์                                    | กรรมการ |
| ๓๖. นายขำนิ จิตตรีประเสริฐ         | ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์                                        | กรรมการ |
| ๓๗. นายธานินทร์ สนธิรักษ์          | ผู้อำนวยการสำนักสารสนเทศการแพทย์<br>กรมการแพทย์                               | กรรมการ |
| ๓๘. นางสาวเวียนนารัตน์ ช่างวิวัฒน์ | องค์การอาสาสมัครเอกชน                                                         | กรรมการ |
| ๓๙. นางสาวลัดดา ดำริการเลิศ        | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข                                                      | กรรมการ |
| ๔๐. นายบรรจบ ชุณหสวัสติกุล         | ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบลิ่ว                                                       | กรรมการ |
| ๔๑. นางภัทราพร จงพัฒน์วนิชย์       | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ                                                  | กรรมการ |
| ๔๒. นางมลวัลย์ ตรังคขสาร           | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ                                                   | กรรมการ |

|                                 |                                                                                        |         |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ๔๓. นายกรกฎ จุฑาสมิต            | หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยทางการแพทย์ สถาบันวิจัย และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ | กรรมการ |
| ๔๔. นางศศิณี อภิชนกิจ           | หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลอุดรธานี                                           | กรรมการ |
| ๔๕. นางอาภาพรรณ นเรนทร์พิทักษ์  | หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี                                          | กรรมการ |
| ๔๖. นางสาวดุสิตา ตู้อะกาย       | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลลำปาง                                                        | กรรมการ |
| ๔๗. นางอรรณณ วรวงศ์ประภา        | นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลลำปาง                                                        | กรรมการ |
| ๔๘. นางสาวสำรวย โยธาวิจิตร      | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี                       | กรรมการ |
| ๔๙. นางสาวพรรณนิภา บุญกล้า      | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง                          | กรรมการ |
| ๕๐. นายเอกราช เพ็ชรศรี          | นายแพทย์ชำนาญการสถาบัน<br>เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ             | กรรมการ |
| ๕๑. นางสาวลลิกา วรหาญ           | หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี                     | กรรมการ |
| ๕๒. นางสุริภรณ์ สีสิงห์         | หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี                      | กรรมการ |
| ๕๓. นางทัศนีย์ ศรีจันทร์        | หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง                         | กรรมการ |
| ๕๔. นางสาวสมพิศ แสงบุญเรือง     | หัวหน้ากลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัว<br>โรงพยาบาลห้วยฉัตร จังหวัดลำปาง                        | กรรมการ |
| ๕๕. นางพิสมัย คงสุริยศักดิ์     | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง                           | กรรมการ |
| ๕๖. นายเมธานนท์ แก้วสุทธิ       | เทศบาลตำบลแม่มาะ จังหวัดลำปาง                                                          | กรรมการ |
| ๕๗. นางวัชรีย์ ดันตชน           | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา                           | กรรมการ |
| ๕๘. นางสาวแสงทิพย์ อินทรสวัสดิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลกระบี่ชัยพัฒน์ จังหวัดพังงา                          | กรรมการ |
| ๕๙. นางชนิษฐา ดันสกุล           | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระบี่ จังหวัดพังงา               | กรรมการ |
| ๖๐. นายวิชัย ชูจิต              | สาธารณสุขอำเภอกระบี่ จังหวัดพังงา                                                      | กรรมการ |
| ๖๑. นางจันทร์สว่าง มาเนียม      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี                                                | กรรมการ |
| ๖๒. นางจิรสุดา กาญจนสถิตย์กุล   | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี                                                | กรรมการ |
| ๖๓. นางอุไรลักษณ์ หมดคง         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี                                                | กรรมการ |
| ๖๔. นางวิลาวัลย์ คำใหม่         | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>โรงพยาบาลหนองแสง จังหวัดอุดรธานี                              | กรรมการ |
| ๖๕. นายจักรพงษ์ ดันตวงศ์โกวิท   | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี                       | กรรมการ |

|                               |                                                        |                            |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|
| ๖๖. นางไพลิน เรืองทองดี       | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ                            | กรรมการ                    |
|                               | โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี         |                            |
| ๖๗. นางศิริโสภา เหลืองไพบูลย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ                                  | กรรมการ                    |
|                               | โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี                |                            |
| ๖๘. นายวุฒิพงศ์ ภักดีกุล      | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์              | กรรมการ                    |
|                               | วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร                   |                            |
| ๖๙. นางสาววรินทร์มาศ เกษทองมา | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์              | กรรมการ                    |
|                               | วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร                   |                            |
| ๗๐. นายอนันต์ อภิตการ         | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์              | กรรมการ                    |
|                               | วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร                   |                            |
| ๗๑. นางสาวมธุวีริญ์ เทพกิจ    | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ ศูนย์เทคโนโลยี           | กรรมการ                    |
|                               | สารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข     |                            |
| ๗๒. นางเบญจพร สุธรรมชัย       | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ                       | กรรมการและเลขานุการ        |
|                               | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |                            |
| ๗๓. นางสาวนภัส แก้ววิเชียร    | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ                            | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
|                               | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |                            |
| ๗๔. นางนฤมล ทองมีสิทธิ์       | ผู้ช่วยนักวิจัย                                        | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
|                               | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |                            |
| ๗๕. นางสาวสุจิตรา ดวงดี       | นักวิชาการสาธารณสุข                                    | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
|                               | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |                            |

ให้คณะกรรมการฯ มีหน้าที่รับผิดชอบ ดังนี้

- กำหนดแนวทางการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เขตเมืองและเขตชนบท) ร่วมกับเขตบริการสุขภาพ
- จัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ร่วมกับเขตบริการสุขภาพ
- แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานฯ เพิ่มเติม
- กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน
- สรุปและจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาต่อผู้บริหารกรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข
- ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗



(นายสุพรรณ ศรีธรรมมา)

อธิบดีกรมการแพทย์

หนังสือ                      การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ  
พิมพ์ครั้งที่                      กันยายน ๒๕๕๗                      จำนวน ๓๐๐ เล่ม  
ISBN                      ๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๒๒๕๒-๒

**บรรณาธิการ**

นางเบญจพร                      สุธรรมชัย  
นางสาวนภัส                      แก้ววิเชียร

**กองบรรณาธิการ**

ดร.มธุวีร์วิญญ์                      เทพกิจ  
นางพิสมัย                      คงสุริยศักดิ์  
นางนฤมล                      ทองมีสิทธิ์

**จัดทำโดย**

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

[www.dms.moph.go.th](http://www.dms.moph.go.th)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

**พิมพ์ที่**

สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์

โทร. ๐ ๒๙๑ ๗๐๐๑-๒ โทรสาร. ๐ ๒๕๘๕ ๖๔๖๖