



โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในสถานบริการชุมชน



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์
โรงพยาบาลลำปาง
โรงพยาบาลห้างฉัตร
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
หน่วยวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้พิการ
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สนับสนุนงบประมาณโดย กองทุนประชากรแห่ง
สหประชาชาติ (UNFPA)

ดำน้า

จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร พบว่า อัตราตาย อัตราเกิดมีแนวโน้มลดลง ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากร พบว่าประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนประชากร 6 - 7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.3 ของประชากรทั้งหมดในปี 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในปี พ.ศ. 2568 เป็นร้อยละ 14 คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันพัฒนาการทางการแพทย์ก้าวหน้าขึ้น ประชากรอายุยืนยาวขึ้น แต่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 โรค โรคที่พบมากขึ้นส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 นำไปสู่ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคข้อและกระดูก สมอเสื่อม ปัญหาสุขภาพจิตและมีภาวะซึมเศร้ามีอาการซับซ้อน ต้องการการดูแลต่อเนื่องระยะยาวอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ปัญหาสำคัญคือ การใช้ยาในผู้สูงอายุ ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงมีความต้องการอย่างเร่งด่วนในการ พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และพยาบาลในสถานบริการเชื่อมโยงเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนอย่างบูรณาการและครบวงจร โดยมีทุกภาคส่วนในสังคม/ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์พระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ร่วมกับโรงพยาบาล ลำปาง โรงพยาบาลห้างฉัตร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุน ประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน สถานบริการสู่ชุมชน พร้อมทั้งจัดทำระบบเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุระยะยาว ระหว่างสถานบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน โดยเลือกพื้นที่ในจังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานการวิเคราะห์ระบบบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เป้าหมายคือ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลห้างฉัตร และสถานีนอนามัยบ้านเหล่า อำเภอห้างฉัตร เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คณะทำงาน

	หน้า
คำนำ	
สารบัญ	
สารบัญตาราง	
บทสรุปผู้บริหาร	2-12
บทที่ 1 บทนำ	13-18
บทที่ 2 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย	19-42
ลักษณะของประชากรและสังคม	
ภาวะสุขภาพ	
นโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ	
นโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง	
การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	
สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง	
สถานการณ์ผู้สูงอายุใน ตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร	
บทที่ 3 การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพในสถานบริการในปัจจุบัน	74-102
นโยบายแผนงานด้านผู้สูงอายุขององค์กร	
วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง/โอกาส/ภัยคุกคามของระบบบริการสุขภาพขององค์กร	
กระบวนการทำงานของระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน	
ระบบบริการคนไข้นอก (OPD)	
ระบบบริการคนไข้ใน (IPD)	
ระบบบริการ Home Health Care	
ระบบส่งต่อคนไข้ (Referral system)	
ระบบข้อมูล/ฐานข้อมูลของผู้สูงอายุที่ดำเนินงานในปัจจุบัน	
ระบบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ (document flow)	
หน่วยบริการเสริม/ระบบเกื้อหนุนต่อการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	

หน้า

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน

จำนวนบุคลากรที่ทำงานบริการด้านผู้สูงอายุ

ทัศนคติของบุคลากรขององค์กรในการให้บริการสุขภาพ

ทัศนคติของผู้สูงอายุต่อการรับบริการสุขภาพ

ปัญหา/อุปสรรคของระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการคนไข้นอก (OPD)

ระบบบริการ Home Health Care

ระบบบริการเยี่ยมบ้าน

ระบบส่งต่อคนไข้ (Referral system)

กระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน/ชุมชน

หน่วยบริการเสริม/ระบบเกื้อหนุนต่อการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน

จำนวนบุคลากรที่ทำงานบริการด้านผู้สูงอายุ

ทัศนคติของบุคลากรในองค์กรในการให้บริการสุขภาพ

ทัศนคติของผู้สูงอายุต่อการรับบริการสุขภาพ

ปัญหา/อุปสรรคของระบบบริการสุขภาพ

บทที่ 5 อาคาร สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ
ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 103-170

บทที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสถานบริการสู่ชุมชน 171-245
แบบครบวงจร (Model LTC)

วัตถุประสงค์

เป้าหมาย

กระบวนการทำงานของระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบวงจร

ขั้นตอนการดำเนินงาน

กรอบการทำงาน/ความเชื่อมโยงของระบบ

กรอบเวลา

ผู้รับผิดชอบ/ผู้ดำเนินงานในแต่ละดับ

หน้าที/ความรับผิดชอบของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	
ในการให้บริการด้านสุขภาพ	
ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	
ระบบการติดตามและประเมินผล	
เอกสารรายงานการดำเนินงาน	
เอกสารการติดตามงานรายไตรมาส	
ผลที่คาดว่าจะได้รับ และข้อเสนอแนะ	
บทที่ 7 บทสรุปผลการดำเนินการพัฒนาระบบ	246-263
บทที่ 8 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	264-278
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก	272-280
คณะกรรมการดำเนินงาน	
รูปภาพกิจกรรม	

การวิเคราะห์ระบบบริการด้านสุขภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึก เกี่ยวกับการจัดการผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพและช่องว่างของการนำนโยบายด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติในสถานบริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นต้นแบบ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในสถานบริการแต่ละระดับ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชน / PCU ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นต้นแบบ 2) เพื่อพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ 3) เพื่อจัดทำระบบการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ คัดเลือกโรงพยาบาลแบบเจาะจง เป็นโรงพยาบาลที่มีระบบบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรถึงชุมชน คือ โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง โรงพยาบาลห้างฉัตร และสถานเอนามัยบ้านเหล่าอำเภอลำปาง เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการเดิมที่ดำเนินการอยู่เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการบริการผู้สูงอายุที่ครบวงจร

ผลการศึกษา

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากสถานบริการสู่ชุมชนในบริบทโรงพยาบาลลำปาง

นโยบายของโรงพยาบาล คือ ให้บริการผู้ป่วยผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพทุกด้านอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เน้นการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. จัดระบบบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและเครือข่าย
2. เป็นศูนย์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยผู้สูงอายุและพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สูงอายุเชื่อมโยงสู่เครือข่าย
3. เป็นศูนย์พัฒนาความรู้ทางด้านวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย
4. กำกับดูแลการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตามมาตรฐาน
5. ประสานและสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง
6. วิเคราะห์ข้อมูลและนำมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ
7. ส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานในการให้บริการผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

ในส่วนของโรงพยาบาลลำปางได้ดำเนินการ SWOT Analysis ได้กลยุทธ์การดำเนินการ 4 กลยุทธ์

การจัดระบบบริการด้านสุขภาพ

การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry) ผู้ป่วยสูงอายุที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วย ได้รับการส่งต่อข้อมูลความเจ็บป่วยเบื้องต้นจากแผนกผู้ป่วยนอก/แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนส่งผู้ป่วยมาถึง มีการประทับตราดอกกลาดวนในใบสั่งยา ในผู้ป่วยสูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป และ 60 ปี ที่มีปัญหาซับซ้อน ส่วนผู้ป่วยในโครงการ fast Track เช่น ผู้ป่วยโรคทางสมอง(Acute/Stroke), STEMI หรือ Sepsis ได้รับการปฏิบัติตาม Guideline ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ต่อเนื่องมาจนถึงหอผู้ป่วย มีการวินิจฉัยและการให้ยาละลายลิ่มเลือด/ยาปฏิชีวนะตั้งแต่ห้องฉุกเฉินและ admit เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะ ได้แก่ หน่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และหอผู้ป่วยหนักต่างๆ ตามสาเหตุของการเกิดปัญหา

1. การคัดกรองหน้าห้องตรวจโรค OPD (ทุกห้อง) จะดำเนินการโดยจะสังเกตตราประทับหน้าใบสั่งยา ถ้าเป็น “ดอกกลาดวน” ให้เรียกชื่อ เพื่อตรวจสอบสัญญาณชีพจร วัดปรอท วัด BP และซักประวัติเตรียมพบแพทย์โดยเร็วที่สุด อายุมากกว่า 60 ปี ให้สังเกตผู้ป่วยว่าเป็นผู้สูงอายุที่อาการทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ไม่หนัก/ไม่รุนแรง ไม่ได้อยู่บนเปลนอน สามารถรอการตรวจช่วงหนึ่งได้ ขอให้สลับเรียกตรวจคัดกรองตามลำดับที่เร็วขึ้น เพื่อจะได้พบแพทย์เร็วขึ้นด้วย ในการซักประวัติคัดกรองเบื้องต้นในเพิ่มการซักถามเกี่ยวกับการแพ้ยา ความเครียด ภาวะซึมเศร้า โรคเรื้อรัง ปัญหาการดูแลที่บ้าน/การเดินทาง ฯลฯ เพื่อจะได้ทราบปัญหาครอบคลุมยิ่งขึ้น การคัดกรองทุกขั้นตอนควรมีญาติ/ผู้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลอยู่ร่วมด้วย เพื่อจะเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยช่วยการให้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมตามจำเป็น โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาความจำ/การได้ยิน/การมองเห็นที่อาจมีปัญหาก็ประวัติที่ไม่ครบถ้วนได้

2. บริการคลินิกผู้สูงอายุ เปิดบริการทุกวันพุธ เวลา 8.00-12.00 น. เพื่อรับดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มี ปัญหาซับซ้อนจากแพทย์/พยาบาลแผนกต่าง ๆ โดยเน้นการวิเคราะห์แบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีการประสานสนับสนุนจากกลุ่มงานอื่น ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มการพยาบาล สนับสนุนพยาบาลช่วยงานคลินิก กลุ่มงานเภสัชกรรม ช่วยให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุ กลุ่มงานจิตเวช ช่วยด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล กลุ่มงานทันตกรรม ช่วยดูแลด้านทันตกรรมให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้ครบถ้วน ฝ่ายโภชนาการ ช่วยให้การแนะนำด้านการเตรียม/การเลือกอาหาร ฝ่ายเทคนิคบริการอื่น ๆ ให้การสนับสนุนการตรวจรักษาโรคร่วมที่มีผลกระทบต่อโรคหลัก และคุณภาพชีวิตโดยรวม ฝ่ายสวัสดิการสังคมช่วยสนับสนุนด้านสวัสดิการการรักษา รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือผ่านงานสังคมสงเคราะห์ด้านต่าง ๆ ตามเกณฑ์ โดยมีพยาบาลวิชาชีพรับปรึกษาขั้นต้นและการเตรียมผู้ป่วย พร้อมนัดวันรับบริการที่คลินิกตามความสะดวกและประสานการส่งต่อปรึกษาหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการส่ง HHC ทั้งนี้ภายหลังจากผู้ป่วยสูงอายุผู้นั้นๆ ได้รับการแก้ไขปัญหาคับซ้อนจนผ่อนคลายแล้วทางคลินิกผู้สูงอายุจะได้ประสานกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อส่งคืนผู้ป่วยรับการรักษาตามโรคหลักต่อไป

3. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (geriatric assessment)

3.1 ประเมินทางกายภาพ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจสอบประวัติการใช้ยาอาจเกิด ADR

3.2 ประเมินทางสุขภาพจิต เพื่อทราบความผิดปกติทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะสับสน (Delirium) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

3.3 ประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ ADL

3.4 ประเมินสภาวะทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแล เศรษฐฐานะ และสภาพที่อยู่อาศัยรวมทั้งสิ่งแวดล้อม

4. การวางแผนการดูแลรักษา

แพทย์ ซักประวัติเพิ่มเติม ทั้งในส่วนที่พยาบาลได้ชักนำไปแล้ว เพื่อให้ครอบคลุมทั้งอาการ/อาการแสดงของโรคหลักที่มาตรวจรักษาและความไม่ปกติอื่น ๆ ที่อาจมีร่วมทั้งด้านกาย จิต และสังคม รวมถึงโรคประจำตัวอื่นๆ ที่เคยรักษา/กำลังรักษา การใช้ยาต่างๆ เพื่อจะสามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงกับโรคหลักของผู้สูงอายุได้ครบถ้วน การตรวจร่างกาย มีการตรวจประเมินร่างกายส่วนอื่นๆ เพิ่มเติมจากการตรวจ Affected Part โดยเฉพาะด้านการมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว/การเคลื่อนไหว รวมทั้งสุขภาพจิต/ภาวะสมองเสื่อม ฯลฯ ตามความเหมาะสม กรณีที่พบจากการซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยมีภาวะของโรคร่วม / ความผิดปกตินอกเหนือจากโรคหลัก มีการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ โดยใช้ แนวทางการดูแลรักษาเฉพาะโรค ได้แก่ CPG, Care MAPs และ Case management (15โรค) เช่น แนวทางดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคอายุรกรรม ได้แก่ Stroke , CHF , COPD ฯลฯ แนวทางดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคศัลยกรรม ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย CA Bladder แนวทางดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคหูคอจมูก ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง แนวทางดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคศัลยกรรมกระดูก ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย Osteoporosis

5. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพโดยให้ญาติมีส่วนร่วมใช้เกณฑ์การประเมินจากคะแนน Discharge Plan score โดยใช้แบบประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่าย

6. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) การเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการดำเนินการของสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับมารับการรักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น โดยมีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง เช่น งานเยี่ยมบ้าน งานสังคมสงเคราะห์ ศูนย์นำส่งผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน/สถานพยาบาล ประชาสงเคราะห์ อสม. อบต. ตลอดจนสถานบริการสุขภาพ/หน่วยงานของรัฐ/เอกชนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน จะมีการเยี่ยมบ้านร่วมกันทั้ง พยาบาลเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้วางแผนจำหน่าย แพทย์เภสัชกร รวมทั้งสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ตลอดจนชุมชน/องค์กรส่วน

ท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและชุมชนมีส่วนร่วม โดยในปี 2553 ตั้งเป้าหมายผู้ป่วยสูงอายุ 80 ปีขึ้นไปส่ง HHC > 80 %

งาน HHC หอผู้ป่วยประสานส่งข้อมูลผู้ป่วย ≥ 80 ปีทุกคนพร้อมด้วยผู้ป่วยอายุ ≥ 60 ปี ที่มีปัญหาโรค/ภาวะแทรกซ้อนตามกลุ่มที่กำหนดส่งต่อให้ 12 รพช. เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 27 แห่ง เขตอำเภอเมือง ลงเยี่ยมบ้านในพื้นที่เขตอำเภอเมืองที่รับผิดชอบ และเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปาง และเป็นศูนย์ประสานงานดูแลผู้สูงอายุโรงพยาบาลลำปาง เพื่อให้สามารถติดตามข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างครบถ้วน รวมถึงการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้อง และการประสานงานกับคณะกรรมการ/คณะทำงานพัฒนางานดูแลผู้สูงอายุโรงพยาบาลลำปางให้สามารถปรับ/พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลลำปางได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

7. ระบบส่งต่อคนไข้ (Refer system) การดำเนินการศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลลำปาง

1. มีโครงสร้างของศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยแยกจากห้องฉุกเฉิน มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการศูนย์ในเวลาราชการ และมีการมอบหมายงานให้มีผู้รับผิดชอบนอกเวลาราชการ กรณีแพทย์ มีแพทย์เวชศาสตร์เป็นผู้ร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาระบบ และแพทย์เวรห้องฉุกเฉินให้คำปรึกษาและพิจารณาผู้ป่วยในระบบส่งต่อ โดยมีขอบเขตการประสานงานคือผู้ป่วยทุกรายที่มีการส่งต่อโดยรพช. และ มีพยาบาลนำส่งทั้งในจังหวัดและต่างจังหวัด และกรณีที่แพทย์มีความประสงค์ต้องการโทรปรึกษาการรักษาเฉพาะราย

2. มีแนวทางการประสานงาน มี ขั้นตอนการประสานงาน Flow chart ที่ชัดเจน ประกอบด้วย Refer in, Refer out, Refer in Return, Refer out return

3. มีการจัดทำคู่มือ การส่งต่อ ที่ชัดเจน ซึ่งประกอบไปด้วยการแต่งตั้งคณะกรรมการในระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล แนวทางการประสานงานในภาพรวม และเฉพาะโรค ตาม guide line

4. มีการจัดทำแผนการดำเนินงานและพัฒนางานประจำปี และมีการจัดทำผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบงานทุกเดือน พร้อมทั้งรายงานประเมินผล การดำเนินงานประจำปีให้ผู้บริหารรับทราบ

5. มีระบบตรวจสอบคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในระบบด้าน การประสานงาน การดูแลระบบทางเดินหายใจ การดูแลการได้รับสารน้ำ การดูแลด้านการ ตามยกและเคลื่อนย้ายทุกราย โดยมีแบบประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย หากเร่งด่วนมากประสานกลับทันที หากไม่เร่งด่วน รายงานผลกลับให้ทุกโรงพยาบาลรับทราบพร้อมมีข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขปัญหาให้ทุกรพ.โดยส่งรายงานประจำเดือนพร้อม แผนพัฒนาและความก้าวหน้าประจำเดือนทุกเดือน

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากสถานบริการสู่ชุมชนในบริบทโรงพยาบาลห้างฉัตร

จากกรอบแนวคิดการบริการสำหรับผู้สูงอายุนี้ ระบบบริการทั้งในสถานบริการซึ่งเป็นการบริการทางด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่และการบริการในชุมชนซึ่งมีทั้งบริการทางด้านสุขภาพและสังคมแบบเป็นครั้งคราว จะต้องมุ่งเป้าไปที่การดูแลระยะยาวโดยจัดสรรทรัพยากรและปรับระบบบริการทั้งหมดให้เชื่อมประสานกันให้เอื้อต่อการดูแลระยะยาว(longterm care) ซึ่งหมายถึงการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควร โดยการสนับสนุนและร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายในชุมชน ซึ่งได้มีการประชุมและกำหนดเป้าหมายกิจกรรมการดูแลและบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย รวมทั้งมีคณะกรรมการระดับอำเภอ

จากการดำเนินงานสามารถสรุปผลการดำเนินงานและบทเรียนจากการดำเนินงาน ดังนี้

Ambulatory care หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยสามารถไปกลับได้ ซึ่งเป็นการดูแลทางด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยสถานบริการทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ปรับระบบบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวม บูรณาการเข้าถึงบริการได้สะดวก และเพื่อการดูแลต่อเนื่องสู่การดูแลระยะยาวในชุมชนโดยองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ปรับสภาพแวดล้อมและจุดบริการให้เอื้อต่อการบริการผู้สูงอายุ
2. จัดระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปีและ อายุ 60 ปีที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
3. ให้บริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบ้านและชุมชนโดยอสม.และพยาบาล รพ.สต.
4. คัดกรองภาวะ geriatric syndrome และส่งเข้าคลินิกสูงอายุ
5. ประสานการดูแลผ่านระบบ home health care สู่การดูแลระยะยาวในชุมชน

Acute care และ Sub acute care หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหนักต้องนอนโรงพยาบาล มีภาวะพึ่งพิงมากต้องมีผู้ดูแลทั้งบุคลากรทางการแพทย์และญาติ ส่วนใหญ่เป็นการดูแลทางด้านสุขภาพโดยโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ได้มีการปรับระบบบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินดูแลปัญหารอบด้าน ความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างสถานบริการระดับต่างๆ การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องระยะกลางและระยะยาวในชุมชน โดยองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ ได้แก่

1. การปรับปรุงระบบส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลศูนย์สู่โรงพยาบาลชุมชนโดยใช้ช่องทาง home health care และการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน
2. การดูแลปัญหาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น delirium, bedsores, fall, nutrition, ประเมิน ADL
3. การประเมินความต้องการในการวางแผนจำหน่ายทั้งรายผู้ป่วยและโรคที่กำหนด
4. การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้พร้อมในการดูแล

Intermediate care หมายถึง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและมีภาวะพึ่งพิงพร้อมที่จะจำหน่ายจากโรงพยาบาลและจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งจะเป็นการดูแลทั้งทางสุขภาพและสังคม โดยที่ภาวะพึ่งพิงนั้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงและอาจเกิดปัญหาระหว่างการดูแล จึงจำเป็นต้องมีการประสานการดูแลระหว่างสถานบริการในชุมชน (รพช.,รพ.สต.) ทีมดูแลในชุมชน(อสม.,อาสาสมัคร) ผู้ดูแล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ปรับระบบบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสุขภาพให้มีภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถดูแลได้ แบ่งเบาภาระผู้ดูแล ได้แก่

1. การประสานงาน home health care ในการเตรียมและวางแผนการดูแลบ้านและชุมชนให้ได้ตามแผนการดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วย
2. พัฒนาระบบ home health care ให้เป็นทีมระดับอำเภอและสามารถทำงานได้ตลอดเวลาทั้งในส่วนสถานบริการและชุมชน
3. Home Health Care แต่ละฝ่าย (รพช,รพสต,อสม,อาสาสมัคร) มีหน้าที่รับผิดชอบ และแนวทางการทำงานชัดเจน ภายใต้แผนการดูแลผู้ป่วยเดียวกัน
4. ผู้ดูแลหลักคือ ญาติและครอบครัว ทีมมีหน้าที่ช่วยเหลือตามความสามารถของครอบครัว อาสาสมัคร และอสม. เป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือ รวมทั้งประสานช่วยเหลือไปยังผู้จัดการด้านสุขภาพ คือ home health care รพ.สต. และผู้จัดการด้านสังคม คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีพบปัญหา

Long term care หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบ้านและชุมชนจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นการดูแลทั้งทางด้านสังคมและด้านสุขภาพ ได้มีการปรับระบบบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการคงสภาพภาวะพึ่งพิงไม่ให้มีมากขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ดังนี้ คือ

1. จัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานระดับอำเภอกำหนดนโยบายและติดตามงาน
2. ผลักดันให้การดูแลระยะยาวเป็นนโยบายระดับอำเภอ
3. พัฒนาให้มีทีมดูแลระยะยาวในชุมชน (อสม,อาสาสมัคร) สามารถช่วยเหลือดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม โดยสามารถปฏิบัติงานได้จริงโดยการสนับสนุนจากชมรมสูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต.และรพช.
4. มีการสำรวจข้อมูลภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในชุมชนทุก 6 เดือนเพื่อการดูแลที่เหมาะสมกับภาวะพึ่งพิงของแต่ละรายหรือแต่ละกลุ่ม รวมทั้งการดูแลด้านสวัสดิการต่าง ๆ โดยให้รพ.สต. เป็นผู้จัดการด้านสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดการด้านสังคม
5. จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูระดับตำบลและพัฒนาให้เป็นศูนย์ดูแลกลางวันในอนาคต
6. มีการจัดตั้งงบประมาณ โครงการ กิจกรรมประจำผ่านกองทุนต่าง ๆ เช่น กองทุนออมบุญ วันละบาท กองทุนสุขภาพตำบล ที่เอื้อต่อการดูแลระยะยาว เช่น โครงการปรับสภาพบ้าน คลังอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุผู้พิการ โครงการเพื่อนเยี่ยมเพื่อน อบรมเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ในสถานบริการ

จากการศึกษาข้อมูลในการจัดบริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อการให้บริการที่ครบวงจรได้จัดทำแนวทางและข้อเสนอแนะเพื่อให้การบริการอย่างมีคุณภาพ

1. จัดสรรงบประมาณให้ทางสถานพยาบาล ที่พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นอกเหนือจากงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไป
 2. ส่งเสริมให้มีการพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ
 3. มีนโยบายให้ รพ.ชุมชน จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการ และการดูแลระยะยาว
 4. มีนโยบายจากส่วนกลางให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สร้างศูนย์ฟื้นฟูหรือ Day care แห่งละ 1 ตำบล
 5. เพิ่มกรอบอัตรากำลังคนสำหรับสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะกลางและระยะยาว เนื่องจากอัตรากำลังคนที่จัดไว้ เป็นการดูแลสำหรับ Acute care และ ambulatory care
 6. สนับสนุนให้มีวิชาชีพที่เอื้อต่อการดูแลระยะยาวและระยะกลาง เช่น นักกายอุปกรณ์ นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด ในกรอบของโรงพยาบาลชุมชน
 7. ควรมีศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในโรงพยาบาล(Intermediate unit) เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและ ศูนย์การดูแลชั่วคราว (Respite care) แยกจากผู้ปวยนอนทั่วไป
 8. ควรพัฒนาระบบ HHC ในโรงพยาบาลเป็นทีมที่สามารถปฏิบัติได้เต็มเวลา และพร้อมปฏิบัติงานตลอด
 9. คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครในชุมชนการจัดหางาน การสร้างความมั่นคงรายได้ถือเป็นอีกปัจจัยส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมในลักษณะอาสาสมัครและให้มีการบูรณาการกิจกรรมอาสาสมัครที่มี การจัดการอาจโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะทำให้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นระบบมีการใช้ทรัพยากรในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและมีความเชื่อมโยงมากขึ้น
- แนวทางการจัดบริการควรให้การสนับสนุนครอบครัวและผู้สูงอายุให้สามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชนได้เพื่อลดการเข้าสู่สถานบริการของผู้สูงอายุและการทอดทิ้งของครอบครัวเมื่อไม่สามารถรับภาระได้ ต้องพัฒนาระบบการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้เหมาะสม พัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถจัดบริการสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวตลอดจนบริการที่ครอบครัวไม่สามารถดำเนินการได้เองในชุมชน รัฐบาลและหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการสนับสนุนและพัฒนาชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการดำเนินบทบาทของตนเอง ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานของท้องถิ่น

ในชุมชนและครอบครัว

1) **พัฒนาความเข้มแข็งของระบบครอบครัวและชุมชน** ควรพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของทุนทางสังคมที่มีและพัฒนาระบบสังคมให้เกื้อหนุนต่อทุนทางสังคม ชุมชนที่มีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็งย่อมสามารถสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

- ส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรมและปลูกฝังค่านิยมในการให้ความเคารพเกื้อกูลผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนกิจกรรมประเพณีวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อให้ผู้สูงอายุและประชาชนได้มีกิจกรรมร่วมกัน
- ส่งเสริมและสนับสนุนกองทุนชุมชนให้มีการระดมทุนในชุมชนและร่วมสนับสนุนโดยภาครัฐ เพื่อให้ชุมชนสามารถได้ด้วยตนเองรวมถึงการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชนและพัฒนาระบบบำนาญผู้สูงอายุในอนาคต
- ส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยกระบวนการประชาคมเพื่อให้ได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ปัญหาสุขภาพ
- ส่งเสริมการรวมกลุ่มของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมเพื่อสาธารณะในลักษณะของอาสาสมัคร
- มีมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในกรณีจำเป็น
- ส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพของประชาชนรวมถึงผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- ส่งเสริมและสนับสนุนระบบเศรษฐกิจชุมชนและสร้างโอกาสในการเข้าถึงแหล่งทุนเพื่อประกอบอาชีพของประชาชนในชุมชนรวมถึงผู้สูงอายุมีรายได้
- ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้ชุมชนได้มีโอกาสเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ถ่ายทอดภูมิปัญญาจากรุ่นสู่รุ่นชุมชนสู่ชุมชน

2) **พัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและประชาชน** รัฐบาลควรต้อง

- ส่งเสริมกระบวนการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นโดยมีการกำหนดบทบาทและพัฒนาด้านสังคมในชุมชน
- ส่งเสริมให้เกิดธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งมีการพัฒนาตัวชี้วัดการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน
- พัฒนานองค์ความรู้และศักยภาพการบริหารจัดการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนให้มีความครอบคลุมเชื่อมโยงและต่อเนื่องทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคมทุกกลุ่ม

- ส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีศักยภาพในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพของผู้อยู่สูงอายุตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้อยู่สูงและสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้อยู่สูง

3) วางแผนและพัฒนากำลังคนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

- การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิควรมีการพัฒนาศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแก่บุคลากรและมีบุคลากรที่จะให้บริการด้านกายภาพบำบัดในชุมชน(ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด)
- การพัฒนาบุคลากรผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นบทบาทของครอบครัว แต่ก็ยังมีความจำเป็นจัดอบรมผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

4) พัฒนารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนให้สอดคล้องกับบริบทและทุนทางสังคมที่มีและสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนเพื่อให้พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและยั่งยืนสอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี สภาพเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

- พัฒนารูปแบบและศักยภาพสถานพยาบาลในการจัดบริการทุกกลุ่มได้อย่างเหมาะสมครอบคลุมและต่อเนื่อง
- พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคมในชุมชนให้ครอบคลุมต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ
- พัฒนากลไกการบริหารจัดการให้มีเชื่อมโยงของบริการทั้งด้านสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน
- พัฒนารูปแบบบริการเพื่อเสริมและทดแทนการดูแลในครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยในครอบครัวและชุมชนอย่างมีสุขภาวะ

5) ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการจัดบริการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน

1. การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึกด้านสวัสดิการการจัดสวัสดิการเป็นเรื่องของคนในชุมชน ที่จะต้องเรียนรู้ปัญหาของตนเองเสนอปัญหาและกำหนดความต้องการและวิธีการซึ่งผู้ที่มีบทบาทต่อการริเริ่มจัดสวัสดิการเหล่านี้คือผู้นำชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำที่เป็นทางการที่จะเป็นแหล่งที่มาของความคิดการจัดการด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการ

2. การมีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน การกระจายบริการสวัสดิสังคมที่เน้นการให้บริการในระดับชุมชนและครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ ชุมชนนักกายภาพบำบัดและพยาบาลวิชาชีพเพื่อเพิ่มพลังความสามารถของประชาชนและชุมชนสร้างความเข้มแข็งทั้งด้านการเรียนรู้ การบริหารจัดการสวัสดิการในชุมชน การจัดการเกี่ยวกับระบบข้อมูลของสภาพปัญหาความต้องการตลอดจนระบบการเฝ้าระวังทางสังคม

3. การมีระบบเฝ้าระวังในชุมชน สภาพปัญหาของผู้สูงอายุและผู้พิการที่เป็นกลุ่มที่ยากจนไม่มีผู้ดูแลกลุ่มเจ็บป่วยป่วยเรื้อรังและมีอาการทางจิตประสาท และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ

เป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น การมีระบบการเฝ้าระวังทางสังคมจะทำหน้าที่ในการสะท้อนปัญหาความต้องการและเป็นแหล่งจัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูลของชุมชนอย่างเป็นระบบเพื่อประโยชน์ในการวางแผน การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็ง อาสาสมัครและผู้สูงอายุและผู้พิการที่บ้านเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมความรู้ ฝึกทักษะ เพื่อให้การดูแลให้คำปรึกษา แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือดำรงชีวิตในการประกอบกิจวัตรประจำวันฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการสูงอายุและผู้พิการเบื้องต้นที่บ้านได้ นอกจากนั้นการมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็งยังส่งผลต่อระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังและจัดสวัสดิการในชุมชน รวมทั้งการใช้อาสาสมัครเป็นกลไกในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน

5. ความเข้มแข็งของระบบเครือข่ายในชุมชน องค์กรชุมชนเข้มแข็งแต่ละองค์กรจะมีการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ปัญหาและพึ่งพาตนเอง ซึ่งช่วยทำให้กลุ่มและเครือข่ายเกิดความแข็งแรงและขยายตัวและยิ่งเมื่อพวกเขามีการเคลื่อนไหวร่วมกับเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งประเภทอื่นๆ หรือมีการเรียนรู้ข้ามภูมิภาค หรือเป็นระดับนานาชาติด้วยแล้ว จะยิ่งเกิดการเรียนรู้ทางพลังยิ่งขึ้น นี่คือการสร้างพื้นฐานและกิจกรรมจำเป็นสำหรับประชาสังคมในทุกท้องถิ่น

การแก้ไขปัญหาแบบยั่งยืนในการจัดบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาและบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนเป็นรูปแบบการจัดบริการสังคมที่มุ่งจะขยายเข้าสู่ชุมชนให้กว้างขวางและหลากหลายมากขึ้นโดยการสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุและผู้พิการ) ครอบครัว กลุ่ม และองค์กรชุมชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสังคมที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการ และวัฒนธรรมประเพณีของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ โดยที่องค์กรหรือหน่วยงานภายนอกจะทำหน้าที่เป็นเพียงพี่เลี้ยงให้คำแนะนำปรึกษา รวมทั้งการสนับสนุนด้านเทคนิค วิชาการ การประสานงานและทรัพยากร ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การจัดบริการสังคมประสบความสำเร็จได้แก่ การมีระบบฐานข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้อง การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวและชุมชน มีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึก มีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน การมีระบบเฝ้าระวัง ระบบอาสาสมัครชุมชน รวมทั้งการมีระบบเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง

จากการศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและการดำเนินงานเพื่อการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการ 2 แห่ง ได้แก่ รพ.ลำปาง และรพ.ห้างฉัตร และสถานบริการสุขภาพที่ดำเนินการในชุมชน ได้แก่ วัดต้นซ้อ และอบต.เมืองยาว ซึ่งมีรูปแบบการให้บริการแบบผสมผสานในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพร่างกายสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การศึกษาครั้งนี้ยังต้องดำเนินการศึกษาต่อในประเด็น การแบ่งระยะการดูแลในสถานบริการให้ชัดเจนเพื่อสร้างเป็นแนวทางการดูแล

(Potocol) ในการดูแลผู้สูงอายุ และการประเมินระบบการดูแลที่ได้รับการบูรณาการจากระบบที่มีอยู่เดิมกับสิ่งที่พัฒนาขึ้นสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุแบบครบวงจรต่อไป

บทนำ

ความเป็นมา

จากการเปลี่ยนโครงสร้างประชากรโดยในช่วงที่ผ่านมาอัตราการตายและอัตราการเกิดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรพบว่ากลุ่มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวนประชากร 6.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.3 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในปี พ.ศ. 2568 เป็น 14.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 10 ของประเทศทั้งหมด และ/หรือประชากรมีค่ามัธยฐานมากกว่า 30 ปี ขณะเดียวกันทางการแพทย์พัฒนาก้าวหน้าขึ้น ทำให้ประชากรของประเทศมีสุขภาพดีและอายุยืนยาวขึ้น และโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยพบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงสุด พบ 3 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 ในขณะที่การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุนั้นต้องการบริการด้านการแพทย์และพยาบาลที่ต่างไปจากคนในวัยอื่น เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของร่างกาย พฤติกรรม การดำรงชีวิตที่ผ่านมา รวมถึงสิ่งแวดล้อม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะกระดูกพรุน รวมถึงบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม และสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2547 พบว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับหนึ่ง พบ ร้อยละ

12.5 ในเพศชาย และ 13.5 ในเพศหญิง (รายงานผลการศึกษาระโรคและการเจ็บป่วยของประชากรไทย พ.ศ. 2547)

จากการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมากที่สุดร้อยละ 44.0 รองลงมาคือ สุขภาพพอใช้ ร้อยละ 35.0 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 15.3 สุขภาพดีมาก ร้อยละ 3.7 และสุขภาพไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 2.0 ตามลำดับ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) พบว่า ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพทุกๆ ไปโดยรวมว่าตนเองมีสุขภาพดีไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.0) ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 28.9 มีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 21.5 มีสุขภาพไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 2.8 ขณะที่พบเพียงร้อยละ 3.8 ที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีมาก และจากการศึกษาวิจัยพบว่า การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น ด้านสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และกลับต้องอยู่ระยะทุพพลภาพ ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ ,2542) ในขณะที่การสำรวจสุขภาพ

ประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546-7 (สัมฤทธิ์ และคณะ 2552) พบว่าผู้สูงอายุชายและหญิงที่ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 11.7 และ 17.5 ตามลำดับ และจากการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่าง ๆ ระหว่าง 2546-7 โดยใช้แบบจำลองพหุสถานะพบว่า ปี พ.ศ. 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คน ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงซึ่งต้องการผู้อื่นช่วยเหลือดูแล และจะเพิ่มเป็น 100,000 และ 140,000 คน ในปี พ.ศ. 2562 หรือ ประมาณ 20 ปีข้างหน้า

ตารางที่ 1 คาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่าง ๆ ระหว่างปี 2547-2556 (ล้านคน)

ความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน	ชาย					หญิง				
	2547	2552	2557	2562	2567	2547	2552	2557	2562	2567
ไม่มี	2.36	2.87	3.55	4.42	5.35	2.51	3.46	4.49	5.67	6.91
เล็กน้อย	0.33	0.37	0.44	0.53	0.64	0.68	0.69	0.75	0.88	1.03
ปานกลาง	0.20	0.21	0.24	0.29	0.35	0.37	0.32	0.35	0.41	0.48
รุนแรง	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.04	0.05	0.06	0.08	0.10
รุนแรงมาก	0.01	0.02	0.03	0.04	0.04	0.02	0.03	0.04	0.05	0.07
ประชากรสูงอายุ	2.93	3.51	4.31	6.45	6.45	3.62	4.56	5.70	7.09	8.58

ที่มา : Srithamrongsawat S., Bundhamcharoen K., Sasat S., et al., Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand .2009.

ขณะที่การดำเนินงานนโยบายด้านผู้สูงอายุ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุของช่วง 5 ปีแรก เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน โดยเน้น 1) ให้การดำเนินงานเชิงรุก 2) มีการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น 3) พัฒนาระบบฐานข้อมูล 4) การดำเนินงานในอีก 5 ปีข้างหน้าควรเน้นการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจ ส่งเสริมการออมและบำนาญแห่งชาติ การศึกษาทั้งในและนอกระบบ และการเตรียมคนเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ 5) การส่งเสริมบทบาทและศักยภาพการทำงานด้านผู้สูงอายุแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552)

ดังนั้นในสังคมผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการจัดบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่เหมาะสม หลายประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุจัดบริการเช่นนี้สำหรับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ โดยประเทศไทยก็ได้ตระหนักถึงความต้องการนี้มานานแล้ว แต่การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมักเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลระยะยาว และบริการทางการแพทย์ในการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพเท่าที่มีอยู่เป็นบริการที่จัดโดยภาคเอกชน ในรูปโรงพยาบาลสูงอายุ ซึ่งมีค่าบริการสูงและเป็นการยากที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้าถึงได้ ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ/ตติยภูมิเน้นการให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องอยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้น รวมทั้งมีจำนวนเตียงที่จำกัด แต่การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมักเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการการดูแลระยะยาว

คณะทำงานมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบ/ระบบการให้บริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีปัญหาการรักษาที่เร่งด่วนหรือมีความซับซ้อนด้านโรค (พ้นระยะอาการเฉียบพลันและสามารถควบคุมอาการของโรคเรื้อรังได้) ไปดูแลสุขภาพระยะยาวในสถานบริการโดยมีการเชื่อมโยงเครือข่ายด้านสุขภาพในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปสู่การดูแลระยะยาว(Long term care) ในโรงพยาบาลระดับชุมชน และชุมชน เพื่อการจัดบริการสุขภาพในชุมชนอย่างครบวงจร โดยทุกภาคส่วนในสังคม/ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลด้านสุขภาพร่วมกันเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปของผู้สูงอายุ

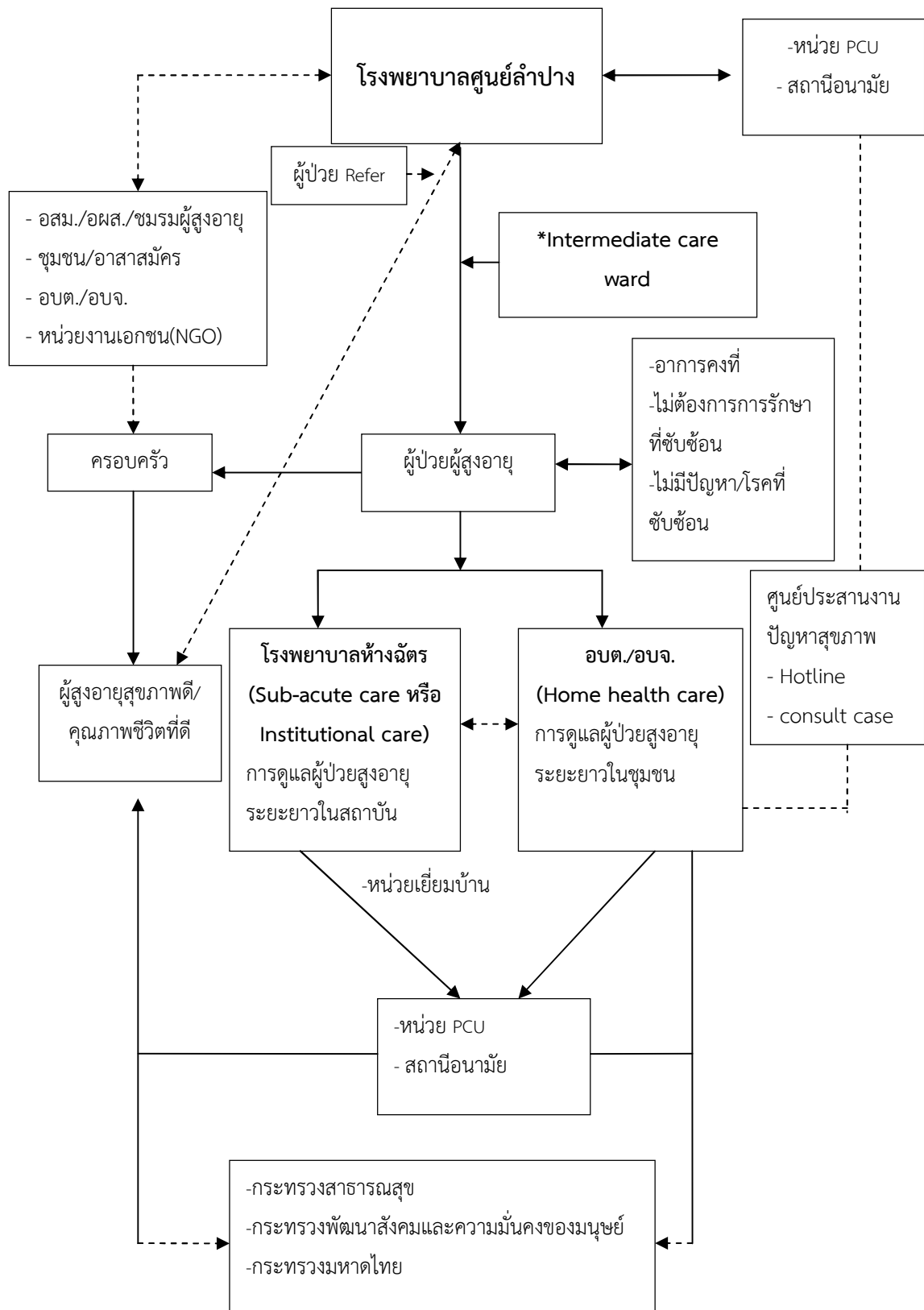
วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในสถานบริการ
2. เพื่อจัดทำระบบการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุระหว่างสถานบริการ องค์กรส่วนท้องถิ่นและชุมชน

คำนิยาม

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยตัวเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ(ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ

กรอบแนวคิด (Framework)



ตัวชี้วัด

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาว
2. ร้อยละจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลระดับตติยภูมิลดลงของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ
3. ร้อยละจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้องค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์

ผู้สูงอายุ

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุที่รับบริการ
5. ความพึงพอใจของครอบครัว/ชุมชนต่อระบบการบริการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวเพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวของประเทศ
2. ลดจำนวนวันที่นอนและครองเตียงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อให้สามารถรองรับการให้บริการที่ acute care
3. ผู้สูงอายุได้รับการต่อเนื่องและครอบคลุมด้านสุขภาพในชุมชน
4. สร้างเครือข่ายระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ลักษณะของประชากรและสังคมของประเทศไทย

จากปรากฏการณ์อัตราประชากรสูงอายุในโลกเพิ่มสูงขึ้น โดยประชาชนโลกกำลังมีอายุมากขึ้น อันเป็นผลมาจากประชากรโลกมีแนวโน้มสำคัญสองประการ ประการแรก ได้แก่ การเกิดของประชากรโลกได้ลดต่ำอย่างมาก อัตราเจริญพันธุ์ในประเทศพัฒนาลดต่ำกว่าระดับทดแทน (มีลูกน้อยกว่ากว่าสองคนซึ่งต่ำกว่าจำนวนที่จะมาทดแทน) และอัตราเจริญพันธุ์ในประเทศกำลังพัฒนาทั่วไปก็กำลังลดลงเรื่อย ๆ การเกิดลดลงทำให้สัดส่วนประชากรวัยเยาว์ต่อประชากรทั้งหมดลดน้อยลง ประการที่สอง คือ ประชากรทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนามีอายุยืนยาวขึ้น การตายในวัยทารกและเด็กลดลงเรื่อย ๆ ทำให้สัดส่วนประชากรทั้งหมดมีแนวโน้มค่อย ๆ สูงขึ้น และความสำเร็จจากการพัฒนานามัยของประชากร ทำให้อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้น

เมื่อพิจารณาจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น คือ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2523 ซึ่งมีอยู่เพียง 2.4 ล้านคน ได้เพิ่มเป็น 4.4 ล้านคน ใน พ.ศ. 2533 และเพิ่มเป็น 7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2551 การคาดการณ์ประมาณประชากรในอนาคต พบว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเป็น 7.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 และจะมีมากถึง 14 ล้านคนในปี 2563 (ในปี 2563 ประชากรทั้งหมดจะมีประมาณ 65 ล้านคน) ทั้งนี้ประชากรสูงอายุเพศหญิงจะมีจำนวนและร้อยละที่สูงกว่าประชากรสูงอายุเพศชาย แสดงให้เห็นว่าประชากรสูงอายุเพศหญิงมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าประชากรสูงอายุเพศชาย เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพศหญิงยืนยาวกว่าประชากรเพศชาย (อายุค่าเฉลี่ยเพศหญิง เท่ากับ 69.5, อายุค่าเฉลี่ยเพศชาย เท่ากับ 76.3) และพบว่าประชากรสูงอายุ เช่น อายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย ได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมากเช่นเดียวกัน จากที่มีเพียงประมาณ 2 แสนคน เมื่อ 20 ปีก่อน มากเป็นประมาณ 7 แสนคน ในปี พ.ศ. 2551 ในขณะที่ประชากรวัยเด็ก (0-14 ปี) จะลดลงร้อยละ 36.9 ในปี พ.ศ. 2527 เหลือเพียง ร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2562 ถ้าเป็นเช่นนั้นในอนาคตประเทศไทยน่าจะมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรเด็ก

จากข้อมูลเห็นได้ว่าจำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงนี้ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging society) เมื่อปี พ.ศ. 2548 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้เน้นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำรูปแบบ/กิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามความพร้อมของชุมชน นอกจากนี้มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2547 มีทั้งหมด 24 มาตรา โดยในมาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองและการส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ อาทิ บริการด้านสุขภาพ การศึกษา/ศาสนา การจัดที่พักอาศัย การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เป็นต้น

แต่ในปัจจุบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยว ในขณะที่สภาพความเป็นเมืองและการพัฒนาประเทศมีความก้าวหน้าและเปลี่ยนแปลง ครอบครัวมีขนาดเล็กลงจากเดิมที่เป็นครอบครัวขยาย รูปแบบการอาศัยอยู่ร่วมกันของคนต่างวัยต่างครอบครัวหลากหลายกันมากขึ้น มีผลจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เกิดการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเข้าสู่เมือง ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ลำพังมากขึ้น การได้รับการดูแลและช่วยเหลือก็ลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฉะนั้นรัฐบาลต้องมีแนวนโยบายด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นขั้นแรกที่ต้องตระหนักและสร้างกระแสในสังคม รวมทั้งสวัสดิการสังคมพื้นฐานในเรื่องต่าง ๆ อาทิ ที่อยู่อาศัย เบี้ยยังชีพ ต้องเร่งจัดสรรให้เพียงพอ เพราะปัจจุบันยังไม่เพียงพอและทั่วถึงเนื่องจากต้องใช้งบประมาณค่อนข้างสูง

การวิเคราะห์ข้อมูลสำมะโนประชากรและข้อมูลการสำรวจสภาพเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนไทย พบว่า องค์ประกอบของครัวเรือนไทยเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดตามการเปลี่ยนผ่านทางประชากรที่เกิดขึ้น โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) ครัวเรือนไทยมีขนาดเล็กลง 2) อายุเฉลี่ยหัวหน้าครัวเรือนมากขึ้น 3) จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือนเพิ่มขึ้นในขณะที่จำนวนเด็กต่อครัวเรือนลดลง 4) สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยคนเดียวเพิ่มสูง พบว่าจากร้อยละ 1.43 เป็น ร้อยละ 3.58 ภายในระยะเวลา 18 ปี (พ.ศ. 2529-2547) และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า แบบแผนความเป็นอยู่ของครัวเรือนได้เปลี่ยนแปลงเช่นกัน โดยสัดส่วนครัวเรือนที่อยู่คนเดียวหรืออยู่อาศัยกับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 4.2 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 11.7 ในปี 2549 และพบว่าสังคมชนบทที่พ่อแม่วัยทำงานย้ายเข้ามาอยู่ในเมืองใหญ่ เพื่อทำงาน และฝากให้ปู่ย่า/ตายายหรือญาติพี่น้องเลี้ยงดูแทน โดยปู่ย่า/ตายายจำเป็นต้องรับภาระเลี้ยงดูหลาน 1-2 คน ซึ่งบางครอบครัวมิได้ส่งเงินเลี้ยงดูซึ่งภาระทางการเงินนั้นตกเป็นของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ

จากการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมากที่สุดร้อยละ 44.0 รองลงมาคือ สุขภาพพอใช้ ร้อยละ 35.0 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 15.3 สุขภาพไม่ดีมาก ร้อยละ 3.7 และสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 2.0 ตามลำดับ จากการศึกษาภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) พบว่า ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพทุกๆ ไปโดยรวมว่าตนเองมีสุขภาพดีไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.0) ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 28.9 มีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 21.5 มีสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 2.8 ขณะที่พบเพียงร้อยละ 3.8 ที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีมาก และจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) แยกเป็นประเด็นสุขภาพ ดังนี้

ปัญหาสุขภาพหรือโรค/อาการที่เป็นปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าโรคข้อและกระดูกมากที่สุด (ร้อยละ 11.5) รองลงมาคือ ขรา / อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ร้อยละ 3.8 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 1.9 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ ขณะที่จากการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยมากที่สุด 5 โรค ได้แก่ ปวดข้อ/ปวดเมื่อย ร้อยละ 43.9 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.3 ปวดหลัง ร้อยละ 27.2 เวียนศีรษะ ร้อยละ 19.4 และโรคทางสายตา ร้อยละ 18.2 ตามลำดับ และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่าโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษาทั้งหมด 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 อัมพาต/ อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 โรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ

จากการสำรวจ Activities of daily living (ADL) พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 สามารถทำกิจกรรมเองได้ดี อาทิ อาบน้ำ แต่งตัว ไปห้องน้ำ ขึ้นลงเตียง เป็นต้น ขณะที่ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมไม่ได้เลยในการเดินขึ้นลงบันไดพบมากที่สุด ร้อยละ 3.8 ส่วนการกลืนปัสสาวะและอุจจาระมากกว่าร้อยละ 80 ทำเองได้ดี และผู้สูงอายุที่กลืนปัสสาวะไม่ได้ร้อยละ 5.1 กลืนอุจจาระไม่ได้ ร้อยละ 2.6

Instrumental ADL (IADL) พบผู้สูงอายุที่ทำไม่ได้เลยมากที่สุด คือ การใช้โทรศัพท์ ร้อยละ 12.7 ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย/ต้องมีคนทำในสัดส่วนเท่า ๆ กัน โดยในผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 2.4 และเพศชาย ร้อยละ 2.2 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปความสามารถทำกิจกรรมอยู่ในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/พิการ/ทุพพลภาพ ร้อยละ 8.1 สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่ายิ่งอายุมากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง

พฤติกรรมเสี่ยง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 75.8 ไม่สูบบุหรี่ขณะที่ผู้สูงอายุสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 13.8 เคยสูบเลิกแล้ว ร้อยละ 6.2 และยังสูบบุหรี่บางครั้ง ร้อยละ 4.2 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มเพศ พบว่าผู้สูงอายุเพศชายสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 27.1 ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิง พบเพียงร้อยละ 3.7 การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 72.5 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ขณะที่ดื่มประจำทุกวัน พบเพียงร้อยละ 4.0 เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 6.0 และดื่มบางโอกาส ร้อยละ 17.5 ผู้สูงอายุเพศชายดื่มประจำ ร้อยละ 6.9 และในเพศหญิง ร้อยละ 1.8 ขณะที่ผู้สูงอายุเพศชายดื่มบางโอกาส ร้อยละ 28.1 และเพศหญิง ร้อยละ 9.5 ส่วนการออกกำลังกายในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 67.8 มีการออกกำลังกาย และร้อยละ 22.2 ไม่ออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายโดยการเดินมากที่สุด รองลงมา คือ การบริหารร่างกาย ร้อยละ 22.5 และวิ่ง ร้อยละ 6.2 เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยพบว่าผู้สูงอายุมีผู้ดูแล ร้อยละ 96.5 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 3.5 โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 51.4 เป็นบุตรสาว รองลงมา คือ คู่สมรสของผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.4 และบุตรชาย ร้อยละ 34.7 ตามลำดับ

ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.8 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 5.5 และผู้สูงอายุเพศชายร้อยละ 4.0 ขณะที่ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าเลยมากกว่า ร้อยละ 90 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดร้อยละ 7.0 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4.8 และกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับการรายงานผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต 17 แห่ง พ.ศ. 2549-2551 พบว่า เป็นผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 42.8 และผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 57.2 และเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (รายงานประจำปีผู้สูงอายุไทย 2551)

ความสูญเสียสุขภาพ (DALY) ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

จากรายงานผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547 พบว่าความสูญเสียสุขภาพของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่าประมาณทั้งสิ้น 2.9 ล้านปี โดยเพศชายมีความสูญเสียน้อยกว่าหญิงเล็กน้อย คือความสูญเสียสำหรับเพศชาย คือ 1.4 ล้านปี และสำหรับเพศหญิงประมาณ 1.5 ล้านปี พบว่า สาเหตุหลักของความสูญเสียสุขภาพทั้งในชายและหญิง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ทั้งสองกลุ่มโรคนี้ก่อให้เกิดความสูญเสียโดยรวมประมาณ ร้อยละ 42 ในเพศชาย และร้อยละ 36 ในเพศหญิง รองลงมาได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และความผิดปกติทางการรับรู้ในเพศชายและหญิง ตามลำดับ

จากการจัดอันดับสาเหตุที่ก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพของหกกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียสองอันดับแรกในเพศชาย คือ โรคหลอดเลือดสมอง และ

ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนเพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน (สำนักงานพัฒนา
นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ,2552)

แหล่งและสถานที่ไปใช้บริการ

จากการสำรวจของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 91.7
ไปใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลที่มีแพทย์ รองลงมาคือ ไปสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ ร้อยละ
4.7 และซื้อยากินเอง/รักษาตัวเอง ร้อยละ 3.3 และไปรักษาที่บ้าน/หมอพื้นบ้าน ร้อยละ 0.3
ตามลำดับ อาการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยและต้องนอนโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 9.1 โดยเป็นผู้สูงอายุที่
นอนโรงพยาบาลระบุนาการและไม่ระบุนาการ เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 9.4
และ ร้อยละ 8.7 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรค 5 อันดับ
แรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.2 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 11.1 และโรค
ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 10.4 โรคต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 8.6 และ โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 8.2
ตามลำดับ ขณะที่บรรยายงานอัตราการให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันสำหรับการรักษาการ
เจ็บป่วยเฉียบพลันและดูแลโรคเรื้อรังอยู่ที่ 4.4 ครั้งต่อคนต่อปี และการให้บริการผู้ป่วยใน 0.1 ครั้ง
ต่อคนต่อปี โดยมีวันนอนเฉลี่ย 7 วัน (อ้างใน รายงานการสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนาระบบการ
ดูแลระยะยาวและระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน : สัมฤทธิ์
และคณะ,2553)

การสำรวจความคิดเห็นของผู้สูงอายุในการไปสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พบว่า
ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.2 ไปใช้บริการสุขภาพโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รองลงมา คือ ไปใช้บริการสุขภาพสถานบริการในชุมชน / สถานีอนามัย ร้อยละ 37.6 และใช้บริการ
สุขภาพทั้งสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ11.4 ขณะที่สถาน
บริการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)ที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการพบเพียง ร้อยละ0.2
และสถานีอนามัย/อปท. ร้อยละ 0.2 เท่านั้น มีสวัสดิการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุพบว่า เป็นบัตร
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 79.6 เป็นสวัสดิการราชการ/ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 17.2
ประกันชีวิต ร้อยละ 2.1 และบัตรประกันสุขภาพกองทุน ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ

ส่วนความต้องการด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุต้องการขอรับเบี้ยยังชีพจากทาง
ราชการมากที่สุด ร้อยละ 75.1 รองลงมาคือ การมีหน่วยบริการด้านสุขภาพเยี่ยมบ้านตามบ้านที่มี
ผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.5 การจัดบริการตามบ้านเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ ร้อยละ 54.7 และ
จัดหางานที่ก่อให้เกิดรายได้ที่เหมาะสมกับวัย ร้อยละ 46.1 ตามลำดับ

ด้านเศรษฐกิจ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรมีผลต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจเนื่องจากประชากรใน
แต่ละวัยมีความต้องการในการบริโภคและความสามารถหรือประสิทธิภาพในการผลิตไม่เท่ากัน เช่น
คนในวัยเด็กและวัยสูงอายุใช้จ่ายในการบริโภคมากกว่ารายได้จากแรงงานที่ทำได้ จึงเกิดการขาดดุล

ในวัฏจักรชีวิต (Lifecycle deficit) ในขณะที่คนไทยวัยทำงานมีความสามารถในการหารายได้จากแรงงานมากกว่าการใช้จ่ายในการบริโภค และยังพบว่าคนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้สัดส่วนคนในวัยทำงานกำลังลดลง และถูกแทนที่ด้วยการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่อาจนำมาเปลี่ยนแปลงเป็นแรงขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจได้ หากมีนโยบายที่ส่งเสริมให้คนไทยในวัยทำงานเก็บออมและสะสมทุนไว้ใช้จ่ายในยามเกษียณ ซึ่งถ้าคนในปัจจุบันทุกคนเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคตของเขาด้วยการออม เมื่อถึงวัยเกษียณคนสูงอายุในอนาคตเหล่านั้นจะไม่ถูกมองว่าเป็นภาระ เนื่องจากพวกเขาสามารถเลี้ยงดูตัวเองได้ ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุที่เตรียมความพร้อมด้วยการสะสมทุนเพิ่มขึ้น จะทำให้เป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญให้เกิดการระดมทุน (ดร.อมรเทพ จาวะลา, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย)

นโยบายและแผนงานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ

1. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด
 2. เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิต และมีหลักประกัน
 4. เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐ และเอกชน มีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ ด้วยตระหนักว่าเป็นการพัฒนาความมั่นคงของสังคมโดยรวมและถือเป็นภารกิจสำคัญขององค์กร
 5. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน ชุมชน องค์กร ภาครัฐ และเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน
- แผนฉบับนี้จัดแบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ
3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1) มาตรการ คุ้มครองด้านรายได้

1.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับสวัสดิการด้านรายได้พื้นฐานที่รัฐจัดให้

1.2 ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

2) มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ

2.1 พัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกคน

2.2 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง

2.3 ให้วัคซีนที่จำเป็นตามมาตรฐาน การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

2.4 รัฐต้องให้อุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามที่จำเป็น เช่น แวนตา ไม่เท้า รถเข็น

ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ

3) มาตรการ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

3.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด โดยการส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ

3.2 ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับการบริการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

4) มาตรการ ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4.1 ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และบุคคล

4.1.1 ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทราบอัตราค่าโดยสารของระบบขนส่งสาธารณะ และระบบขนส่งมวลชนต่างๆ ที่ลดหย่อนให้แก่ผู้สูงอายุ

4.1.2 ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงบริการระบบขนส่งสาธารณะทุกประเภทให้ผู้สูงอายุเข้าถึง และใช้ได้อย่างสะดวกเหมาะสมกับผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาให้บริการโดยมีการประกาศเกียรติคุณแก่หน่วยบริการที่มีผลงานดีเด่น

4.1.3 ส่งเสริมให้ภาครัฐและเอกชนที่รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ ปฏิบัติตามมาตรฐานสถานที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ

4.1.4 จัดส่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ได้จริงในสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดินสาธารณะในเขตชุมชน สะดวก เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ และผู้พิการ

4.1.5 จัดให้มีสวนสาธารณะและพื้นที่ออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

4.2 จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบกรดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุดโดยเน้นบริการถึงบ้าน และมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยควรครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้

- 4.2.1 สนับสนุนการดูแลระยะยาว
- 4.2.2 ระบบประกันสังคม
- 4.2.3 ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมอง
- 4.2.4 อาสาสมัครในชุมชน
- 4.2.5 สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ
- 4.3 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุโดยกระบวนการประชาคม
- 4.4 เกื้อหนุนให้เอกชนจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการให้เป็นธรรมร่วมด้วย
- 4.5 รัฐมีระบบและแผนการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ
- 4.6 ส่งเสริมให้โรงพยาบาลรัฐ และเอกชน มีบริการแพทย์ทางเลือก
- 4.7 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

- 1) มาตรการ การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ
 - 1.1 เสริมสร้างความเข้มแข็งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ให้สามารถผลักดันนโยบายและภารกิจที่สำคัญด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ
 - 1.2 ให้คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมด้านผู้สูงอายุจังหวัด ในคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัด เป็นเครือข่ายการบริหารและพัฒนาผู้สูงอายุในระดับจังหวัด และท้องถิ่น
 - 1.3 พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในระดับจังหวัดและท้องถิ่น
 - 1.4 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติวางแผนและดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ปรับแผน และแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติที่ทันกำหนดเวลา
- 2) มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
 - 2.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ทั้งในระดับวิชาชีพ อย่างเพียงพอและมีมาตรฐาน
 - 2.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ อย่างเพียงพอและมีมาตรฐาน
 - 2.3 กำหนดแผนการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศและดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตาม ประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

- 1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุสำหรับการ กำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ
- 2) มาตรการ ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
- 3) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบ ฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554)

ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ได้แก่

ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ ให้ ความสำคัญกับ

(1) การพัฒนาคนให้มีคุณธรรมนำความรู้ เกิดภูมิคุ้มกัน โดยพัฒนาจิตใจควบคู่กับการ พัฒนาการเรียนรู้ของคนทุกกลุ่มทุกวัยตลอดชีวิต เริ่มตั้งแต่วัยเด็กให้มีความรู้พื้นฐานเข้มแข็ง มีทักษะ ชีวิต พัฒนาสมรรถนะ ทักษะของกำลังแรงงานให้สอดคล้องกับความต้องการ พร้อมก้าวสู่โลกของการ ทำงานและการแข่งขันอย่างมีคุณภาพ สร้างและพัฒนากำลังคนที่เป็นเลิศโดยเฉพาะในการสร้างสรรค์ นวัตกรรมและองค์ความรู้ ส่งเสริมให้คนไทยเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตจัดการองค์ความรู้ ทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นและองค์ความรู้สมัยใหม่ตั้งแต่ระดับชุมชนถึงประเทศ สามารถนำไปใช้ในการ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

(2) การเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ มีความสัมพันธ์ทาง สังคมและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร มุ่งการดูแล สุขภาพเชิงป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างคนไทยให้มีความมั่นคงทางอาหาร และการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

(3) การเสริมสร้างคนไทยให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างสันติสุข โดยเสริมสร้าง ความสัมพันธ์ที่ดีของคนในสังคมตั้งแต่ระดับครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง พัฒนาระบบการคุ้มครอง ทางเศรษฐกิจและสังคมที่หลากหลายและครอบคลุมทั่วถึง สร้างโอกาสในการเข้าถึงแหล่งทุนส่งเสริม การดำรงชีวิตที่มีความปลอดภัย น่าอยู่ บนพื้นฐานของความยุติธรรมในสังคม เสริมสร้างกระบวนการ ยุติธรรมแบบบูรณาการและการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังควบคู่กับการเสริมสร้างจิตสำนึกด้าน สิทธิและหน้าที่ของพลเมือง และความตระหนักถึงคุณค่าและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เพื่อลด ความขัดแย้ง

ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ ให้ความสำคัญกับ

(1) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ด้วยการส่งเสริมการรวมตัว ร่วมคิด ร่วมทำในรูปแบบที่หลากหลาย และจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามความพร้อมของชุมชน มีกระบวนการจัดการองค์ความรู้และระบบการเรียนรู้ของชุมชนอย่างเป็นขั้นตอน มีเครือข่ายการเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน มีกระบวนการพัฒนาต่อยอดให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชนในการนำไปสู่การพึ่งตนเอง รวมทั้งการสร้างภูมิคุ้มกันให้ชุมชนพร้อมเผชิญการเปลี่ยนแปลง

(2) การสร้างความมั่นคงของเศรษฐกิจชุมชน เน้นการผลิตเพื่อการบริโภคอย่างพอเพียงภายในชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนมีการรวมกลุ่มในรูปแบบสหกรณ์ กลุ่มอาชีพ สนับสนุนการนำภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่นมาใช้ในการสร้างสรรค์คุณค่าของสินค้าและบริการและสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนในการลงทุนสร้างอาชีพและรายได้ที่มีการจัดสรรประโยชน์อย่างเป็นธรรมแก่ชุมชน ส่งเสริมการร่วมลงทุนระหว่างเครือข่ายองค์กรชุมชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งสร้างระบบแบ่งปันสวัสดิการชุมชนควบคู่กับการพัฒนาความรู้ด้านการจัดการ การตลาด และทักษะในการประกอบอาชีพ

(3) การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการอยู่ร่วมกันกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสันติและเกื้อกูล ด้วยการส่งเสริมสิทธิชุมชนและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสงวนอนุรักษ์ ฟื้นฟู พัฒนา ใช้ประโยชน์และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการรวมทั้งการสร้างกลไกในการปกป้องคุ้มครองทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น

แผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และการประชุมสัมมนาผู้สูงอายุ ที่ต้องการผลักดันให้มีการขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยได้มีคำสั่งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ มีมติให้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ต่อมาได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ให้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3 คณะ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมการแพทย์ 2 คณะ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข Home care/community care/Institutional care และคณะทำงานติดตามประเมินผล โดยมีผู้อำนวยการสถาบันสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เป็นเลขาธิการอนุกรรมการฯ ต่อมาได้มีการนำเสนอ “แผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2554-2556) ต่อที่ประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) เป็นประธาน ได้มีมติเห็นชอบตามแผนปฏิบัติการฯ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการในส่วนที่รับผิดชอบตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป

3. แผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

โดย..... คณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

แผนปฏิบัติการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ดัชนี	เป้าหมาย		
			ปี 54	ปี 55	ปี 56
1 ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น					
1.1 สนับสนุนกระบวนการประเมิน “ผู้ต้องได้รับการดูแลระยะยาว” ให้แก่ท้องถิ่น	หน่วยงานหลัก : กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานรอง : ■ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ■ กระทรวงมหาดไทย ■ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	- ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนในการประเมินฯ	10%	35%	70%
1.2 สนับสนุนการดูแลระยะยาวให้ครอบครัว - ให้คำปรึกษาและการสนับสนุนด้านจิตใจ - บริการดูแลชั่วคราวที่บ้าน - บริการดูแลกลางวัน - ศูนย์รวมอุปกรณ์การดูแลระดับชุมชน	หน่วยงานหลัก : กระทรวงมหาดไทย หน่วยงานรอง : ■ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ■ กระทรวงสาธารณสุข ■ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	- ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการดูแลระยะยาวให้ครอบครัว	2%	7%	10%
1.3 สนับสนุนศักยภาพในการฝึกอบรมการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้ดูแลทั้งที่เป็นสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือที่เป็นอาสาสมัคร	หน่วยงานหลัก : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานรอง : ■ กระทรวงสาธารณสุข ■ กระทรวงมหาดไทย ■ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	- ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนศักยภาพ - จำนวนผู้ได้รับการอบรม	2%	10%	20%
			500 คน	3,000 คน	10,000 คน

แผนปฏิบัติการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ดัชนี	เป้าหมาย		
			ปี 54	ปี 55	ปี 56
1.4 ส่งเสริมคุณค่าของผู้ดูแลที่อุทิศตนในการดูแลระยะยาวให้แก่ “ผู้ต้องได้รับการดูแลระยะยาว”	หน่วยงานหลัก : ■ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ■ กระทรวงสาธารณสุข	- มีกิจกรรมการส่งเสริมคุณค่าของผู้ดูแลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	/	/	/
2 การดูแลระยะยาวที่ดำเนินการโดยหน่วยงานรัฐส่วนกลาง					
2.1 จัดทำนิยาม เกณฑ์ และแบบประเมิน “ผู้ต้องได้รับการดูแลระยะยาว”	หน่วยงานหลัก ■ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ■ กระทรวงสาธารณสุข	- มีการดำเนินการจัดทำนิยาม เกณฑ์ และแบบประเมินแล้วเสร็จในปี พ.ศ.2554	/		
2.2 จัดทำมาตรฐานบริการด้านการดำเนินงานและบุคลากร -บ้านพักผู้สูงอายุ (Residential home) -สถานบริบาล (Nursing home)	หน่วยงานหลัก ■ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ■ กระทรวงสาธารณสุข	- มีการจัดทำมาตรฐานบริการด้านการดำเนินงานและบุคลากรแล้วเสร็จในปี พ.ศ.2554	/		
2.3 จัดตั้งบริการดูแลกลางวันและการดูแลชั่วคราวในสถานบริการภาครัฐ	หน่วยงานหลัก : ■ กระทรวงสาธารณสุข ■ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	- ร้อยละของสถานบริการภาครัฐที่จัดตั้งบริการดูแลกลางวันและการฝากดูแลชั่วคราว*	10%	50%	100%
2.4 ศูนย์ข้อมูลผู้ที่ได้รับการประเมินว่าต้องได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลระยะยาวจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	หน่วยงานหลัก : กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานรอง : ■ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ■ กระทรวงมหาดไทย ■ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	- มีศูนย์ข้อมูลผู้ได้รับการประเมินว่าต้องได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลระยะยาว	/		

แผนปฏิบัติการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ดัชนี	เป้าหมาย	
			ปี 54	ปี 55
2.5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา และ/หรือ พัฒนานโยบาย - บริการพยาบาลที่บ้าน (Home nursing services) - บริการสุขภาพที่บ้านและชุมชนอย่างบูรณาการ (Home-based and community services) - บริการโรงพยาบาลกลางวันและบริการดูแลชั้นกลาง (Day hospital & Intermediate care) - ระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุในโรงพยาบาล	หน่วยงานหลัก : กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานรอง : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย	- มีการทำวิจัยแล้วเสร็จภายในปี พ.ศ.2556		/
2.6 ส่งเสริมและพัฒนาการพยาบาลที่บ้าน	หน่วยงานหลัก : กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานรอง : องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	- มีการดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาการพยาบาลที่บ้าน	เริ่ม	
2.7 พัฒนากำลังคนด้านการดูแลระยะยาว	หน่วยงานหลัก : ■ กระทรวงสาธารณสุข ■ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานรอง : องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	- มีการดำเนินการพัฒนากำลังคนด้านการดูแลระยะยาว	เริ่ม	

แผนปฏิบัติการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ดัชนี	เป้าหมาย		
			ปี 54	ปี 55	ปี 56
3 การดำเนินการเพื่อสนับสนุนทางการเงิน/การคลัง					
3.1 สนับสนุนทางการเงินให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแล “ผู้ต้องได้รับการดูแลระยะยาว”	หน่วยงานหลัก : กระทรวงการคลัง	- มีการดำเนินการสนับสนุนการเงินให้แก่ผู้ดูแลภายในปี พ.ศ. 2556			/
3.2 สนับสนุนทางการเงิน/ภาษีให้แก่ภาคเอกชน/กลุ่มไม่หวังผลกำไรที่ให้บริการ “สถานบริบาล” (Nursing home)	หน่วยงานหลัก : กระทรวงการคลัง	- มีการดำเนินการสนับสนุนการเงิน/ภาษีให้แก่ภาคเอกชน/กลุ่มไม่หวังผลกำไรที่ให้บริการภายในปี พ.ศ. 2556			/
3.3 สนับสนุนทางการเงินเพื่อปรับปรุงบ้านสำหรับผู้ต้องได้รับการดูแลระยะยาว	หน่วยงานหลัก : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	- มีการดำเนินการสนับสนุนทางการเงินเพื่อปรับปรุงบ้านภายในปี พ.ศ. 2555		/	

นิยามศัพท์

1. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการ เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยตัวเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงบริการในครอบครัว ชุมชน หรือสถานบริการ

2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง อบต. เทศบาล กรุงเทพมหานคร และ เมืองพัทยา

หมายเหตุ

* สถานบริการภาครัฐ หมายถึง สถานบริการภาครัฐที่รับผิดชอบระดับตำบลและชุมชนเขตเมือง เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ศูนย์บริการสาธารณสุข

นโยบายด้านผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง

ในปีงบประมาณ 2552 จังหวัดลำปางได้มีการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ หากแต่การบริการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เป็นบริการที่ จัดขึ้นตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อาทิ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดตั้งคลินิก ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัคร ผู้สูงอายุในรูปแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” หรือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีการจัดบริการในชุมชนโดยการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากโรงพยาบาลและ สถานีอนามัยเพื่อการคัดกรองโรค ให้การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคในพื้นที่ อีกทั้งยังมีการ จัดบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตและผู้สูงอายุโดยวัดทุ่งบ่อแป้น อำเภอห้างฉัตร

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขปีงบประมาณ 2552 พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.59 ในปีงบประมาณ 2542 เป็นร้อยละ 14.7 ในปี 2552 แสดงให้เห็นว่าโครงสร้างประชากรของจังหวัดลำปางเปลี่ยนเป็นโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมาก ขึ้น ในขณะที่การจัดบริการด้านสุขภาพมีเพียงการบริการตามสิทธิประโยชน์ ขาดการบูรณาการงานที่ เกี่ยวข้องและความเชื่อมโยงของระบบบริการอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ในชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ได้มีการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นความครอบคลุมของประชาชนผู้มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพ มีการ ส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ โดยกลุ่มผู้สูงอายุเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุและการ ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ

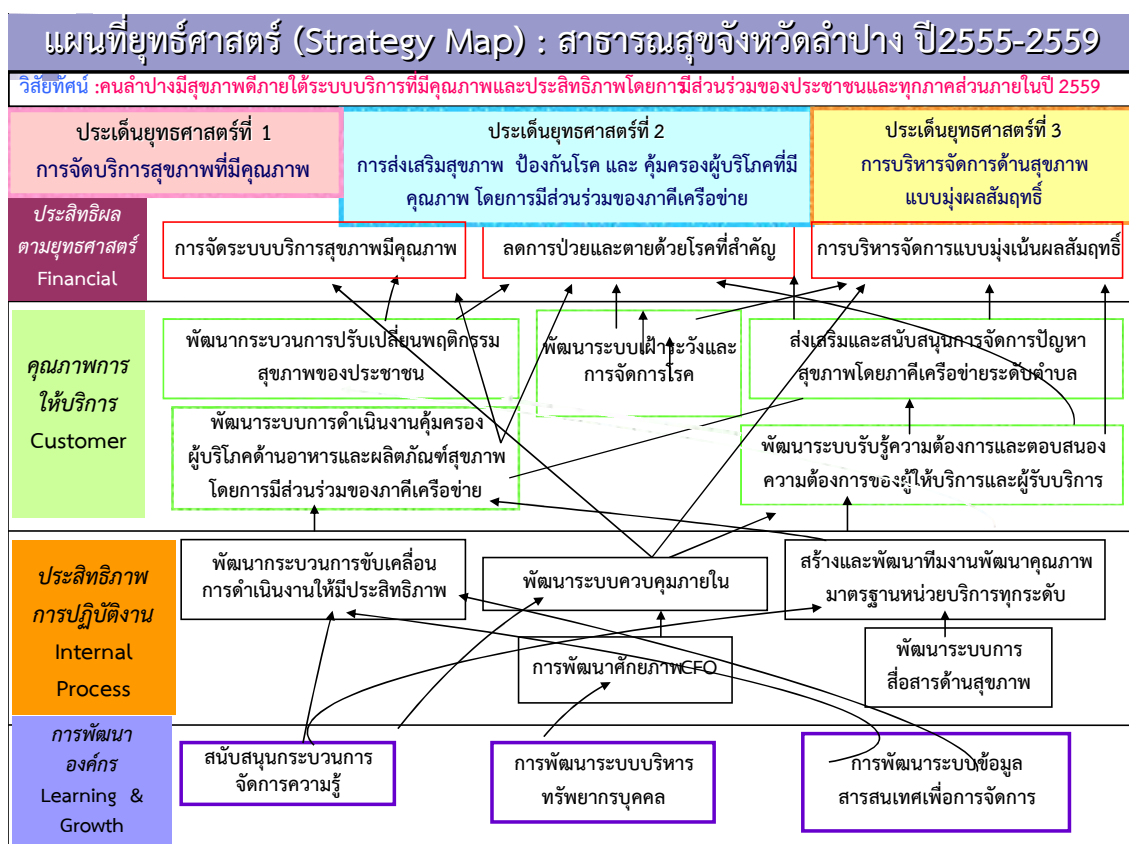
แผนยุทธศาสตร์จังหวัดลำปางปี 2555-2559

- ย 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการให้มีคุณภาพและมีความเชื่อมโยงทุกระดับ
- ย 2 ส่งเสริมป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ย 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบข้อมูลให้มีความพร้อมในการดำเนินงานและส่งเสริมการ จัดการความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เป้าหมายการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุปี 2555

- ผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมดังนี้
 - การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง
 - การออกกำลังกายที่เหมาะสม
 - ลดความเครียด
 - ลดละเลิกบุหรี่และสุรา
- ผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
 - ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง
 - ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

- พัฒนาคูณภาพการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการสาธารณสุข
 - 1) พัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน
 - 2) พัฒนามาตรฐานการพยาบาล ดังนี้
 - การพยาบาลผู้สูงอายุ
 - การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน(Home Health Care/Home Ward/Home Visit)
 - การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care
- พัฒนาศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนโดยทีมการพยาบาลโรงพยาบาลลำปาง
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- พัฒนาข้อมูลการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน



สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ด้านภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดลำปาง (2550) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน แบ่งตามการรับรู้ของผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ 1) ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วย เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีไม่มีปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย 2) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ แต่ไม่มีโรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดเข่า ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มใหญ่ที่ประเมินตนเองว่าปัญหาสุขภาพเกิดเนื่องจากอายุมากขึ้น และการทำงานหนักในอดีต 3) ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ยังพบว่าในผู้สูงอายุบางรายมีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค 4) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง ร่วมด้วย ส่วนเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามี 2 วิธี ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไปตรวจสุขภาพตามที่แพทย์นัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 2) การใช้วิธีรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การใช้สมุนไพรรักษาโรค การใช้ยาแผนโบราณ การทรงเจ้า เป็นต้น

ส่วนการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จากการศึกษ พบว่า ครอบครัวให้การช่วยเหลือและส่งเสริมผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพ ได้แก่ 1) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายในหมู่บ้าน หรือพาไปออกกำลังกาย และการดูแลการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) การส่งเสริมสุขภาพจิต การพาไปวัดเพื่อฟังธรรมะหรือนั่งสมาธิ การจัดเตรียมส่งของใส่บาตร 3) การดูแลเมื่อผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เจ็บป่วย เช่น การช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือจากชุมชน เป็นลักษณะการช่วยเหลือในรูปแบบทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ได้แก่ 1) การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครหมู่บ้าน 2) การเยี่ยมบ้านโดยชมรมผู้สูงอายุ 3) การเยี่ยมเยียนจากเพื่อนบ้านยามเจ็บป่วย 4) บริการรับส่งเพื่อรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานเอนามัยเมื่อเจ็บป่วย 5) บริการยืมเงินเพื่อตรวจรักษายามฉุกเฉิน เป็นต้น

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1. การจัดบริการสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ 1) บริการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครหมู่บ้าน เมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วย หรือการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จะเป็นการเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย 3) การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน (อำเภอ) จะเป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยและถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2. การจัดบริการสุขภาพในชุมชน ได้แก่ 1) การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากโรงพยาบาลและสถานอนามัย เพื่อให้การตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษา การคัดกรองโรค โดยไปให้บริการในพื้นที่ ซึ่งให้บริการเป็นครั้งคราวไม่แน่นอน ให้บริการที่วัด สถานอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน 2)

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอัมพาตและผู้สูงอายุทุพโภชนาการ เป็นการให้บริการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยอัมพาตและผู้สูงอายุ

3. การจัดการบริการด้านสุขภาพที่สถานีนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ 1) บริการคัดกรองโรค 2) ตรวจรักษาโรคเรื้อรัง 3) บริการส่งเสริมสุขภาพ 4) บริการส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง 5) บริการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง และ **การจัดการบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลอำเภอและจังหวัด** ได้แก่ 1) ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคซับซ้อน 2) ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง 3) ส่งต่อเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง 4) บริการส่งเสริมสุขภาพ

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการใช้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้สูงอายุจะไปใช้บริการจากแหล่งบริการด้านสุขภาพดังนี้ 1) รักษาด้วยตนเอง ได้แก่ การซื้อยารับประทานเอง การรักษาพื้นแบบบ้าน เช่น การใช้สมุนไพร การเป่า 2) สถานีนามัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะมาใช้บริการเพราะอยู่ใกล้บ้าน 3) โรงพยาบาลอำเภอ ในกรณีที่รักษาที่สถานีนามัยแล้วไม่ดีขึ้น หรือกรณีมีความเจ็บที่รุนแรงขึ้น แต่สถานที่ใกล้จากหมู่บ้านที่อาศัย 5) โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นการส่งต่อจากโรงพยาบาลอำเภอ และส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์ 6) คลินิกในหมู่บ้าน ผู้สูงอายุบางรายใช้บริการเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ให้บริการได้ทันที แม้จะเสียค่าบริการแพงแต่เนื่องจากมีบริการตอนเย็นและกลางคืนด้วย

ความพึงพอใจต่อการบริการด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการบริการด้านสุขภาพทั้งสถานีนามัย โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นบริการที่มีคุณภาพ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ใช้บริการได้สะดวกเพราะอยู่ใกล้ และบุคลากรมีคุณภาพ มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย ขณะเดียวกันก็มีผู้สูงอายุบางรายที่ไม่พอใจต่อการบริการด้านสุขภาพทั้งสถานีนามัย โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากต้องรอนาน บุคลากรไม่เพียงพอ และไม่มีเวลา ไม่ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และบางครั้งไม่ยอมส่งไปรับการรักษาที่อื่น เช่น ผู้สูงอายุหญิงรายหนึ่งกล่าวว่า “จะเป็นจะตายก็ไม่อยากไปโรงพยาบาลในเมือง ต้องรอนาน” ผู้สูงอายุรายหนึ่ง มีความคิดเห็นเกี่ยวกับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งไม่ค่อยมีเวลาให้กับผู้สูงอายุ ดังนี้ “โรงพยาบาลบริการดีแต่ไม่พูด ไม่บอกอะไร ดูแลเร็ว แต่ต้องเป็นไปตามคิว”

ปัญหาและอุปสรรคในการใช้บริการด้านสุขภาพ มีดังนี้ 1) ระยะทางไกล 2) ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 3) ไม่มีคนไปส่งเพื่อการรักษาต่อที่โรงพยาบาล 4) ไม่มีเงินค่าเดินทางไปรับบริการ 5) การนัดมาตรวจแต่ละโรคไม่ตรงกันในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคที่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง ไม่สะดวก

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงคุณภาพการจัดการบริการด้านสุขภาพ 1) เพิ่มจำนวนบุคลากรประจำสถานีนามัย และโรงพยาบาล เพื่อให้บริการอย่างมีคุณภาพ และไม่ควรมีการโยกย้ายบ่อย 2) สถานีนามัยควรเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง 3) ควรมีบริการฉีดยารักษาความเจ็บป่วยด้วย ในกรณีที่สถานีนามัยและโรงพยาบาล ไม่ใช่ให้แต่ยารับประทาน 4) บริการเยี่ยมบ้านควรทำเป็นประจำและเพิ่มความถี่มากขึ้น 5) โรงพยาบาลควรมีบริการเยี่ยมบ้านบ่อยขึ้น 6) บริการที่โรงพยาบาล ขณะรอ

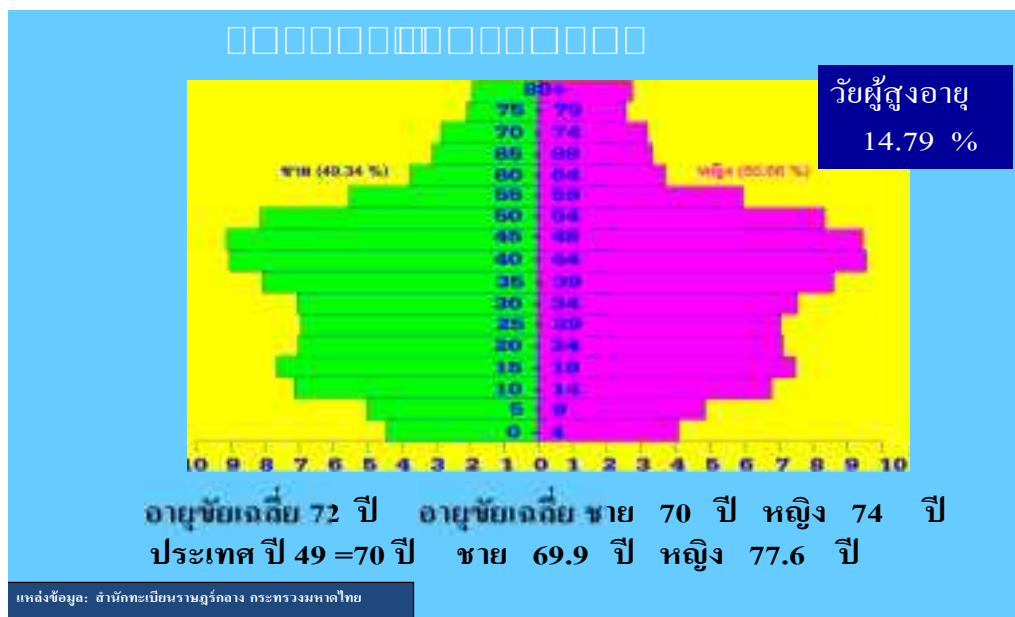
ตรวจควรมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนเอกสารที่ให้ความรู้ควรทำรูปแบบที่อ่านง่ายสำหรับผู้สูงอายุ 7) เจ้าหน้าที่ควรพูดเพราะ และใช้เวลาในการตรวจที่นานขึ้น

ความต้องการด้านบริการสุขภาพ มีดังนี้ 1) บริการสุขภาพที่บ้านมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางไปรับบริการได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาลูกหลาน และบางครั้งลูกหลานไปทำงานและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 2) บริการสุขภาพในชุมชนมากขึ้น เช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ 3) บริการตรวจพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ 4) การให้บริการโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะด้านผู้สูงอายุ 5) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ คำแนะนำในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ 6) บริการด้านให้คำปรึกษาหรือบริการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ 7) มีคลินิกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ

สถานการณ์ด้านผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง

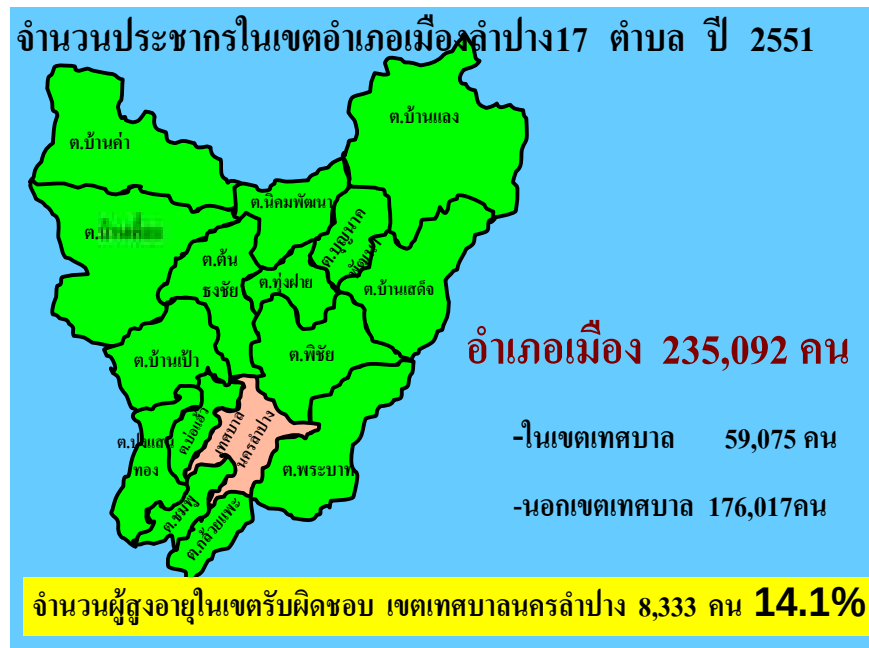
จังหวัดลำปางประกอบด้วย 260,974 ครัวเรือน มีจำนวนประชากร 767,615 คน โครงสร้างของประชากร เป็นผู้สูงอายุ(60ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14.79 โดยมีเพศชาย ร้อยละ 49.34 เพศหญิง ร้อยละ 50.66 มีอายุขัยเฉลี่ย 72 ปี เพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 70 ปี เพศหญิง 74 ปี เมื่อเทียบอายุขัยเฉลี่ยระดับประเทศ ซึ่งปี2549เท่ากับ 70 ปี โดยเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 69.9 ปี เพศหญิง 77.6 ปี

ภาพแสดงโครงสร้างประชากรจังหวัดลำปาง

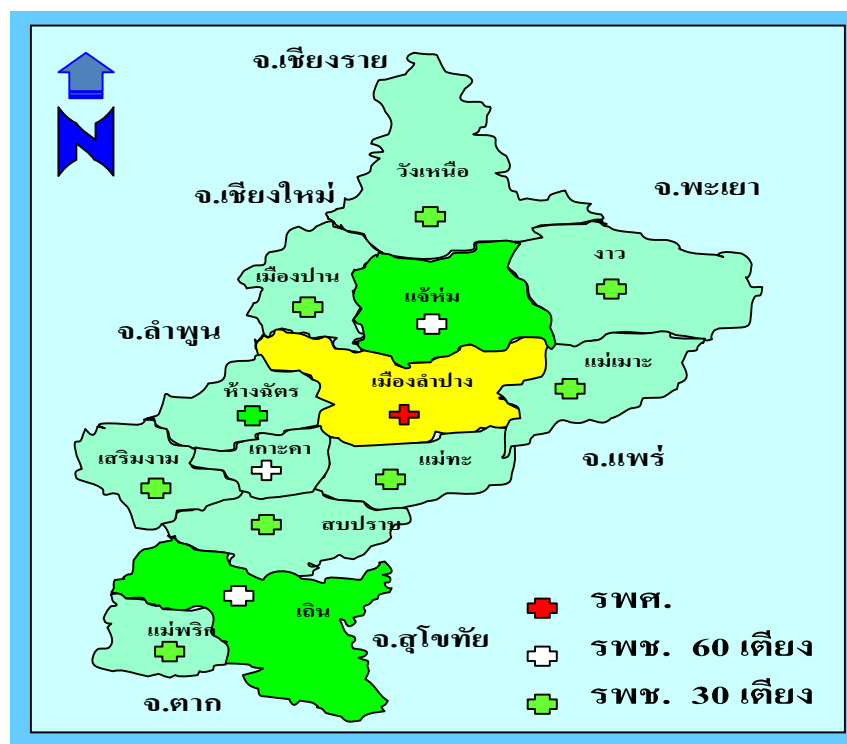


เมื่อจำแนกจำนวนประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองลำปาง จำนวน 17 ตำบล ในปี2551 พบว่า มีประชากรสูงอายุ 235,092 คน อยู่ในเขตเทศบาล 59,075 คน นอกเขตเทศบาล 176,017 คน เป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของเทศบาลนครลำปาง 8,333 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.10

ภาพแสดงจำนวนประชากรในเขตอำเภอเมืองลำปาง



ภาพแสดงสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง



โรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 800เตียง ตั้งอยู่บนเนื้อที่ 68 ไร่ 1 งาน 60 ตารางวา กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบดำเนินการตั้งแต่วันที่ 24 มิถุนายน 2485 ปัจจุบันให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รับผิดชอบประชาชนเขตอำเภอเมือง บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเฉพาะด้านอุบัติเหตุ มะเร็ง และหัวใจโดยเป็นโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดลำปาง รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนระดับ 2.1 และ 2.2 ทั้งหมด 12 แห่ง และรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไป ศูนย์มะเร็งลำปาง โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี และโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง ได้รับนโยบายการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความเป็นเลิศทางบริการและวิชาการด้านโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุและโรคมะเร็ง

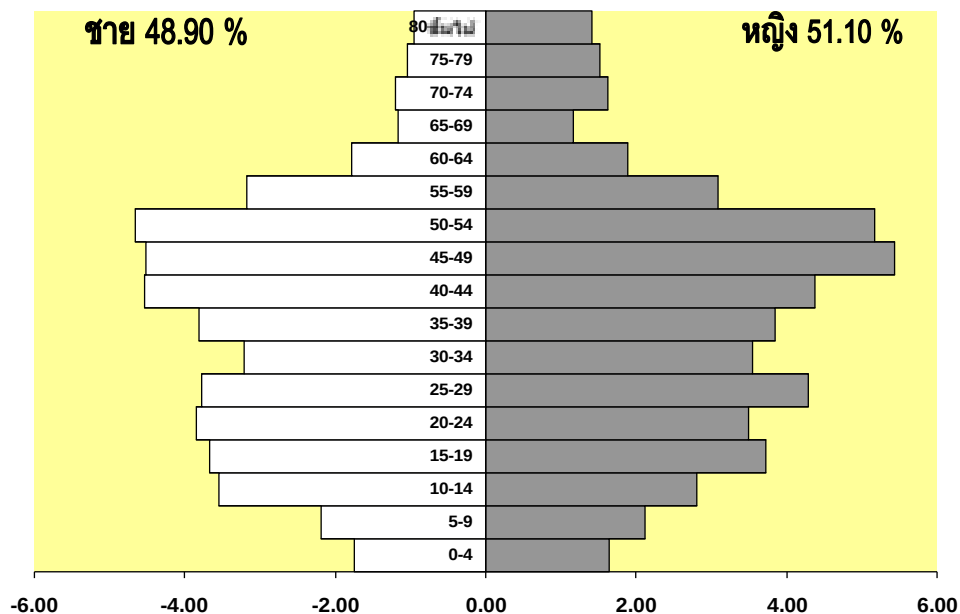
นอกจากนี้ โรงพยาบาลลำปาง ยังมีภารกิจในการผลิตแพทย์ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ของกระทรวงสาธารณสุข ให้การสอนและฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 4 , 5 และ 6 รวมทั้งแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์ประจำบ้านและให้การฝึกอบรมสาขาวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขอื่นอีกหลายสาขา เช่น ทันตแพทย์ เกษษกรรรม เทคนิคการแพทย์ และ พยาบาล

สถานการณ์ด้านประชากรและสังคม ตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร

ข้อมูลทั่วไปตำบลห้างฉัตร

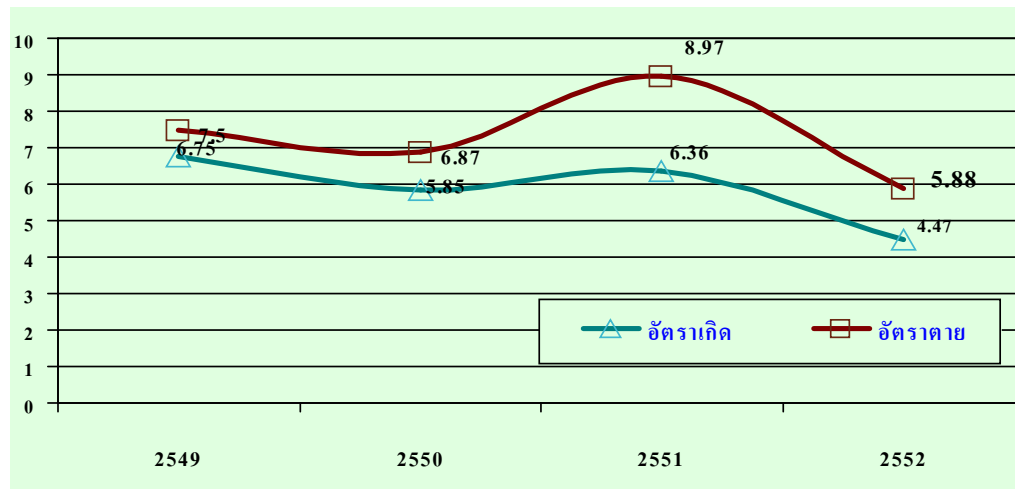
- จำนวน 9 หมู่บ้าน 2851 หลังคาเรือน
- ประชากร 12,746 คน
 - ชาย 6,284 คน
 - หญิง 6,462 คน
- โรงเรียน 4 โรงเรียน
- อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 243 คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6 คน

โครงสร้างประชากรตำบลห้างฉัตร



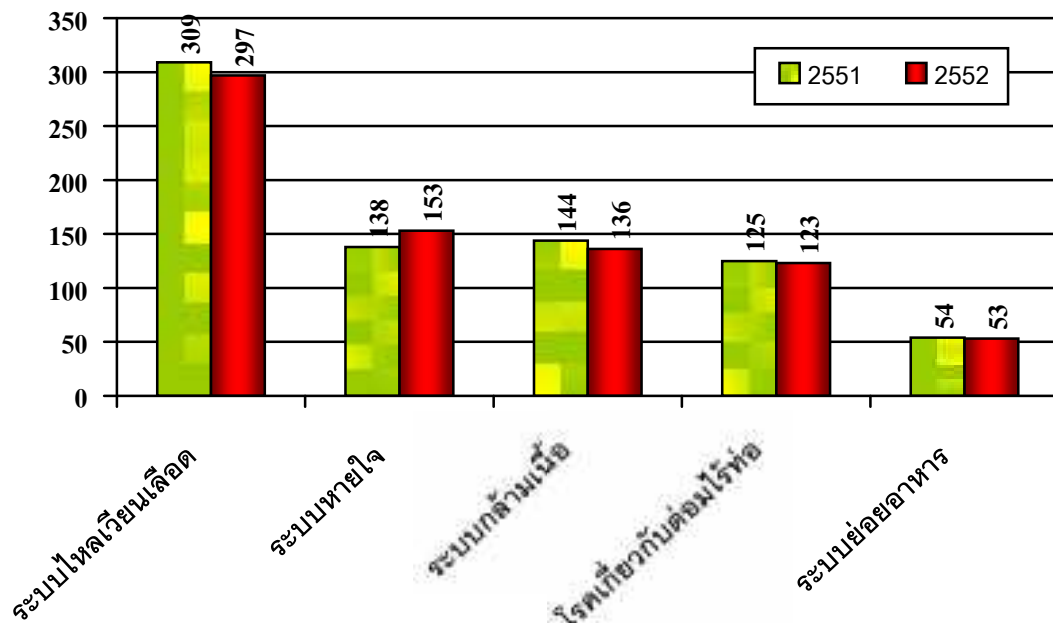
อัตราเกิด อัตราตาย ต. ห้างฉัตร ปี 2552

อัตราต่อพันประชากร



อัตราเพิ่ม ปี 2552 ร้อยละ - 0.1

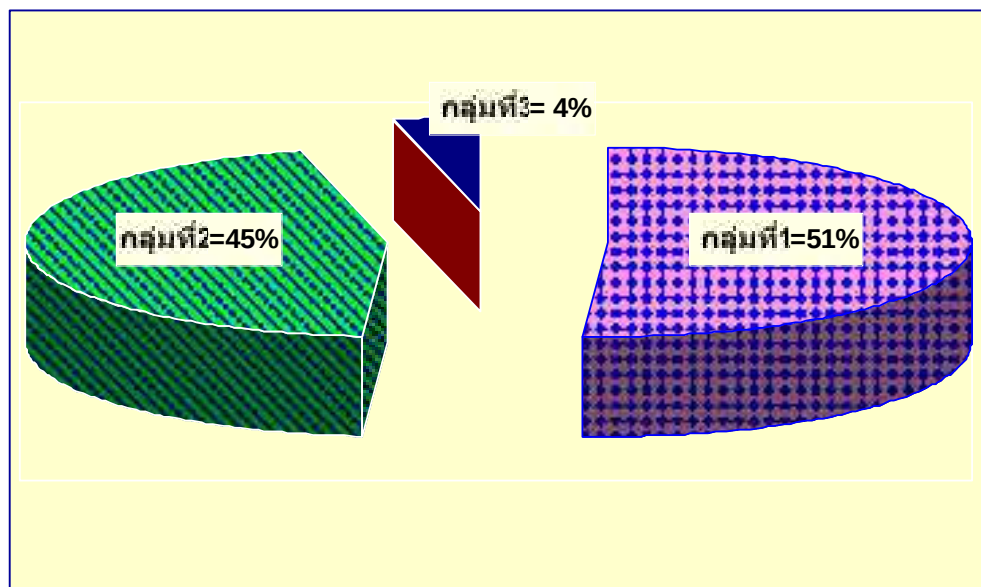
อัตราป่วยของผู้ป่วยนอก จำแนกตามสาเหตุการป่วย 5 อันดับแรก ต.ห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร ปี 2552



ข้อมูลผู้สูงอายุ

- จำนวนผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ 1,254 คน (9.84%)
- ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 562 คน (45%)
- จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตนเองได้ แข็งแรง 644 คน (51%)
- จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ มีโรคเรื้อรัง 564 คน (45%)
- จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 46 คน (4%)

แสดงอัตราประชากรผู้สูงอายุแบ่งตามระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ



ระบบบริการสุขภาพในสถานบริการ

นโยบายงานบริการด้านผู้สูงอายุของโรงพยาบาลลำปาง

โรงพยาบาลลำปางมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมาโดยตลอด โดยเป็นโรงพยาบาลแห่งแรก ๆ ที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พศ 2523 อย่างไรก็ตาม นโยบายเกี่ยวกับการให้บริการผู้สูงอายุเพิ่งได้กำหนดอย่างชัดเจนในปี 2553 โดยมีนโยบายดังนี้

1. ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพ คัดกรอง ป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเฝ้าระวังปัญหาอย่างเหมาะสม แบบองค์รวม ครอบคลุม 4 มิติ
2. ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพได้มาตรฐานตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปรัชญาการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

มุ่งให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด โดยครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุของโรงพยาบาลลำปาง
2. สร้างเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
3. สร้างเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุของชุมชนและเครือข่าย

การวิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง/โอกาส/ภัยคุกคามของระบบบริการสุขภาพขององค์กร ปัจจัยภายใน

จุดแข็ง (Strength)

ด้านบุคลากร โรงพยาบาลลำปาง มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขครบทุกสาขา มีศักยภาพและความรู้ความสามารถในการให้บริการสุขภาพในเขตความรับผิดชอบ เขต 1 มีอัตรากำลังในวิชาชีพแพทย์ 107 คน มีแพทย์เฉพาะทางทั้งสาขาอายุรกรรม ศัลยกรรม เช่น แพทย์เฉพาะทางสาขาโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประสาท 2 คน แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยศาสตร์โรคมะเร็ง 1 คน และด้านศัลยกรรมทรวงอก 1 คน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินอาหาร ฯลฯ โรงพยาบาลลำปาง มีเภสัชกร 37 คน โดยมีระบบบริการแบบเภสัชคลินิก ระบบบริการให้คำปรึกษาทางยา(Councelling) และระบบการให้คำปรึกษาเฉพาะโรค เป็นต้น ส่วนศักยภาพด้านการพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 712 คนโดยมีพยาบาลวิชาชีพชั้นสูง (APN)จำนวน 9คนได้แก่สาขาอายุรกรรม 8 คน และสาขาวิสัญญี 1 คน

สำหรับการบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุ มีทีมนำระดับองค์กร/ทีมงานที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุตั้งแต่ปี2551โดยคณะกรรมการประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชกรรมสังคม แพทย์อายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วนอก ผู้ป่วยใน เวชกรรมสังคม เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด โภชนากร และหัตถะเปียน นอกจากนี้ทีมงานเวชกรรมสังคมยังได้มอบหมายให้มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบจัดกิจกรรมร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ และเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ

ด้านระบบคุณภาพ โรงพยาบาลลำปางได้นำระบบคุณภาพ ISO 9000:2001, ISO 14001:2004, มอก.18001:2542 และมาตรฐานHA, HPH มาเป็นมาตรฐานในการดำเนินงาน ระบบคุณภาพของโรงพยาบาล และได้ขอการรับรองมาตรฐานอย่างต่อเนื่องโดยโรงพยาบาลลำปาง ได้รับการรับรองคุณภาพระบบการจัดการบริหารงานคุณภาพ (ISO 9000:2001) จากสถาบันรับรองมาตรฐานไอเอสโอ เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2547 ได้รับการรับรองระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (มอก.18001:2542) เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2547 และวันที่ 11 มกราคม 2551 ตามลำดับและได้รับการรับรองระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม (ISO 14001:2004) เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2548 และได้ผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) และมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2548 อีกทั้งได้รับการเยี่ยมชมตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอจากสำนักงานประกันสังคม สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นอกจากนี้เป็นโรงพยาบาลในโครงการสำคัญต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข อาทิเช่น โครงการ 3 S โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

โครงการมะเร็งเต้านม เป็นต้น การดำรงรักษาระบบคุณภาพต่างๆ ได้ดำเนินการโดยผู้บริหารมอบนโยบายให้กลุ่มงาน/ฝ่ายและทีมงานด้านต่างๆ ประชุมทบทวนวิเคราะห์ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดความเสี่ยง ทุก 1-2 เดือนและวิเคราะห์ gap analysis ทุก 6-12 เดือน และมีระบบการประเมินโดยผู้ตรวจสอบภายใน คณะกรรมการคุณภาพปีละ 1 ครั้ง ผู้นำระดับสูงทบทวนการบริหารกลยุทธ์โครงการแผนงาน ตัวชี้วัดองค์กร เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปีละ 1 ครั้ง การใช้วงล้อADLI (PDCA) เพื่อพัฒนาคุณภาพในประเด็นที่ท้าทายและสำคัญ จนถึงปัจจุบันยังคงดำรงรักษาระบบคุณภาพต่างๆ เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ด้านวิชาการ โรงพยาบาลลำปาง รับผิดชอบเป็นโรงพยาบาลผู้ผลิตแพทย์ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ของกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรมีโอกาสร่วมสร้างเสริมความรู้วิชาการและการวิจัยอย่างสม่ำเสมอ มีการจัดการความรู้(Knowledge Management) โดยสนับสนุนให้มีการวิจัย(R2R)ในโรงพยาบาลและการนำเสนองานใช้ความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence Based Practice) มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกิจกรรมทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้มีการจัดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ(COP)เช่น ชุมชนนักปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับ ชุมชนนักปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

ด้านงบประมาณ โรงพยาบาลลำปาง ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความเป็นเลิศทางบริการและวิชาการด้านโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุและโรคมะเร็งนอกจากนี้ ยังได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสปสช.ในการจัดระบบบริการในโรคเรื้อรัง เช่น Stroke , MI เป็นต้น

จุดอ่อน(Weakness)

ด้านนโยบาย ได้แก่ การนำนโยบายด้านผู้สูงอายุ ลงสู่แผนการปฏิบัติและแผนงบประมาณ ยังทำได้ไม่เต็มที่ ทำให้รูปแบบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของโรงพยาบาลลำปางยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร และยังอยู่ระหว่างการพิจารณาของผู้บริหารในการเปิดบริการคลินิกพิเศษสูงอายุ

ด้านบุคลากรและอัตรากำลัง เนื่องจากโรงพยาบาลลำปาง มีผู้รับบริการทั้งในส่วนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี แต่การเตรียมบุคลากรทั้งด้านปริมาณและคุณภาพเพื่อรองรับปัญหาผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นไม่สามารถจัดการควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรด้านอื่นๆไปพร้อมๆกันได้ ในขณะที่บุคลากรทุกระดับมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้สอดคล้องกับระบบคุณภาพของโรงพยาบาลและความคาดหวังของประชาชนจึงทำให้อัตรากำลังทั้งในส่วนที่ต้องให้บริการในโรงพยาบาล และในชุมชนมีไม่เพียงพอ

ด้านระบบบริการ การดำเนินงานตามมาตรฐานFast Tract ผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน

ด้านการสื่อสาร เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีบุคลากรในหลายหน่วยงานและต่างสาขาวิชาชีพ ทำให้การสื่อสารและการติดตามผลการปฏิบัติไม่คล่องตัวการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติจึงต้องใช้การขับเคลื่อนจากทีมงานเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในด้านบริการผู้สูงอายุ แม้ไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่ต้องการการสร้างเสริมความตระหนักรู้อย่างมาก

ด้านงบประมาณ งบประมาณที่ได้รับแต่ละปี ถูกนำมาใช้ในแผนงบประมาณประจำปีที่ถูกกำหนดขึ้นตามโครงการต่างๆมากมาย ทำให้มีการกระจายงบออกไป งบประมาณด้านการพัฒนาบริการผู้สูงอายุจึงอยู่ในวงจำกัดเช่นเดียวกัน ตัวอย่างได้แก่ อุปกรณ์ต่างๆที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ยังไม่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ

ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ/ระบบITศักยภาพในการออกแบบความเชื่อมโยงในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลกับข้อมูลด้านผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและเครือข่าย เพื่อเอื้อประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการยังมีไม่เพียงพอ

ปัจจัยภายนอก

โอกาส(Opportunities)

ด้านนโยบายภาครัฐ จากกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่2 (พ.ศ.2545-2564) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.2546สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการให้บริการสาธารณสุขของกลุ่มสูงอายุอย่างชัดเจนส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายด้านผู้สูงอายุอย่างชัดเจนมากขึ้น

ด้านงบประมาณ โรงพยาบาลลำปาง ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความเป็นเลิศทางบริการและวิชาการด้านโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุและโรคมะเร็งนอกจากนี้ ยังได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรภายนอก เช่นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, โครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในสถานบริการของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุโดยการสนับสนุนของUNFPA

ด้านการเชื่อมโยงบริการกับโรงพยาบาลเครือข่ายโดยการสนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลในเครือข่ายมีความตระหนักถึงความสำคัญ มีความร่วมมือในการวางระบบบริการสาธารณสุขร่วมกันโดยโรงพยาบาลลำปางและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุร่วมกัน ตลอดจนองค์กรส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีความตื่นตัวมากขึ้นในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ภาวะคุกคาม(Threats)

ภาวะเศรษฐกิจสังคมอันเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคงอีกทั้งปัญหาโครงสร้างสังคมที่เปลี่ยนแปลงทำให้ขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆก็เพิ่มมากขึ้น ตลอดจนการคุกคามของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำต่างๆ ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนให้เกิดคุณภาพอย่างทั่วถึง เป็นภาระที่ค่อนข้างหนักของสถานพยาบาลอย่างยิ่ง

TOWS Matrixs การจัดบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลลำปาง

ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก	จุดแข็ง (Strength) 1. เจ้าหน้าที่ มีความรู้ ความสามารถ มีศักยภาพ 2.. มีทีมนำระดับองค์กร/ทีมงานที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแล ผู้สูงอายุ 3..มีทีมสหสาขาวิชาชีพ มีทีมเฉพาะ โรค 4. มีเวชกรรมสั่งการรับเคิชอบกิจกรรมผู้สูงอายุ 5. ผู้สูงอายุมีช่องทางพิเศษ Green Track 6. มีเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชน	จุดอ่อน (Weaknesses) 1. ไม่มีนโยบาย แผนปฏิบัติการ /แผนงบประมาณ/ไม่มีกฎหมายสนับสนุน 2. ขาดทรัพยากรสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพ 3. จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว 4. การบริการไม่ทันการณ์ ไม่มีระบบสนับสนุน Fast Tract ผู้สูงอายุไม่เป็นรูปธรรม 5. อุปกรณ์การดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ 6. ทีมสนับสนุน ชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจ ไม่เป็นกิจวัตร 7.งบประมาณจำกัด
โอกาส (Oportunities) 1. นโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับกระทรวง 2. มีโครงการนำร่องของ UNFPA 3. ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความร่วมมือ 4. องค์การส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุน 5. พัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุให้ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุ 7. ได้รับการจัดสรรงบประมาณให้ดูแลผู้สูงอายุ 8. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข / สปสช.	กลยุทธ์หลัก (SO) (SO1) พัฒนาระบบบริการ ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ วางแผนแบบมีส่วนร่วม	กลยุทธ์การพัฒนา (WO) (WO1) พัฒนาศักยภาพทีม สุขภาพให้สามารถบริการ ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ภาวะคุกคาม (Threats) 1.งบประมาณจากรัฐบาลมีจำกัด 3.จำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง 3.โรงพยาบาลต้องเปลี่ยนไปให้บริการผู้ป่วยนอก 4. การแข่งขันกับเอกชน	กลยุทธ์ขยายงาน (ST) (ST1) พัฒนาระบบบริการจัดการที่มีประสิทธิภาพด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และวัสดุอุปกรณ์	กลยุทธ์ปรับปรุง (WT) (WT1) สร้างเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในและนอกพื้นที่ สนับสนุนเสริมสร้างศักยภาพชุมชนเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

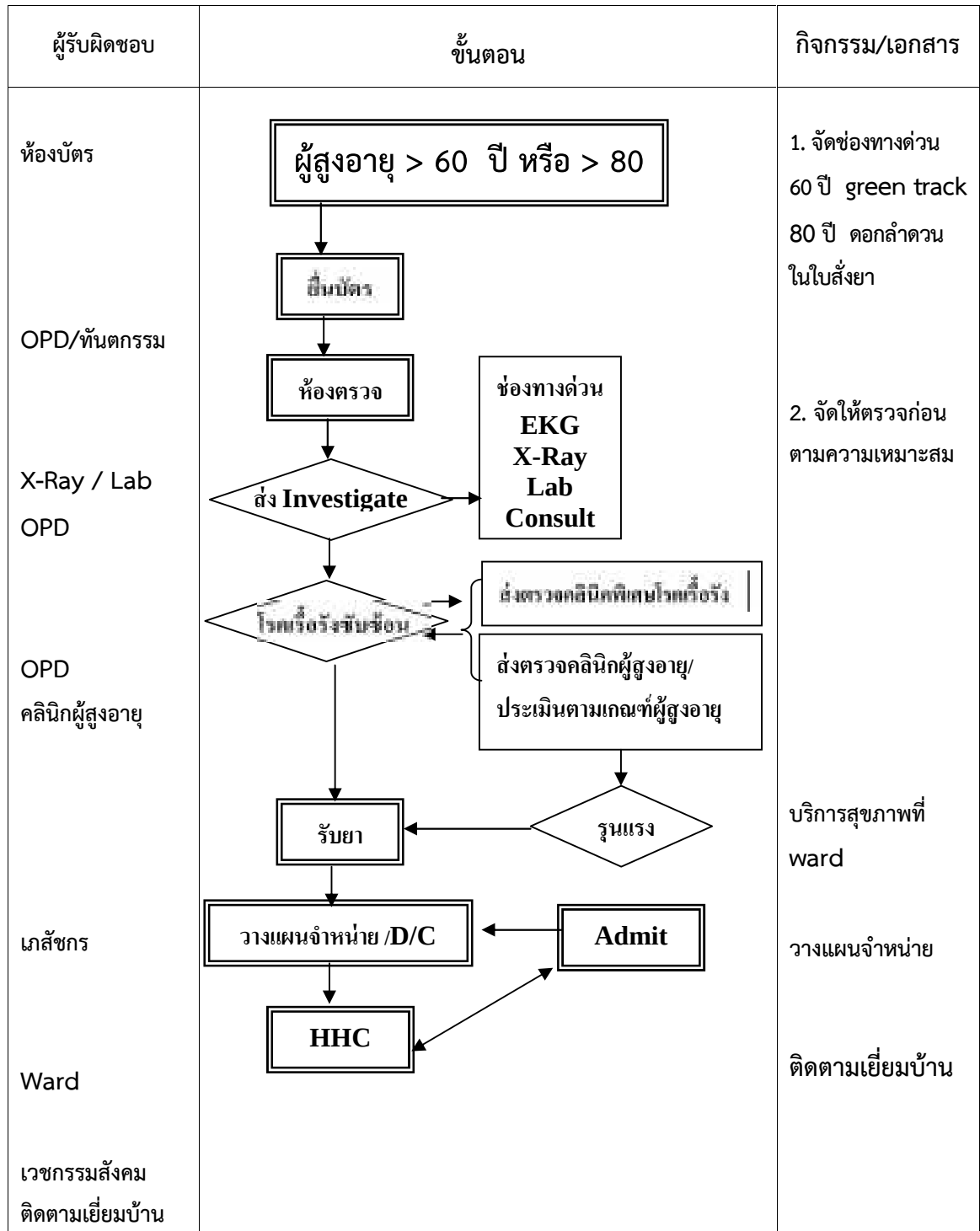
กระบวนการทำงานของระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

การดำเนินงานบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลลำปางมีการจัดระบบบริการด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั้งในงานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ตลอดจนการเยี่ยมบ้านและงานบริการในชุมชน โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุจะเป็นผู้วางแผนพัฒนาประจำปีและแผนงบประมาณ มีการจัดทำตราประทับดอกกำดวน จัดทำ Work flow การดูแลผู้สูงอายุ ทั้งใน OPD และ IPD จนถึงงานบริการในชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการสูงอายุ เช่น การจัดเก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุ จัดให้มีทางลาดให้ผู้ป่วยสูงอายุและผู้พิการ จัดห้องน้ำที่สามารถนำรถเข็นเข้าได้ จัดให้มีราวจับในห้องน้ำ และกริ่งสัญญาณเรียกกรณีมีเหตุฉุกเฉินในห้องน้ำทั้งที่ OPD และ IPD

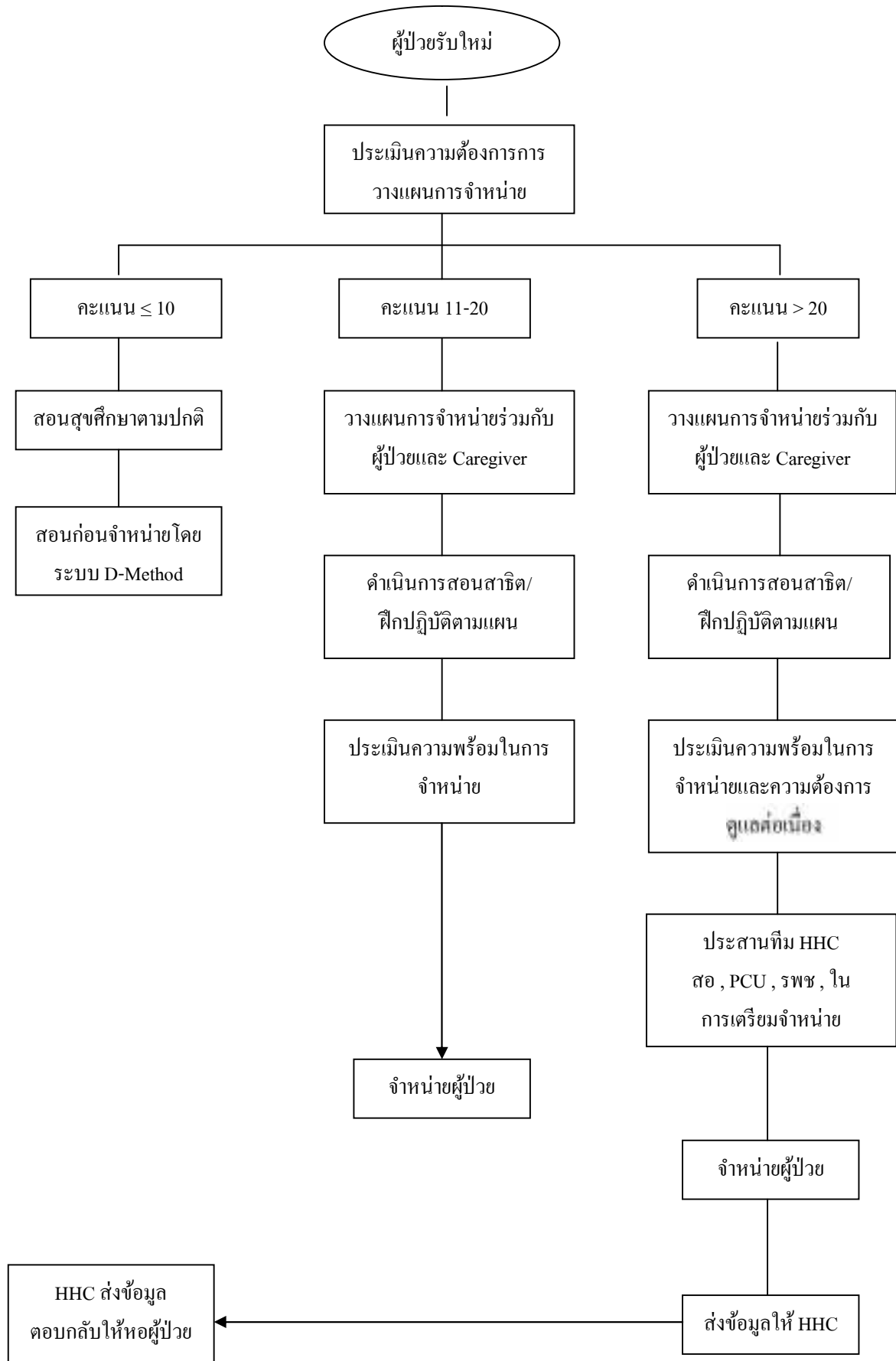
กระบวนการทำงานของระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุงานผู้ป่วยนอก

การดำเนินงานบริการผู้สูงอายุในงานผู้ป่วยนอก มีระบบการจัดช่องทางด่วน (Green track) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป รวมทั้งผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีอาการซับซ้อน จะมีระบบคัดกรองและประทับตราดอกกำดวนเป็นสัญลักษณ์ในการให้บริการ นอกจากนี้ยังมีระบบบริการโรคเรื้อรังในงานผู้ป่วยนอกได้แก่ คลินิกโรคเรื้อรังต่างๆซึ่งผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เช่น คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคถุงลมโป่งพอง คลินิกโรคหัวใจวาย คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคไตวาย เป็นต้น และมีการประเมินผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องติดตามการดูแลตนเองส่ง HHC จาก OPD

กระบวนการงานบริการผู้สูงอายุ งานผู้ป่วยนอก



กระบวนการวางแผนจำหน่ายในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำปาง



การวางแผนจำหน่ายในหอผู้ป่วยใน มีการกำหนดตัวชี้วัดการวางแผนจำหน่าย เช่น ความพึงพอใจบริการที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย การเกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีระบบ Disease Management ในโรคสำคัญของแต่ละสาขาโดยใช้ CPG/Care MAPs เช่น Care MAPs โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดก้นเรื้อรัง เป็นต้น มีระบบ Case Management โดยกำหนดให้แต่ละสาขา มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (Nurse Manager) โรคสำคัญในสาขารวมทั้งหมด 15 โรค รวมทั้งมีระบบการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยผู้จัดการรายกรณี (Case Management)

ระบบการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยใน มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกรแล้ว ได้แก่ จิตเวช นักกายภาพบำบัด โภชนากร และนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยที่มีปัญหาความซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ จะมีการประสานทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อวางแผนร่วมกันกับพยาบาลผู้วางแผนจำหน่าย และทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมไปถึงโรงพยาบาลชุมชน หรือสถานบริการปฐมภูมิ และที่สำคัญคือ ชุมชน อสม. และองค์กรส่วนท้องถิ่น

ระบบบริการ Home Health Care

วัตถุประสงค์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่อเนื่องจากโรงพยาบาลลำปางสู่ชุมชน

1. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับบริการที่รวดเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น และได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพที่ครบถ้วน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ ≥ 60 ปี ที่มีปัญหาโรค และรับการรักษาที่โรงพยาบาลลำปางได้รับการดูแลเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลต่อเนื่องไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้านและลงสู่ชุมชน
3. เพื่อให้ชุมชนโดย อสม. เพื่อนผู้ป่วยสูงอายุ แก่นนำชุมชน รวมถึงองค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนเอง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ทั้งด้านกาย จิต และสังคม สามารถควบคุมปัญหาสุขภาพได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

1. จัดทีมพยาบาลวิชาชีพ (หมุนเวียนจากงานพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ) วันละ 2 คน เยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้นอนโรงพยาบาล ในแต่ละวัน โดยเน้นเยี่ยมผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 80 ปี ทุกคน สำหรับกลุ่มอายุ $\geq 60 - < 80$ ปี เน้นเยี่ยมตามปัญหาโรคและภาวะแทรกซ้อนที่พบตามแนวทางที่แต่ละทีมสหวิชาชีพรายโรค (Disease Management Team) กำหนดโดยขอให้ประสานการส่งข้อมูล เพื่อเตรียมการเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้านด้วย
2. งาน HHC ประสานส่งข้อมูลผู้ป่วย ≥ 80 ปี ทุกคน พร้อมด้วยผู้ป่วย อายุ $\geq 60 - < 80$ ปี ที่มีปัญหาโรค/ภาวะแทรกซ้อนตามกลุ่มที่กำหนดส่งต่อให้ 12 รพช.เยี่ยมในพื้นที่ต่างอำเภอ ส่งให้

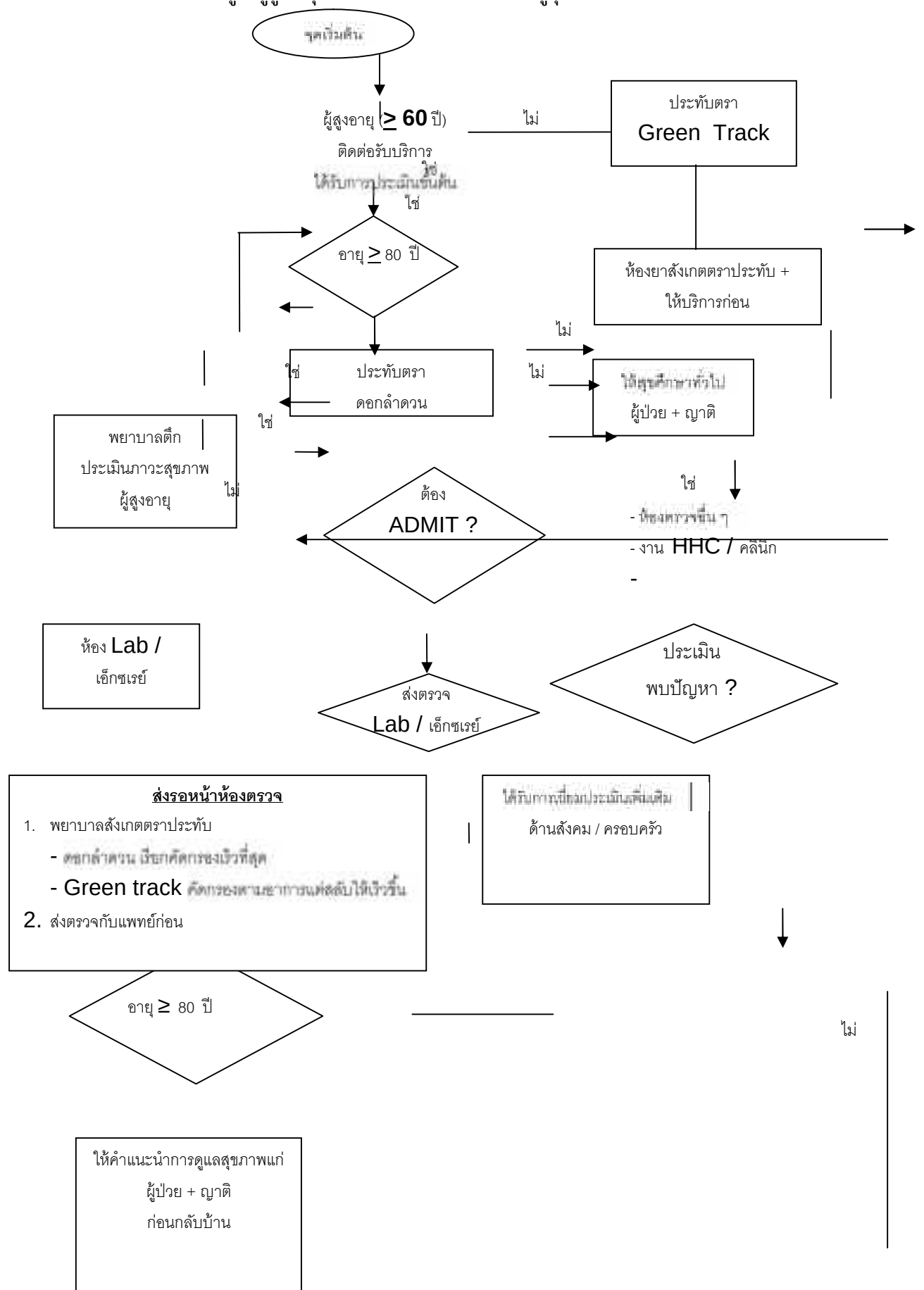
เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน 27 แห่ง เขตอำเภอเมือง เข้มบ้านในพื้นที่เขตอำเภอเมืองที่รับผิดชอบ และส่งเข้มบ้านผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปางโดยทีม HHC

3. มีแผนงานเปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อรับรักษาดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนจากแพทย์ / พยาบาลแผนกต่าง ๆ โดยเน้นการวิเคราะห์แบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีการประสานสนับสนุนจากกลุ่มงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่

- กลุ่มการพยาบาล สนับสนุนพยาบาลช่วยงานคลินิก
- กลุ่มงานเภสัชกรรม ช่วยให้การปรึกษาด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุ
- กลุ่มงานจิตเวช ช่วยด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- กลุ่มงานทันตกรรม ช่วยดูแลด้านทันตกรรมให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้ครบถ้วน
- ฝ่ายโภชนาการ ช่วยให้คำแนะนำด้านการเตรียม / การเลือกอาหาร
- ฝ่ายเทคนิคบริการอื่น ๆ ให้การสนับสนุนการตรวจรักษาโรคร่วมที่มีผลกระทบต่อโรคหลักและคุณภาพชีวิตโดยรวม
- ฝ่ายสวัสดิการสังคม ช่วยสนับสนุนด้านสวัสดิการการรักษา รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือผ่านงานสังคมสงเคราะห์ด้านต่าง ๆ ตามเกณฑ์ 2.7.6 สำหรับการเข้มผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านในเขตอำเภอเมือง ให้ประสานกับเจ้าหน้าที่ PCU ที่ส่งเข้มบ้านผู้ป่วย ให้เชิญชวน อสม. และแกนนำผู้สูงอายุเป็นจิตอาสาไปร่วมเข้ม

4. มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่โดยส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนให้มีการจัดหาอุปกรณ์กายภาพบำบัดพื้นฐานไว้สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ข้อคิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง ฯลฯ มาฝึกตัวเองกลับบ้านโดยมีวัดเป็นฐาน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้สนับสนุน

กระบวนการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องจากโรงพยาบาลลำปางสู่ชุมชน



การดำเนินการศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลลำปาง

1. โครงสร้างของศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย แยกจากห้องฉุกเฉิน มีการมอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการศูนย์ทั้งในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการ มีแพทย์เวชศาสตร์เป็นผู้ร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาระบบรับส่งต่อ และมีแพทย์เวรห้องฉุกเฉินให้คำปรึกษาและพิจารณาผู้ป่วยในระบบส่งต่อ โดยมีขอบเขตการประสานงานคือผู้ป่วยทุกรายที่มีการส่งต่อโดยรถพยาบาลและมีพยาบาลนำส่งทั้งในจังหวัดและต่างจังหวัด และกรณีที่แพทย์มีความประสงค์ต้องการโทรปรึกษาการรักษาเฉพาะราย
2. มีแนวทางการประสานงานซึ่ง ประกอบด้วย แนวทาง Refer in, Refer out, Refer in Return, Refer out return
3. มีการจัดทำคู่มือ การส่งต่อ ซึ่งประกอบไปด้วยการแต่งตั้งคณะกรรมการในระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล แนวทางการประสานงานในภาพรวม และเฉพาะโรค ตาม guide line
4. มีการจัดทำแผนการดำเนินงานและพัฒนางานประจำปี และมีการจัดทำผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบงานทุกเดือน พร้อมทั้งรายงานประเมินผลการดำเนินงานประจำปีให้ผู้บริหารรับทราบ
5. มีฐานข้อมูลทรัพยากรของโรงพยาบาล ส่วนข้อมูลในระดับเขตอยู่ที่แม่ข่ายโรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่ และกำลังพัฒนาระบบ IT ที่ทันสมัยร่วมกับรพ. ร้อยเอ็ด ซึ่งสามารถช่วยลดภาระงาน การประสานงานและ สายเรียกซ้อน การส่งต่อ และเชื่อมต่อข้อมูล ผู้ป่วยในระบบส่งต่อ ทั้งจังหวัด
6. มีระบบตรวจสอบคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในระบบด้าน การประสานงาน การดูแลระบบทางเดินหายใจ การดูแลการได้รับสารน้ำ การดูแลด้านการ ดามยกและเคลื่อนย้ายทุกราย โดยมีแบบประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย หากเร่งด่วนมากประสานกลับทันที หากไม่เร่งด่วนรายงานผลกลับให้ทุกโรงพยาบาลรับทราบพร้อมมีข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขปัญหาให้ทุกรพ.โดยส่งรายงานประจำเดือนพร้อม แผนพัฒนาและความก้าวหน้าประจำเดือนทุกเดือน
7. การพัฒนาระบบส่งต่อ
 - มีการจัดการสนับสนุนการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีภายในเครือข่าย โดยมีการจัดโครงการพี่เยี่ยมน้อง
 - เปิดโอกาสให้มีการฝึกงานของพยาบาลโรงพยาบาล รพช. เพื่อฟื้นฟูสมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาล

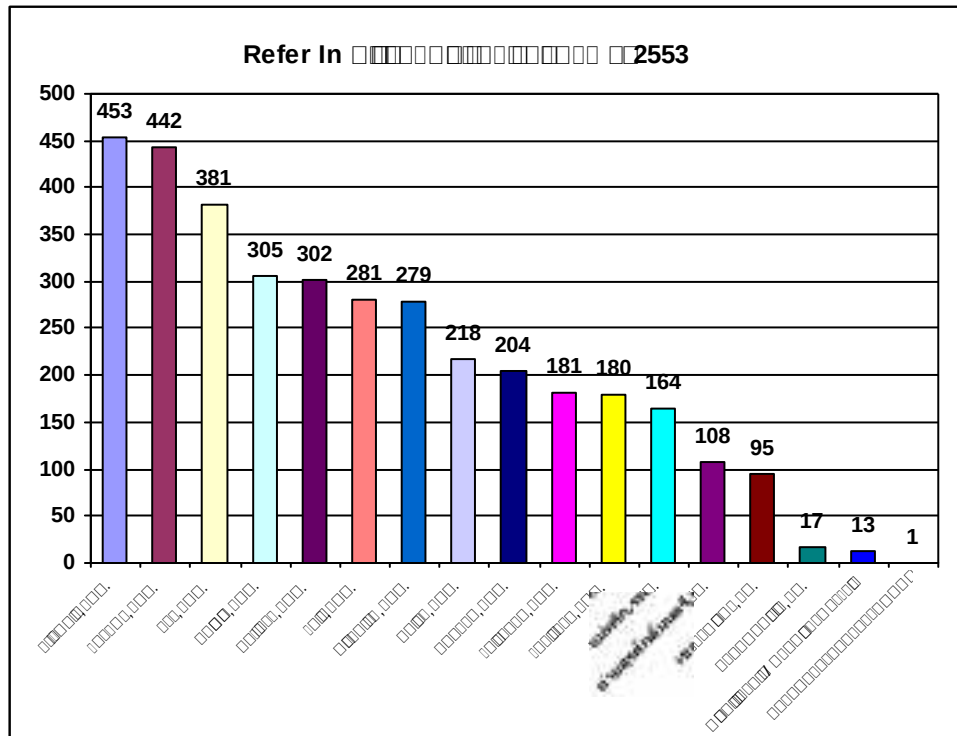
- มีการจัดประชุมคณะกรรมการในระบบส่งต่อทั้งภายในโรงพยาบาลและ ระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมกับสสจ. ทุก 4 เดือน
- มีการจัดประชุม Dead case และ MM conference ทุก 4 เดือน
- จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญได้แก่ Stroke STEMI Multiple trauma และ TBI โดยนำหลักการ Lean management มาช่วยในการพัฒนาการทำงานในระบบส่งต่อในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถมีการค้นหาและมีการดูแล รักษาและส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว
- จัดอบรมให้ความรู้ สู่การปฏิบัติ เรื่องการประเมินและการคัดกรองผู้ป่วย 5 ระดับ ทั้ง จังหวัด การดูแลผู้ป่วย Trauma ครบวงจร

ข้อมูลการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุในจังหวัดลำปาง

ข้อมูล Refer ผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง ปี 2553

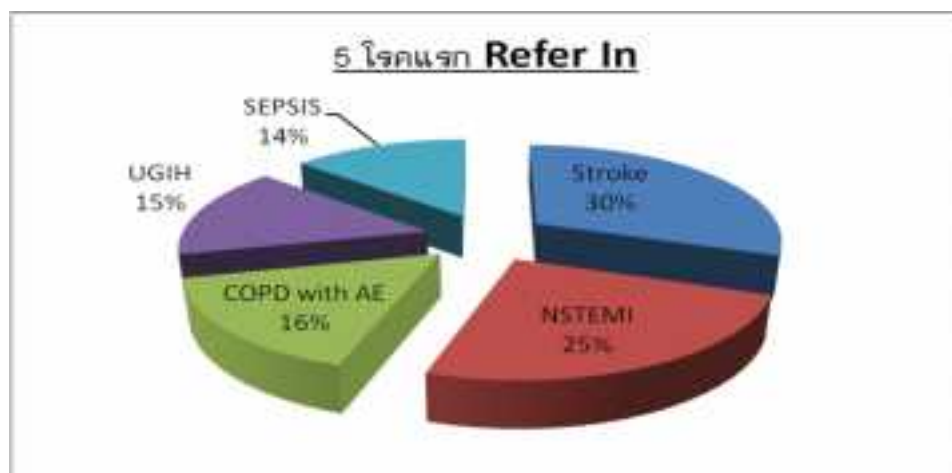
Refer In

อันดับ	โรงพยาบาล	จำนวน
1.	วังเหนือ,รพช.	453
2.	เกาะคา,รพช.	442
3.	งาว,รพช.	381
4.	แจ้ห่ม,รพช.	305
5.	แม่เมาะ,รพช.	302
6.	เถิน,รพช.	281
7.	ห้างฉัตร,รพช.	279
8.	แม่ทะ,รพช.	218
9.	สบปราบ,รพช.	204
10.	เมืองปาน,รพช.	181
11.	เสริมงาม,รพช.	180
12.	แม่พริก,รพช.	164
13.	ค่ายสุรศักดิ์มนตรี,รพ.	108
14.	เขลางค์นคร,รพ.	95
15.	แวนแสนต์วุฒ,รพ.	17
16.	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ลำปาง,สถานพยาบาล	13
17.	สถานพยาบาลกองการแพทย์	1



5 โรคแรก Refer In ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ชื่อโรค	จำนวน
Stroke	168
NSTEMI	136
COPD with AE	89
UGIH	84
SEPSIS	75

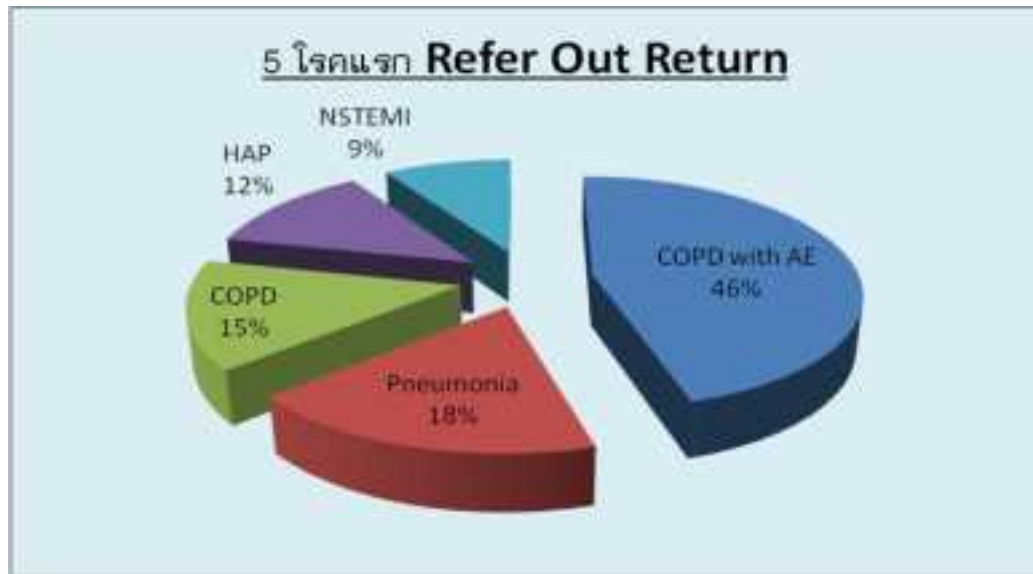


Refer Out Return

โรงพยาบาล	จำนวน
เกาะคา,รพช.	148
แม่เมาะ,รพช.	135
ห้างฉัตร,รพช.	74
วังเหนือ,รพช.	51
สบปราบ,รพช.	51
งาว,รพช.	40
เถิน,รพช.	40
แจ้ห่ม,รพช.	37
เสริมงาม,รพช.	37
เมืองปาน,รพช.	31
แวนแสนต์วุฒ,รพ.	31
แม่ทะ,รพช.	27
แม่พริก,รพช.	25
เขลางค์นคร,รพ.	13
ค่ายสุรศักดิ์มนตรี,รพ.	11
ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ลำปาง,สถานพยาบาล	3

5 โรคแรก Refer Out Return ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ชื่อโรค	จำนวน
COPD with AE	55
Pneumonia	22
COPD	18
HAP	15
NSTEMI	11



ปัญหาที่พบในระบบส่งต่อในผู้สูงอายุ

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1.ผู้ป่วยวิกฤตที่มีการส่งต่อ ไม่มีการประสานงานระหว่างแพทย์กับแพทย์	1. นำประเด็นปัญหามาทบทวนในการประชุมระหว่างร.พ.ศ.- ร.พ.ช.
2.การดูแลในด้านต่างๆทั้งในด้านการวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยาบาลยังมีปัญหา	2. นำข้อมูลมาทบทวน และค้นหา Adverse Event
3.บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่เข้าใจระบบ	3. ฝึกทักษะ และจัดอบรมในส่วนขาด
4.อัตรากำลังไม่เพียงพอ ทั้งที่ในปัจจุบันใช้อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพจากงานผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉินมาหมุนเวียน	4.ทบทวนกระบวนการ และ ปรับระบบการจัดการภายในหน่วยงาน อยู่ในระหว่างดำเนินการปรับแผนอัตรากำลัง 5 ปี

ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลห้างฉัตร

นโยบายเกี่ยวกับการบริการผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง
2. มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ
3. เน้นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ
4. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง
5. จัดให้มีสถานที่ / อุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริการผู้สูงอายุ
(ทางเดินลาด, ราวจับ, ห้องน้ำ ฯลฯ)

วัตถุประสงค์

1. ผู้สูงอายุได้รับการบริการ และแก้ไขเกี่ยวกับโรคเฉพาะด้าน
2. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวม
3. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การบูรณาการ 4 กลยุทธ์หลัก

1. การพัฒนาอาคารสถานที่เพื่อ จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
2. การจัดบริการผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
3. การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน
4. การพัฒนากิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

นโยบายสาธารณะที่จำเป็นต่อการดำเนินงานบริการด้านผู้สูงอายุ

1. มีสถานที่ออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
2. มีทางเดิน ราวจับ และห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ
3. สถานที่พักผ่อน มุมสุขศึกษา (หนังสือ VCD) มุมสนทนาการ

สิ่งที่คาดหวัง

1. มีระบบ/การจัดการเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการสู่ชุมชน
2. มีการดำเนินงานได้มาตรฐานตามเกณฑ์ในคลินิกผู้สูงอายุ
3. ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100
4. ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีที่พึงประสงค์
5. ชมรมผู้สูงอายุได้มาตรฐาน
6. อปท. แกนนำชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิเคราะห์การบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการอำเภอห้วยฉัตร

ระบบปัจจุบัน	ระบบที่ต้องพัฒนา
1. นโยบาย - ไม่ชัดเจน - การบริหารจัดการเป็นแนวราบ	1. กำหนดเป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลและนโยบายสาธารณะ (โครงการสานรักแต่ผู้เฒ่า)
2. มีระบบการบริการ - มีระบบทางด่วน ให้ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป - เยี่ยมโดยทีมสหสาขาเฉพาะ Case COPD - จัดห้องน้ำให้กับผู้บริการ / ผู้สูงอายุ - Ward จัดเตียงให้เหมาะสมกับผู้ป่วย - มีห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ	2. กำหนดกลยุทธ์การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ - การพัฒนาสถานที่ / สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม สะดวก เพียงพอสามารถเข้าถึงบริการได้ทั่วถึง และปลอดภัย - ระบบการบริการ ดูแลให้ครอบคลุมหน่วยงานบริการ - ระบบบริการเชื่อมโยงสู่ชุมชน - กำหนดทีมงานที่รับผิดชอบดูแล การบริการแบบสหวิชาชีพ ระบบยา
3. ไม่มีทีมงานแต่มีบุคลากรเฉพาะด้าน (รังสีแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลเวชฯ พยาบาลอาชีวอนามัย พยาบาลผู้สูงอายุ) - ให้บริการ / ดูแลเฉพาะงานที่รับผิดชอบ - ขาดการวิเคราะห์ร่วมกัน	3. มีทีมงานที่ชัดเจน (แพทย์, ทันตฯ, เภสัช, พยาบาลวิชาชีพ, นักกายภาพบำบัด, จนท. สอ./สสอ.) หน่วยงานย่อย มีการวิเคราะห์งานอย่างสม่ำเสมอ
4. คลินิกไม่เป็นรูปธรรม - การบริการไม่สอดคล้องกับคลินิก - การบริการ การส่งต่อ คลินิกพิเศษ	4. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุ จัดระบบการดูแล และระบบส่งต่อแต่ละระดับ (อำเภอ / ตำบล/ชุมชน)
5. ในชุมชน - ชมรมผู้สูงอายุให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน โดยการเยี่ยมผู้ป่วยผู้สูงอายุ	5. ศูนย์รวม (ด้านสุขภาพ, สังคม, เศรษฐกิจ) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ / ส่งเสริมอาชีพ/สวัสดิการชุมชน, ศูนย์พิทักษ์สิทธิประโยชน์

ระบบปัจจุบัน	ระบบที่ต้องพัฒนา
PCU ห้างฉัตร - มีระบบการดูแลอายุ 70 ปี หรือมีปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ - ออกดูแลให้บริการที่บ้าน - จัดระบบส่งต่อ ให้ PCU - จัดตั้งศูนย์ ทีมผู้สูงอายุ คู่ผู้สูงอายุ โดยมีแกนนำกลุ่มต่าง ๆ เช่น อสม. ผู้สูงอายุ, พระ, อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระบบการเยี่ยมบ้าน - เฉพาะโรค เช่น COPD	การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน - จัดให้มีบริการแบบผสมผสาน หรือส่งต่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลอื่นตามความจำเป็นของสภาพผู้สูงอายุ - ประสานงานกับองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน วัด ในการจัดบริการที่สอดคล้องกันกับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ - โรงพยาบาลจัดให้มีบริการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือประสาน ส่งต่อการเยี่ยมให้กับเครือข่ายบริการ - การพัฒนากิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งสามารถช่วยเหลือสมาชิกของชมรมได้ - จัดกิจกรรมเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ออกกำลังกาย ภูมิปัญญา (สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ เดินจงกรม ฟังธรรม) - ทำกิจกรรมกลุ่ม เสริมรายได้ เพิ่มรายได้ - จัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมเพื่อนสมาชิกชมรมฯ ที่เจ็บป่วย ทูพพลภาพ ด้อยโอกาส การส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือเพื่อนและสังคม - เป็นอาสาสมัครในชุมชน - เป็นอาสาสมัครในสถานบริการ (จิตอาสา) - อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุด้านแพทย์แผนไทย, ส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพในช่องปาก - สร้างทีมงานที่ชำนาญเฉพาะด้าน เช่น งานกายภาพบำบัด เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคข้อ

โรงพยาบาลห้างฉัตร

นโยบายงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลห้างฉัตร

1. ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการตามสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง
2. มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ
3. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง
4. เน้นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง/โอกาส/ภัยคุกคามของระบบบริการสุขภาพ

จุดแข็ง

1. นโยบายชัดเจนจากผู้บริหาร
2. ทีมงานมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ
3. มีการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรและชมรมสูงอายุ
4. มีข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและสถานพยาบาล
5. มีบริการช่องทางด่วนผู้สูงอายุ
6. แพทย์ส่วนมากเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
7. บุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับมีประสบการณ์ในการดูแลแบบองค์รวม

และการประสานงานกับจุดแข็งชุมชน

จุดอ่อน

1. บริการช่องทางด่วนยังไม่ครบทุกจุด
2. ผู้สูงอายุไม่ได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม
3. ขาดการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันของสหวิชาชีพ
4. ขาดการประสานงานกับองค์กรท้องถิ่นในผู้ป่วยที่ด้อยโอกาส
5. ขาดการประสานงานร่วมกันระหว่างองค์กรสุขภาพด้วยตนเอง
6. ยังไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ
7. ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง
8. ขาดบุคลากรที่จะทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

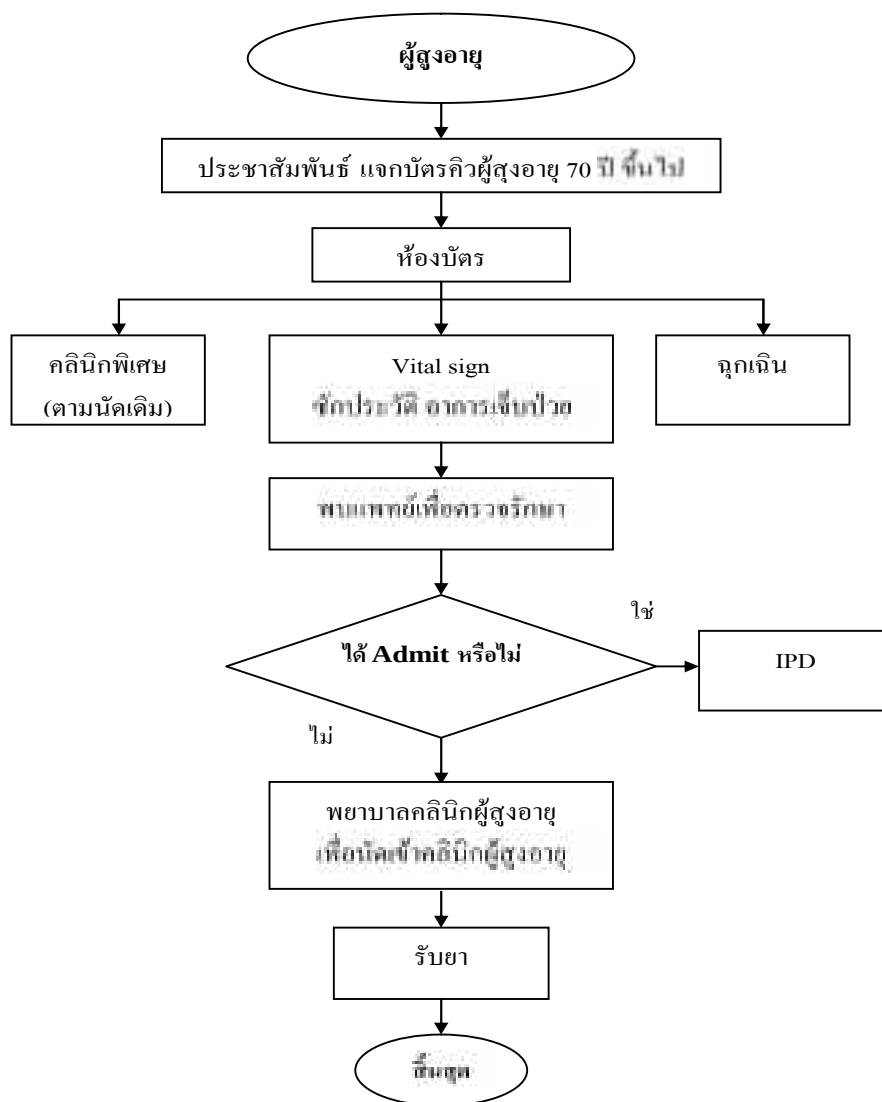
โอกาสด้านนอก

1. ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งและครอบคลุม
2. แกนนำเป็นผู้มีศักยภาพและเป็นที่ยอมรับ
3. มีภาคีเครือข่ายอื่นเข้าร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
4. มีหลายโครงการที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน
5. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล
6. มีกิจกรรมดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยอาสาสมัคร ชมรม
7. มีสถานบริการผู้สูงอายุในชุมชนที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง

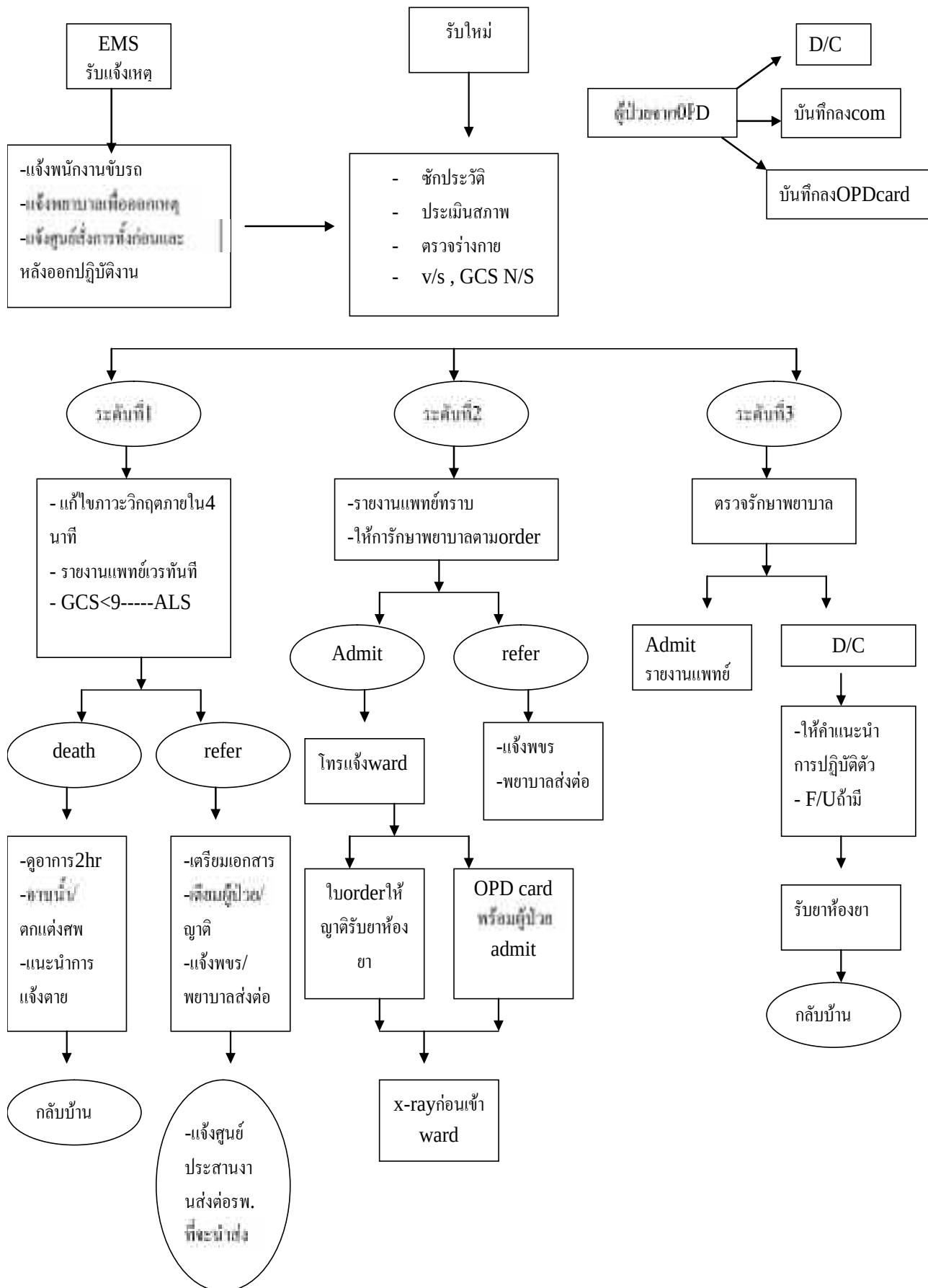
อุปสรรคภายนอก

1. สถานบริการในชุมชนยังมีไม่หลากหลายรูปแบบ
2. ขาดบุคลากรที่จะทำงานต่อเนื่องในชุมชน
3. ขาดงบประมาณในการดำเนินงานผู้สูงอายุ
4. ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสยังไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการได้

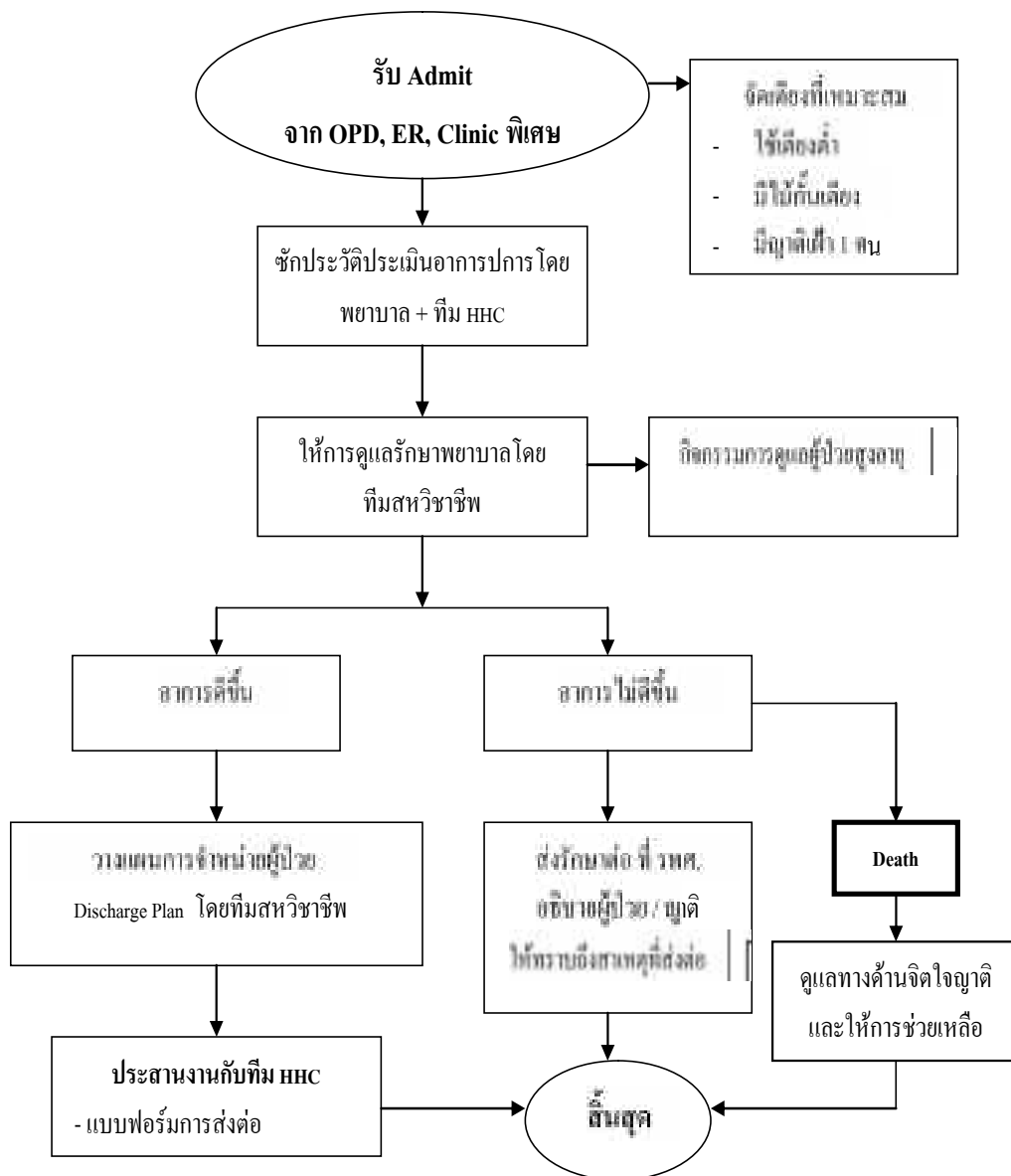
กระบวนการทำงานของระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุปัจจุบัน



ขั้นตอนการปฏิบัติงานของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน



ขั้นตอนการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ งานผู้ป่วยใน



จำนวนผู้สูงอายุ / การตรวจสุขภาพคัดกรอง

1. จำนวนชมรมผู้สูงอายุ	73 ชมรม	ร้อยละ 100
2. จำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	6,023 คน	ร้อยละ 83.20
3. จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพตาม ชุดสิทธิประโยชน์	5,917 คน	ร้อยละ 81.73
4. จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง	219 คน	ร้อยละ 0.49

สถิติกลุ่มผู้สูงอายุในสถานบริการ ปี 2552

1. ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 3.5
2. ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง คิดเป็นร้อยละ 22.4
3. ช่วยเหลือตัวเองและสังคมได้ คิดเป็นร้อยละ 74.1

สถิติผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอก (OPD)

ปีงบประมาณ 2552

- จำนวนผู้ป่วยนอก 103,472 ราย
- จำนวนผู้สูงอายุ 34,750 ราย
- คิดเป็น ร้อยละ 33.92

สถิติผู้รับบริการสูงอายุ งานผู้ป่วยนอก 5 อันดับ ปีงบประมาณ 2552

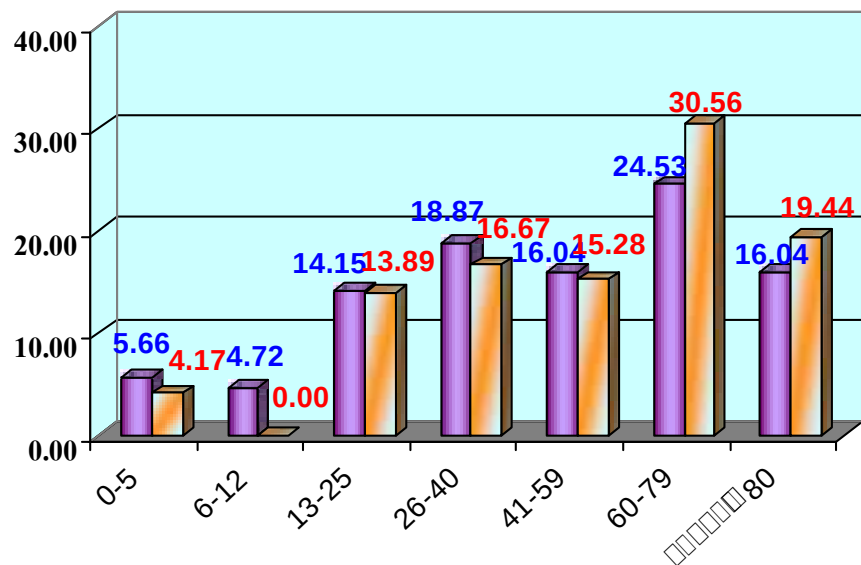
ลำดับ	โรค	ผู้รับบริการ (ราย)	ผู้สูงอายุ (ราย)	ร้อยละ
1	Hypertensive disease	10802	1312	8.23
2	Diabetes Mellitus	5379	1121	4.80
3	Heart disease	1362	241	5.65
4	Chronic renal failure	450	115	3.91
5	Malignant neoplasms	485	72	6.74

ข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD)

ข้อมูลทั่วไป

- ตักผู้ป่วยในโรงพยาบาลห้างฉัตรมีจำนวน 30 เตียง
- รับผู้ป่วยทุกประเภท(อายุรกรรม, ศัลยกรรม, เด็ก, นรีเวช)
- ปี 2552 มีผู้ป่วยนอน 3,197 คน 7,812 วัน คิดเป็นผู้สูงอายุ 30.40 %
- โรคที่พบAdmit.ได้แก่ COPD, DM, HT, CRF และ CA
- ค่าใช้จ่ายในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ปี 2552 จำนวน 980 คน จำนวน 2,834 วัน คิดเป็นเงิน 3,680,550 บาท
- ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ เดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2552 จำนวน ผู้สูงอายุ 30 ราย คิดเป็น 80.58 %

การเยี่ยมบ้านแยกตามกลุ่มอายุ ปี 2552



การเยี่ยมผู้สูงอายุ แยกกลุ่มโรค เดือน ตุลาคม – กุมภาพันธ์ 2553

กลุ่มโรค	จำนวน
อายุรกรรม	11
ศัลยกรรมกระดูก - หกล้ม	6
ศัลยกรรมกระดูก - MCA	4
ศัลยกรรมปัสสาวะ	4
อายุรกรรม - COPD	3
อายุรกรรม - Stroke	3
TB	3
ศัลยกรรม	2
ศัลยกรรมประสาท	2
CA Breast	2
CA Bladder	1

หน่วยบริการเสริม / ระบบเกื้อหนุน

1. ระบบบริการงานฟื้นฟู , กายภาพบำบัดของโรงพยาบาล ช่วยในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และการดูแลผู้ป่วยใน,
2. มูลนิธิ ไทย – ญี่ปุ่น สนับสนุนงบประมาณและการจัดทำโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. วัดทุ่งบ่อแป้น เป็นสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่พิการ
4. อปพร. รับ-ส่งผู้ป่วยฉุกเฉินจากบ้านมา รพ.
5. อปท. สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน

- แพทย์	5 คน	- ทันตแพทย์	2 คน
- เภสัชกร	4 คน	- พยาบาล	49 คน
- ผู้ช่วยพยาบาล	4 คน	- นักกายภาพบำบัด	1 คน
- นักวิชาการ	3 คน	- นักเทคนิคการแพทย์	2 คน
- นักรังสีวิทยา	1 คน		

จำนวนบุคลากรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ

1. ทีม HHC ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน, พยาบาล 2 คน, นักกายภาพบำบัด 1 คน
2. คลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย พยาบาล 1 คน
3. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย พยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 คน
4. งานผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน, พยาบาล 4 คน ในการตรวจรักษาผู้สูงอายุ และผู้ป่วยทั่วไป
5. งานผู้ป่วยใน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน, พยาบาล 5 คน, ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ในการบริการทั้งผู้สูงอายุและผู้ป่วยทั่วไป

ทัศนคติของบุคลากรในองค์กร

1. ต้องการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม
2. ต้องการให้ทุกหน่วยบริการมีส่วนร่วม
3. ต้องการให้มีญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล
4. ต้องการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุ
5. ส่วนใหญ่คิดว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพและใช้เวลาในการรักษานาน
6. ต้องการให้มีบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำ
7. ต้องการให้มีบริการรับส่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและด้อยโอกาส
8. ต้องการให้มีบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนหลายรูปแบบ เช่น Respite care, nursing home

ทัศนคติของผู้สูงอายุต่อการรับบริการสุขภาพ

1. ต้องการบริการที่รวดเร็ว ไม่รอนาน
2. ต้องการคำแนะนำและการรักษาที่ถูกต้อง
3. ต้องการการเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพมากกว่าการพูดคุยหรือให้คำแนะนำ
4. ไม่อยากให้นัดบ่อยหลายครั้ง หลายโรค เพราะหาคนส่งยาก และเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง
5. ต้องการให้แพทย์ พยาบาลพูดจาไพเราะ และใช้เวลาตรวจนานขึ้น
6. ระหว่างรอตรวจควรมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ หรือกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ
7. ต้องการมีคลินิกสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ
8. ต้องการบริการสุขภาพที่บ้านมากขึ้น
9. ต้องการบริการตรวจพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มะเร็ง ตา หู ฟัน
10. ต้องการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ เช่น ไม่แออัด เสียงไม่สูงเกินไป

ปัญหา/อุปสรรคของระบบบริการสุขภาพ

1. ปัญหาของผู้สูงอายุ

- เข้าถึงระบบบริการได้ยาก โดยเฉพาะไม่มีผู้ดูแล ด้อยโอกาส
- การสื่อสารลำบาก ทำให้การประเมินผิดพลาด
- ความเข้าใจในการรักษาผิดๆ เช่น ต้องการฉีดยาแรงๆ ให้หายเร็วๆ ไม่ตระหนักเรื่องการดูแลระยะยาว

ดูแลระยะยาว

2. ปัญหาด้านบุคลากร

- บุคลากรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุยังมีน้อย และยังไม่ให้ความสนใจด้านนี้น้อย
- ภาระงานมากทำให้การดูแลผู้สูงอายุมีเวลาไม่พอ ไม่ครอบคลุม
- องค์กรความรู้ยังมีไม่มากพอ

3. ปัญหาของระบบบริการ

3.1 ปัญหาทั่วไป

1. การจัดบริการยังไม่ครอบคลุมทุกจุดบริการตามมาตรฐาน
2. ความเชื่อมโยงของระบบและเครือข่ายยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน
3. ผู้ป่วยที่ซับซ้อนหลายด้านขาดการดูแลโดยสหวิชาชีพ และองค์กรในพื้นที่
4. ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ได้ถูกนำมาเสนอไปยังองค์กรต่าง ๆ เพื่อทำ

แผนพัฒนาร่วมกัน

5. ขาดงบประมาณในการดำเนินงานให้ได้ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ
6. ขาดศูนย์รวบรวมข้อมูลด้านผู้สูงอายุในอำเภอ

3.2 ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุในบริการผู้ป่วยนอก

1. ระบบบริการทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุยังไม่สมบูรณ์แบบ ยังไม่มีทุกจุดบริการ
2. ผู้สูงอายุไม่ได้พบพยาบาลคลินิกสูงอายุทุกราย
3. ห้องตรวจสำหรับผู้สูงอายุไม่เหมาะสม
4. การคัดกรองเพื่อเข้าคลินิกสูงอายุไม่ชัดเจน
5. การติดต่อประสานงานกับงานเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ยังไม่มี

ผู้ป่วยนอก

รูปแบบที่ชัดเจน

6. คลินิกสูงอายุเป็นแบบ OPD ทั่วไป เพียงแยกตรวจโดยพยาบาลที่ผ่านการ

อบรมสูงอายุ

3.3 ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุของงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

1. การบริการที่ห้องฉุกเฉิน ส่วนมากไม่ได้ประสานงานเยี่ยมบ้านเพื่อดูแล

ต่อเนื่องในชุมชน เน้นแต่การดูแลเฉียบพลัน

2. ขาดการประเมินปัญหาอื่น ๆ อย่างรอบด้านในส่วนของจิตใจและสังคม

3.4 ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุของงานผู้ป่วยใน

1. ผู้สูงอายุทุกรายที่ Admit ไม่ได้ได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมด้านสูงอายุโดยตรง ทั้งทางกาย จิต สังคม
2. ผู้สูงอายุที่ Admit ไม่ได้ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพ
3. การประสานงานกับทีม HHC ยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายที่ไม่ดีพอ ผู้ป่วยที่ส่ง HHC ส่วนมากเป็นคำสั่งจากแพทย์
4. ภาระงานมาก ทำให้กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันมากกว่า การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม
5. ขาดการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่าย เพราะขาดการประเมินอย่างครอบคลุมและขาดการวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุม

3.5 ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุของงาน HHC

1. ไม่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานโดยตรง มีแต่คณะกรรมการทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานเป็นประจำทุกวันได้
2. ไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลจากงานผู้ป่วยใน เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ต้องมาประเมินข้อมูลใหม่
3. การปฏิบัติงานส่วนมากเป็นเฉพาะเจ้าหน้าที่เอง ไม่มีทีมชุมชนออกมาร่วมด้วย
4. ขาดสถานที่ฟื้นฟูสภาพในชุมชนซึ่งจำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่หายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันแล้ว
5. การประสานงานหลังจากที่มีการเยี่ยมบ้านแล้ว ไม่มีความชัดเจนว่าจะประสานไปยังจุดใด หรือเข้าระบบใดของโรงพยาบาลเมื่อพบปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย
6. ขาดการติดตามผลการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม

3.6 ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุของระบบการส่งต่อ (Refer)

1. ขาดการดูแลร่วมกันระหว่าง สอ./ โรงพยาบาล
2. ยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. ผู้ป่วย Home Health Care จาการพ.ลำปางไม่ได้ส่งมาเตรียมความพร้อมที่โรงพยาบาลก่อน
4. ผู้สูงอายุที่ถูกส่งตัวจากอนามัยมาโรงพยาบาลลำปางและจากโรงพยาบาลไปโรงพยาบาลลำปาง

ระบบบริการสุขภาพในชุมชน

ระบบบริการสุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลลำปาง

ระบบบริการผู้สูงอายุของงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง กลุ่มงานเวชกรรมสังคมได้ดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุลำปาง เป็นแห่งแรกในภูมิภาค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 โดยมีพ่อเลี้ยงสุคำ ชุ่มอินทจักร เป็นประธานชมรมผู้สูงอายุคนแรก นายแพทย์สมหมาย ยาสมุทร หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม เป็นเลขานุการคณะทำงาน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน มีผู้สูงอายุจากอำเภอต่าง ๆ มาร่วมกิจกรรมประมาณ 200 คน/ครั้ง ปีพ.ศ. 2533 ได้ขยายเครือข่ายการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุไปในชุมชนอีก 2 แห่ง คือ ชมรมผู้สูงอายุ ศรีชุม-ป่าไผ่ และชมรมผู้สูงอายุบ้านดงม่อนกระทั่ง ปีพ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นปีผู้สูงอายุสากล ได้ขยายเครือข่ายการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุไปในชุมชนอีก 11 แห่ง (ต.หัวเวียง เวียงเหนือ พระบาท พิชัย) และขยายเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันครอบคลุม 43 ชุมชน

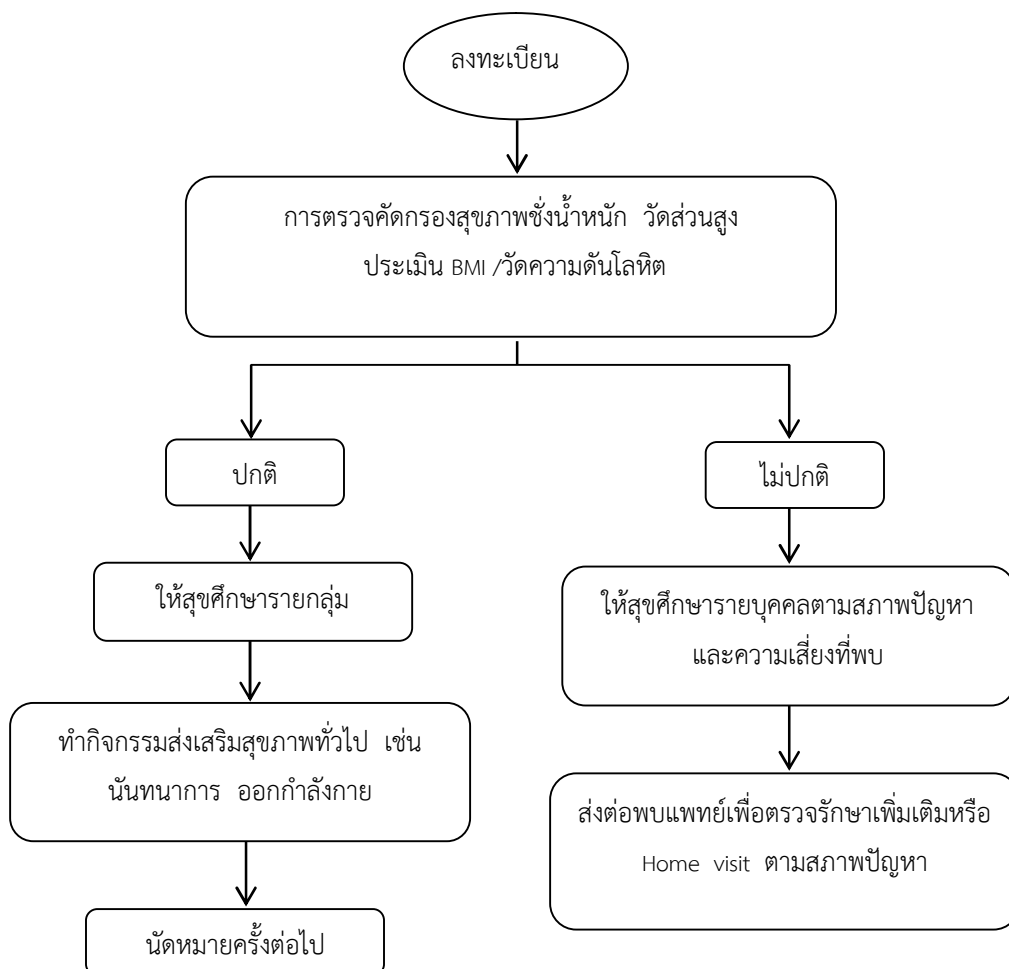
การดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยกิจกรรมการตรวจคัดกรองสุขภาพ ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) วัดความดันโลหิต ให้คำแนะนำปรึกษาด้านสุขภาพ ประเมินภาวะซึมเศร้า จัดกิจกรรมออกกำลังกายและนันทนาการ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น นั่งทำสมาธิ ไหว้พระ ทำบุญ ท่องเที่ยว ทัศนศึกษา ประดิษฐ์ดอกไม้ ทำอาหาร เป็นต้น จากการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุและการคัดกรองภาวะสุขภาพพบว่ามีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพ บางครั้งไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมจึงมีการร่วมวางแผนการดูแลกับแกนนำดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีการประสานกับชุมชน/องค์กรท้องถิ่นเชื่อมโยงข้อมูล ปัญหาที่ได้จาก อสม. แกนนำดูแลสุขภาพและเปิดโอกาสให้ครอบครัว/ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์ปัญหาหารือร่วมกันและดำเนินการ จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ จัดอบรมแกนนำออกกำลังกาย จัดอบรมแกนนำดูแลสุขภาพ สร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ

นโยบายแผนงานด้านผู้สูงอายุขององค์กร

นโยบายงานบริการผู้สูงอายุ

ให้บริการผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพได้มาตรฐานโดยมุ่งให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและประเมิน ปัญหาสุขภาพทุกด้านอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เน้นการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

ขั้นตอนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ



เป้าหมายการดำเนินงาน

1. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ
2. มีระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวที่เหมาะสมตามบริบท

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มผู้สูงอายุ (ตามข้อกำหนดกรมอนามัย)

- กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่นได้
- กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้
- กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพา

ตาราง SWOT (Matrix) งานสูงอายุในชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ปี 2553

ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก	จุดแข็ง – S 1. ผู้สูงอายุในชุมชนให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม 2. บุคลากรมีความรู้ ความสามารถเหมาะสมด้านผู้สูงอายุ 3. ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นชมรมเข้มแข็ง 4. มีจิตอาสาจากชมรมผู้สูงอายุช่วยกิจกรรมในโรงพยาบาลและในชุมชน 5. มีระบบเครือข่ายประสานงานและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	จุดอ่อน – W 1. บางชุมชนมีความขัดแย้งระหว่าง อสม. กรรมการชุมชน 2. ฐานข้อมูลยังไม่ครบถ้วนอยู่ในระหว่างการบันทึกและตรวจสอบ 3. เครือข่ายแกนนำดูแลด้านสุขภาพยังไม่เข้าใจบทบาทและยังขาดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
โอกาส – O 1. ผู้บริหารให้ความสำคัญกับระบบบริการผู้สูงอายุ 2. หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน	กลยุทธ์หลัก – SO พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	กลยุทธ์ – WO มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและจากชุมชนสู่โรงพยาบาล
อุปสรรค – T 1. สถานที่ในการจัดกิจกรรมบางแห่งไม่เหมาะสม 2. การสนับสนุนงบประมาณของ กสศ. ยังไม่ครอบคลุมทุกชมรมฯ	กลยุทธ์ขยายงาน – ST 1. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน 2. จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยประสานขอความร่วมมือในการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่น	กลยุทธ์ปรับปรุง – WT สร้างเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้เข้มแข็ง

แผนงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

1. สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครลำปางประกอบด้วยกิจกรรม คือ

- 1.1 ประชุมสมาชิกชมรม 1 ครั้ง/เดือน
- 1.2 ตรวจสุขภาพเบื้องต้น
- 1.3 ให้ความรู้ด้านสุขภาพ
- 1.4 ออกกำลังกาย นันทนาการ
- 1.5 ปฏิบัติธรรม (สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ ฟังธรรม)
- 1.6 ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้มีสมาชิกเพิ่มขึ้น

2. โครงการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุให้เป็นชมรมเข้มแข็ง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง ได้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้จัดทำโครงการเพื่อจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุเขตเมืองต่อเนื่องตลอดมา ในปัจจุบันมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุได้ครอบคลุม 43 ชุมชน

การพัฒนากิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งสามารถช่วยเหลือสมาชิกของชมรมได้

- จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ครั้งต่อเดือน/ชมรมเช่น ออกกำลังกาย

ตรวจคัดกรองภาวะ

- สุขภาพ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ปฏิบัติธรรม (สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ ฟังธรรม)
- จัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมเพื่อนสมาชิกชมรมฯ ที่เจ็บป่วย ทุพพลภาพ ด้อยโอกาส
- ทำกิจกรรมกลุ่ม เสริมรายได้ เพิ่มรายได้

- 1.1 โครงการจัดอบรมแกนนำดูแลสุขภาพ(เพื่อนเยี่ยมเพื่อน)
- 1.2 โครงการจัดอบรมแกนนำออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ
- 1.3 โครงการสัมมนาแกนนำชมรมผู้สูงอายุ ปีละ 2 ครั้ง

ผลที่ได้รับแกนนำผู้สูงอายุสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ต่อเนื่อง 1 ครั้ง/เดือนผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครบวงจร

2. โครงการคัดกรองภาวะสุขภาพกาย สุขภาพช่องปากและฟัน สุขภาพจิต ภาวะสมองเสื่อม

4. โครงการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

5. โครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

6. โครงการจิตอาสาเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและจิตอาสาเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการบริการของโรงพยาบาลลำปาง เป็นการส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือเพื่อนและสังคม

- เป็นอาสาสมัครในชุมชน
- เป็น จิตอาสาจากชุมชนสู่โรงพยาบาล
- เยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน

แนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างกลุ่มอาสาสมัครด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

1. การออกกำลังกาย
2. โภชนาการ
3. การผ่อนคลายความเครียด
4. การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น
5. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 การส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 การฟื้นฟูสุขภาพและคงศักยภาพของสุขภาพ

1. บริการสุขภาพที่บ้าน
2. การดูแลสุขภาพโดยมีชุมชนเป็นฐาน

ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร เขตเทศบาลนครลำปาง

1. ชุมชน 43 จำนวน
2. ประชากร จำนวน 55,762 คน
 - ชาย จำนวน 25,968 คน
 - หญิง จำนวน 29,794 คน
3. ผู้สูงอายุ จำนวน 8,712 คน
 - ชาย 3,529 คน
 - หญิง 5,183 คน
4. ชมรมผู้สูงอายุ 43 ชมรม/จำนวนสมาชิก 4,500 คน
5. อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 200 คน
6. โรงเรียน จำนวน 21 โรงเรียน
7. ศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 22 แห่ง
8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 445 คน
9. บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 46 คน

ข้อมูลประชากรกลางปี 2553

วันที่ 1 กรกฎาคม 2553

อายุ	ชาย	หญิง
0 - 5	1143	1080
6 - 10	1405	1352
11 - 15	2156	2120
16 - 20	2012	2143
21 - 25	1985	2262
26 - 30	2067	2054
31 - 35	1835	1963
36 - 40	1709	2140
41 - 45	1862	2445
46 - 50	2256	1885
51 - 55	2216	2876
56 - 60	1793	2291
61 - 65	1133	1554
66 - 70	882	1149
71 - 75	725	1046
76 - 80	467	772
81 ปีขึ้นไป	322	662
รวม	25,968	29,794

ประเภทผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ

สำรวจสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 4,790 คน โดย อาสาสมัครสาธารณสุข

ผู้สูงอายุแบ่งตามระดับการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ พบร้อยละ 85.67 %

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน พบร้อยละ 10.98 %

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย พบร้อยละ 3.1%

ตารางที่ ตารางจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

ลำดับ	ชุมชน	จำนวน ผู้สูงอายุ ที่สำรวจได้	กลุ่ม 1 (คน)	กลุ่ม 2 (คน)	กลุ่ม 3 (คน)	กลุ่ม 2, 3 (คน)
ตำบลสบตุ๋ย						
1	ตรอกโรงไฟฟ้าเก่า	127	116	9	2	11
2	ท่าครวน้อย	160	121	28	11	39
3	บ้านดงไชย	83	72	10	1	11
4	บ้านสิงห์ชัย	111	85	19	7	26
5	รถไฟนครลำปาง	40	28	9	3	12
6	ศรีบุญเรือง	233	208	21	4	25
7	หลัง รร. มัธยมวิทยา	26	21	4	1	5
8	เจริญสุข	41	40	1	0	1
9	นาแก้วเหนือ	222	192	25	5	30
ตำบลชมพู						
1	นาแก้วใต้	222	189	32	1	33
2	พระธาตุนาแก้ว	165	149	12	4	16
3	ศรีปงชัย	66	49	15	2	17
ตำบลบ่อแฮ้ว						
1	บ้านดงม่อนกระทิง	139	131	6	2	8
ตำบลสวนดอก						
1	เทศบาล 4	79	65	11	3	14
ตำบลพระบาท						
1	การเคหะ	62	60	0	2	2
2	บ้านต้าสามัคคี	98	91	7	0	7
3	ป่าขาม 2	127	116	3	8	11
4	พระบาท - หนองหมู	85	71	10	4	14
5	ศรีชุม-ป่าไผ่	91	71	20	0	20
6	สนามบิน	107	100	6	1	7
7	สุขสวัสดิ์	189	154	30	5	35

ลำดับ	ชุมชน	จำนวน ผู้สูงอายุ ที่สำรวจได้	กลุ่ม 1 (คน)	กลุ่ม 2 (คน)	กลุ่ม 3 (คน)	กลุ่ม 2, 3 (คน)
ตำบลหัวเวียง						
1	กาดกองต้าเหนือ	0	0	0	0	0
2	ป่าขาม 1	110	98	6	6	12
3	ศรีเกิด	241	217	16	8	24
4	หัวเวียง	145	113	28	4	32
5	ศรีชุมใหม่	101	95	3	3	6
6	กาดกองต้าใต้	26	14	1	1	0
ตำบลพิชัย						
1	บ้านหน้าค่าย	160	143	13	4	17
ตำบลเวียงเหนือ						
1	บ้านใหม่-ประตุม้า	59	56	1	2	3
2	ประตูดาล	32	25	6	1	7
3	กำแพงเมือง	135	121	10	4	14
4	ประตูต้นฝ้าย-ท่านางลอย	139	119	16	4	20
5	ศรีบุญโยง	105	83	17	5	22
6	แจ่งหัวริน-สันโค้ง	131	107	23	1	24
7	ช่างแต้ม	112	99	12	1	13
8	พระแก้ว-หัวข่วง	102	79	13	10	23
9	เจริญประเทศ	116	86	20	10	30
10	สามดวงสามัคคี	54	51	1	2	3
11	ศรีล้อมฯ-แสงเมืองมา	93	79	11	3	14
12	ท่ามะโอ-ประตูป่อง	229	213	11	5	16
13	ปงสนุก	132	115	12	5	17
14	จามเทวี 1	95	62	28	5	33
รวม		4790	4104	526	150	674

การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครลำปาง ปี2552

ศึกษาจากผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่ยังไม่เคยได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ ใน ปี 2551จำนวน 1,795 คนโดยการสอบถามตามแบบตรวจคัดกรองความเสี่ยงตามที่ สปสช.กำหนด 9 โรคคือ โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรค โรคเรื้อน โรคตับ โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปากมดลูก โรคเอดส์ อุบัติเหตุและเพิ่มโรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า กิจกรรมตรวจสุขภาพได้แก่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เทียบค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการคัดกรอง เป็นหญิงร้อยละ 54 อายุเฉลี่ย 69.21 ปี สิทธิการรักษาพยาบาล บัตรทอง ร้อยละ 59.83 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 39.10 ที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.87 รองลงมา คือ เบาหวาน ร้อยละ 11.25 มีโรคร่วม 2 โรค จำนวน 556 ราย (ร้อยละ 30.97) โรคร่วม 3 โรคจำนวน 140 ราย (ร้อยละ 7.79)โรคร่วม 4 โรค จำนวน 40 ราย (ร้อยละ2.22) จากการตรวจสุขภาพ พบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง 469 ราย(ร้อยละ 26.13)เป็นรายใหม่ 4 ราย (ร้อยละ 0.85) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง 320 ราย(ร้อยละ 17.83)ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน 5 ราย(ร้อยละ 1.56) น้ำหนักเกิน(ร้อยละ 49.59)รอบเอวเกิน 995 ราย (ร้อยละ55.43) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ออกกำลังกายเป็นประจำ1,064 ราย (ร้อยละ 59.27)ส่วนใหญ่โดยวิธีเดิน การสวมหมวกกันน็อค/คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งเมื่อขับขี่หรือโดยสาร 1,102 ราย(ร้อยละ61.39) ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน 159 ราย (ร้อยละ 13.87)ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี 130 ราย(ร้อยละ11.34)พฤติกรรมเสี่ยงชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน ร้อยละ 20.72 รสเค็ม ร้อยละ 13.76 อาหารไขมันสูง ร้อยละ 9.36 สูบบุหรี่มากกว่า 10 ซองหรือมวนต่อปี ร้อยละ 11.03 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 11.86

ผลการศึกษา

ช่วงอายุ	ชาย	หญิง	รวม
60-64 ปี	199	333	532
65-69 ปี	172	322	494
70-74 ปี	137	228	365
75-79 ปี	90	158	248
80 ปีขึ้นไป	51	105	156
รวม	649	1,146	1,795
อายุเฉลี่ย	69.21		

ลักษณะของผู้สูงอายุ

1. น้ำหนักเฉลี่ย 54.18 กก.

2. สูงเฉลี่ย 155.79 ซม.

3. BMI เฉลี่ย 23.31 กก. / ม.²

BMI>30	75 คน	ร้อยละ 4.17
BMI 25.0-29.9	454 คน	ร้อยละ 25.29
BMI 23.0-24.9	361 คน	ร้อยละ 20.11
BMI <23.0	905 คน	ร้อยละ 50.41
รอบเอวเกิน	995 ราย	ร้อยละ 55.43

ปัญหาสุขภาพที่พบ ดังนี้

โรค	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	626	34.87
เบาหวาน	202	11.25
ไขมันในเลือดสูง	198	11.03
หัวใจ	71	3.95
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	21	1.17
อัมพาต	10	0.55
โรคตับ	7	0.38
โรคเรื้อน	2	0.11
รวม	1,137	63.31

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ออกกำลังกายเป็นประจำ	1,064	59.27
สวมหมวกกันน็อค/คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งเมื่อขับขี่หรือโดยสาร	1,102	61.39
ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน	159	13.87
ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี	130	11.34

พฤติกรรมเสี่ยง

พฤติกรรม	ร้อยละ
ชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน	20.72
ชอบรับประทานอาหารที่มีรสมัน	9.36
ชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	13.76
อาหารไขมันสูง	9.36
สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน นาน 10 ปี	11.03
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	11.86
ขับขีหรือโดยสารรถไม่ปลอดภัย	11.86
มีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย	2.84

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การคัดกรองโรคช่วยให้ค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ปี 2553

จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด ปี 2553 จำนวน 4,385 คน มีโรคประจำตัว ดังนี้

โรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	1,537	35.05
เบาหวาน	630	14.37
ไขมันในเลือดสูง	606	13.82
หัวใจและหลอดเลือด	238	5.43
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	83	1.90
อัมพาต	47	1.07
ต้อ	30	0.68
โรคผิวหนัง	11	0.25
ปกติ	1,203	27.04
รวม	4,385	100.00

พบมีความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้

โรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เบาหวาน	3,603	82.17
ความดันโลหิตสูง	3,021	68.89
หลอดเลือดสมอง	1,500	34.21
อ้วน	2,286	52.13

การดำเนินงานในชุมชน เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจะมีการส่งต่อไปโรงพยาบาล
แนวทางการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากชุมชนสู่โรงพยาบาล

1. วัตถุประสงค์

1.1 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในชุมชนได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเพื่อนสูงอายุ/อสม./แกนนำชุมชน
ในรูปแบบจิตอาสา และสังคมไม่ทอดทิ้งกัน

1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถดูแลปัญหาผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
โดยมีผู้สูงอายุ/อสม./แกนนำชุมชนเป็นผู้เฝ้าระวังและแจ้งปัญหา

1.3 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้รับการดูแลรักษาโรคตามลำดับอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น
ทั้งจากสถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต.ใกล้บ้าน โรงพยาบาล และโดยชุมชนเองในระยะยาว

2. บุคคล / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.1 ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ มีบทบาท คือ

ส่งเสริมกิจกรรม “เพื่อนเยี่ยมเพื่อน” ในกลุ่มโดยเชิญชวนทั้งสมาชิกชมรมและผู้สูงอายุ/
ผู้มีจิตอาสาอื่นๆ ในชุมชน ร่วมเป็นแกนนำในการเยี่ยมผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเน้นครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่ม
คือ

- กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้และช่วยเหลือผู้อื่นได้ เป็นการเยี่ยมเยียนเพื่อชวนเข้าเป็น
สมาชิกชมรมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ร่วมกัน รวมทั้งการเป็นจิตอาสา “เพื่อนเยี่ยมเพื่อน”

- กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ช่วยเหลือผู้อื่นไม่ได้ เป็นการเยี่ยมให้กำลังใจ และเชิญชวน
เข้าร่วมชมรมเพื่อพบปะเพื่อนสูงอายุคลายเหงา รวมทั้งให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพตามปัญหา ทั้งแก่
ผู้สูงอายุเองและผู้ดูแลในครอบครัว

- กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยเกือบตลอดเวลา เป็นการเยี่ยมให้กำลังใจ
พร้อมทั้งสอบถามปัญหาโรค เพื่อจะประสานส่งเรื่องให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยเหลือด้านสุขภาพ
รวมทั้งการประสานส่งเรื่องให้ประธานชุมชนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และองค์กรท้องถิ่น ให้ความช่วยเหลือ
ด้านเศรษฐกิจ/สังคมเพิ่มเติม

2.2 อสม. ในพื้นที่ มีบทบาทและหน้าที่ คือ

การเยี่ยมผู้สูงอายุ และผู้มีปัญหาสุขภาพทุกด้านตามกรอบรับผิดชอบของอสม. รวมทั้งการสนับสนุนอำนวยความสะดวกในกิจกรรม “เพื่อนเยี่ยมเพื่อน” ของแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการเยี่ยมผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม เช่นเดียวกับ 2.1

2.3 แกนนำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน มีบทบาท คือ

2.3.1 ให้การสนับสนุนการเยี่ยมผู้สูงอายุ และช่วยเหลือด้านปัจจัยความเป็นอยู่ตามส่วนขาดที่จำเป็นในด้านที่อยู่อาศัย/อาหาร/คนดูแล รวมถึงปัญหาเศรษฐกิจและสังคมอื่น ๆ

2.3.2 สนับสนุนกลุ่มจิตอาสาผู้สูงอายุ “เพื่อนเยี่ยมเพื่อน” และอสม. ให้มีขวัญกำลังใจและอำนวยความสะดวกในการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน

2.4 องค์กรท้องถิ่น/เทศบาล/อบต. มีบทบาท คือ

2.4.1 สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมด้านต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุให้มีความต่อเนื่องและเข้มแข็ง รวมทั้งกิจกรรม “เพื่อนเยี่ยมเพื่อน” โดยการอำนวยความสะดวกด้านการเดินทาง เพื่อการเยี่ยมใช้ตามความเหมาะสม

2.4.2 ช่วยเหลือด้านปัจจัยความเป็นอยู่ ตามส่วนขาดที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่กลุ่มเยี่ยมพบปัญหา โดยอาจเป็นด้าน ที่อยู่อาศัย/อาหาร/คนดูแล รวมทั้งปัญหาสังคมอื่น ๆ

2.4.3 สนับสนุนการรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้ถึงตัวและใช้เพื่อการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุนั้นๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งการช่วยเหลือขึ้นทะเบียนผู้พิการ ผู้ยากไร้ และอื่น ๆ ตามสิทธิ

2.4.4 ช่วยเหลือด้านพาหนะเดินทาง กรณีต้องส่งตรวจรักษาที่ PCU หรือโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

2.5 เจ้าหน้าที่ PCU 27 แห่งเขต อ.เมือง มีหน้าที่

2.5.1 ประสานกับแกนนำชุมชน แกนนำผู้สูงอายุในกลุ่ม “เพื่อนเยี่ยมเพื่อน” และอสม. ในแต่ละหมู่บ้าน ให้มีการเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนเป็นระยะสม่ำเสมอ หากพบรายใดมีปัญหาด้านสุขภาพ ที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพิ่มเติม โดยอาจเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยและได้รับการรักษาอยู่แล้ว แต่มีอาการแทรกซ้อน/ขาดยา ฯลฯ หรืออาจเป็นผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับการรักษาใด ๆ ให้แจ้งเรื่องไปยังเจ้าหน้าที่ PCU โดยเร็ว

2.5.2 เมื่อได้รับแจ้งแล้ว ขอให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบประวัติการรักษาที่มีอยู่ใน PCU รวมทั้งอาจติดตามเพิ่มเติมในส่วนที่เคยรักษาในโรงพยาบาล แล้วติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยเร็วที่สุด เพื่อจะประเมินปัญหาของผู้สูงอายุนั้นให้ครอบคลุม และพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามสภาพ คือ

- ปัญหาโรคที่สามารถดูแลที่บ้านได้ ให้ตรวจร่างกายที่บ้านและแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลที่ถูกต้อง รวมทั้งพิจารณาการช่วยเหลือด้านยาและอุปกรณ์เสริมตามจำเป็นจาก PCU เอง

- ควรได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติมที่ PCU หรือ ปรีกษาแพทย์ที่ PCU ให้นัดหมายญาติพาผู้ป่วยไปตรวจเพิ่มเติมที่ PCU ตามวันเวลาที่เหมาะสม

- ควรได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์โรงพยาบาลลำปาง ให้แนะนำผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งออกไปส่งต่อ ให้ผู้ป่วยไปตรวจตามวันเวลาที่เหมาะสม โดยพยายามให้ตรงกับวันคลินิก / วันที่แพทย์ออกตรวจ กรณีผู้ป่วยมีปัญหาการเดินทาง ให้ประสานองค์กรท้องถิ่นให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติม

- กรณีมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ/สังคมร่วม ให้ประสานกับแกนนำชุมชนและองค์กรท้องถิ่น รวมถึงหน่วยงานในส่วนของการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติม

2.5.3 ภายหลังจากนั้น ให้ประสานกับแกนนำผู้สูงอายุเพื่อนเยี่ยมเพื่อน และ อสม. ให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ และช่วยเหลือกันเองในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีการแจ้งผลการช่วยเหลือ/การเปลี่ยนแปลง ของผู้สูงอายุนั้นๆ ให้เจ้าหน้าที่ PCU ทราบเป็นระยะ

2.6 พยาบาลวิชาชีพงานส่งเสริมสุขภาพชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีหน้าที่

ปฏิบัติเช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่ PCU ในข้อ 2.5.1 โดยให้มีการประสานกับงาน HHC กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อเสริมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มเติมตามจำเป็น

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนคือ

- 2.6.1 การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.6.2 โครงการจิตอาสาจากชุมชนสู่โรงพยาบาล
- 2.6.3 โครงการประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดีเด่นในเขตเทศบาลนครลำปาง
- 2.6.4 โครงการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง
- 2.6.5 โครงการฟื้นฟูความรู้แกนนำออกกกำลังกายและสันทนาการ
- 2.6.6 โครงการวันผู้สูงอายุแห่งชาติและวันครอบครัว

2.7 พยาบาลวิชาชีพงานพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีหน้าที่

2.7.1 ประสานการเยี่ยมบ้านเพิ่มเติมสำหรับผู้สูงอายุที่พบปัญหาในพื้นที่/โซน โดยเสริมในส่วนที่เจ้าหน้าที่ PCU ปรึกษา / ให้การสนับสนุน

2.7.2 ติดตามข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในส่วนที่เคยรักษาในโรงพยาบาลลำปาง รวมทั้งประสานเพิ่มเติมกับแพทย์ที่เกี่ยวข้อง/ที่รักษา เพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติม

2.8 งาน HHC กลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีหน้าที่

2.8.1 ประสานกับเจ้าหน้าที่ PCU และทีมงานส่งเสริมสุขภาพชุมชนของ กง.วสค. ในการให้ข้อมูล/ติดตามข้อมูลประวัติผู้ป่วยในส่วนของโรงพยาบาล เพื่อเจ้าหน้าที่ในพื้นที่จะสามารถเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและดูแลต่อเนื่องได้เอง

2.8.2 กรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการตรวจรักษาจากแพทย์ โรงพยาบาลขอให้ประสานกับแพทย์/พยาบาลภายหลังสิ้นสุดการรักษา ให้มีการส่งเข้าระบบของ HHC เพื่อจะส่งผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อบ้านตาม “แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจาก รพ.ลำปางสู่ชุมชน” โดยครบถ้วน

2.9 แพทย์และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก-ใน มีหน้าที่

2.9.1 ตรวจรักษาผู้ป่วยตามปัญหาโรค รวมทั้งให้มีการซักถามการดูแลสุขภาพ/ข้อจำกัด/อุปสรรค ในการมารักษาที่ รพ. เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบแผนการรักษา/นัดตรวจซ้ำที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

2.9.2 พิจารณาส่งผู้ป่วยรับ HHC ตามระบบ และ/หรือ ส่งปรึกษาคลินิกผู้สูงอายุตาม “แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุต่อเนื่องจาก รพ.ลำปาง สู่ชุมชน” เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างแท้จริง

3. ขั้นตอนการดำเนินงาน (ตามแผนภูมิ)

4. การประเมินผล

- 4.1 ความครอบคลุมของผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยคนในชุมชนเอง
- 4.2 การมีแกนนำผู้สูงอายุ “เพื่อนเยี่ยมเพื่อน” ครอบคลุมหมู่บ้าน/ชุมชนในเขต อำเภอเมือง
- 4.3 จำนวนผู้สูงอายุที่ชุมชนแจ้งปัญหา / ส่งปรึกษาผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
- 4.4 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ชุมชนส่งปรึกษา ได้รับการแก้ปัญหาด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

กระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน/ชุมชน

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง ได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพโดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการราชการของจังหวัดลำปาง ตัวชี้วัดที่ 6 ระดับความสำเร็จในการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมติดตามตรวจสอบผลการปฏิบัติการ และการดำเนินงาน ได้ มีการประชุมคืนข้อมูลคัดกรองภาวะสุขภาพ และจัดทำแผนปฏิบัติงานผู้สูงอายุ สรุปสาระสำคัญจากการประชุม มีดังนี้

งานผู้สูงอายุ ควรเพิ่มช่องทางของการประชาสัมพันธ์ ก่อนอายุครบ 60 ปี เพื่อให้ทราบถึงการดำเนินงานที่จะเข้าร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ และมีการเตรียมความพร้อมล่วงหน้า กลุ่มงานเวชกรรมสังคม จะนำข้อเสนอแนะนี้ ไปเพิ่มเติมกิจกรรมในโครงการ เพื่อจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทักษะ ร่วมเสนอปัญหา/ประเด็นที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดแนวทาง ร่วมการแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วมกระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน มี 5 ระดับ คือ

1. ระดับการให้ข้อมูล เป็นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว แต่เป็นระดับที่สำคัญ เพราะเป็นการเริ่มต้นที่ส่วนราชการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการอื่นๆ ต่อไป
2. ระดับการปรึกษาหารือ เป็นการรับฟังความคิดเห็น โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็น บอกข้อปัญหา และข้อเสนอแนะต่างๆ กับส่วนราชการ

3. ระดับการเข้ามาเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนงาน/โครงการ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ อาจดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการที่มีตัวแทนภาคประชาชนเข้าร่วม
4. ระดับการร่วมมือ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทหรือฐานะหุ้นส่วนหรือภาคีในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ
5. ระดับการเสริมอำนาจประชาชน เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นระดับของการมอบอำนาจการตัดสินใจให้ประชาชนเป็นผู้กำหนดเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมติดตามตรวจสอบผลการดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ดำเนินงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

1. จัดให้มีคณะที่ปรึกษาภาคประชาชน/คณะทำงานภาคประชาชน ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนของส่วนราชการในจังหวัดและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ
2. จัดให้มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. ร่วมกันจัดทำแผนงาน
4. ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/แผน
5. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน
6. สรุปผลการดำเนินงานในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมให้ประชาชนและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องรับทราบ

หน่วยบริการเสริม/ระบบเกื้อหนุนต่อการบริการสุขภาพผู้สูงอายุหน่วยบริการเสริม/ระบบเกื้อหนุนต่อการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุลำปาง

ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 43 ชมรม

มูลนิธิ ชมรมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง

กองทุนวารุณี ยิ่งเสรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

ภูมิปัญญาท้องถิ่น

วัด

ศูนย์เอนกประสงค์เพื่อผู้สูงอายุ บริการนวดแผนไทย วัดปงสนุกเหนือ

โรงพยาบาล แวนแซนวุ๊ด

โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี

โรงพยาบาลเขลางค์นครราม

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ภาคเหนือ

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบัน

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีบุคลากรจำนวนทั้งหมด 41 คน

แพทย์ 4 คน มีแพทย์ที่จบหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 คน

พยาบาลวิชาชีพ 28 คน (ปริญญาโท 4 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ 18 คน เฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 คน)

พยาบาลเทคนิค 1 คน

นักสถิติ 1 คน

ลูกจ้างประจำ 2 คน

ลูกจ้างชั่วคราว 5 คน

จำนวนบุคลากรที่ทำงานบริการด้านผู้สูงอายุ

แพทย์ 3 คน

พยาบาล 18 คน

พยาบาลเทคนิค 1 คน

นักสถิติ 1 คน

ลูกจ้างประจำ 1 คน

ลูกจ้างชั่วคราว 2 คน

จากการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุเมื่อครบ 1 ปี มีการประเมินความพึงพอใจการปฏิบัติงานในชมรมผู้สูงอายุ ผลการประเมินความพึงพอใจ อยู่ในระดับ ดีมาก ร้อยละ 91

แบบประเมินความพึงพอใจการปฏิบัติงานในชมรมผู้สูงอายุ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลักษณะการบริการ	ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อการบริการ				
	มากที่สุด 5	มาก 4	พอใช้ 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
1. การให้บริการด้านสุขภาพทั่วไปเช่นการซักประวัติชั่งน้ำหนัก					
2. การให้ความรู้เรื่องสุขภาพในชุมชน					
3. การนำเสนอข้อมูลต่างๆ น่าสนใจ และฟังเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้					
4. เรื่องที่ให้ความรู้เป็นเรื่องที่ชุมชนให้ความสนใจและต้องการทราบ					

ลักษณะการบริการ	ระดับความรู้สึกพึงพอใจต่อการบริการ				
	มากที่สุด 5	มาก 4	พอใช้ 3	น้อย 2	น้อยที่สุด 1
5. เจ้าหน้าที่สามารถให้คำปรึกษา แนะนำข้อมูลต่างๆ ได้					
6. การประสานงานในชุมชนเหมาะสม					
7. ช่วงเวลาที่ออกปฏิบัติงานในชุมชนเหมาะสม					
8. การให้บริการในชุมชน มีความเหมาะสม					
9. ทีมที่ออกปฏิบัติงานในชุมชน มีมนุษยสัมพันธ์ดีเป็นกันเอง เข้ากับชุมชนได้ดี					
10. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตัวน่าเชื่อถือ และเป็นแบบอย่างการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในชุมชน					

ปัญหา/อุปสรรคของระบบบริการสุขภาพการดำเนินงานในชุมชนจำเป็นต้องมีการประสานการดำเนินงานหลายฝ่าย และมีการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้า

แบบบันทึกผลงานโครงการ เพื่อนเยี่ยมเพื่อน

วันที่เยี่ยม..... ชื่อเพื่อนที่เยี่ยม..... อายุ.....ปี

ที่อยู่..... ชุมชน.....

เยี่ยมครั้งที่.....

ทราบข้อมูลการเจ็บป่วยจาก ☐ ชุมชน ☐

โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

รับการรักษาที่..... ☐ รักษาสม่ำเสมอ ☐ ไม่สม่ำเสมอ/ขาดการรักษา

หัวข้อการประเมิน	ดี/ไม่มีปัญหา	มีปัญหา (ระบุ)	แนวทางการแก้ไข
ภาวะสุขภาพ			
ภาวะเศรษฐกิจ/สังคม			
ครอบครัว/คนดูแล			
สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย			
ภาวะเครียด/ภาวะซึมเศร้า			
อื่นๆระบุ			

แกนนำคิดว่าจะมีการเยี่ยมซ้ำหรือไม่ ☐ ไม่จำเป็น ☐ ไม่แน่ใจ ☐ จำเป็นเยี่ยมต่อเนื่อง

สรุปปัญหา / ข้อเสนอแนะ.....

.....

ลงชื่อผู้เยี่ยม 1.
2.
3.

ข้อเสนอแนะ

.....

ทะเบียนสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ครั้งที่.....

วันที่สำรวจ.....

ชุมชน.....

[illegible]

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ/ทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและดูแลสุขภาพต่อเนื่อง (ติดเตียง)

โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาว

แบบสำรวจข้อมูลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

ชื่อ-นามสกุล.....ประจำเดือน.....

รหัสประจำตัว.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1. จำนวนผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ.....คน
2. จำนวนผู้สูงอายุ สุขภาพดีเยี่ยม 1.....คน
3. จำนวนผู้สูงอายุ สุขภาพดีเยี่ยม 2.....คน
4. จำนวนผู้สูงอายุ สุขภาพดีเยี่ยม 3.....คน
5. ผลการปฏิบัติงาน

ลำดับ	กิจกรรม		จำนวน	หมายเหตุ
1	จำนวนผู้สูงอายุ	เพศชาย (คน)		
		เพศหญิง (คน)		
2	การให้บริการ	ได้รับ (คน)		
		ไม่ได้รับ (คน)		
3	สิทธิการรักษายาบาล	บัตรทอง (คน)		
		สวัสดิการข้าราชการ (คน)		
		จ่ายเอง (คน)		
4	ความดันโลหิตสูง	ไม่ปกติ (คน)		
		ดีขึ้น (กษา) (คน)		
		ดีขึ้น (ไม่รักษา) (คน)		
5	เบาหวาน	ไม่ปกติ (คน)		
		ดีขึ้น (กษา) (คน)		
		ดีขึ้น (ไม่รักษา) (คน)		
6	ตา	มองเห็นชัด (คน)		
		มองเห็นไม่ชัด (คน)		
		มองเห็นไม่ชัด ไม่รักษา (คน)		
7	รอบเอว	ปกติ (คน)		
		เกิน (คน)		
8	สุขภาพในช่องปาก	ไม่ผิดปกติ (คน)		
		ผิดปกติเล็กน้อย (คน)		
		ผิดปกติเล็กน้อยมาก (คน)		

ชื่อ-นามสกุล

การจัดบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง การวิเคราะห์องค์กรและสภาพปัญหาในองค์กร

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานราชการ ภูมิภาคในระดับตำบล โดยมีโรงพยาบาลห้างฉัตร เป็นหน่วยงานบังคับบัญชา สนับสนุน และมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ รับผิดชอบ 9 หมู่บ้าน ประชากร 12,746 คน จำนวน 2,851 หลังคาเรือน และมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนตำบลห้างฉัตรจำนวน 7 คน ประกอบด้วย

1. หัวหน้าศูนย์บริการสุขภาพชุมชนตำบลห้างฉัตร จำนวน 1 คน
2. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน
3. ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 1 คน

วิสัยทัศน์ (VISION)

เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ ให้บริการแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ ทำงานอย่างมีความสุขบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม

พันธกิจ (MISSION)

ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน รวมทั้งเสริมสร้างการมีส่วนร่วม สนับสนุนชุมชนร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

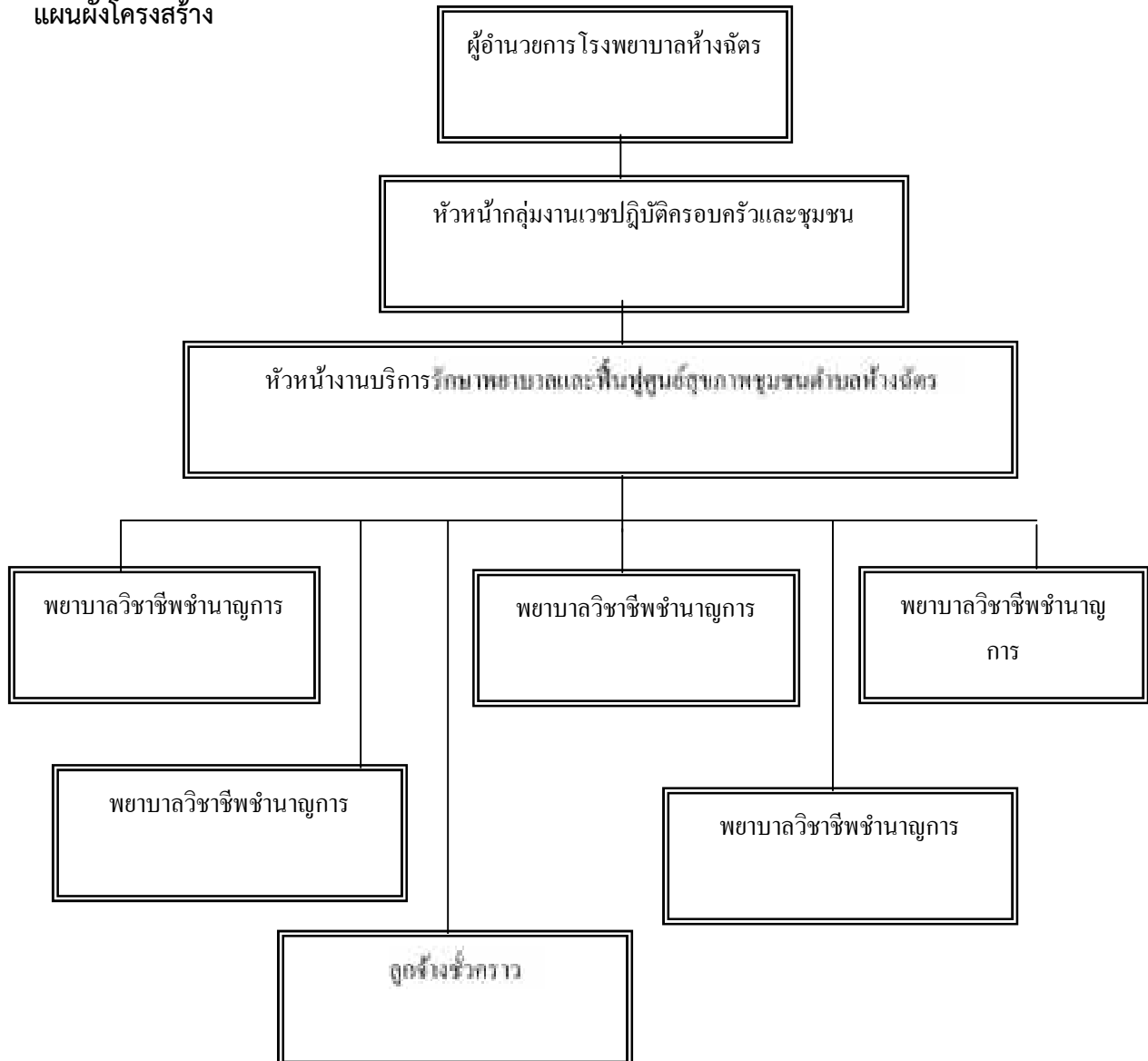
วัฒนธรรมองค์กร (Share Value)

ประสานงาน ประสานใจ ร่วมแก้ไขพัฒนา

บทบาทภาระหน้าที่

จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลผู้ป่วย ในรูปแบบการสาธารณสุขผสมผสาน สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนา บริหารงานวิชาการ งานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์

แผนผังโครงสร้าง



การมอบหมายงาน

หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลห้วยฉัตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
1. งานบริหารงานทั่วไป 2. งานนิเทศงานและติดตามผล 3. งานสาธารณสุขมูลฐาน 4. งานยาเสพติด 5. งานมาตรฐาน PCU/HA/HPH 6. งานสุศึกษาประชาสัมพันธ์ 7. งานบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ 8. งานพรบ.สุขภาพ	1. งานรักษาพยาบาล 2. งานคลินิกเบาหวาน 3. งานเยี่ยมบ้าน 4. งานบริหารวัสดุการแพทย์ 5. งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย 6. รับผิดชอบหมู่ที่ 2 7. งานพัสดุ	1. งานรักษาพยาบาล 2. งานผู้พิการ 3. งานหลักประกันสุขภาพ 4. งานโรคเรื้อรังอื่นๆ 5. งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย 6. รับผิดชอบหมู่ที่ 4,6
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
1. งานรักษาพยาบาล 2. งานคลินิกความดันโลหิตสูง. 3. งานบริการแพทย์แผนไทย 4. งานควบคุมโรคติดต่อ 5. งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย 6. รับผิดชอบหมู่ที่ 8 7. งาน 5 ส.	1.งานรักษาพยาบาล 2.งานบริหารเวชภัณฑ์ 3.งานสุขภาพจิต 4.รับผิดชอบหมู่ที่ 1 5.งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย	1.งานรักษาพยาบาล 2.งานบันทึกข้อมูลHCIS 3.งานระบบส่งต่อ 4.งานอุบัติเหตุ 5.รับผิดชอบหมู่ที่ 7 6.งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย
ดูจ้างชั่วคราว		
1.งานสารบรรณ 2.งานหน่วยจ่ายกลาง 3. งานเวชระเบียน 4. งานแม่บ้านทั่วไป 5.งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย		

1. ข้อมูลทั่วไป

1. ภาพรวมชุมชน

สภาพพื้นที่โดยทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม มีเทือกเขาสูงต่ำสลับซับซ้อนกัน เป็นแนวยาวทางทิศตะวันออก และทิศตะวันตก ส่วนที่ราบระหว่างเทือกเขาเหมาะแก่การเพาะปลูกการทำนา ทำสวนผลไม้และทำไร่ พื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้วยฉัตร ตั้งอยู่ค่อนข้างไปทางทิศตะวันออกของอำเภอห้วยฉัตร ห่างจากที่ว่าการอำเภอห้วยฉัตรอำเภอประมาณ 4 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากที่ตั้งของจังหวัดลำปางไปตามทางหลวงจังหวัดหมายเลข 1039(ถนนสายลำปาง – ห้วยฉัตร) เป็นระยะทางประมาณ 17 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

2. อาณาเขตที่ตั้ง ศูนย์สุขภาพชุมชน

ทิศเหนือ ติดต่อ ตำบลเวียงตาลและตำบลวอแก้ว อำเภอห้วยฉัตร

ทิศใต้ ติดต่อ ตำบลปงยางคก

ทิศตะวันออก ติดต่อ ตำบลหนองหล่ม

ทิศตะวันตก ติดต่อ ตำบลเวียงตาล

3. ลักษณะภูมิประเทศ/ภูมิอากาศ

ตำบลห้วยฉัตร มีลักษณะภูมิอากาศแบบมรสุมเมืองร้อน มีอุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปีประมาณ 24 - 27 องศาเซลเซียส ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยทั้งปีประมาณ 300 มิลลิเมตร

ระยะทางการไปรับบริการสถานพยาบาลเครือข่ายที่ส่งรักษาต่อ

1. การเดินทางโดยรถโดยสารถึง รพ.ห้วยฉัตร ประมาณ 2 กม.โดยทางหลวงหมายเลข 1

2. การเดินทางโดยรถโดยสารถึง รพศ.ลำปาง ประมาณ 17 กม. โดยทางหลวงหมายเลข 1

4. ลักษณะประชากร

พื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้วยฉัตร มีครัวเรือนทั้งสิ้น 2,851

ครัวเรือน ประชากรรวม 12,746 คน แยกเป็นชาย 6,284 คน หญิง 6,462 คน

5. ลักษณะการประกอบอาชีพ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก เช่น การทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ทำไร่สวนผสม ส่วนเวลาว่างอดูการเก็บเกี่ยวจะประกอบอาชีพรับจ้าง นอกจากนี้ยังมีอาชีพเสริมจากการประกอบการพาณิชย์ เช่นการอุตสาหกรรมในครัวเรือน โรงสีข้าว ร้านขายของชำ ร้านอาหาร กลุ่มอาชีพต่างๆ

6. การศึกษา มีสถาบันการศึกษาในพื้นที่ดังนี้

6.1 สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ

ระดับประถมศึกษา ป. 1 - 6

จำนวน 3 แห่ง

ระดับมัธยมศึกษา ม.1-ม.3

จำนวน 1 แห่ง

7. ศาสนา

ประชาชนส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ มีศาสนสถาน ดังนี้

- วัดพุทธ จำนวน 8 แห่ง

2. วิเคราะห์จุดอ่อน/จุดแข็ง/โอกาส/ภัยคุกคามของระบบบริการสุขภาพขององค์กร เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์หน่วยงาน

1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน (Internal Environments Analysis)

เพื่อประเมินจุดแข็ง (Strength) และ จุดอ่อน (Weakness) ของหน่วยงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ตัวแบบ 7 ปัจจัย (McKinsey's 7S Model) ของ R. Waterman ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้ คือ ระบบ (System) โครงสร้าง (Structure) กลยุทธ์ (Strategy) บุคลากร (Staff) ทักษะ (Skill) สไตล์ (Style) และค่านิยมร่วม (Shared values) โดยทั้ง 7 ปัจจัยมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

ปัจจัยภายในหน่วยงาน (Internal Environments)

การวิเคราะห์	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
1.กลยุทธ์ของ หน่วยงาน (Strategy)	1. มีวิสัยทัศน์ พันธกิจที่สอดคล้องกับ อำเภอและจังหวัด 2. มีแผนปฏิบัติงานประจำปี/ประจำปี 3.มีแผนงานโครงการแบบมุ่งเน้น ผลสัมฤทธิ์	1.ไม่ได้ปฏิบัติงานตามแผนที่ กำหนดไว้ 2.มีการกำกับ ติดตามและ นิเทศงานแต่ยังปฏิบัติไม่ ต่อเนื่อง
2.โครงสร้าง (Structure)	1.มีโครงสร้างการบริหารบุคลากรที่ชัดเจน	
3.ระบบ (System)	1.ศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน PCU 2.มีระบบการประสานงานเครือข่าย 3.มีระบบบริหารการเงินที่คล่องตัว	1.การจัดระบบและการส่ง รายงานประจำปีล่าช้าเป็น บางครั้ง 2.มีงานนโยบายเร่งด่วนจาก หลายหน่วยงาน ส่งผลต่อการ ปฏิบัติงานประจำปีเชิงรุกไม่ เป็นไปตามแผน
4.รูปแบบ (Style)	1.เป็นการให้บริการแบบครบวงจร (ใกล้บ้านใกล้ใจ) 2.บุคลากรในองค์กรมีส่วนร่วมในการ บริหารและตัดสินใจในการทำงานร่วมกัน	

การวิเคราะห์	จุดแข็ง (Strength)	จุดอ่อน (Weakness)
5.การจัดบุคคลเข้าทำงาน (Staff)	1.เจ้าหน้าที่เป็นคนในพื้นที่ 2.เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมกับตำแหน่ง	
6.ทักษะ (Skill)	1.เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการแบบองค์รวม 2.เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามแผนพัฒนา	1.เจ้าหน้าที่มีทักษะไม่เพียงพอในด้าน กฎหมาย การดูแลผู้สูงอายุ
7.ค่านิยมร่วม (Shared Values)	1.มีค่านิยมร่วม ประสานงาน ประสานใจ ร่วมแก้ไขพัฒนา	

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอก (External Environment Analysis)

การวิเคราะห์	โอกาส (Opportunities)	อุปสรรค (Threats)
1.ปัจจัยด้าน การเมือง/ กฎหมาย/กฎ/ กฎระเบียบ (Political and Legal Factors)	1.รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย/ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ นโยบาย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ / พรบผู้สูงอายุ พ.ศ.2546./แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ/ แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่10/ นโยบายรัฐบาลและแผนบริหารราชการ แผ่นดินกฎระเบียบข้าราชการพลเรือน ปี 2551 เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน 2. มีกฎหมายที่คุ้มครองดูแลสุขภาพเช่น กฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่,สุรา,สิ่งแวดล้อม 3.มีโครงการนำร่องของUNFPA เตรียมความ พร้อมผู้สูงอายุ	1.การบังคับใช้กฎหมาย สาธารณสุขยังไม่จริงจังและยัง ไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร 2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่กร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับสาธารณสุขทำให้ไม่ สามารถใช้กฎหมายสาธารณสุข
2.ปัจจัยด้าน เศรษฐกิจ (Economic Factors)	1.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การ สนับสนุนงบประมาณ 2.ได้การจัดสรรงบประมาณรายหัวเพิ่มขึ้น 3.การฝึกอบรมและสร้างอาชีพจากกศน.	1.การจัดสรรงบประมาณล่าช้า ในบางครั้ง 2.พฤติกรรมการออมของคน ไทยยังไม่เอื้อต่อการเข้าสังคม

การวิเคราะห์	โอกาส (Opportunities)	อุปสรรค (Threats)
	4.ส่งเสริมระบบการอมชราภาพ	ผู้สูงอายุ 3.การส่งเสริมยังขาดนโยบายที่ชัดเจนและไม่สอดคล้องความต้องการของผู้สูงอายุ

นโยบายแผนงานด้านผู้สูงอายุขององค์กร

งานบริการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ

1. ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุทั้งปกติและเจ็บป่วยได้รับการดูแลระยะยาว
2. ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
3. มีการจัดตั้งภาคีเครือข่ายที่มีการบริหารจัดการเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
4. ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่รับบริการการดูแลระยะยาวมีความพึงพอใจ
5. พื้นที่เป้าหมายมีการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวทั้งในสถาบันและชุมชน
6. ในชุมชนเป้าหมายมีระบบ /รูปแบบการดูแลระยะยาวที่สอดคล้องกับพื้นที่
7. ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนได้รับการ

เตรียมพร้อมก่อนกลับสู่ชุมชน

8. ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านและในชุมชน
9. ร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว

สำหรับผู้สูงอายุ

โครงการ / กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย / จำนวน
การเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุถ้วนหน้า	ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ
1. การประเมิน/วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ	ผู้สูงอายุวัดต้นซ้อ
2. มีการขับเคลื่อนนโยบาย/ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ	9 ชมรม
3. การสร้างกระแส/ความตระหนักด้านสุขภาพ	
4. การฝึกอบรมผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ารับการฝึกอบรม	
4.1.โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน	
4.1.1 คัดเลือกแกนนำอาสาสมัครผู้สูงอายุ	ตัวแทนผู้สูงอายุ ,อสม. จำนวน 30 คน

โครงการ / กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย / จำนวน
4.1.2 จัดอบรมแกนนำอาสาสมัครที่คัดเลือก	จำนวน 3 วัน
4.1.3 อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม ดำเนินการออกดูแลผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่บ้าน	ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
4.1.4 ติดตามประเมินผล	เยี่ยม 2 ครั้ง / สัปดาห์
4.2 โครงการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ อบรมแกนนำออกกำลังกายผู้สูงอายุ	ตัวแทนผู้สูงอายุ , อสม. จำนวน 45 คน/จำนวน 2 วัน
5. พัฒนารูปแบบ/ระบบการดูแลระยะยาว	
5.1 ปรับโครงสร้างศูนย์ฟื้นฟู(ทางลาด,ห้องน้ำ)	ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุวัดตันซ้อ
5.2ศึกษาดูงานในประเทศ/นอกประเทศ	
5.3ประชุมประเมินผลการดำเนินงาน	
5.4 สรุปบทเรียนและจัดทำรูปแบบ มีกิจกรรมต่อเนื่องทั้งสัปดาห์และในศูนย์ดังนี้	เดือนละ 1 ครั้ง
-ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูงBMI / วัดรอบเอว	9 ชมรม
-คัดกรองความเสี่ยงโรค DM / HT	
-จัดบอร์ดสุขภาพ	
-ให้ความรู้เรื่องแพทย์แผนไทย / การส่งเสริมสุขภาพ	
-ให้ความรู้และตรวจสุขภาพฟัน	
-ออกกำลังกายที่เหมาะสม	
-การเสวนาแลกเปลี่ยนธรรมะ สุขภาพจิต	
มีกิจกรรมพิเศษ ดังนี้	
-วันพ่อแห่งชาติ	ผู้สูงอายุ
-รดน้ำ ดำหัว (วันสงกรานต์)	ผู้สูงอายุ
-วันแม่แห่งชาติ	ผู้สูงอายุ
2.นิเทศ ติดตาม สนับสนุน ชมรม	
ระดับหมู่บ้าน	ชมรมผู้สูงอายุ
ระดับตำบล	ชมรมผู้สูงอายุ
ระดับอำเภอ	ชมรมผู้สูงอายุ

กระบวนการทำงานของระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้วยฉัตร

1. ระบบบริการคนไข้นอก (OPD)

วัตถุประสงค์

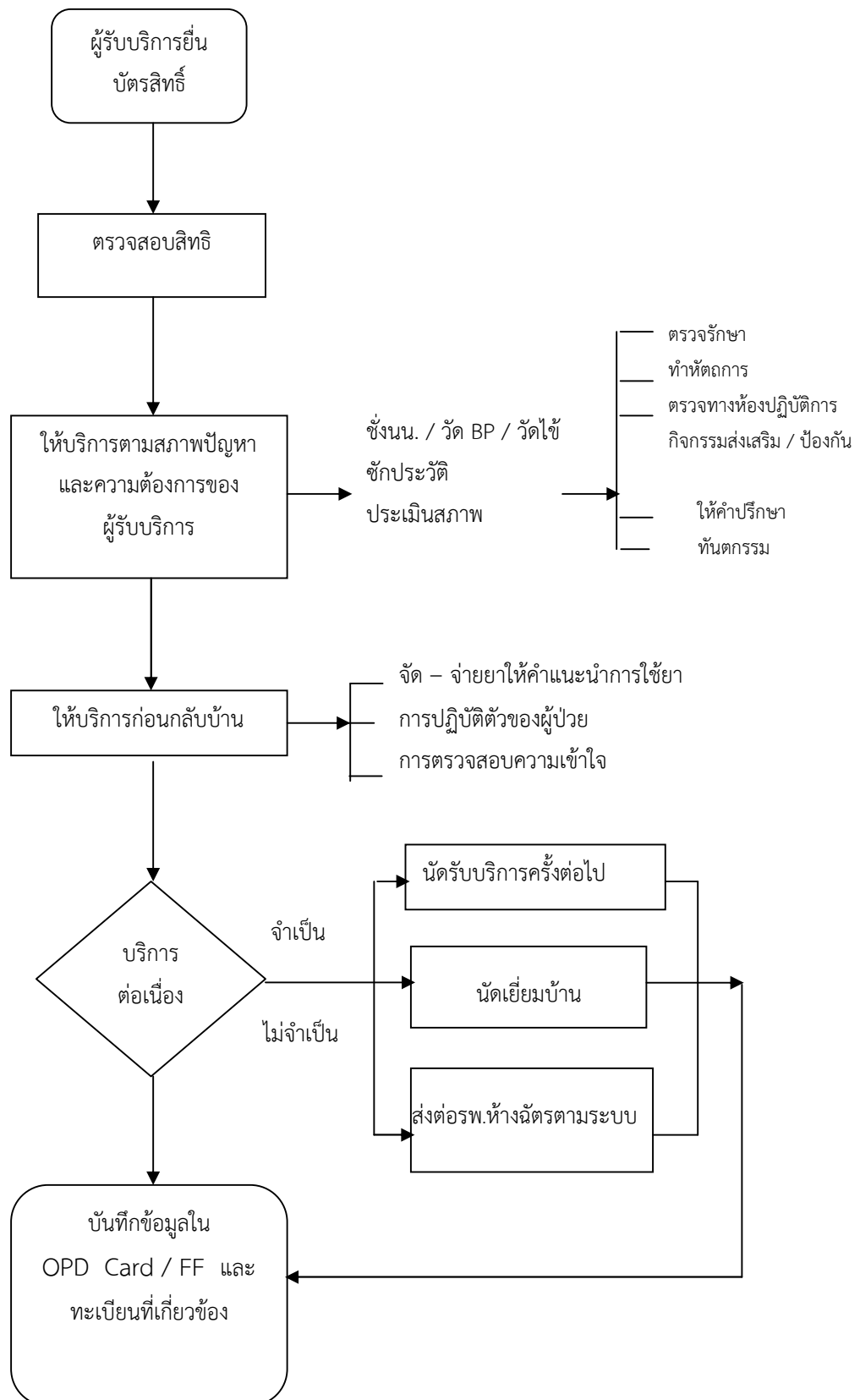
1. เพื่อให้บริการแก่ผู้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ อย่างครอบคลุม แบบองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง

ขอบเขต การให้บริการในสถานบริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. รับบัตรประจำตัวผู้ป่วยของผู้รับบริการ เพื่อค้นประวัติ OPD CARD / FAMILY FOLDER ในรายที่ไม่ยังมีประวัติการรักษาให้จัดทำ OPD CARD / FAMILY FOLDER ใหม่ กรณีผู้รับบริการมีสมุดสุขภาพประจำตัวให้นำมารวมไว้กับ OPD CARD / FAMILY FOLDER ด้วย
2. ให้บริการแก่ผู้รับบริการตามลำดับก่อนหลัง
 - 2.1 ตรวจสอบสิทธิการรักษา
 - 2.2 ตรวจคัดกรองเบื้องต้น
 - ชั่งน้ำหนัก / วัด BP / วัดไข้
 - ชักประวัติ ประเมินสภาพ / ความต้องการของผู้รับบริการ บันทึกรายละเอียดใน OPD CARD หรือ FAMILY FOLDER
 - 2.3 ให้บริการผู้รับบริการตามสภาพปัญหา / ความต้องการ
 - ตรวจรักษา
 - ทำหัตถการ
 - ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - กิจกรรมส่งเสริม / ป้องกัน
 - ให้คำปรึกษา
 - บริการด้านทันตกรรม
 - 2.4 ให้บริการก่อนกลับบ้าน
 - ทบทวนและตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการ
 - จัด - จ่ายยา และให้คำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตัว
 - 2.5 กรณีจำเป็นต้องให้บริการต่อเนื่อง ให้บริการตามกรณี
 - นัดหมายรับบริการครั้งต่อไป
 - นัดหมายเยี่ยมบ้าน
 - ส่งต่อโรงพยาบาลห้วยฉัตรตามระบบ
3. บันทึกข้อมูลการให้บริการลงใน OPD CARD/ FAMILY FOLDER ทะเบียนที่เกี่ยวข้อง และบันทึกในโปรแกรม JHCIS

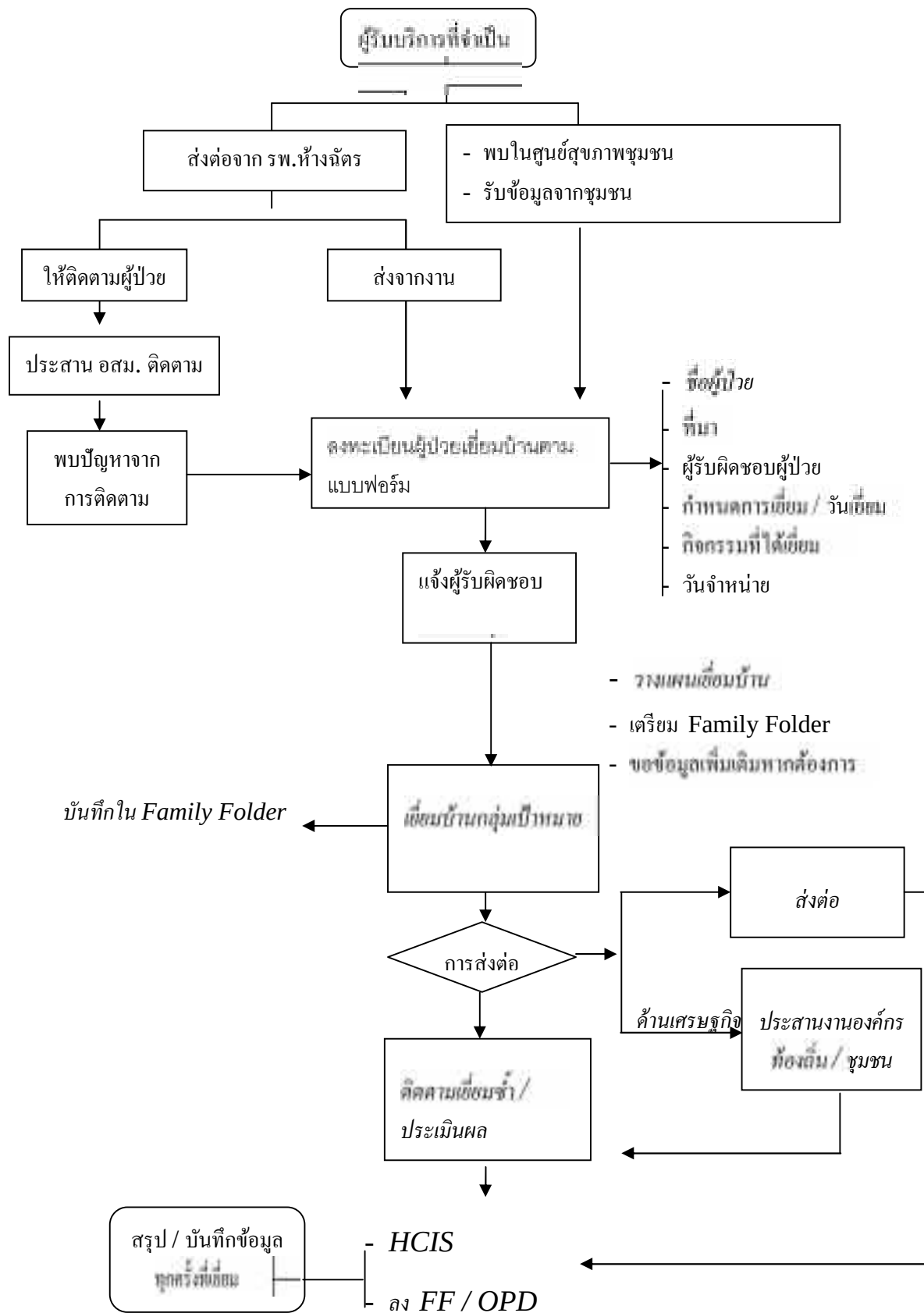
ผังการไหลเวียนของงาน



บันทึกคุณภาพ

- OPD CARD / FF
- รบ 1ก01
- โปรแกรม JHCIS
- ทะเบียนนัด
- แผนการเยี่ยมบ้าน
- ใบส่งต่อผู้ป่วย

Home Health care/ ระบบบริการเยี่ยมบ้าน ผังการไหลเวียนของงาน



กรณีเป็นผู้ป่วย Refer จาก
HHC รพ.ห้างฉัตร ให้กรอก
ข้อมูลผู้ป่วยหลังเยี่ยมบ้าน
ส่งคืน . ตามแบบฟอร์ม

บันทึกคุณภาพ

1. ทะเบียนเยี่ยมบ้าน
2. Family Folder
3. ข้อมูลใน JHCIS

เอกสารแนบท้าย

- แบบส่งต่อจากงาน Home Health Care
- แบบตอบกลับจากงาน Home Health Care

ระบบส่งต่อคนไข้ (Referral system)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ในกรณี ศสช. / สอ. ไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ โดยการส่งไปรับการรักษาต่อที่ รพ.ห้างฉัตร และมีการติดตามผลการรักษา

ขอบเขต ให้บริการตรวจรักษาและส่งต่อตามระบบเครือข่ายบริการ

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. เจ้าหน้าที่ ศสช./สอ. ให้บริการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยตามระบบ หากเกินขีดความสามารถ ให้ส่งต่อรับการรักษาที่ รพ.ห้างฉัตร พร้อมใบส่งต่อและบันทึกใน OPD CARD / FF / ทะเบียนส่งต่อ
 - 1.1 กรณีวิกฤตและกรณีฉุกเฉิน ให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤต โทรศัพท์ปรึกษาแพทย์แจ้งห้องฉุกเฉิน รพ.ห้างฉัตรเพื่อให้ส่งรถฉุกเฉินมารับผู้ป่วย หากพ้นภาวะวิกฤตนำส่งโดยญาติผู้ป่วย หากไม่มีรถนำส่งให้เจ้าหน้าที่ช่วยนำส่งผู้ป่วยเอง
 - 1.2 กรณีไม่ฉุกเฉิน
 - ศสช.เครือข่าย / สอ. ส่งต่อผู้ป่วยรับบริการที่ ศสช.หลัก ตามวันที่มีแพทย์ / พยาบาล ให้บริการ หรือส่งต่อไปที่ รพ.ห้างฉัตร โดยตรง
 - ผู้ป่วยที่ ศสช.หลัก / ศสช.เครือข่าย / สอ. ส่งต่อรับบริการที่ รพ.ห้างฉัตร อาจส่งต่อภายในวันที่รับบริการ หรือส่งต่อตรวจตามวันตรวจคลินิกพิเศษ แล้วแต่กรณี
 - การส่งต่อผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่สามารถไปรับบริการได้เอง เนื่องจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ / สังคม ให้ประสานงานองค์กรท้องถิ่น เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือต่อไป
2. หลังการส่งต่อให้ติดตามผลการรักษา
 - ผู้ป่วยที่ส่งต่อกรณีวิกฤตหรือฉุกเฉิน ให้ติดตามผลทางโทรศัพท์ที่ ER / ห้องวิทย์ / หอผู้ป่วย หรือจากญาติผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่ส่งต่อกรณีไม่ฉุกเฉิน ให้ติดตามผล จากใบตอบกลับ หรือจากญาติผู้ป่วย

3. สรุปและบันทึกผลการส่งต่อใน OPD CARD / FF และทะเบียนส่งต่อ

บันทึกคุณภาพ

- OPD CARD / FF
- ทะเบียนส่งต่อ

เอกสารแนบท้าย

- แบบทะเบียนส่งต่อ
- แบบฟอร์มใบส่งต่อ

การรับผู้ป่วยจาก รพ.ห้างฉัตร เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

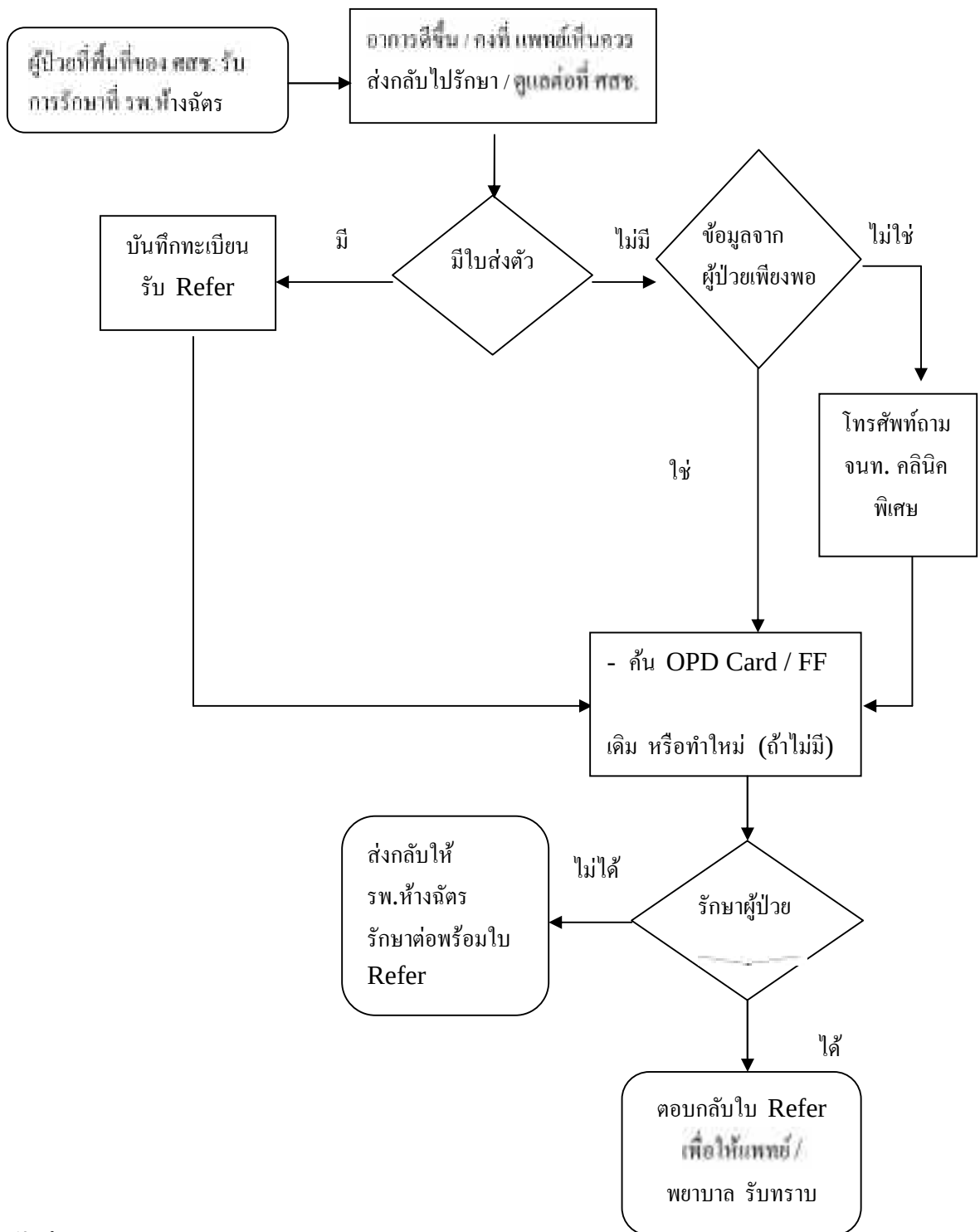
เพื่อให้การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่รับส่งจาก รพ.ห้างฉัตร ได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

ขอบเขต เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ส่งต่อจาก รพ.ห้างฉัตร

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ให้บริการผู้ป่วยที่รับส่งต่อจาก รพ. ตามขั้นตอนการให้บริการของ ศสช. / สอ.
2. บันทึกข้อมูลในทะเบียนรับส่งต่อตามรายละเอียดในใบส่งต่อ กรณีไม่มีใบส่งต่อให้ซักข้อมูลการรักษาจากผู้ป่วย หากได้ข้อมูลไม่เพียงพอให้โทรศัพท์ถามเพิ่มเติมที่เจ้าหน้าที่คลินิกพิเศษ
3. ให้บริการผู้ป่วยต่อเนื่องตามรายละเอียดใบส่งต่อ
4. กรณีให้การรักษาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยไม่ได้ ให้ส่งกลับ รพ.ห้างฉัตร รักษาต่อพร้อมใบส่งต่อ

ผังการทำงาน

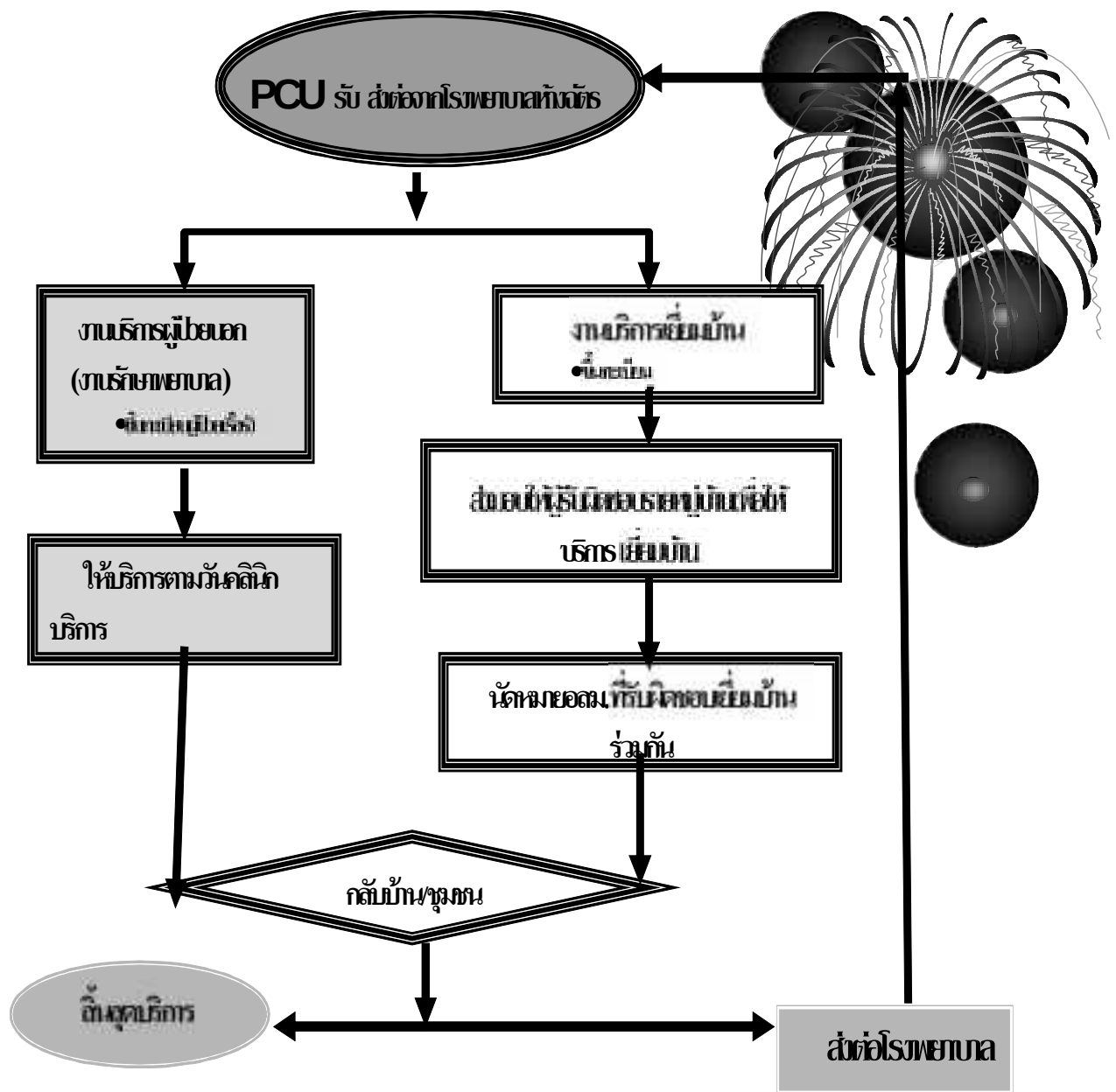


บันทึกคุณภาพ

- ทะเบียนรับ – ส่งต่อ

เอกสารแนบท้าย

- แบบฟอร์มใบส่งต่อ



กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน/ชุมชน

หน่วยบริการเสริม/ระบบเกื้อหนุนต่อการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

หน่วยงานสนับสนุน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเครือข่าย คือหน่วยงาน องค์กร สถาบัน กลุ่มบุคคล ฯ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการของหน่วยงานรับผิดชอบตรง

1. หน่วยงานส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น

1.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานที่ได้จัดตั้งขึ้นมาใหม่ เพื่อพัฒนาบริการการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยการปรับเปลี่ยนภารกิจของสถานสงเคราะห์คนชรา เดิม ด้วยการเน้นการปฏิบัติงานใน 6 ด้าน คือ ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา ศูนย์ การเรียนรู้ ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบสถาบัน ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน ศูนย์บริการให้คำแนะนำปรึกษาและส่งต่อ ปัจจุบันมีทั้งหมด 11 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ ปทุมธานี ชลบุรี สงขลา ยะลา ภูเก็ต ขอนแก่น บุรีรัมย์ นครพนม เชียงใหม่ และลำปาง

1.2 สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นศูนย์ข้อมูล และประสานงาน ด้านสวัสดิการสังคม และสังคมสงเคราะห์ของจังหวัด ให้บริการสงเคราะห์ พื้นฟูพัฒนา และคุ้มครองสวัสดิภาพ ประชาชน ผู้ทุกข์ยาก เดือดร้อน และประสบปัญหา ทางสังคมทุกประเภท เช่น เด็ก สตรี คนพิการ คนชรา คนไร้ที่พึ่ง และขอทาน เป็นต้น การดำเนินการ ด้านมาตรการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสังคม รวมทั้งการ ดำเนินงาน ให้การสงเคราะห์ ช่วยเหลือราษฎร ผู้ประสบสาธารณภัยต่าง ๆ

1.3 ศูนย์พัฒนาสังคมจังหวัด สำนักพัฒนาสังคม กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นมาใหม่เพื่อเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาสังคม และให้บริการสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์แก่ผู้ด้อยโอกาส คนไร้ที่พึ่งและผู้ประสบปัญหาสังคม ครอบคลุมทุกพื้นที่ 75 จังหวัด เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ พัฒนารูปแบบ วิธีการให้บริการ และสนับสนุนวิชาการด้านการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ รวมทั้งสนับสนุนให้ภาคทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและบริการสวัสดิการสังคม

1.4 ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานอนามัยประจำตำบล เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการรักษา การป้องกัน การดูแลและส่งเสริมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชน

1.5 โรงเรียนช่วยเหลือเรื่องการฝึกอาชีพ ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพ ประชาชนชาวบ้าน

1.6 องค์กรชุมชน สงเคราะห์เงิน สิ่งของ ฝึกอาชีพ จัดหางาน

1.7 องค์กรพัฒนาเอกชน สงเคราะห์เงิน ปรึกษาแนะนำให้ความรู้ ให้การฟื้นฟู บำบัด/รักษาพยาบาล ฝึกอาชีพ จัดหางาน

1.8 สถาบันศาสนา(เช่นวัด มัสยิด โบสถ์ ฯลฯ) ช่วยเหลือเงิน สิ่งของสถานที่ บุคลากร ให้การฟื้นฟูบำบัดรักษา

1.9 องค์กรเอกชน ช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ สิ่งของ อาคารสถานที่

2. ศูนย์สนับสนุนการปฏิบัติงาน

2.1 ในระดับพื้นที่ เป็นหน่วยงานหลักในพื้นที่ที่ตั้งเป็นรูปคณะกรรมการ ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด เช่น ตัวแทนอผส. อพมก. อบต. สถานีอนามัย นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ราษฎรชาวบ้านและ หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอ โดยมีบทบาทดังนี้

- ส่งเสริมสนับสนุนการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- สนับสนุนเงิน และทรัพยากรเพื่อการดำเนินงาน
- ส่งเสริมองค์ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน
- ติดตามประเมินผลในการปฏิบัติงาน

2.2 ในระดับภูมิภาค เป็นกลไกสนับสนุนระดับจังหวัดต่องานในพื้นที่ มีการจัดเป็นรูปคณะกรรมการ ประกอบด้วย ตัวแทนอผส. อพมก.ในพื้นที่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์พัฒนาสังคมจังหวัด ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัด โดยมีบทบาท ดังนี้

- 1) ให้คำแนะนำช่วยเหลือเรื่องของเทคนิคการทำงาน
- 2) ให้การสนับสนุนเชิงนโยบาย
- 3) ดูแลประสานงานเชื่อมต่อเครือข่ายในระดับท้องถิ่นกับภูมิภาค

3. ผู้ปฏิบัติงาน

3.1 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน(อผส.) เป็นผู้ต้องมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุก่อนการปฏิบัติหน้าที่ เช่น เข้ารับการอบรมหลักสูตรพื้นฐาน เพื่อเป็นอผส. การอบรมความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

3.2. อาสาสมัครพัฒนาสังคมช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) เป็นผู้ที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคนพิการสูงอายุประเภทต่างๆ ได้รับการอบรมเพื่อช่วยเหลือฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับคนพิการ สามารถแนะนำผู้ปกครองได้ มีบทบาทดังนี้

- 1) ช่วยให้ผู้สูงอายุ เข้าถึงบริการต่างๆตามสิทธิในพรบ. ผู้สูงอายุ
- 2) ให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่ขาดผู้ดูแลถูกทอดทิ้งหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพ อย่างเท่าเทียมและเหมาะสม
- 3) ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว ประชาชนในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ และ
- 4) เป็นสื่อกลางในการนำเสนอ ประสาน ส่งต่อ บริการสวัสดิการสังคมในชุมชน

3.3. นักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการบริหาร จัดการ งานสวัสดิการสังคม มีทักษะการพิทักษ์สิทธิผู้ด้อยโอกาส มีความรู้ความเข้าใจงานพัฒนาชุมชนและมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ

3.4. นักจิตวิทยา เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพเป็นอย่างดี สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปรากฏและหาแนวทางในการพัฒนาได้โดยมีบทบาทดังนี้

- 1) สามารถเป็นผู้เชื่อมประสานความต้องการของ อผส. อพมก. ผู้พิการ
- 2) ผู้สูงอายุ ครอบครัวชุมชน กับผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลได้
- 3) เป็นผู้ให้ความรู้ ทักษะและให้คำปรึกษาแนะนำกับอผส. และอพมก. ได้
- 4) เป็นผู้วางแผนกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการในการพัฒนาของแต่ละกลุ่มเป้าหมายได้
- 5) เป็นผู้สรุปปัญหาสาเหตุแนวทางแก้ไขประเมิน ผลการปฏิบัติ
- 6) นำผลการประเมินสู่กระบวนการวางแผนและนโยบายขององค์การบริหารส่วนตำบล

3.5. ผู้นำชุมชน /ปราชญ์ชาวบ้าน/อาสาสมัครที่มีจิตกุศล เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในด้านต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เช่น ด้านการดูแลสุขภาพ (แพทย์ทางเลือก) ด้านการส่งเสริมอาชีพ ด้านวัฒนธรรมพื้นบ้าน ด้านออมทรัพย์ โดยมีบทบาทดังนี้ 1) วางแผนกิจกรรมร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 2) เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ

3.6. ผู้สูงอายุ สามารถแบ่งเป็น 3 ประเภท โดยพิจารณาจาก 2 ระดับคือ ระดับเศรษฐกิจและระดับการพึ่งพาของกลุ่มเป้าหมายได้ดังนี้

- 1) กลุ่มที่มีสภาวะสุขภาพดีช่วยเหลือตัวเอง และช่วยเหลือผู้อื่นได้
- 2) กลุ่มที่พอช่วยตัวเองได้ แต่มีความเปราะบางหรือมีความเสี่ยงสูงต้องการมีคนดูแลเป็นครั้งคราว
- 3) กลุ่มที่มีสุขภาพร่างกายบกร่องไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพิง ได้รับการดูแลตลอดเวลาและถูกทอดทิ้ง หรืออยู่กับสมาชิกในครอบครัว

3.บทบาทองค์กรที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	● สนับสนุนงบประมาณ ● บริหารนโยบาย ● จัดบริการ ● สนับสนุนกิจกรรมของชุมชน
โรงพยาบาลชุมชน	● สนับสนุนการจัดบริการและองค์ความรู้ ● ยาและเวชภัณฑ์ ● การส่งต่อผู้ป่วย ● ฝึกอบรม นิเทศ งานกายภาพบำบัดชุมชน
ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลห้างฉัตร	● อบรมและสนับสนุนการดำเนินงานของ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่
	อาสาสมัคร/กลุ่มชมรมต่างๆในกิจกรรมด้านสุขภาพ ● ให้บริการในสถานพยาบาลและชุมชน
องค์กรประชาชน อาสาสมัคร ชมรม ผู้สูงอายุ และที่สำคัญก็คือผู้นำชุมชน ครู ปรมาจารย์ชาวบ้าน	● มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ● ให้การสนับสนุนการจัดบริการ ● ร่วมระดมทุน ● กระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชน

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

ผู้สูงอายุเมื่อใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลของรัฐบาลไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆและแต่ละสถานบริการไม่ไกลจากหมู่บ้าน ผู้สูงอายุสะดวกในการไปใช้บริการ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องการเข้าถึงและการใช้บริการด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุบางรายที่มีความเจ็บป่วยและต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลแต่ไม่สามารถไปได้ด้วยตนเองต้องพึ่งลูกหลานแต่เนื่องจากลูกหลานต้องทำงานทำให้ไม่สะดวกถึงแม้ทุกบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนไปใช้บริการที่คลินิกซึ่งต้องเสียค่าบริการแต่มีบริการฉีดยาซึ่งผู้สูงอายุคิดว่าเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพโดยไม่ต้องรอนาน ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีความคิดเห็นว่าการมีบริการประชาสัมพันธ์กิจกรรมด้านสุขภาพในหมู่บ้านให้ทั่วถึง

จำนวนบุคลากรในปัจจุบัน/จำนวนบุคลากรที่ทำงานบริการด้านผู้สูงอายุ

- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 6 คน
- ลูกจ้างตำแหน่งพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1คน

ทัศนคติของบุคลากรในองค์กรในการให้บริการสุขภาพ

อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ให้บริการคืออาสาสมัครจิตอาสา คุณสมบัติ

คุณลักษณะอาสาสมัครการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1. เป็นคนในชุมชน พร้อมเสียสละมีจิตอาสา
2. มีบุคลิกภาพเอื้ออาทร
3. มีคุณธรรม และมีจิตใจโอบอ้อมอารี
4. มีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้สูงอายุ
5. สามารถปรับตัวได้ดี
6. มีทักษะความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ
7. เป็นที่ปรึกษาและสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุได้
8. มีความกระตือรือร้นและพร้อมที่จะเรียนรู้
9. ตรงต่อเวลา

10. มีการบริหารเวลาที่ดี มีเวลาว่าง

ในการดำเนินโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนจำเป็นต้องปรับทัศนคติและพฤติกรรมของคนในชุมชนให้สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้พิการได้ทั้งเรื่องการแพทย์ รายได้ ความมั่นคงในสังคม การศึกษา สิทธิทางกฎหมาย และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมจนชุมชนคือศูนย์กลางของกิจกรรม ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งแต่ละพื้นที่จะมีรูปแบบการดำเนินงานที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับภูมิปัญญาของท้องถิ่นความต้องการเฉพาะของพื้นที่และทรัพยากรที่มีอยู่ โดยมีลักษณะและรูปแบบการจัดบริการ

ทัศนคติและความต้องการของบุคลากรในองค์กร

1. ต้องการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม
2. ต้องการให้ทุกหน่วยบริการมีส่วนร่วม
3. ต้องการให้มีญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล
4. ต้องการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุ
5. ส่วนใหญ่คิดว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพและใช้เวลาในการรักษานาน
6. ต้องการให้มีบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำ
7. ต้องการให้มีบริการรับส่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและด้อยโอกาส
8. ต้องการให้มีบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนหลายรูปแบบ เช่น respite care, nursing home

ทัศนคติของผู้สูงอายุต่อการรับบริการสุขภาพ

1. ที่บ้าน

ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งรายงานว่าไม่มีบริการด้านสุขภาพที่บ้านไม่มีใครมาเยี่ยมที่บ้านเมื่อไม่สบายก็จะไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

2. ในชุมชน

บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโดยเฉพาะการคัดกรองปัญหาสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตและการตรวจเบาหวาน กลุ่มออกกำลังกายในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน

3. ศูนย์สุขภาพชุมชน

ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเพราะถ้ามีปัญหาที่รุนแรงจะมีการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์และมีรถบริการรับส่งโรงพยาบาล บริการด้านส่งเสริมสุขภาพเช่นรวมกลุ่มการออกกำลังกาย ให้ความรู้ด้านสุขภาพและการคัดกรองปัญหาสุขภาพ

ทัศนคติและความต้องการของผู้สูงอายุต่อการรับบริการสุขภาพ

1. ต้องการบริการที่รวดเร็ว ไม่รอนาน
2. ต้องการคำแนะนำและการรักษาที่ถูกต้อง
3. ต้องการการเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพมากกว่าการพูดคุยหรือให้คำแนะนำ
4. ไม่อยากให้นัดบ่อยหลายครั้ง หลายโรค เพราะหาคนส่งยาก และเสียค่าใช้จ่ายในการ

เดินทางสูง

5. ต้องการให้แพทย์ พยาบาลพูดจาไพเราะ และใช้เวลาตรวจนานขึ้น
6. ระหว่างรอตรวจควรมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ หรือกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ
7. ต้องการมีคลินิกสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ
8. ต้องการบริการสุขภาพที่บ้านมากขึ้น
9. ต้องการบริการตรวจพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มะเร็ง ตา หู ฟัน
10. ต้องการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ เช่น ไม่แออัด เสียงไม่สูงเกินไป

วาทาร สถานที และสิ่งอำนวยความสะดวก ของสถานบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

(หน่วยวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้พิการ
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

ความจำเป็นของการจัดทำสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ

สำหรับประเทศไทย คาดว่าอีก 1- 5 ปี ข้างหน้า ตัวเลขผู้สูงอายุในเมืองไทยจะพุ่งสูงขึ้นอีกเท่าตัวของปัจจุบัน เพราะคนที่เกิดช่วงปี 2506 ถึง 2526 เป็นช่วงที่มีคนเกิดมากกว่าปกติ จนถูกเรียกว่า "ยุคเบบี้บูม" จึงทำให้อีก 15 ปี ข้างหน้า คนยุคนี้จะกลายเป็นผู้สูงอายุทุกวันนี้ปัญหาของผู้สูงอายุจำนวนมาก คือการถูกทอดทิ้ง บางคนถึงแม้จะอยู่กับลูกหลานแต่ก็เหมือนถูกทิ้ง เพราะไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอ ส่วนมากจะเกิดจากความไม่เข้าใจของลูกหลานนั่นเอง จากการศึกษาวิจัยของหน่วยงานประชากรศาสตร์ พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ต้องการเป็นภาระของลูกหลาน จึงไม่เรียกร้องถึงความต้องการของตัวเอง อย่างไรก็ตามภาครัฐได้มองเห็นความสำคัญ จึงได้กำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ตั้งแต่ พ.ศ.2545 ถึง 2564 ในหมวดที่ 2 ว่าด้วยยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยการเตรียมรับมือกับจำนวนผู้สูงอายุของเมืองไทยที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นนั้นอันดับแรกคือเรื่องของสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ รวมทั้งบ้านเรือน เพราะผู้สูงอายุจะมีธรรมชาติไม่เหมือนกับคนที่แข็งแรงดี สังคมไทยปัจจุบันมีความพยายามที่จะทำให้สังคมเป็นมิตรกับคนกลุ่มต่างๆ เช่นกลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้สูงอายุด้วย แต่ในเรื่องของการปฏิบัตินั้นจะบังคับให้ลูกหลานเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อาจทำไม่ได้ แต่อย่างน้อยควรดูแลในเรื่องสถานที่สาธารณะ ไม่ว่าโรงพยาบาล อำเภอบรรเทา หรือ รถไฟฟ้า รถเมล์ มีการสร้างที่คำนึงถึงผู้สูงอายุด้วย เพราะเมื่อไหร่ก็ตามที่คนสูงอายุไม่มีความสะดวกจะเคลื่อนไหวน้อยลง ซึ่งจะทำให้เป็นปัญหาสุขภาพตามมา เพราะฉะนั้นการทำให้สิ่งแวดล้อมเหมาะสม จะทำให้เคลื่อนไหวมากขึ้นและเกิดปัญหาสุขภาพน้อยลงขณะนี้เราตั้งเป้าหมายงานวิจัยนี้ไปสู่กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มของหน่วยงานอาคารสถานที่ ซึ่ง

ชาวบ้านมักจะไปติดต่อกับที่สาธารณะ รวมถึงกลุ่มผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ต่างๆ จะได้หาทางทำผลิตภัณฑ์ที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ได้มีกฎหมายบังคับใช้ คือ กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ในอาคาร พ.ศ. 2548 ซึ่งประกาศบังคับใช้ เช่น ได้กำหนดประเภทอาคารไว้ โดยมีการแบ่งประเภทลักษณะอาคารดังต่อไปนี้ ต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ หรือทุพพลภาพและคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงนี้ ในบริเวณที่เปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาล สถานพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานือนามัย อาคารที่ทำการของราชการ รัฐวิสาหกิจ ที่มีพื้นที่ส่วนใดของอาคารที่เปิดให้บริการแก่บุคคลทั่วไปเกิน 300 ตารางเมตร เป็นต้น

แนวคิดในการออกแบบ

1. **Safety** ปลอดภัย พื้นไม่ลื่น มีราวจับ สัญลักษณ์เตือน
2. **Accessibility** เข้าถึง ง่าย ทางม้าลาย ทางลาด ประตู ช่องทางเดิน ลิฟต์ ห้องน้ำ อักษรเบลล์
3. **Usability** การใช้งานสะดวก ง่าย เฟอร์นิเจอร์ โต๊ะเก้าอี้ กระจกสะท้อน พื้นที่ใช้ใช้งานต่างๆ
4. **Affordability** เหมาะสมกับฐานะ วัสดุ อุปกรณ์เหมาะสมกับท้องถิ่น งบประมาณ คุ้มค่า ทนทาน

การเปลี่ยนแปลงสู่ผู้สูงอายุ 4 ประการ ที่มีผลต่อการออกแบบสภาพแวดล้อม

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ขนาดร่างกาย เซลล์สมอง กล้ามเนื้อ ระบบต่างๆในร่างกาย
2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การรับรู้ต่อสิ่งใหม่ช้า ความรู้สึกช้า การสื่อสารช้า
3. การเปลี่ยนแปลงสังคม รู้สึกโดดเดี่ยวได้รับความเคารพจากครอบครัวและชุมชน
4. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ไม่มีงานทำ และไม่มีรายได้ประจำ รายจ่ายทางสุขภาพมากขึ้น

สิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุในการพิจารณาเพื่อการศึกษา

1. สิ่งรบกวน (Simulation) อาทิ แสง เสียง สัมผัส ที่ต้องการมากขึ้นเนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย
2. การเคลื่อนที่ (Mobility) เคลื่อนที่ได้ช้าลงและลำบากขึ้น ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย
 - 2.1 ทาง การเคลื่อนที่ (Ambulant disabled people) คนที่เคลื่อนที่ได้ไม่ว่าจะต้องมีผู้ช่วยเหลือหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือหรือไม่
 - 2.2 นั่งเก้าอี้เข็น (Chair bound people หรือ Wheelchair user) คนที่ลุกขึ้นเองไม่ได้
3. ความปลอดภัย (Safety) เนื่องด้วยเหตุผลข้างต้น จึงควรดัดแปลงสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยมากขึ้น
4. ความเป็นส่วนตัว (Privacy) ต้องการการแสดงอย่างส่วนตัว

ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

1. ทฤษฎีแนวคิดในการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เปิดกว้าง(Universal design)

2. แนวคิดการออกแบบภายในอาคารเพื่อผู้สูงอายุและคนพิการ

องค์ประกอบที่ยึดตามหลักเกณฑ์การอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ (Accessibility) ที่เกี่ยวกับการใช้อาคาร 3 ด้าน

1. การเข้าถึง (Reach) อาคารควรเตรียมการให้ผู้ใช้งานจากพื้นที่รอบอาคารภายนอกสามารถเข้าถึงตัวอาคารได้โดยง่าย

2. การเข้าสู่ (Enter) อาคารควรเตรียมการให้ผู้ใช้งานที่เข้าถึงแล้วสามารถเข้าสู่ทุกพื้นที่ได้อย่างอิสระ

3. การใช้งาน (Use) อาคารควรเตรียมการให้ผู้ใช้งานสามารถใช้งานหรือทำกิจกรรมในอาคารได้โดยสะดวก

หลักการของ Universal Design

1. ความเท่าเทียมกันในการใช้สอยของผู้ใช้ที่ต่างวัยและต่างความสามารถ (Equitable Use)
2. ปรับเปลี่ยนการใช้ได้ (Flexible in Use)
3. ใช้งานด้วยตนเอง (Simple and Intuitive Use)
4. การสื่อความหมายเป็นที่เข้าใจ (Perceptible Information)
5. มีระยะเพื่อไว้กันผิดพลาด (Tolerance for Error)
6. เบาแรง (Low Physical Effort)
7. มีขนาดและที่ว่างเพื่อการเข้าถึงและใช้ได้ (Size and Space for Approach and Use)

Universal Design

เป็นแนวความคิดสากลที่องค์การสหประชาชาติได้พยายามเผยแพร่และส่งเสริมจากแนวความคิดเดิมเพื่อให้ผู้พิการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตในอาคารและสิ่งแวดล้อมตามโครงการ Promotion of Non-Handicapping Physical Environment for Disabled Persons และได้มีการพัฒนา ตามลำดับ เป็น Accessible Design, Adaptable Design, Barrier Free Design ซึ่งในที่สุดก็เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป

มาตรฐานขั้นต่ำของประเทศไทย

1. กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา
2. สมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้จัดพิมพ์คู่มือออกแบบอาคารสำหรับคนพิการ (Design Guide for Barrier – Free Facilities)

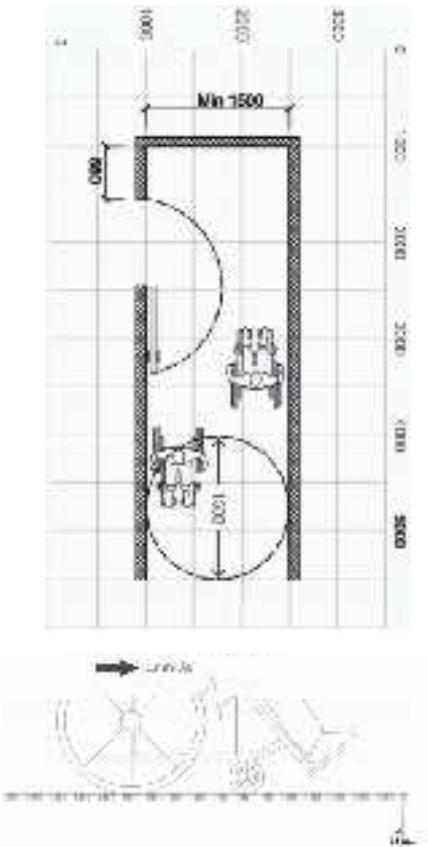
ผลการศึกษา

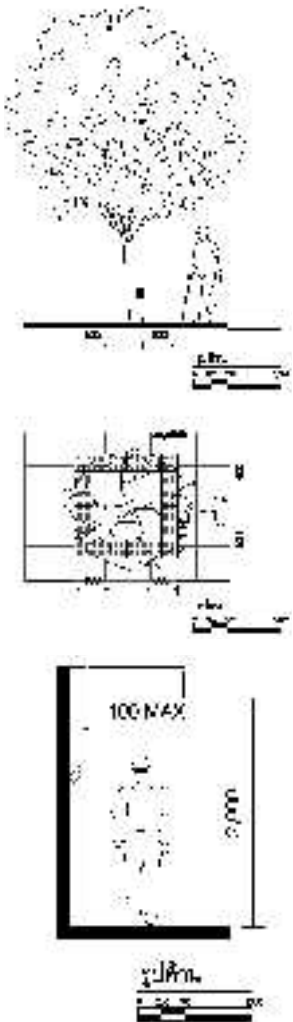
การปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ

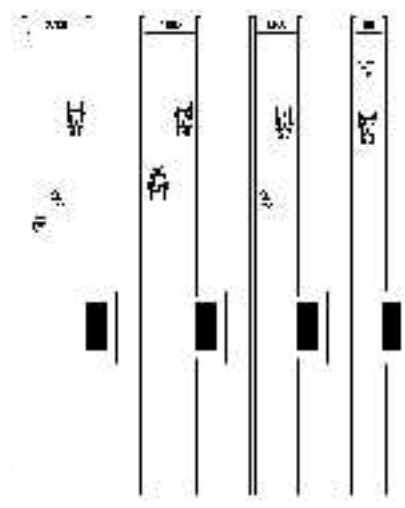
สถานที่ศึกษา 3 แห่ง ได้แก่

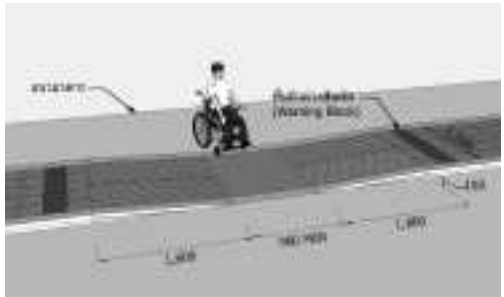
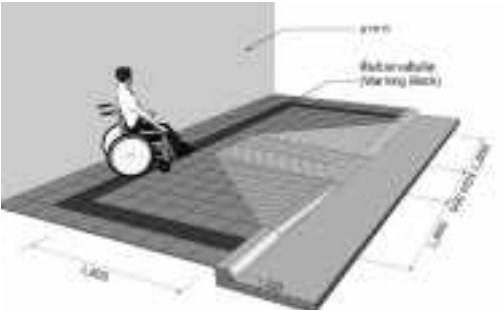
1. โรงพยาบาลศูนย์ : โรงพยาบาลลำปาง
2. โรงพยาบาลชุมชน : โรงพยาบาลห้างฉัตร
3. ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ อบต. เมืองยาว

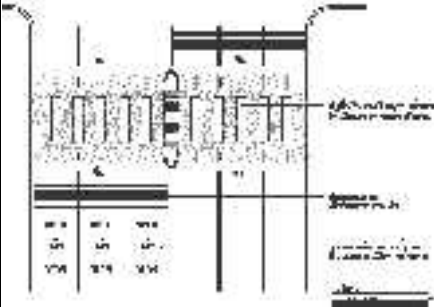
การปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ : โรงพยาบาลลำปาง

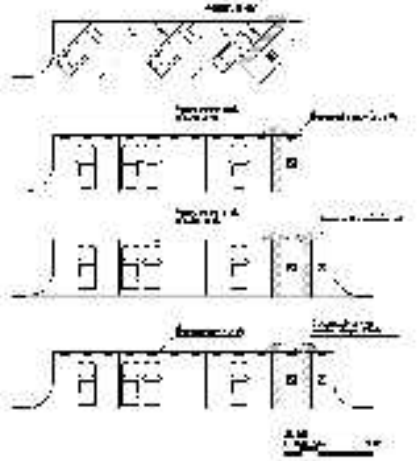
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
1.	ทางเท้า	ในส่วนของทางเข้าหลักมีการแบ่งประตูของการเดินเท้าและรถยนต์ทำให้ไม่รบกวนการสัญจรซึ่งกันและกัน แต่ทางเท้า ภายนอกโรงพยาบาลขาดการเชื่อมต่อกันกับทางเท้าภายในโรงพยาบาล	- จัดสร้างทางเท้าเพื่อเชื่อมต่อระหว่างทางเท้าภายนอกโรงพยาบาลและภายในโรงพยาบาลให้เชื่อมต่อกันทั้งหมด - ทางเดิน ทางเชื่อมควรมี พื้นผิวเรียบเสมอกัน ไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวางหรือมีส่วนของอาคารยื่นล้ำออกมาเป็นอุปสรรคหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อคนพิการ - มีความกว้างไม่น้อยกว่า 1.5 ม. และต้องมีผนังหรือราวกันตกทั้ง 2 ด้าน - บริเวณทางแยกต้องมีพื้นผิวต่างสัมผัส - กรณีมีฝาท่อระบายน้ำต้องมีขนาดรูช่องตะแกรงห่างไม่เกิน 1.3 ซม. และไม่ขนาบแนวทางเดิน		

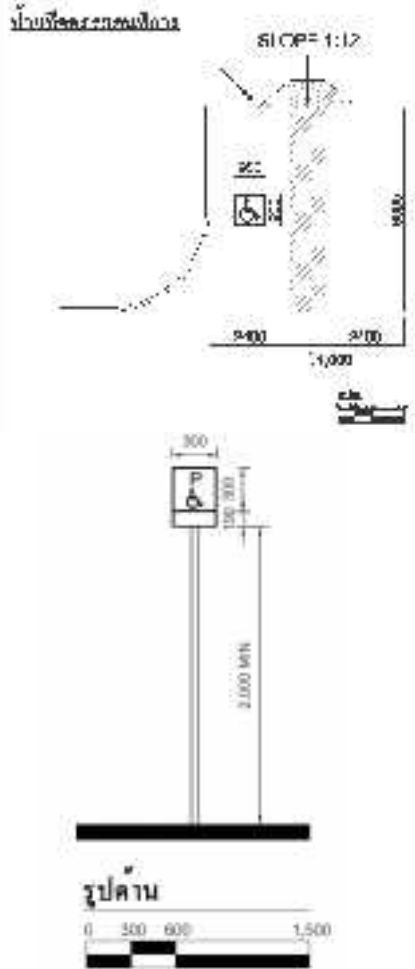
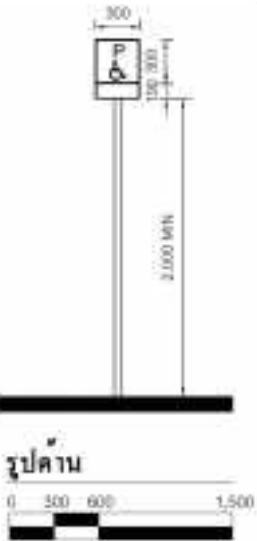
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
1.	ทางเท้า	ทางเท้ามีสิ่งกีดขวาง เช่น ต้นไม้อยู่กลางทางเท้า การวางอุปกรณ์ลำพื้นที่ทางเท้าเป็นต้น ทำให้เป็นอุปสรรคในการสัญจรและทำให้ความกว้างของทางเท้าลดลง	- จัดระเบียบทางเท้าให้ปราศจากสิ่งกีดขวาง - ในกรณีที่จำเป็นต้องมีสิ่งกีดขวางบนทางเท้า - ต้องจัดให้อยู่ในแนวเดียวกัน - มีความกว้างสุทธิของทางเดินเท้าที่เหลือไม่ต่ำกว่า 1.50 เมตร - มีพื้นผิวต่างสัมผัส สำหรับเตือนก่อนถึงสิ่งกีดขวาง 0.30 เมตร และมีความกว้างไม่ต่ำกว่า 0.30 เมตร - มีป้ายหรือสัญลักษณ์สำหรับเตือนก่อนถึงสิ่งกีดขวางที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน - ในกรณีที่มีกีดขวางเหนือศีรษะ เช่น ป้าย หลอดไฟ หรือ ท่อ เป็นต้น ต้องมีความสูงจากพื้นถึงสิ่งกีดขวางอย่างน้อย 2.00 เมตร		

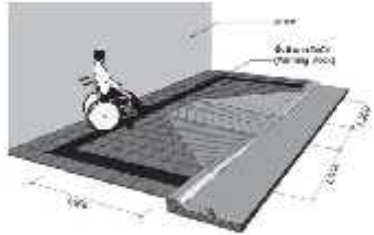
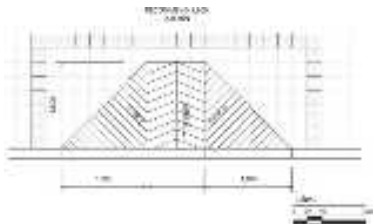
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
1.	ทางเท้า	ทางเท้ามีการใช้วัสดุที่ลื่น เป็นมัน ในบางจุด เช่น ด้านหน้าทางเข้า ที่ใช้กระเบื้องสลับกับกรวดล้าง ทางเท้าภายในโรงพยาบาลที่จัดสร้างไว้ในปัจจุบันมีความกว้างไม่พอ	- ใช้วัสดุที่เรียบไม่ลื่น ไม่มันวาว เช่น กรวดล้าง - ขยายพื้นที่ทางเท้าให้มีความกว้างสุทธิ อย่างน้อย 1.50 เมตร		

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
1.	ทางเท้า	ทางเท้ามีความสูงจากระดับถนน รถล้อสำหรับคนพิการไม่สามารถขึ้น-ลงได้ เนื่องจากไม่มีทางลาดตัดขอบถนน ทางลาดตัดขอบถนน หลายจุดมีความชันที่เหมาะสม อยู่ในตำแหน่งที่ดี แต่พื้นผิวตอนต้นและปลายทางลาดที่เชื่อมต่อกับโครงสร้างหลักเกิดการกะเทาะหลุดร่อน	ควรเพิ่มทางลาดตัดขอบถนน (Curb ramp) โดยมีลักษณะดังนี้ - ทางลาดขอบถนนควรมีความกว้างอย่างน้อย 900 มม. โดยไม่รวมทางลาดด้านข้าง - ความชันของทางลาดต้องไม่น้อยกว่า 1 : 12 และขอบถนนไม่ควรสูงเกิน 150 มม. - ตำแหน่งของทางลาดต้องไม่ถูกล้ำเข้าไปในเขตทางเดิน หรือถนน - ควรมีการสำรวจที่ตั้ง ให้อยู่ในบริเวณที่จะไม่ถูกรถจอดขวาง - ควรมีพื้นผิวต่างสัมผัสเตือนที่บริเวณจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุดทางลาดตัดขอบถนน	 	 

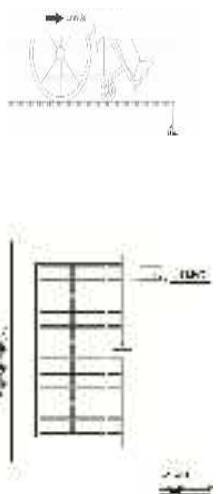
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
2.	ทางข้าม	ทางข้ามไม่ปลอดภัย	- จัดให้มีระบบทางข้ามอัจฉริยะ - ยกพื้นทางข้ามให้เท่ากันกับทางเท้าริมถนน - มีการติดตั้งวัสดุเตือนสะท้อนแสง หรือ ไฟกระพริบ บริเวณขอบทางข้ามก่อนถึงตัวทางข้ามอย่างน้อย 6.00 เมตร - ให้ทางข้ามมีพื้นผิว สี และ ลวดลาย ที่เด่นชัด ตัดกับพื้นผิวของถนน - มีป้าย สัญลักษณ์ หรือ ข้อความ สำหรับเตือนในแนวตั้งบริเวณขอบถนนและบนพื้นผิวถนน สำหรับรถที่สัญจรบนถนน	 	

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
3.	ที่จอดรถ สำหรับคน พิการและ ผู้สูงอายุ	มีการจัดเตรียมที่จอดรถ สำหรับคนพิการและ ผู้สูงอายุไว้บ้างแล้ว แต่ควร มีการพิจารณาจำนวนที่ จอดรถให้เหมาะสมกับ จำนวนผู้ใช้งาน	ให้มีการปรับสัดส่วน จำนวนที่จอดรถ สำหรับคนพิการ อย่างน้อยตามเกณฑ์ ที่จอดรถตามกฎหมายกำหนดสิ่ง อำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้ พิการหรือ / และคนชรา พ.ศ. 2548 ดังนี้ - ถ้ามีจำนวนที่จอดรถตั้งแต่ 10 คัน แต่ไม่เกิน 50 คัน ให้มีที่จอดรถสำหรับ ผู้พิการน้อย 1 คัน - ถ้ามีจำนวนที่จอดรถตั้งแต่ 51 คัน แต่ไม่เกิน 100 คัน ให้มีที่จอดรถ สำหรับผู้พิการอย่างน้อย 2 คัน - ถ้ามีจำนวนที่จอดรถตั้งแต่ 101 คัน ขึ้นไป ให้มีที่จอดรถสำหรับผู้พิการ อย่างน้อย 2 คัน และเพิ่มขึ้นอีก 1 คัน สำหรับทุกๆ จำนวนรถ 100 คันที่ เพิ่มขึ้น เศษของ 100 คัน ถ้าเกินกว่า 50 คัน ให้คิดเป็น 100 คัน		

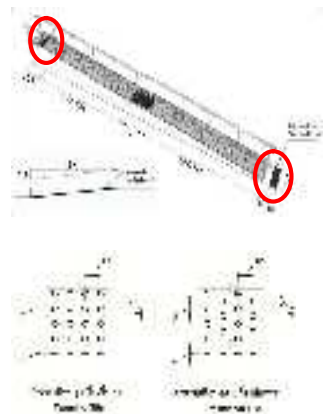
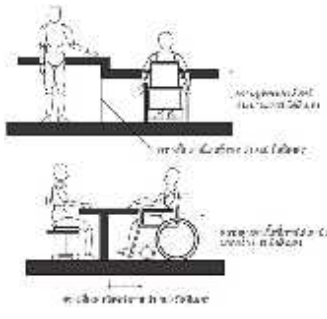
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
3.	ที่จอดรถ สำหรับคน พิการและ ผู้สูงอายุ	มีขนาดและอุปกรณ์ ประกอบ เช่น ป้าย สัญลักษณ์ ยังไม่ครบ	- ที่จอดรถมีความกว้างไม่น้อยกว่า 2.40 ม. และยาวไม่น้อยกว่า 6.00 ม. - มีที่ว่างข้างที่จอดรถกว้างไม่น้อยกว่า 1.00 ม. ตลอดความยาวของที่จอดรถ โดยที่ว่างดังกล่าวต้องมีลักษณะพื้นผิวเรียบและมีระดับเสมอกับที่จอดรถ เพื่อให้เพียงพอสำหรับการเคลื่อนย้ายของคนพิการระหว่างเก้าอี้เข็นคนพิการและตัวรถ และเพียงพอในการเปิดประตูรถได้เต็มที่ - จัดให้มีสัญลักษณ์รูปผู้พิการนั่งเก้าอี้เข็นคนพิการอยู่บนพื้นของที่จอดรถด้านที่ติดกับทางสัญจรรถ มีขนาดกว้างไม่น้อยกว่า 0.90 ม. และยาวไม่น้อยกว่า 0.90 ม. - มีป้ายขนาดกว้างไม่น้อยกว่า 0.30 ม. และยาวไม่น้อยกว่า 0.30ม. ติดอยู่สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 2.0 ม. ในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน		ป้ายที่จอดรถคนพิการ  รูปคาน 

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
3.	ที่จอดรถ สำหรับคน พิการและ ผู้สูงอายุ	ที่จอดรถอยู่ในตำแหน่งที่ใกล้ ต่อการเข้าถึงตัวอาคารหลัก แต่ขาดความเชื่อมต่อของทาง เท้า	- จัดทำทางเท้าจากที่จอดรถคนพิการเข้าสู่อาคาร - ในกรณีที่ระดับทางเท้าและระดับถนนต่างกันต้องมีทางลาดตัดขอบถนน โดยมีความต่อเนื่อง และปลอดภัย - จัดใกล้ทางเข้าออกอาคารมากที่สุด - มีพื้นผิวเรียบ มีระดับเสมอกัน		 

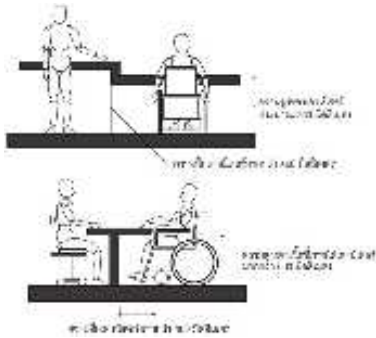
บทที่ 5 อาคาร สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก
ของสถานบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
4.	การระบายน้ำ	- ตะแกรงและรูสำหรับระบายน้ำอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม กีดขวางการสัญจร และ บางจุดที่สร้างใหม่ไปทำลายแผ่นนำทาง (Guiding block) - ตะแกรงและร่องระบายน้ำมีรูขนาดใหญ่เกินไป (ที่พบประมาณ 0.035 – 0.05 ม.) อาจเป็นอุปสรรคต่อผู้ใช้ไม้เท้า ไม้ค้ำยันหรือล้อรถเข็นคนพิการได้	- ตะแกรงหรือรูระบายน้ำควรอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัญจร - ทิศทางของร่องตะแกรงควรตั้งฉากกับทางสัญจร - รูระบายน้ำควรกว้างไม่เกินกว่า 13 มม.		
5.	ป้อมยาม	ป้อมยามอยู่ด้านหน้าของโรงพยาบาล ถือเป็นส่วนต้อนรับและบริการจุดแรกของโรงพยาบาล อยู่กลางถนนเพื่อควบคุมการเข้าออก หรือรับบัตรได้ง่ายทั้งสองทางสัญจร แต่ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงสะดวก และ อาจเกิดอันตรายจากรถ	- ปรับให้ป้อมยามอยู่ชิดริมถนนด้านใดด้านหนึ่ง - หรือ จัดให้มีจุดบริการติดต่อสอบถามด้านหน้าโรงพยาบาล - ปรับเคาน์เตอร์บริการให้มี 2 ระดับ		

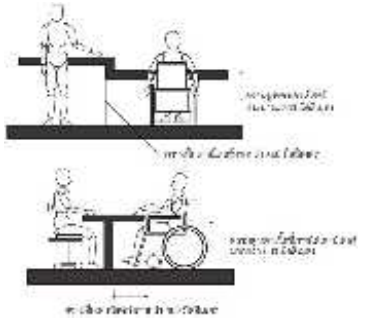
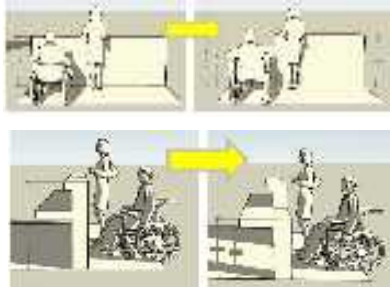
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
6.	ภูมิทัศน์ของโรงพยาบาล	- สวนภายในโรงพยาบาลบางจุดทำได้ดี มีการใช้สื่อสัมผัส เช่น เสียง กลิ่น เข้ามาช่วยทำให้บรรยากาศในโรงพยาบาลดีขึ้น แต่การเข้าใช้งานภายในสวนยังน้อยอยู่ - อุปกรณ์ในสวนชำรุด ขาดการดูแลรักษา - การจัดภูมิทัศน์บางจุดกลายเป็นอุปสรรคและสิ่งกีดขวางการสัญจรและการเข้าถึงพื้นที่ เช่น ต้นปาล์มขวดที่อยู่กลางทางเท้า แนวกระถางเฟื่องฟ้าที่มีหนามและกิ่งก้านแข็งรูกำลังทางเดิน การปลูกต้นไม้ที่มีพุ่มขนาดใหญ่ไว้ใกล้โครงสร้าง เป็นต้น	- ควรมีการปรับเพิ่มสวนหรือภูมิทัศน์ที่ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใช้งานได้ เพื่อเป็นการพักผ่อนและนั่งรอ - ควรมีการดูแลให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์และมีปริมาณเพียงพอ - ควรมีการเลือกใช้พืชพรรณที่เหมาะสมดังนี้ - หลีกเลี่ยงพืชพรรณที่มีรากตื้น ขนาดใหญ่โผล่พ้นผิวดิน เนื่องจากอาจทำลายระบบพื้น - หลีกเลี่ยงพืชที่มีหนาม หรือมีพิษ พืชไม้ที่มีใบ กิ่ง ก้าน ร่วงหล่นง่าย ในพื้นที่ที่ใกล้เคียงกับเส้นทางสัญจรของผู้คน เนื่องจากอาจเป็นอันตรายได้	 	

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
7.	ทางลาด บริเวณ อาคารผู้ป่วย นอก	บริเวณรับส่งผู้ป่วย ทางลาด ขาดพื้นผิวสัมผัสชนิดเตือน	- ติดพื้นผิวสัมผัสชนิดเตือนก่อนถึง ทางลาด โดยติดตั้งพื้นผิวต่างสัมผัส แบบเตือน ก่อนถึงอุปสรรคที่ต้องการ เตือน 30 ซม.		
8.	ส่วนคัดแยก ผู้ป่วย บริเวณ อาคารผู้ป่วย นอก	ส่วนคัดแยกผู้ป่วย ความสูง รวมของเคาน์เตอร์สูงเกิน 75 ซม.	ปรับเคาน์เตอร์ให้ต่ำลงเหลือ 75 ซม. อย่างน้อย 1 ช่อง และทำให้มีที่ว่าง ด้านล่างเคาน์เตอร์เพื่อเป็นช่องสอด ขา		

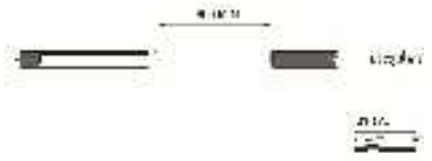
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
-------	---------------	-------	------------	-----------------	-------------------

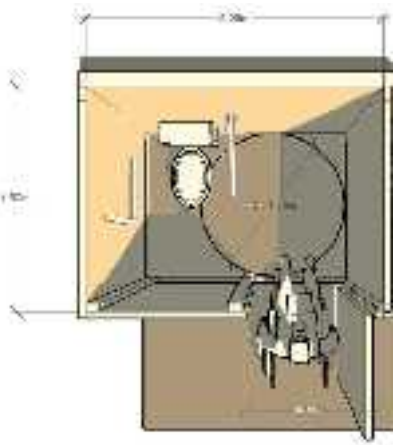
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
8.	เคาน์เตอร์ส่วน คัดแยกผู้ป่วย บริเวณ อาคารผู้ป่วย นอก	- ส่วนคัดแยกผู้ป่วย ความสูง รวมของเคาน์เตอร์สูงเกิน 75 ซม.	-เคาน์เตอร์ติดต่อควรอยู่ในตำแหน่ง ที่สามารถสังเกตได้ง่าย -จัดทำเคาน์เตอร์ 2 ระดับระดับที่มี ความสูง 75 ซม. ไม่ควรมีราวกัน -ควรมีพื้นที่ว่างใต้เคาน์เตอร์ให้ผู้ใช้ Wheel Chair สามารถเข้าประชิดได้ โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง -เคาน์เตอร์ สูงไม่น้อยกว่า 60 ซม. โดยที่ส่วนบนเคาน์เตอร์ที่ยื่นออกมา ควรมีความยาวอย่างน้อย 40 ซม. หรือทำการตั้งโต๊ะเพิ่มเติมจาก เคาน์เตอร์เดิม -ควรมีอุปกรณ์วาดเขียนไว้สื่อสารกับ คนพิการทางการได้ยิน		  

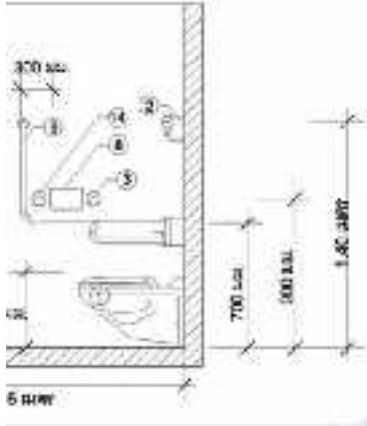
บทที่ 5 อาคาร สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก
ของสถานบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

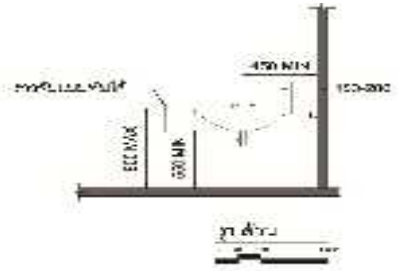
9.	เคาน์เตอร์รับยา บริเวณ อาคารผู้ป่วยนอก	- เคาน์เตอร์รับยา ความสูงรวมของเคาน์เตอร์สูงเกิน 75 ซม.	-เคาน์เตอร์ติดต่อควรอยู่ในตำแหน่งที่สามารถสังเกตได้ง่าย -จัดทำเคาน์เตอร์ 2 ระดับระดับที่มีความสูง 75 ซม. ไม่ควรมีราวกัน -ควรมีพื้นที่ว่างใต้เคาน์เตอร์ให้ผู้ใช้ Wheel Chair สามารถเข้าประชิดได้ โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง -สูงไม่น้อยกว่า 60 ซม. โดยที่ส่วนบนเคาน์เตอร์ที่ยื่นออกมาควรมีความยาวอย่างน้อย 40 ซม. หรือทำการตั้งโต๊ะเพิ่มเติมจากเคาน์เตอร์เดิม -ควรมีอุปกรณ์วาดเขียนไว้สื่อสารกับคนพิการทางการได้ยิน		 
----	--	---	---	---	--

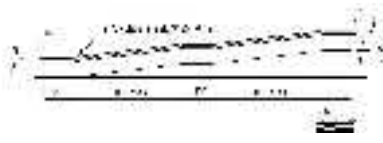
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
-------	---------------	-------	------------	-----------------	-------------------

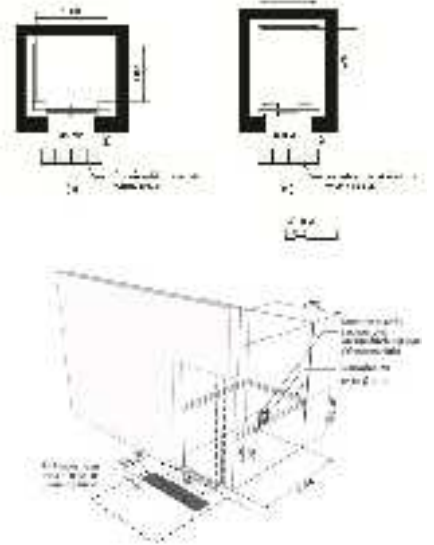
10.	ห้องสุขาส่วน อาคารผู้ป่วย นอก	ประตูห้องน้ำมีระยะเคลียร์ น้อยกว่า 90 ซม.	- ขยับรางเลื่อนของประตูให้ขยายออกอีก 4 ซม. เพื่อให้มีความกว้างสุทธิของประตูไม่น้อยกว่า 90 ซม. - ห้องส้วมต้องสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก - ไม่มีพื้นต่างระดับตั้งแต่ทางเข้า - ในกรณีที่จำเป็นพื้นต่างระดับไม่ควรสูงเกิน 2 ซม. - ป้ายสัญลักษณ์คนพิการและผู้สูงอายุควรติดบนประตูด้านหน้า แต่ไม่จำเป็นต้องมีป้ายหากคนพิการและผู้สูงอายุสามารถเข้าได้ทุกห้อง - ประตูห้องส้วมควรเป็นแบบบานเลื่อน		
-----	-------------------------------------	--	--	---	---

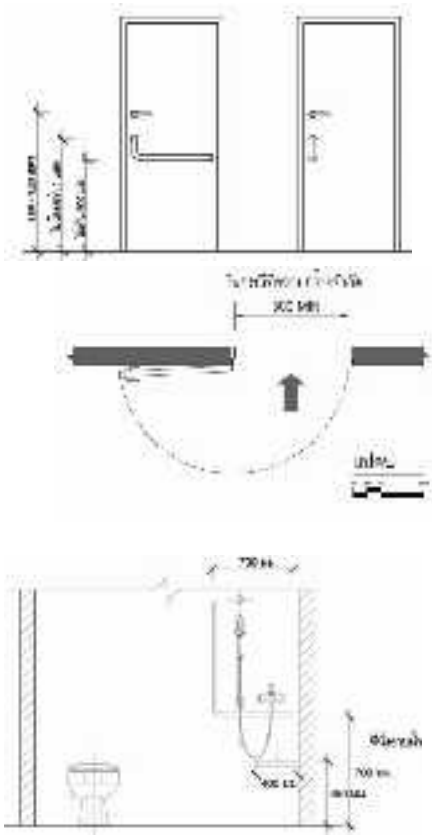
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
10.	ห้องสุขาส่วน อาคารผู้ป่วย นอก	สุขาส่วนผู้ป่วยนอกมีพื้นที่ว่าง ในห้องน้ำรัศมีน้อยกว่า 1.50 ม.	- พื้นที่ว่างภายในมีเส้นผ่าศูนย์กลางไม่น้อยกว่า 150 ซม. - วัสดุปูพื้นผิวไม่ลื่น กันน้ำ ทำความสะอาดง่ายและสามารถสังเกตเห็นความแตกต่างระหว่างสีของกำแพงกับพื้นได้ สำหรับ - ไม่มีน้ำขังบนพื้น โดยพื้นห้องน้ำต้องมีความลาดเอียงเพียงพอไปยังช่องระบายน้ำทิ้ง - พื้นห้องส้วมมีระดับเสมอพื้นภายนอก ถ้าเป็นพื้นที่ต่างระดับต้องมีลักษณะเป็นทางลาด		

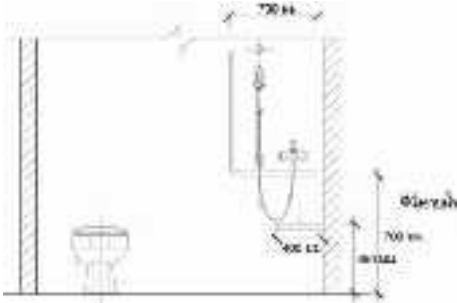
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
10.	ห้องสุขาส่วน อาคารผู้ป่วย นอก	ชักโครกติดตั้งราวจับแบบยึดติดกับพื้น	- โถส้วมชนิดนั่งราบ สูงจากพื้น 45-50 ซม. และมีพนักพิงที่มั่นคง - ราวจับบริเวณชักโครก ยื่นล้ำออกมาจากด้านหน้าโถส้วมไม่น้อยกว่า 25-30 ซม. - ราวจับบริเวณชักโครกแนวนอน สูงจากพื้น 65-70 ซม. และแนวดิ่งมีความยาวไม่น้อยกว่า 60 ซม. - ระยะกึ่งกลางของโถส้วมห่างจากผนัง 45-50 ซม. - ที่ปล่อยน้ำโถส้วมเป็นแบบชนิดคันโยก หรือ ชนิดอื่นที่คนพิการใช้งานได้สะดวก		 

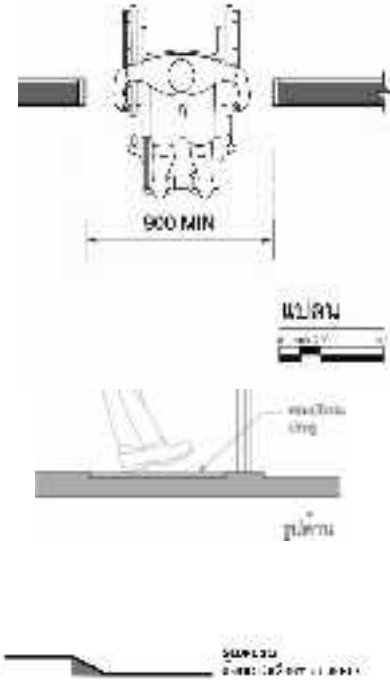
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
10.	ห้องสุขาส่วน อาคารผู้ป่วย นอก	- อ่างล้างหน้าติดตั้งราวจับแบบยึดติดกับพื้น - ท่อน้ำไม่มีการท่อหุ้ม - ก๊อกน้ำเป็นแบบหมุน	- ควรมีพื้นที่หน้าอ่างล้างมืออย่างน้อย 90 x 120 ซม. เพื่อการเข้าถึงได้โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง - อ่างล้างมือ มีความสูงจากพื้นถึงขอบบนของอ่าง 75 – 80 ซม. - มีราวจับในแนวนอนแบบพับเก็บได้ในแนวดิ่งทั้งสองข้างของอ่าง - ระยะห่างจากเส้นผ่านศูนย์กลางของอ่างล้างมือกับกำแพงด้านข้างควรจะไม่น้อยกว่า 45 ซม. - เนื้อที่ใต้อ่างสำหรับผู้ใช้เก้าอี้เข็นคนพิการ และอุปกรณ์ส่วนเกินใดๆ เช่น ท่อน้ำ ควรมีการท่อหุ้มเพื่อป้องกันการจับตะตะ - ก๊อกน้ำควรเป็นชนิดก้านโยก หรือก้านกด หรือก้านหมุน หรือระบบอัตโนมัติ		  

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
11.	ทางเดิน ระหว่างอาคาร ผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน	ทางลาดมีความชันมากกว่า กำหนด	- ปรับทางลาดให้มีความชัน 1:12 - มีราวจับทำด้วยวัสดุเรียบ มั่นคง ไม่ ลื่น ติดตั้งบริเวณทางลาด - พื้นผิววัสดุไม่ลื่น และไม่มีร่องและ ตะแกรงระบายน้ำ ไม่มีการเซาะร่อง ที่พื้น - ทางลาดมีความยาวโดยรวมไม่เกิน 6.0 ม. ต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 90 ซม. - ปลายทางลาด ต้องทำด้วยคอนกรีต เสริมเหล็ก ตรงจุดเริ่มต้นและ จุดสิ้นสุดทางลาดต้องมีสภาพดี เชื่อมต่อกับพื้นเดิมระยะทาง 1.5 ม. - ทางลาดที่ไม่มีผนังกัน ต้องมีราว หรือยกขอบ ไม่น้อยกว่า 15 ซม. ขอบทางลาดไม่มีร่องและ ตะแกรงระบายน้ำ		

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
12.	ลิฟต์ อาคารผู้ป่วยใน	บริเวณหน้าลิฟต์ไม่มีพื้น ผิวสัมผัสชนิดเตือน	- เพิ่มพื้นผิวสัมผัสชนิดเตือนบริเวณหน้าลิฟต์ - ประตูกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า 90 ซม. - มีผิวต่างสัมผัสหน้าประตูลิฟต์ ขนาด 30 x 90 ซม. ห่างจากประตู 30-60 ซม.		
13.	บริเวณผนัง หน้าลิฟต์ อาคารผู้ป่วยใน	วัสดุที่ใช้บริเวณผนังหน้าลิฟต์ กับสีของประตูลิฟต์เป็นสีเข้ม และมีแสงเข้าโถงลิฟต์น้อย	เปลี่ยนสีวัสดุผนังในโถงลิฟต์ให้สีอ่อน ลง และเจาะช่องแสงให้กว้างขึ้น		

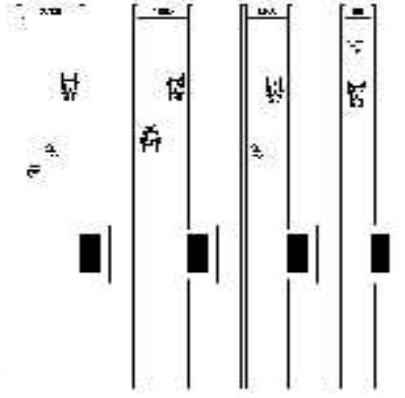
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
14.	ห้องน้ำ-ห้อง ส้วมในส่วน ห้องอายุรกรรม รวมหญิง	- ประตูห้องส้วมหญิงมีระยะความกว้างสุทธิน้อยกว่า 90 ซม. - ประตูห้องส้วมหญิง เป็นแบบเปิดเข้า - พื้นที่ว่างในห้องน้ำกว้างน้อยกว่า 1.50 ม. - ห้องอาบน้ำขาดที่นั่งอาบน้ำ	- ขยับประตูห้องส้วมให้มีระยะความกว้างสุทธิมากกว่า 90 ซม. - ประตูที่เหมาะสมที่สุด คือ ประตูบานเลื่อน หากเป็นบานเปิด ควรจัดให้อยู่ในลักษณะเปิดออกสู่ทางด้านนอก ทั้งนี้ในขณะที่ประตูห้องน้ำเปิดออกเต็มที่ ต้องเปิดค้างได้ไม่น้อยกว่า 90 องศา และไม่ควรติดตั้งตัวปิดประตูอัตโนมัติ (ใช้คอปประตู) - รวมห้องอาบน้ำกับห้องส้วมไว้ด้วยกัน เพื่อให้มีพื้นที่ว่างในการใช้งานมากขึ้น - เพิ่มที่นั่งอาบน้ำ เป็นแบบ Built in หรือเป็นเก้าอี้ลอยตัวที่มีความมั่นคงและมีพนักพิงได้		

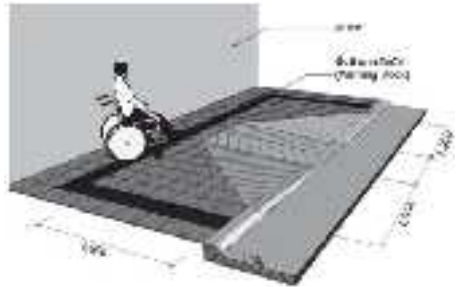
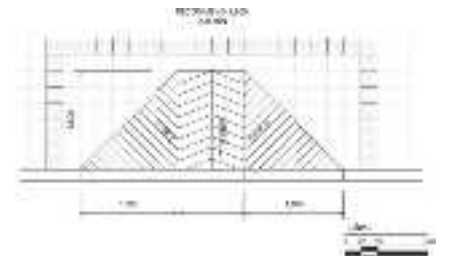
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
15.	ห้องน้ำ-ห้อง ส้วมในส่วนห้อง อายุรกรรมรวม ชาย	- ประตูห้องส้วมชายมีระยะความกว้างสุทธิ น้อยกว่า 90 ซม. - พื้นที่ว่างในห้องน้ำกว้าง น้อยกว่า 1.50 ม. - ห้องอาบน้ำขาดที่นั่งอาบน้ำ	- ขยับประตูห้องส้วมให้มีระยะความกว้างสุทธิมากกว่า 90 ซม. - ประตูบานเปิด ควรจัดให้อยู่ในลักษณะเปิดออกสู่ทางด้านนอก ทั้งนี้ ในขณะที่ประตูห้องน้ำเปิดออกเต็มที่ ต้องเปิดค้างได้ไม่น้อยกว่า 90 องศา และไม่ควรติดตั้งตัวปิดประตูอัตโนมัติ (ใช้คอปประตู) - รวมห้องอาบน้ำกับห้องส้วมไว้ด้วยกัน เพื่อให้มีพื้นที่ว่างในการใช้งานมากขึ้น - เพิ่มที่นั่งอาบน้ำ เป็นแบบ Built in หรือเป็นเก้าอี้ลอยตัวที่มีความมั่นคง และมีพนักพิงได้		 

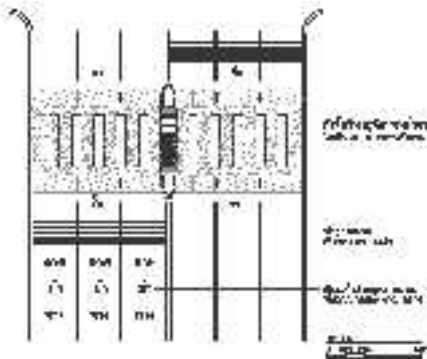
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
16.	ห้องน้ำทั่วไป อาคารสุตินารี / ศัลยกรรม	- ประตูห้องส้วมชายมีระยะความกว้างสุทธิ น้อยกว่า 90 ซม. - ขอบประตูห้องส้วมมีขอบต่างระดับ เล็กน้อย (2 ซม.) แต่ไม่มีการเตือนและไม่มีการปาดมุม	- ขยับประตูห้องส้วมให้มีระยะความกว้างสุทธิตั้งแต่ 90 ซม. - ประตูบานเปิด ควรเปิดออกสู่ทางด้านนอก และต้องเปิดค้างได้ไม่น้อยกว่า 90 องศา และไม่ควรติดตั้งตัวปิดประตูอัตโนมัติ (ใช้คอปประตู) - ทำการปาดมุมส่วนต่างระดับให้ห้องน้ำต่อเนื่องกัน และทำแถบสีเตือน		

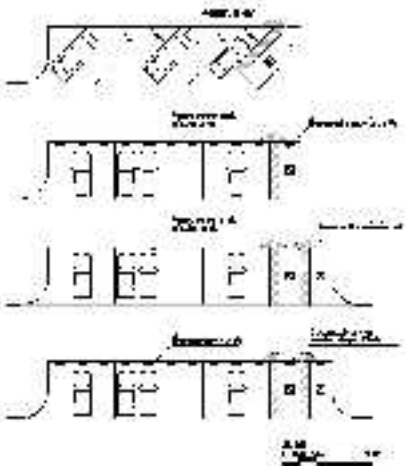
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
17.	คลินิกผู้สูงอายุ	- ห้องส้วมคนพิการ ประตุมีความกว้างสุทธิต่ำกว่า 90 ซม. - อุปกรณ์เปิดปิดประตู ใช้งานลำบาก	- ขยับประตูห้องส้วมให้มีความกว้างสุทธิมากกว่า 90 ซม. - อุปกรณ์เปิดปิดประตู เป็นชนิดก้านบิดหรือแกนผลัก อยู่สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 1.0 ม. แต่ไม่เกิน 1.2 ม.		

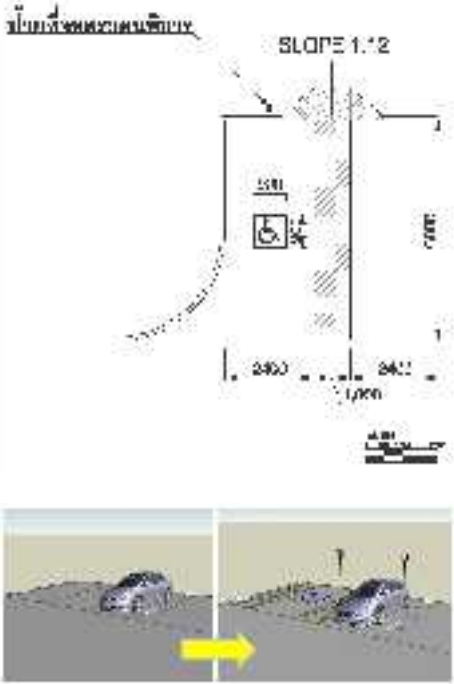
การปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ : โรงพยาบาลห้างฉัตร

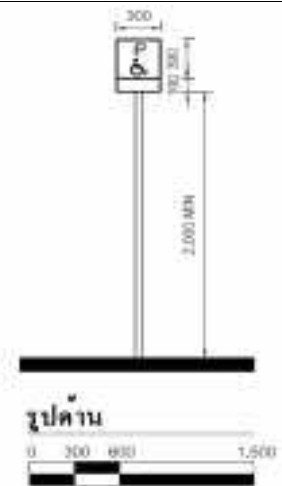
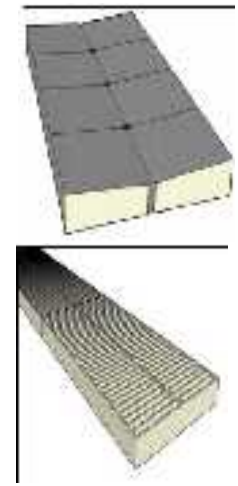
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
1.	ทางเท้า	ขาดการจัดเตรียมทางเท้าริมถนนภายในโรงพยาบาล	- จัดเตรียมทางเท้าที่มีความกว้างสุทธิอย่างน้อย 1.50 ม. - ใช้วัสดุที่เรียบไม่ลื่น ไม่มันวาว เช่น กรวดล้าง - ไม่มีสิ่งกีดขวางบนทางเท้า		

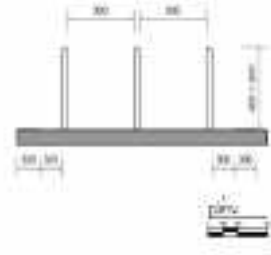
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
1.	ทางเท้า		- มีการจัดเตรียม ทางลาดตัดขอบถนน ในกรณีที่ทางเท้าสูงกว่าระดับถนน โดย รายละเอียดดังนี้ * ทางลาดขอบถนนควรมีความกว้าง อย่างน้อย 90 ซม. โดยไม่รวมทางลาด ด้านข้าง * ความชันของทางลาดต้องไม่น้อยกว่า 1 : 12 และขอบถนนไม่ควรสูงเกิน 15 ซม. * ตำแหน่งของทางลาดต้องไม่ลู่กล้ำเข้าไป ในเขตทางเดิน หรือถนน * ควรมีการสำรวจที่ตั้ง ให้อยู่ในบริเวณ ที่จะไม่ถูกรถจอดขวาง * ควรมีพื้นผิวต่างสัมผัสเตือนที่บริเวณ จุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุดทางลาดตัด ขอบถนน		 
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง

2.	ทางข้าม	ทางข้ามไม่ปลอดภัย ขาดการ จัดเตรียมทางข้ามจากฝั่ง ตรงกันข้ามของโรงพยาบาล	- จัดให้มีระบบทางข้ามอัจฉริยะ - ยกพื้นทางข้ามให้เท่ากันกับทางเท้า ริมถนน - มีการติดตั้งวัสดุเตือนสะท้อนแสง หรือ ไฟกระพริบ บริเวณขอบทาง ข้ามก่อนถึงตัวทางข้ามอย่างน้อย 6.00 เมตร - ให้ทางข้ามมีพื้นผิว สี และ ลวดลาย ที่เด่นชัด ตัดกับพื้นผิวของถนน - มีป้าย สัญลักษณ์ หรือ ข้อความ สำหรับเตือนในแนวตั้งบริเวณขอบ ถนนและบนพื้นผิวถนน สำหรับรถที่ สัญจรบนถนน - ในกรณีของโรงพยาบาลห้างฉัตรที่มี ทางต่างระดับพาดผ่านหน้า โรงพยาบาล อาจปรับใช้ทางลอด สำหรับกลับรถบริเวณหน้า โรงพยาบาลแทนการข้ามโดยตรง โดยการเพิ่มทางเท้าที่มีความกว้าง เพียงพอ	
----	---------	---	---	---

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
3.	ที่จอดรถ สำหรับคน พิการและ ผู้สูงอายุ	ขาดการจัดเตรียมที่จอดรถ สำหรับคนพิการและ ผู้สูงอายุ	- ให้มีการปรับสัดส่วน จำนวนที่จอดรถ สำหรับคนพิการ อย่างน้อยตามเกณฑ์ที่ จอดรถตามกฎหมายกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวก ในอาคารสำหรับผู้พิการหรือ / และคนชรา พ.ศ. 2548 ดังนี้ * ถ้ามีจำนวนที่จอดรถตั้งแต่ 10 คัน แต่ไม่ เกิน 50 คัน ให้มีที่จอดรถสำหรับคนพิการ น้อย 1 คัน * ถ้ามีจำนวนที่จอดรถตั้งแต่ 51 คัน แต่ไม่ เกิน 100 คัน ให้มีที่จอดรถสำหรับคน พิการอย่างน้อย 2 คัน * ถ้ามีจำนวนที่จอดรถตั้งแต่ 101 คันขึ้นไป ให้มีที่จอดรถสำหรับคนพิการอย่างน้อย 2 คัน และเพิ่มขึ้นอีก 1 คัน สำหรับ ทุกๆ จำนวนรถ 100 คันที่เพิ่มขึ้น เศษ ของ 100 คัน ถ้าเกินกว่า 50 คัน ให้คิด เป็น 100 คัน		

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
3.	ที่จอดรถ สำหรับคน พิการและ ผู้สูงอายุ		- จัดทำทางเท้าจากที่จอดรถคนพิการเข้าสู่อาคาร ใกล้ทางเข้าออกอาคารมากที่สุดและไม่ชนกับทางสัญจรของรถ - ในกรณีที่ระดับทางเท้าและระดับถนนต่างกันต้องมีทางลาดตัดขอบถนน โดยมีความต่อเนื่อง และปลอดภัย - มีพื้นผิวเรียบ มีระดับเสมอกัน - มีความกว้างไม่น้อยกว่า 2.40 เมตร และยาวไม่น้อยกว่า 6.00 เมตร - มีที่ว่างข้างที่จอดรถกว้างไม่น้อยกว่า 1.00 เมตร ตลอดความยาวของที่จอดรถ โดยที่ว่างดังกล่าวต้องมีลักษณะพื้นผิวเรียบและมีระดับเสมอกับที่จอดรถ เพื่อให้เพียงพอสำหรับการเคลื่อนย้ายของผู้พิการระหว่างเก้าอี้เข็นคนพิการและตัวรถ และเพียงพอในการเปิดประตुरถได้เต็มที่		

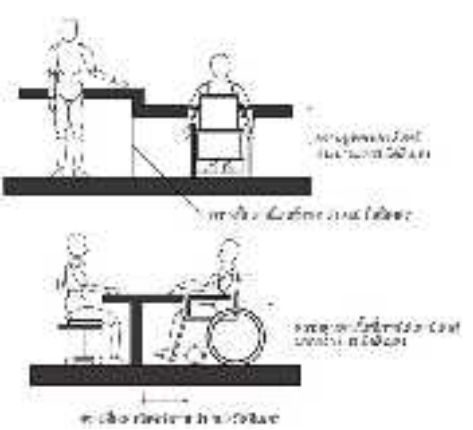
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
3.	ที่จอดรถ สำหรับคน พิการและ ผู้สูงอายุ		- จัดให้มีสัญลักษณ์รูปผู้พิการนั่งเก้าอี้เข็นคนพิการอยู่บนพื้นของที่จอดรถด้านที่ติดกับทางสัญจรรถ มีขนาดกว้างไม่น้อยกว่า 0.90 เมตร และยาวไม่น้อยกว่า 0.90 เมตร - มีป้ายขนาดกว้างไม่น้อยกว่า 0.30 เมตร และยาวไม่น้อยกว่า 0.30 เมตร ติดอยู่สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 2.0 เมตร ในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน		
4.	การระบายน้ำ	พบว่าบางจุดที่มีรูหรือตะแกรงระบายน้ำ เนื่องจากป้องกันการเกิดของยุง ทำให้อาจเป็นอุปสรรคต่อผู้ใช้ไม้เท้า ไม่ค้ำยัน หรือ ล้อรถเข็นคนพิการได้	- ตะแกรงหรือรูระบายน้ำควรอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัญจร - ทิศทางของร่องตะแกรงควรตั้งฉากกับทางสัญจร - รูระบายน้ำควรกว้างไม่เกินกว่า 1.3 ซม. - ออกแบบให้ตะแกรงมีความโปร่งมากขึ้นและแดดสามารถส่องถึงได้		

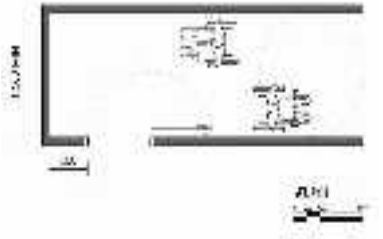
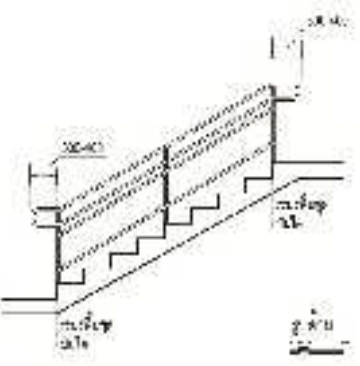
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
5.	ป้อมยาม	ป้อมยามอยู่ด้านหน้าของโรงพยาบาล ถือเป็นส่วนต้อนรับและ บริการจุดแรกๆ ของโรงพยาบาล แต่ผู้ให้บริการเข้าถึงป้อมยามได้ไม่สะดวกเนื่องจากมีสิ่งกีดขวางและเคาน์เตอร์บริการสูงเกินไป	- จัดย้ายสิ่งกีดขวางออก - ปรับเคาน์เตอร์บริการให้มี 2 ระดับ		
6.	เสาเตี้ย และ โข่คล้อง	มีการใช้เสากันใช้สำหรับกันยานพาหนะออกจากทางสัญจรหรือบ่งบอกถึงสถานที่ที่ไม่ควรจอดรถ แต่หัวเสามีลักษณะเป็นหัวเมดแหลม อาจทำให้เกิดอันตรายในกรณีที่ผู้ใช้บริการเซล้ม หรือ เสียการทรงตัว	-ไม่ควรมีเสากันในบริเวณที่คนพิการทางการมองเห็น หรือผู้สูงอายุต้องใช้งาน หากไม่จำเป็น -ในกรณีที่จำเป็นต้องมีเสากัน ความสูงของเสาควรอยู่ระหว่าง 450 – 1,000 มม. และให้มีพื้นผิวต่างสัมผัสเตือนก่อนถึงเสา กันด้วย -เสาควรสังเกตได้ง่าย มีสีสดหรือทำแถบที่มีสีติดกับตัวเสา -เสาควรมีระยะห่างความกว้าง จากขอบถึงขอบอย่างน้อยที่สุด 0.90 เมตร ในกรณีที่ต้องการให้เก้าอี้เข็นคนพิการผ่านได้		 

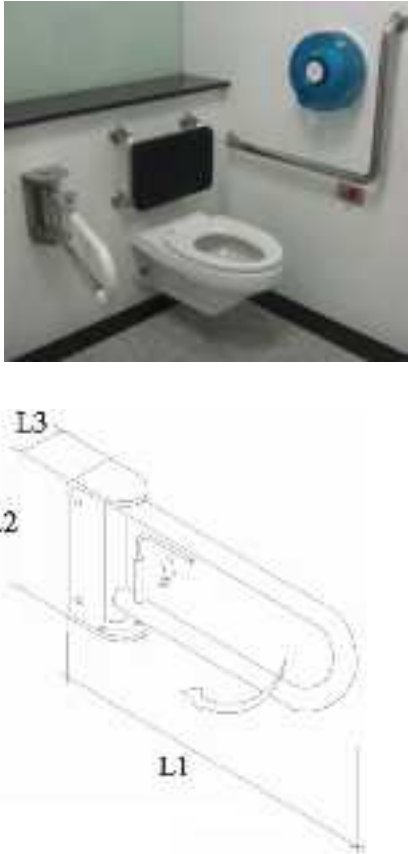
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
6.	เสาเตี้ย และ โซ่คล้อง	โซ่คล้องในลักษณะที่ตกห้อย ข้างนั้น ไม่มั่นคง อาจเกิดการ สะดุด เกี่ยวขาได้	- ไม่ควรมีโซ่คล้องหรือสายคล้อง ใน กรณีที่ต้องมี โซ่คล้องหรือ สายคล้องควรสูงจากระดับพื้นไม่ ต่ำกว่า 500 มม. และไม่สูงเกิน กว่า 1,000 มม. - เสาที่จำเป็นต้องมีโซ่คล้องหรือ สายคล้อง เป็นสิ่งที่ควรใช้ให้น้อย ที่สุดเนื่องจากอาจเกิดการสะดุด ชน จากการที่มองไม่เห็น โดยถ้า จำเป็นต้องมีโซ่คล้องหรือสาย คล้องก็ต้องใช้สี รูปร่างลักษณะที่ แตกต่าง โดดเด่น ชัดเจน และไม่ กลืนไปกับพื้น		

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
7.	ภูมิทัศน์ของโรงพยาบาล	-มีการจัดสวนไว้โดยรอบพื้นที่โรงพยาบาล บางจุดเป็นสวนที่ส่งกลิ่นในการบำบัด เช่น สวนตะไคร้ แต่อยู่ไกลจุดกิจกรรมในอาคาร และ บางจุดเข้าถึงลำบาก -มีการจัดเตรียม สวนสุขภาพ แต่ขาดการดูแลรักษา และ อุปกรณ์ในสวนชำรุด -การจัดภูมิทัศน์บางจุดกลายเป็นอุปสรรคและสิ่งกีดขวางการสัญจรและการเข้าถึงพื้นที่	- ควรมีการเพิ่มการจัดสวนในบางจุด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เช่น บริเวณที่รอตรวจ บริเวณห้องพัก - ควรมีการปรับเพิ่มสวนหรือภูมิทัศน์ที่ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใช้งานได้ เพื่อเป็นการพักผ่อนและนั่งรอ -ควรมีการดูแลให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์และมีปริมาณเพียงพอ เหมาะสมกับการใช้งาน - ควรมีการเลือกใช้พืชพรรณที่เหมาะสมดังนี้ * หลีกเลี่ยงพืชพรรณที่มีรากตื้น ขนาดใหญ่แผ่ล้นผิวดิน เนื่องจากอาจทำลายระบบพื้น * หลีกเลี่ยงพืชที่มีหนาม หรือมีพิษ พืชไม้ที่มีใบ กิ่ง ก้าน ร่วงหล่นง่าย ในพื้นที่ที่ใกล้เคียงกับเส้นทางสัญจรของผู้คน เนื่องจากอาจเป็นอันตรายได้		

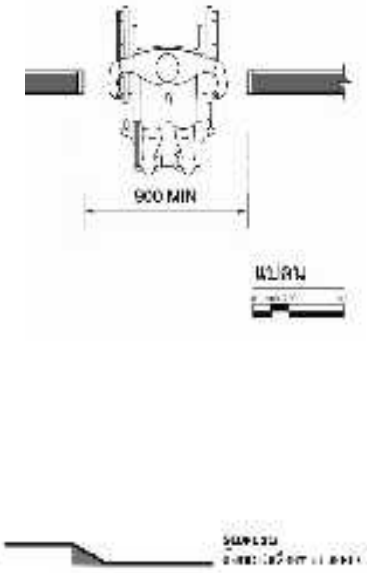
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
8.	ส่วนผู้ป่วยนอก	- ห้องตรวจผู้สูงอายุมีพื้นที่ว่างภายในห้องมีรัศมีน้อยกว่า 1.5 เมตร	- ขยับลิ้นชักขวาน้ำออกไปไว้ที่อื่น แล้วเลื่อนบันไดขึ้นเตียงมาชิดผนังห้อง เพื่อเพิ่มพื้นที่ว่างภายในห้อง		

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
9.	ส่วนจ่ายยาและ ชำระเงิน	ส่วนคัดแยกผู้ป่วย ความสูง รวมของเคาน์เตอร์สูงเกิน 75 ซม.	ปรับเคาน์เตอร์ให้ต่ำลงเหลือ 75 ซม. อย่างน้อย 1 ช่อง และทำให้มีที่ว่าง ด้านล่างเคาน์เตอร์เพื่อเป็นช่องสอด ขา		 

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
10.	ทางเชื่อม อาคารผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก	- วัสดุที่ใช้มีความมันเงาเกินไป และไม่มีพื้นผิวต่างสัมผัสชนิดเตือน - บริเวณบันไดไม่มีราวจับ	- ทางเดิน ทางเชื่อมควรมี พื้นผิวเรียบเสมอกัน ไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวางหรือมีส่วนของอาคารยื่นล้ำออกมาเป็นอุปสรรคหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อคนพิการ - มีความกว้างไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร และต้องมีผนังหรือราวกันตกทั้ง 2 ด้าน - บริเวณทางแยกต้องมีพื้นผิวต่างสัมผัส กรณีมีฝาต่อระบายน้ำต้องมีขนาดรูช่องตะแกรงห่างไม่เกิน 1.3 เซนติเมตรและไม่ขนาบแนวทางเดิน - ติดตั้งราวจับบริเวณบันได โดยปลายราวจับ ยื่นจากจุดสิ้นสุด 30 ซม. ขนานกับพื้น จุดเริ่มต้นและสิ้นสุดปลายราวจับต้องเป็นปลายมน		 

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
11.	อายุรกรรมชาย -ส่วนห้องน้ำ ห้องส้วม	- เส้นทางสัญจรในห้องน้ำต้องเจอส่วนเปียกก่อนส่วนแห้ง ทำให้ผู้ใช้มีโอกาสลื่นล้มได้ง่าย - ราวจับบริเวณชักโครก อยู่สูงเกินไป	- สลับส่วนเปียกกับส่วนแห้ง ให้ได้เจอส่วนแห้งก่อน แล้วจึงเจอส่วนเปียก - วัสดุที่ใช้ทำพื้นห้องส้วมควรเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น กันน้ำ ทำความสะอาดง่าย และสามารถสังเกตเห็นความแตกต่างระหว่างสีของกำแพงกับพื้นได้ - พื้นที่ว่างภายในห้องส้วมควร มีเส้นผ่าศูนย์กลางไม่น้อยกว่า 1.50 ม. - ข้างที่ติดผนัง ควรมีราวจับบริเวณชักโครกแนวนอน สูงจากพื้น 65-70 ซม. และแนวดิ่งมีความยาวไม่น้อยกว่า 60 ซม. -ข้างที่ไม่ติดผนัง ควรมีราวจับที่มีลักษณะแบบพับเก็บได้ในแนวนราบหรือแนวดิ่ง เมื่อกางออกให้มีระบบล้อคที่คนพิการและคนชราสามารถปลดล็อคได้ง่าย		

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
11.	อายุรกรรมชาย -ส่วนห้องน้ำ ห้องส้วม	- อ่างล้างมือสูงเกิน 80 ซม. และไม่สามารถสอดขาเข้าไป ได้	- ขยับให้อ่างล้างมือต่ำลงมา โดยควร มีความสูงจากพื้นถึงขอบบนของอ่าง 75 - 80 ซม. - ควรมีพื้นที่หน้าอ่างล้างมืออย่าง น้อย 90 x 120 ซม. เพื่อการเข้าถึง ได้โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง - มีราวจับในแนวนอนแบบพับเก็บ ได้ในแนวดิ่งทั้งสองข้างของอ่าง - ได้อ่างควรเป็นที่ว่าง (Knee clearance) สูงอย่างน้อย 55 ซม. สำหรับผู้ที่ใช้เก้าอี้เข็นคนพิการ (Wheelchair) สามารถเข้าถึงได้ - เนื้อที่ได้อ่างสำหรับผู้ที่ใช้เก้าอี้เข็น คนพิการ และอุปกรณ์ส่วนเกินใดๆ เช่น ท่อน้ำ ควรมีการห่อหุ้มเพื่อ ป้องกันการจับตะ - ไม่ควรมีชั้นวางของอยู่เหนืออ่าง ล้างมือ		 

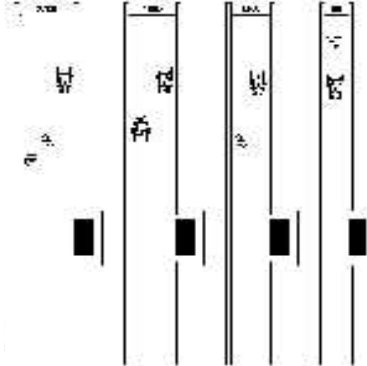
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
12.	อาคารผู้สูงอายุ (กายภาพบำบัด) -ห้องน้ำห้อง ส้วม	-ประตูห้องน้ำกว้างน้อยกว่า 0.90 ม. - บริเวณรอยต่อพื้นภายนอกกับพื้นห้องน้ำมีความต่างระดับ และไม่มีทางลาดขอบ (Curve ramp)	- ประตูที่เหมาะสมที่สุด คือ ประตูบานเลื่อน หากเป็นบานเปิด ควรจัดให้อยู่ในลักษณะเปิดออกสู่ทางด้านนอก ทั้งนี้ในขณะที่ประตูห้องน้ำเปิดออกเต็มที่ ต้องเปิดค้างได้ไม่น้อยกว่า 90 องศา และไม่ควรติดตั้งตัวปิดประตูอัตโนมัติ (ใช้คอปประตู) - ช่องประตูควรมีความกว้างอย่างน้อย 90 ซม. พร้อมมือจับแบบก้านโยกที่ใช้งานสะดวก - ความสูงของธรณีประตูต้องสูงไม่เกิน 2 ซม. และให้ขอบทั้งสองด้านมีความลาดเอียง 1: 2 เพื่อให้เก้าอี้เข็นคนพิการ (Wheelchair) หรือคนพิการที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินสามารถข้ามได้สะดวก		

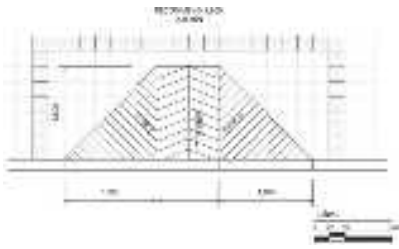
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
12.	อาคารผู้สูงอายุ (กายภาพบำบัด) -ห้องน้ำห้อง ส้วม	-ไม่มีราวจับ	ติดตั้งราวจับเพิ่มตามแบบ ดังนี้ - โถส้วมชนิดนั่งราบ สูงจากพื้น 45-50 ซม. และมีพนักพิงที่มั่นคง - ราวจับบริเวณชักโครก ยื่นล้ำออกมาจากด้านหน้าโถส้วมไม่น้อยกว่า 25-30 ซม. - ราวจับบริเวณชักโครกแนวนอน สูงจากพื้น 65-70 ซม. และแนวดิ่งมีความยาวไม่น้อยกว่า 60 ซม. - ระยะกึ่งกลางของโถส้วมห่างจากผนัง 45-50 ซม. - ที่ปล่อยน้ำโถส้วมเป็นแบบชนิดคันโยก หรือ ชนิดอื่นที่คนพิการใช้งานได้สะดวก - มีสายชำระหรือระบบฉีดน้ำชำระอัตโนมัติ ใช้งานได้และสะดวก		

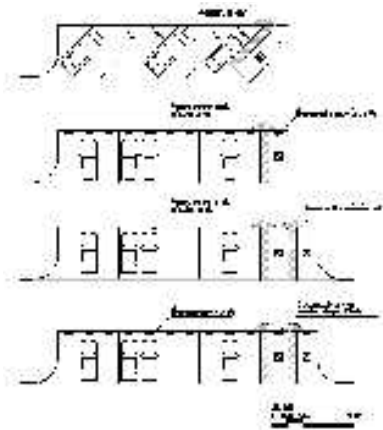
โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาว

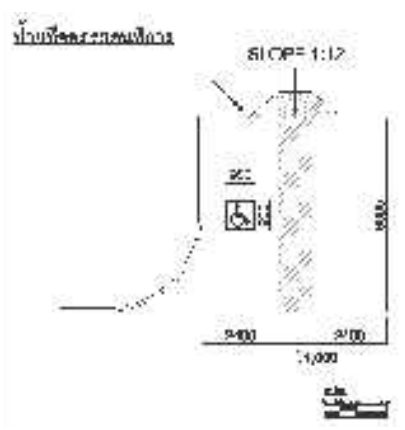
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
13.	อาคารผู้สูงอายุ (กายภาพบำบัด) -เคาน์เตอร์ ติดต่อ	เคาน์เตอร์มีความสูงมากกว่า 0.75 ม.	ปรับเคาน์เตอร์อย่างน้อย 1 ช่องให้มี ความสูง 0.75 ม. หรือจัดเคาน์เตอร์ ให้เป็นโต๊ะ-เก้าอี้ อย่างน้อย 1 ชุด		

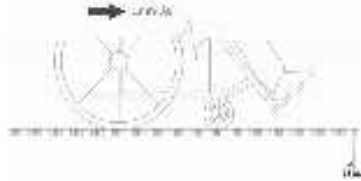
การปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ : อบต.เมืองยาว

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
1.	ทางเท้า	ขาดการเตรียมทางเท้าริมถนนภายในพื้นที่และไม่เชื่อมต่อกับภายนอก	- จัดเตรียมทางเท้าที่มีความกว้างสุทธิอย่างน้อย 1.50 เมตร - ใช้วัสดุที่เรียบไม่ลื่น ไม่มันวาว เช่น กรวดล้าง - ไม่มีสิ่งกีดขวางบนทางเท้า - มีการจัดเตรียม ทางลาดตัดขอบถนน(Curb ramp) ในกรณีที่ทางเท้าสูงกว่าระดับถนน โดยไม่ควรสูงเกิน 15 ซม. - ตำแหน่งของทางลาดต้องไม่ลู่ล้อเข้าไปในเขตทางเดิน หรือถนน - ควรมีการสำรวจที่ตั้งให้อยู่ในบริเวณที่จะไม่ถูกรถจอดขวาง		

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
1.	ทางเท้า		- มีการจัดเตรียม ทางลาดตัดขอบถนน (Curb ramp) ในกรณี ที่ทางเท้าสูงกว่าระดับถนน โดย มีรายละเอียดดังนี้ 1. ทางลาดขอบถนนควรมีความ กว้างอย่างน้อย 90 ซม. โดยไม่ รวมทางลาดด้านข้าง 2. ความชันของทางลาดต้องไม่ น้อยกว่า 1 : 12 และขอบถนน ไม่ควรสูงเกิน 15 ซม. 3. ตำแหน่งของทางลาดต้องไม่ ลูกล้าเข้าไปในเขตทางเดิน หรือ ถนน 4. ควรสำรวจที่ตั้ง ให้อยู่ใน บริเวณที่ไม่ถูกรถจอดขวาง 5. ควรมีพื้นผิวต่างสัมผัสเตือนที่ บริเวณจุดเริ่มต้น และจุดสิ้นสุด ทางลาดตัดขอบถนน		 

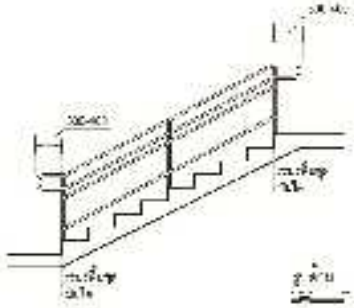
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
2.	ที่จอดรถ	- ไม่ได้จัดที่จอดรถ เฉพาะสำหรับคนพิการ และผู้สูงอายุ	- ให้มีการปรับสัดส่วน จำนวนที่ จอดรถสำหรับคนพิการ ตาม เกณฑ์ที่จอดรถตาม กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวก ในอาคารสำหรับผู้พิการหรือ / และคนชรา พ.ศ. 2548 ดังนี้ - สัดส่วน 10-50 คัน ให้มีที่จอดรถคนพิการ 1 คัน - 51-100 คัน ให้มีที่ จอดรถคนพิการ 2 คัน - ทุกๆ 100 คันขึ้นไป ให้มีที่จอดรถคนพิการเพิ่ม 1 คัน		

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
2.	ที่จอดรถ		- ควรจัดให้มีที่จอดรถสำหรับคนพิการใกล้ทางเข้า-ออกอาคาร - พื้นผิวเรียบ ระดับเสมอกัน - มีที่ว่างด้านข้างรถไม่น้อยกว่า 1-1.4 ม. - ช่องจอดรถ มีขนาด 2.4 x 6 ม. - ช่องจอดรถ ไม่ขนานกับทางเดินรถ หรือขนานกับทางเดินแต่มีที่ว่างเพียงพอกับการขึ้นลงของคนพิการ - มีสัญลักษณ์รูปคนพิการที่พื้น ขนาด 90 x 90 ซม. - มีป้ายสัญลักษณ์รูปคนพิการ ขนาดไม่น้อยกว่า 30 x 30 ซม. ติดสูงจากพื้น 2 ม.ในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน		ภาพที่จอดรถก่อนปรับปรุง  รูปถ่าย 

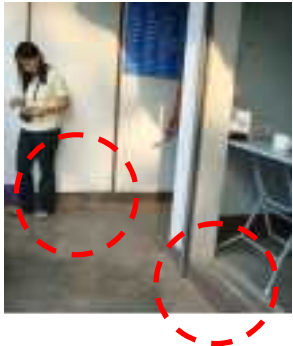
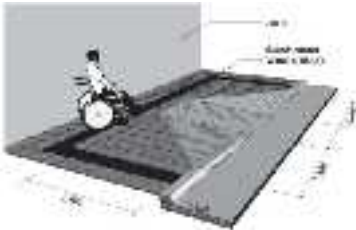
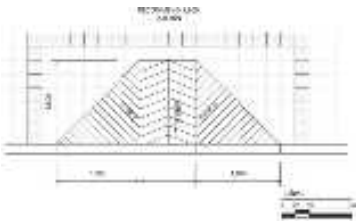
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
3.	การระบายน้ำ	พบว่าบางจุดที่มีรูหรือตะแกรงระบายน้ำ ทำให้อาจเป็นอุปสรรคต่อผู้ใช้ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน หรือ ล้อรถเข็นผู้พิการได้	- ตะแกรงหรือรูระบายน้ำ ควรอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัญจร - ทิศทางของร่องตะแกรง ควรตั้งฉากกับทางสัญจร - รูระบายน้ำควรกว้างไม่เกินกว่า 1.3 ซม. - ออกแบบให้ตะแกรงมีความโปร่งมากขึ้นและแตกสามารถส่องถึงได้		  

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
4.	ภูมิทัศน์และพื้นที่กิจกรรมของผู้สูงอายุและคนพิการ	ทราบว่าได้มีการออกแบบจัดสวนไว้โดยรอบพื้นที่ทางคณะผู้ประเมินยังไม่ทราบผังการออกแบบที่ชัดเจน จึงขอเสนอเพื่อเป็นแนวทางไว้	- ควรพื้นที่สีเขียวสำหรับการพักผ่อนและนั่งรอ - ซึ่งควรมีการดูแลให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์และมีปริมาณเพียงพอ เหมาะสมกับการใช้งาน - ควรมีการเลือกใช้พืชพรรณที่เหมาะสมดังนี้ ○ หลีกเลี่ยงพืชพรรณที่มีรากตื้น ขนาดใหญ่แผ่พุ่มผืนดิน เนื่องจากอาจทำลายระบบพื้น ○ หลีกเลี่ยงพืชที่มีหนาม หรือมีพิษพืชที่มีเศษซาก จากผล/เปลือก จากฝัก จากเมล็ด หรือจากกิ่งหัก พืชที่มีกิ่งก้านต่ำ พืชที่มีรากตื้นในพื้นที่ที่ใกล้เคียงกับเส้นทางสัญจรของผู้คน เนื่องจากอาจเป็นอันตรายได้	 ทางเดินนวดบำบัดเท้าในรูปแบบที่มีอยู่เดิมสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นพื้นที่กิจกรรมผู้สูงอายุและคนพิการได้	

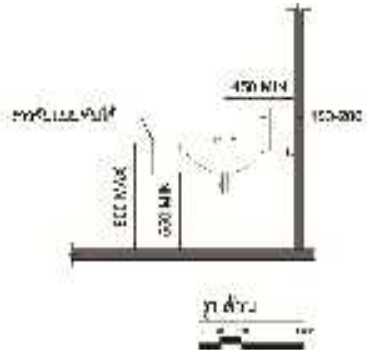
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
4	ภูมิทัศน์และพื้นที่กิจกรรมของผู้สูงอายุและคนพิการ		- ควรมีสวนสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการทำกิจกรรม โดยมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ พื้นฐาน เช่น ราวจับ ทางลาด ที่นั่งพัก พื้นที่อยู่ใกล้ห้องสุขา มีป้ายสัญลักษณ์ที่ชัดเจน มีความสว่างพอเพียง เป็นต้น		

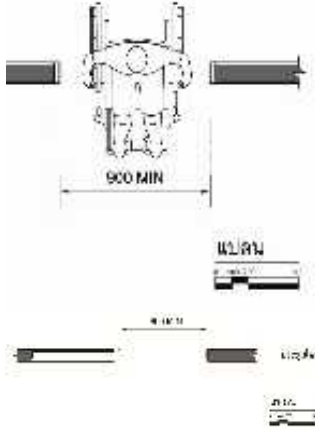
ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
5.	บันไดทางเข้า	- ทางขึ้นบันไดไม่มีราวจับ	- บันไดควรความกว้างอย่างน้อย 1.5 ม. - ลูกตั้งมีความสูงไม่เกิน 15 ซม. และไม่เปิดเป็นช่องโถ่ง - ลูกนอนมีความกว้างไม่น้อยกว่า 30 ซม. และต้องใช้วัสดุที่ไม่ลื่น - จมูกบันได ไม่ควรมีขอบที่แหลมคม และไม่ลื่น มีระยะเหลื่อมกันได้ไม่เกิน 2 ซม. - มีพื้นผิวต่างสัมผัสก่อนทางขึ้น, ขานพัก และขั้นสุดท้าย - ควรติดตั้งราวจับบริเวณบันได		

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
5.	บันไดทางเข้า	- ไม่มีทางลาดเข้าอาคาร	- ทำทางลาดเข้าอาคารที่มีความชันไม่เกิน 1:12 คือ ความสูงต่อความยาว และมีราวจับทำด้วยวัสดุเรียบ มั่นคง ไม่ลื่น ติดตั้งบริเวณทางลาด - พื้นผิววัสดุไม่ลื่น และไม่มีร่องและตะแกรงระบายน้ำ ไม่มีการเซาะร่องที่พื้น - ปลายทางลาด ต้องทำด้วยคอนกรีตเสริมเหล็ก ตรงจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดทางลาดต้องมีสภาพดี เชื่อมต่อกับพื้นเดิมยาว 1.5 ม. - ถ้าทางลาดยาวตั้งแต่ 2.5 ม. ขึ้นไป ต้องมีราวจับทั้ง 2 ข้าง - ทางลาดมีความยาวโดยรวมไม่เกิน 6 ม. ต้องมีความกว้างไม่น้อยกว่า 90 ซม.		 

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
6.	ทางเดินภายในอาคาร	มีพื้นต่างระดับหลาย แห่งที่ไม่มีทางลาด	- ปรับระดับพื้นให้อยู่ในระดับเดียวกัน - ทำทางลาด ที่มีความชันไม่เกิน 1: 12 - พื้นผิวทำจากวัสดุไม่ลื่น - ต้องไม่มีสิ่งกีดขวาง - ป้ายและสิ่งกีดขวางที่อยู่เหนือทางเดินต้องสูงกว่าพื้นทางเดินอย่างน้อย 2 ม. - กรณีที่มีสิ่งกีดขวางที่จำเป็นบนทางเดิน ต้องจัดให้อยู่ในแนวเดียวกัน โดยไม่กีดขวางทางเดินและจัดให้มีพื้นผิวต่างสัมผัส หรือมีการกั้นเพื่อให้ทราบก่อนถึงสิ่งกีดขวางการกั้นเพื่อให้ทราบก่อนถึงสิ่งกีดขวาง อยู่ห่างจากสิ่งกีดขวางไม่น้อยกว่า 30 ซม.	 	 

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
7.	ห้องน้ำ	- โถส้วมเป็นแบบนั่งยอง ทำให้บางคนไม่สามารถใช้ได้อย่างสะดวก - โถส้วมมีการเปลี่ยนระดับ ทำให้อันตรายสำหรับผู้สูงอายุ	- เปลี่ยนโถส้วมเป็นแบบนั่งราบ สูงจากพื้น 45-50 เซนติเมตร และมีพนักพิงที่มั่นคง - ปรับระดับพื้นห้องส้วมให้มีระดับเท่ากัน - ติดตั้งราวจับบริเวณ โถส้วมโดยราวจับบริเวณชักโครกแนวนอน สูงจากพื้น 65-70 เซนติเมตร และแนวดิ่งมีความยาวไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร - ติดตั้งระบบสัญญาณแจ้งเหตุฉุกเฉินขอความช่วยเหลือจากภายในสู่ภายนอก	 	 

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
7.	ห้องน้ำ	- ระดับอ่างล้างหน้าอยู่สูงกว่า 80 ซม.	- ลดระดับอ่างล้างหน้าลงมาให้อยู่สูงจากพื้น 75-80 ซม. และท่อน้ำ ควรมีการท่อน้ำเพื่อป้องกันการจับแตะ - ควรมีพื้นที่หน้าอ่างล้างหน้าอย่างน้อย 90 x 120 ซม. เพื่อการเข้าถึงได้โดยไม่มีสิ่งกีดขวาง - มีราวจับในแนวนอนแบบพับเก็บได้ในแนวดิ่งทั้งสองข้างของอ่าง - เปลี่ยนก๊อกน้ำ ให้เป็นชนิดก้านโยก หรือก้านกด หรือก้านหมุน หรือระบบอัตโนมัติ		 

ลำดับ	อาคาร/พื้นที่	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ภาพถ่ายปัจจุบัน	แนวทางการปรับปรุง
7.	ห้องน้ำ	- ประตูเป็นแบบบานเปิดเข้าและมีความกว้างน้อยกว่า 90 ซม.	- เปลี่ยนประตูให้เป็นแบบบานเลื่อนหรือแบบบานเปิดออก - ในกรณีที่มีธรณีประตู ความสูงของธรณีประตูต้องสูงไม่เกิน 2 ซม. และให้ขอบทั้งสองด้านมีความลาดเอียง 1: 2 เพื่อให้เก้าอี้เข็นคนพิการ (Wheelchair) หรือคนพิการที่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินสามารถข้ามได้สะดวก - ควรจะมีมือจับประตูทั้งภายในและภายนอกห้อง เพื่อให้การเปิดปิดประตูสะดวก		  

การพัฒนา:บบบริการสุขภาพในสถานบริการ สู่ชุมชนแบบครบวงจร

1. พื้นที่ดำเนินการ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลห้างฉัตร ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลเมืองยาว และศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ วัดต้นซ้อ อำเภอแม่ฮาว จังหวัดลำปาง
2. วัตถุประสงค์
 - 1.1 เพื่อพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวในสถานบริการสาธารณสุขสู่ชุมชน
 - 1.2 เพื่อจัดทำระบบการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุระหว่างสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับและชุมชน
 - 1.3 เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลแบบองค์รวม และสามารถควบคุมปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
 - 1.4 เพื่อจัดทำการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาผู้สูงอายุระยะยาว ในสถานบริการสาธารณสุข
3. เป้าหมาย
 - 3.1 Healthy/ Active Aging
 - 3.2 Prevention โรคที่ป้องกันได้ กรณีเจ็บป่วยได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย และการดูแลรักษา
4. รูปแบบการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ
 - 4.1 โรงพยาบาลศูนย์ทั้งภายในโรงพยาบาลและชุมชน
 - 4.2 โรงพยาบาลชุมชน
 - 4.3 สถานบริการสุขภาพในชุมชน สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ การบริการสุขภาพทุกระดับ ผู้สูงอายุได้รับการที่ครอบคลุมบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic health service) 4 มิติ

- 1) บริการผู้ป่วยนอก เน้นรักษา/ ป้องกัน/ ส่งเสริม
- 2) บริการผู้ป่วยใน เน้นรักษา/ ป้องกัน/ ส่งเสริม
- 3) คลินิกผู้สูงอายุ เน้นรักษา/ ป้องกัน/ ส่งเสริม
- 4) โรงพยาบาลชุมชน เน้นรักษา/ ป้องกัน/ ส่งเสริม
- 5) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พื้นฟู/ป้องกันโดยยึดหลักการ
 - ผู้สูงอายุ ชุมชน และภาคีเครือข่ายในชุมชนดำเนินการ
 - บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงาน และสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ

5. การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ให้บริการ

5.1 ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เป็นบทบาทหน้าที่ของฝ่ายเวชกรรมสังคมดำเนินการ

- 1) ป้องกันการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ /ภาวะทุพพลภาพ
- 2) จัดกิจกรรม รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความหลากหลาย เช่น
 - การคัดกรอง/การตรวจ/การรักษาเบื้องต้น กรณีที่มีความเจ็บป่วย
 - การปรับแผนการดำเนินชีวิต การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง
 - การจัดชมรมผู้สูงอายุ/ มีกิจกรรมบูรณาการ/ การออกกำลังกาย/ การบริการตรวจสุขภาพ/ การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ
- 3) จัดกิจกรรม โครงการเพื่อนเยี่ยมเพื่อน โครงการผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เป็นอาสาสมัครแกนนำเยี่ยม และดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

5.2 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเน้นการส่งเสริมและการป้องกัน โดยจัดกิจกรรม การปรับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่ให้เกิดโรค

5.3 ผู้สูงอายุกลุ่มป่วย/ พิการ เน้นการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน

6. รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการสู่ชุมชน

```
graph TD; A[กลุ่มผู้สูงอายุ 1, 2, 3] --> B[Ambulatory care]; A --> C[Long-term care]; A --> D[Acute care]; B --> C; C --> D; D --> B; C <--> D; E[Subacute care] --- F[Intermediate care];
```

The diagram illustrates the continuum of care for older adults. At the top is a box labeled "กลุ่มผู้สูงอายุ 1, 2, 3" (Older adults group 1, 2, 3). Below this box are three boxes: "Ambulatory care" on the left, "Long-term care" in the middle, and "Acute care" on the right. Arrows point from the top box to each of these three boxes. There are also arrows between "Long-term care" and "Acute care" pointing in both directions. Below these three boxes are two more boxes: "Subacute care" on the left and "Intermediate care" on the right, connected by a double-headed arrow.

7. ระดับการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ

7.1. Primary care

- บริการคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป (Screening) / Geriatric syndrome (สมองเสื่อม หกล้ม เดินลำบาก กลืนปัสสาวะไม่ได้ ความพิการ)
- คลินิกผู้สูงอายุ ให้การดูแลแบบองค์รวมโดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้ได้ดีที่สุด นานที่สุด ให้บริการผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มีปัญหาซับซ้อน หรือมี Geriatric syndrome ได้แก่ สมองเสื่อม หกล้ม เดินลำบาก กลืนปัสสาวะไม่ได้ ความพิการ
- การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน (Intermediate care)
- การดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายโดยมีเป้าหมายไม่เกิดความทรมาน

7.2. Secondary care

- Acute care/ Refer
- Ambulatory care / Intermediate care/ Subacute care/ Long term care

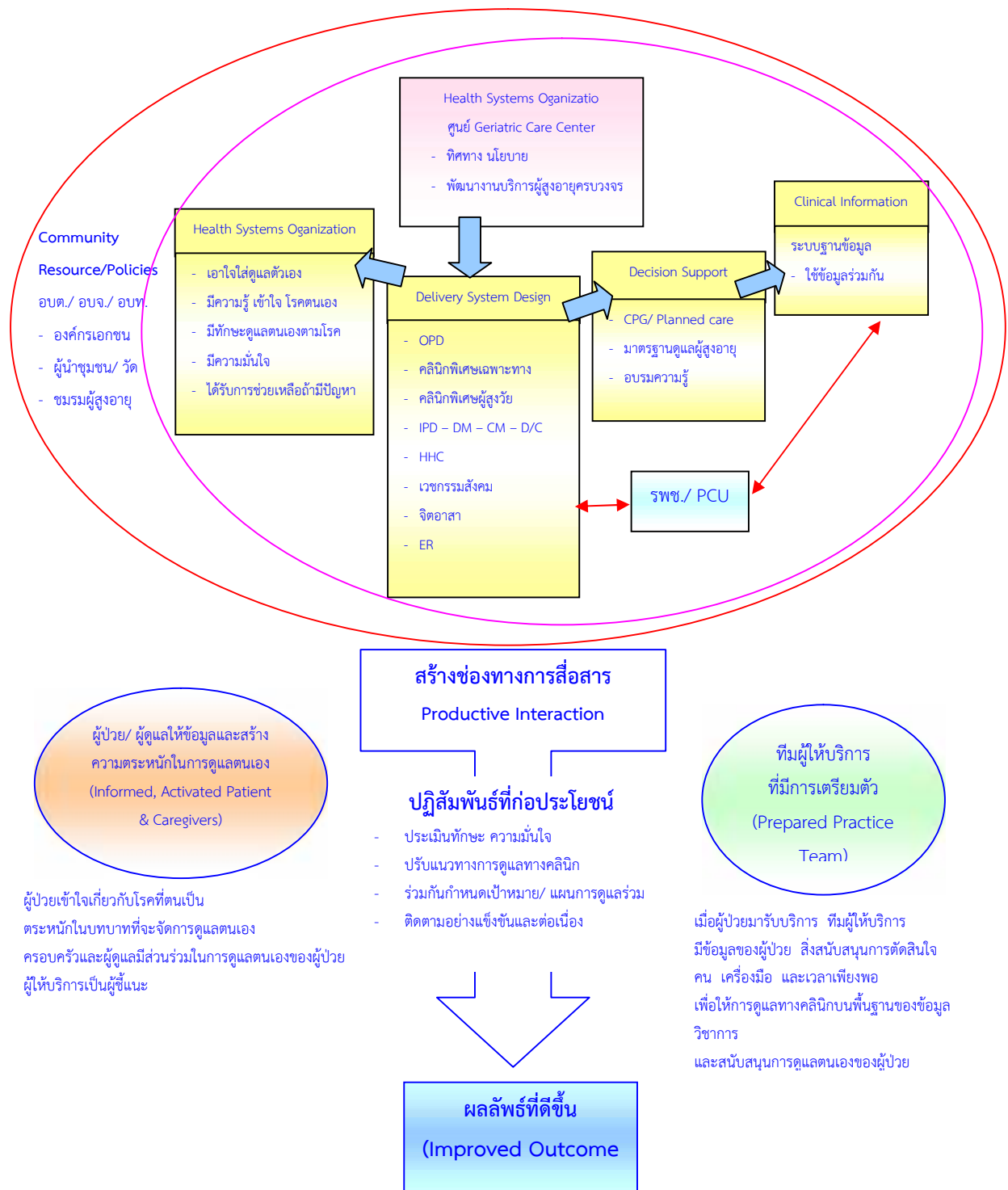
7.3. Tertiary care

- Acute care/ รับ Refer ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะวิกฤติ

8. การให้บริการในสถานบริการ

ขั้นตอนการให้บริการในโรงพยาบาล โดยยึดหลักกรอบการทำงาน/ ความเชื่อมโยงของระบบโดยใช้ Chronic care Model เป็นกรอบแนวคิดในการทำงาน

Lampang Hospital Geriatric Care Model



รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการชุมชน

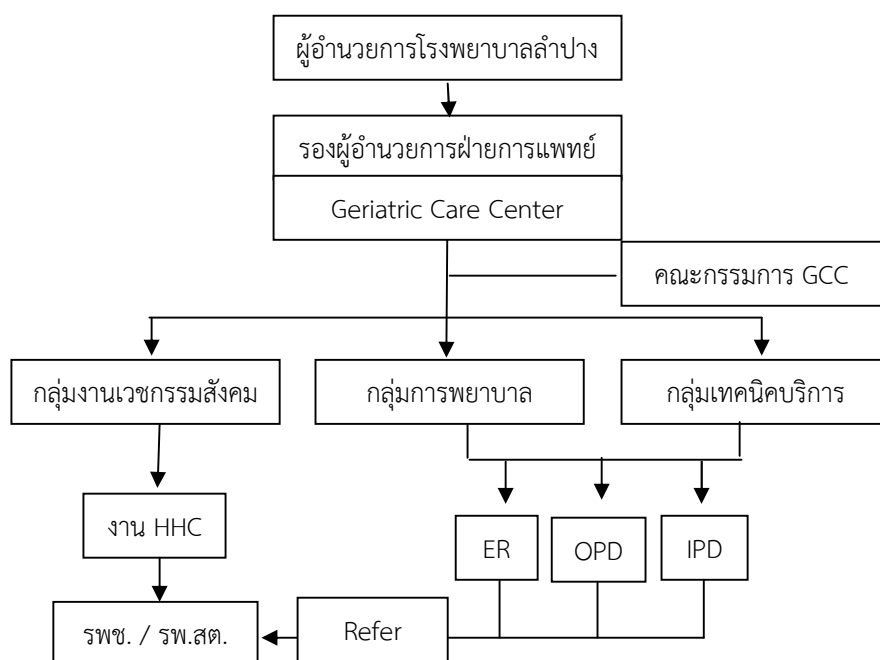
การดำเนินโครงการ

วิสัยทัศน์ เป็นศูนย์บริการผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Geriatric Care Center : G.C.C.)

นโยบายงานบริการผู้สูงอายุ

ให้บริการผู้ป่วยผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพทุกด้านอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เน้นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือทุกภาคส่วน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

โครงสร้างการดำเนินงานผู้สูงอายุ



หน้าที่ความรับผิดชอบ

- จัดระบบบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและเครือข่าย
- เป็นศูนย์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยผู้สูงอายุและพัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สูงอายุเชื่อมโยงสู่เครือข่าย
- เป็นศูนย์พัฒนาความรู้ทางด้านวิชาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย
- กำกับดูแลการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตามมาตรฐาน
- ประสานและสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง
- วิเคราะห์ข้อมูลและนำมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ

14. ส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานในการให้บริการผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
ในส่วนของโรงพยาบาลลำปางได้ดำเนินการ SWOT Analysis ได้กลยุทธ์การดำเนินการ
4 กลยุทธ์คือ

กลยุทธ์ที่ 1 กลยุทธ์หลัก (SO)

ส่งเสริมระบบบริการผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยสหสาขาวิชาชีพ

กลยุทธ์ที่ 2 กลยุทธ์การพัฒนา (WO)

พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพให้สามารถบริการผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 3 กลยุทธ์ขยายงาน (ST)

พัฒนาระบบบริหารจัดการศูนย์บริการผู้สูงอายุที่เป็นเลิศที่มีประสิทธิภาพด้าน
โครงสร้าง กระบวนการ วัสดุอุปกรณ์ และสารสนเทศ

กลยุทธ์ที่ 4 กลยุทธ์ปรับปรุง (WT)

สร้างเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และสร้างเสริมศักยภาพความ
เข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

โดยกำหนดตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ ≥ 80 ปีที่รับไว้ในอนโรพยาบาลในเขตเมือง ได้รับการส่งเข้าโครงการ
HHC $\geq 80\%$ (ปี 2553 = 34 %)
2. อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยผู้สูงอายุ ≥ 60 ปีที่ได้รับ
การวางแผนจำหน่าย (0.47 %)
3. ผู้สูงอายุที่รับบริการคลินิกพิเศษผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (คะแนน ≥ 80
%)
4. คะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่รับบริการในโรงพยาบาลลำปาง
OPD $\geq 80\%$, IPD $\geq 85\%$
5. ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการวางแผนดูแลโดย Nurse manager อย่าง
น้อย 80 % ขึ้นไป

จากกลยุทธ์ที่ได้ นำมากำหนดกรอบการทำงานและกรอบเวลา ได้ดำเนินกิจกรรมให้
เชื่อมโยงในระบบที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ตามแผนปฏิบัติการดังนี้

โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาว

กลยุทธ์ 1. พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุแบบบูรณาการการโดยสหสาขาวิชาชีพ

แผนงาน โครงการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ปีงบประมาณ 2553	ปีงบประมาณ 2554												ผู้รับผิดชอบ
			ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย	
1.เปิดคลินิกผู้สูงอายุแบบ One stop service	-	↔													
2.เปิดคลินิก Dementia	-					↔									- จิตเวช - อายุรกรรม - OPD
3.บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุแต่ละสาขา -Dissease Management	1.QOL 2.อัตราการ Re admit 3.Cost 4.ความพึงพอใจของผู้รับบริการ								↔						- รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
4.พัฒนาคุณภาพการดูแลเรื้อรังในผู้สูงอายุแต่ละสาขา - Case mannager									↔						- รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
5. คัดกรอง/ค้นหาผู้ป่วย Dementia							↔								- เวชกรรมสังคม - กลุ่มการพยาบาล

กลยุทธ์ 2 พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพให้สามารถบริการผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 แผนงาน โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ปีงบประมาณ 2553	ปีงบประมาณ 2554												ผู้รับผิดชอบ
			ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย	
1.ศึกษาดูงานผู้สูงอายุ (แพทย์ 1 คน)	เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทางการแพทย์ให้สามารถดูแล สุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	↔													แพทย์เวชกรรม สังคม
2.อบรมการดูแลรักษาผู้สูงอายุ (แพทย์ 2 คน)		↔													- แพทย์เวชกรรม สังคม - แพทย์อายุรกรรม
3.จัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุ 3 วัน	เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทางการพยาบาลให้สามารถ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	2 ครั้ง ↔													
4.อบรมการพยาบาลผู้สูงอายุระยะสั้น (4 เดือน) (2 คน)			↔				↔								-พยาบาล อายุรกรรม -พยาบาล เวชกรรมสังคม
5. ศึกษาต่อการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (ป.โท มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) อยู่ในระหว่างการศึกษา 1 คน		↔													-พยาบาลวิชาชีพ ศัลยกรรม

กลยุทธ์ 3 พัฒนาการบริหารจัดการศูนย์บริการผู้สูงอายุ ด้านโครงสร้าง วัสดุอุปกรณ์และสารสนเทศ

แผนงาน โครงการพัฒนาบริหารจัดการ

โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ปีงบประมาณ 2553	ปีงบประมาณ 2554												ผู้รับผิดชอบ
			ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย	
1.แต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุ	เพื่อบริหารจัดการศูนย์บริการผู้สูงอายุ														- กลุ่มงานเวช กรรมสังคม - กลุ่มการ พยาบาล
2.จัดประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุ ทุก 2 เดือน															
3.จัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ	เพื่อเป็นแนวทางในการ ให้บริการผู้สูงอายุ		←→												
4.จัดทำคู่มือการประเมินผู้สูงอายุ															
๕. วางระบบสารสนเทศในการ จัดการบริการผู้สูงอายุร่วมกับ เครือข่าย(รพช. รพสต) ในลักษณะ Clinical Information	เพื่อรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ ในการบริหารจัดการ ศูนย์บริการผู้สูงอายุ						←→								IT & สารสนเทศ

กลยุทธ์ 4 สร้างเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
 แผนงาน โครงการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุ

โครงการ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ปีงบ 2553	ปีงบประมาณ 2554											ผู้รับผิดชอบ
			ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	
1.จัดประชุมสัมมนาแกนนำชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปาง	- ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งสามารถดูแลตนเองได้ - ชมรมผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมต่อเนื่องทุกเดือน													- กลุ่มงาน เวชกรรมสังคม
2.จัดอบรมแกนนำการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครลำปาง	- เพื่อให้แกนนำนำความรู้ไปใช้ในการออกกำลังกายในชุมชน													
3.อบรมอาสาสมัครแกนนำผู้ดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	เพื่อให้แกนนำและอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม													
4.พัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้เป็นชมรมเข้มแข็ง	- ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งสามารถดูแลตนเองได้													

ระบบการให้บริการ เริ่มจากการใช้หลักช่วยจำลักษณะของผู้สูงอายุ ที่แตกต่างจาก ผู้ป่วยที่อายุน้อย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2553)

1. การประเมินสุขภาพทางคลินิกในผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์ต้องเข้าใจ R-A-M-P-S

R (reduced body reserve) : ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาค และสรีรวิทยา เนื่องจากความชรา

A (atypical presentation) : ผลจากการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ ที่อาการและอาการแสดงอาจเกิดจากการเจ็บป่วยหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยโรค เรียกว่า โรค BIG I's ได้แก่

1. เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Instability)
2. การสูญเสียการสูญเสียความสามารถในการเดิน (Immobility)
3. อาการปัสสาวะราด หรืออุจจาระราด (Incontinence)
4. ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง (Intellectual impairment)
 - ภาวะซึมสับสน เฉียบพลัน (Delirium)
 - ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
5. ภาวะขาดสารอาหาร
6. ภาวะโรคที่เกิดจากการปฏิบัติการทางการแพทย์ (iatrogenesis)

M (multiple pathology) : ผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพหลายโรค หลายระบบในเวลาเดียวกัน

P (polypharmacy) : ผลจากการที่ผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพหลายโรค หลายระบบในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาหลายชนิด อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)

S (Social adversity) : ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม บางคนเกษียณอายุ การจากไปของ

คู่ครอง ส่งผลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องประเมินผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เศรษฐฐานะ สังคมสิ่งแวดล้อม รอบตัวผู้สูงอายุ เช่น ชุมชน มีส่วนสำคัญและเอื้อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้านภายหลังออกจากโรงพยาบาล

2. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (geriatric assessment)

- 2.1. ประเมินทางกายภาพ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจสอบประวัติการใช้ยา อาจเกิด ADR
- 2.2. ประเมินทางสุขภาพจิต เพื่อทราบความผิดปกติทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะสับสน (Delirium) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
- 2.3. ประเมินความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ ADL
- 2.4. ประเมินสภาวะทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแล เศรษฐฐานะ และสภาพที่อยู่อาศัยรวมทั้งสิ่งแวดล้อม

กระบวนการทำงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ OPD/ER ของโรงพยาบาลลำปาง
ทีมผู้ให้การรักษายาบาลให้บริการผู้สูงอายุดังนี้

1) **พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองหน้า OPD และ พยาบาลคัดกรองที่ ER** จะสอบถามทั้งผู้ป่วยสูงอายุและญาติ / ผู้นำส่ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น และพิจารณาความจำเป็นรีบด่วนที่ควรได้รับการตรวจจากแพทย์ กรณีเป็นภาวะที่ฉุกเฉินควรได้รับการดูแลรักษาโดยเร็ว จะส่งเข้าพบแพทย์ที่ ER ทันที รวมทั้งการจัดหาเปลนอนและรถเข็น เพื่ออำนวยความสะดวกการเคลื่อนย้ายไปรอตรวจกับแพทย์ตามความจำเป็น

2) **เจ้าหน้าที่ห้องทะเบียน** ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ ≥ 80 ปีและ / หรือเป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีอาการซับซ้อน จะได้รับการประเมินจาก พยาบาลคัดกรอง OPD / จากการซักถามจากญาติ พบว่ามีภาวะของโรคที่ควรได้รับการตรวจจากแพทย์เป็นกรณีรีบด่วนหรืออยู่บนเปลนอน ให้ประทับตรา “ดอกกลาดวน” เป็นสีน้ำเงินไว้ที่ด้านหน้าใบสั่งยาพร้อมกับเร่งการค้น/ จัดเตรียมบัตร OPD Card ให้เร็วที่สุด เพื่อเข้าช่องทางด่วนในการรักษา

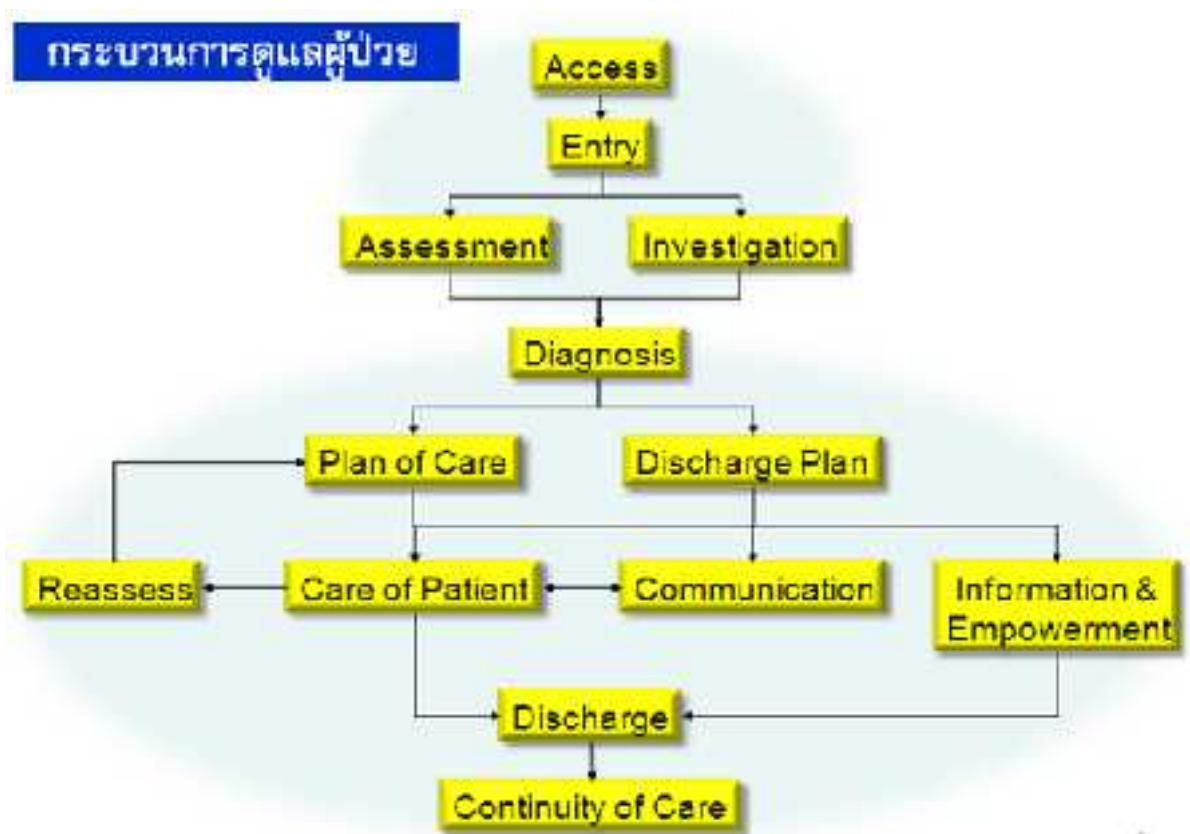
3) **พยาบาลคัดกรองหน้าห้องตรวจโรค OPD (ทุกห้อง)** จะดำเนินการโดยจะสังเกตตราประทับหน้าใบสั่งยา ถ้าเป็น “ดอกกลาดวน” ให้เรียกชื่อ เพื่อตรวจสอบสัญญาณชีพจร วัดปรอท วัด BP และซักประวัติเตรียมพบแพทย์โดยเร็วที่สุด อายุมากกว่า 60 ปี ให้สังเกตผู้ป่วยว่าเป็นผู้สูงอายุที่อาการทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ไม่หนัก / ไม่รุนแรง ไม่ได้อยู่บนเปลนอน สามารถรอการตรวจช่วงหนึ่งได้ ขอให้สลับเรียกตรวจคัดกรองตามลำดับที่เร็วขึ้น เพื่อจะได้พบแพทย์เร็วขึ้นด้วย ในการซักประวัติคัดกรองเบื้องต้นในเพิ่มการซักถามเกี่ยวกับการแพ้ยา ความเครียด ภาวะซึมเศร้า โรคเรื้อรัง ปัญหาการดูแลที่บ้าน / การเดินทาง ฯลฯ เพื่อจะได้ทราบปัญหาครอบคลุมยิ่งขึ้น การคัดกรองทุกขั้นตอนควรมีญาติ / ผู้พาผู้ป่วยอยู่ร่วมด้วย เพื่อจะเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยช่วยการให้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมตามจำเป็น โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาความจำ / การได้ยิน / การมองเห็นที่อาจมีปัญหาให้ประวัติที่ไม่ครบถ้วนได้

4) แพทย์ OPD ตรวจรักษาผู้ป่วยตามปัญหาโรค รวมทั้งให้มีการซักถาม การดูแลสุขภาพ/ข้อจำกัด/อุปสรรค ในการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบแผนการรักษา/นัดตรวจซ้ำที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายกรณีที่มีโรคร่วมที่เป็นโรคเฉพาะทาง ก็จะส่งต่อให้แพทย์เฉพาะทางรักษา ถ้ามีความซับซ้อนส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ผู้ป่วนายามาให้เพื่อดำเนินการ Drug Reconciliation เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย กรณีที่มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โดยไม่มีผู้ดูแล (Care giver) ก็จะส่งต่อ Home Health Care (HHC) ตามระบบ หรือส่งปรึกษาคลินิกผู้สูงอายุ ตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องจากโรงพยาบาลลำปางสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเหมาะสมอย่างแท้จริง

5) บริการคลินิกผู้สูงอายุ เปิดบริการทุกวันพุธ เวลา 8.00-12.00 น. เพื่อรับดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มี ปัญหาซับซ้อนจากแพทย์/พยาบาลแผนกต่าง ๆ โดยเน้นการวิเคราะห์แบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีการประสานสนับสนุนจากกลุ่มงานอื่น ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มการพยาบาล สนับสนุนพยาบาลช่วยงานคลินิก กลุ่มงานเภสัชกรรม ช่วยให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุ กลุ่มงานจิตเวช ช่วยด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล กลุ่มงานทันตกรรม ช่วยดูแลด้านทันตกรรมให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ครบถ้วน ฝ่ายโภชนาการ ช่วยให้คำแนะนำด้านการเตรียม / การเลือกอาหาร ฝ่ายเทคนิคบริการอื่น ๆ ให้การสนับสนุนการตรวจรักษาโรคร่วมที่มีผลกระทบต่อโรคหลัก และคุณภาพชีวิตโดยรวม ฝ่ายสวัสดิการสังคม ช่วยสนับสนุนด้านสวัสดิการการรักษา รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือผ่านงานสังคมสงเคราะห์ด้านต่าง ๆ ตามเกณฑ์ โดยมีพยาบาลวิชาชีพรับปรึกษาขั้นต้นและการเตรียมผู้ป่วย พร้อมนัดวันรับบริการที่คลินิกตามความสะดวกและประสานการส่งต่อปรึกษาหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการส่ง HHC ทั้งนี้ภายหลังผู้ป่วยสูงอายุ นั้น ๆ ได้รับการแก้ไขปัญหาคับซ้อนจนผ่อนคลายแล้ว ทางคลินิกผู้สูงอายุจะได้ประสานกับแพทย์เฉพาะทาง เพื่อส่งคืนผู้ป่วยรับการรักษาตามโรคหลักต่อไป

กระบวนการทำงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ งานผู้ป่วยใน (IPD)

1) พยาบาล ให้บริการพยาบาลแรกรับตามมาตรฐาน มีการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงวัยตามแบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ โดยซักข้อมูล จากผู้ป่วยและญาติ เพื่อทราบปัญหาด้านอื่น ๆ เชื่อมโยงกับโรคหลัก กรณีพบว่ามีปัญหาภาวะสุขภาพอื่น ๆ ร่วมด้วยแจ้งแก่แพทย์ผู้รักษา เพื่อรับทราบประกอบการวางแผนการรักษาให้สามารถช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยสูงอายุครอบคลุม มีการวางแผนจำหน่าย Discharge planning เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยประสานกับศูนย์ HHCตามแนวทางที่กำหนด



1.1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)

ผู้ป่วยสูงอายุที่รับเข้ารักษาในหอผู้ป่วย ได้รับการส่งต่อข้อมูลความเจ็บป่วยเบื้องต้นจากแผนกผู้ป่วยนอก/แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนส่งผู้ป่วยมาถึง มีการประทับตราดอกกลาดวนในใบสั่งยา ในผู้ป่วยสูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป และ 60 ปี ที่มีปัญหาซับซ้อน

ส่วนผู้ป่วยในโครงการ fast Track เช่น ผู้ป่วยโรคทางสมอง(Acute/Stroke), STEMI หรือ Sepsis ได้รับการปฏิบัติตามGuideline ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกผู้ป่วยฉุกเฉินต่อเนื่องมาจนถึงหอผู้ป่วย มีการวินิจฉัยและการให้ยาละลายลิ่มเลือด/ยาปฏิชีวนะตั้งแต่ห้องฉุกเฉินและ admit เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะ ได้แก่ หน่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และหอผู้ป่วยหนักต่างๆ ตามสาเหตุของการเกิดปัญหา

1.2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

มีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่เมื่อหอผู้ป่วยรับผู้สูงอายุเข้ามารักษาในหอผู้ป่วย ประเมินทางกายภาพ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจสัญญาณชีพ ตรวจร่างกาย ตรวจประวัติการใช้ยาอาจเกิด ADR ประเมินทางสุขภาพจิต ให้การดูแลรักษาเบื้องต้นและการรายงานแพทย์ภายใน 15 นาที หรือรายงานทันทีกรณีมีอาการวิกฤต มีการลงทะเบียนผู้สูงอายุและคัดกรองปัญหา โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินความต้องการวางแผนจำหน่าย(Discharge planning score) และแบบประเมินความเสี่ยงต่างๆ

ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยง Fall ประเมินสภาวะทางสังคมเบื้องต้น

1.3 การวางแผนการดูแลรักษา

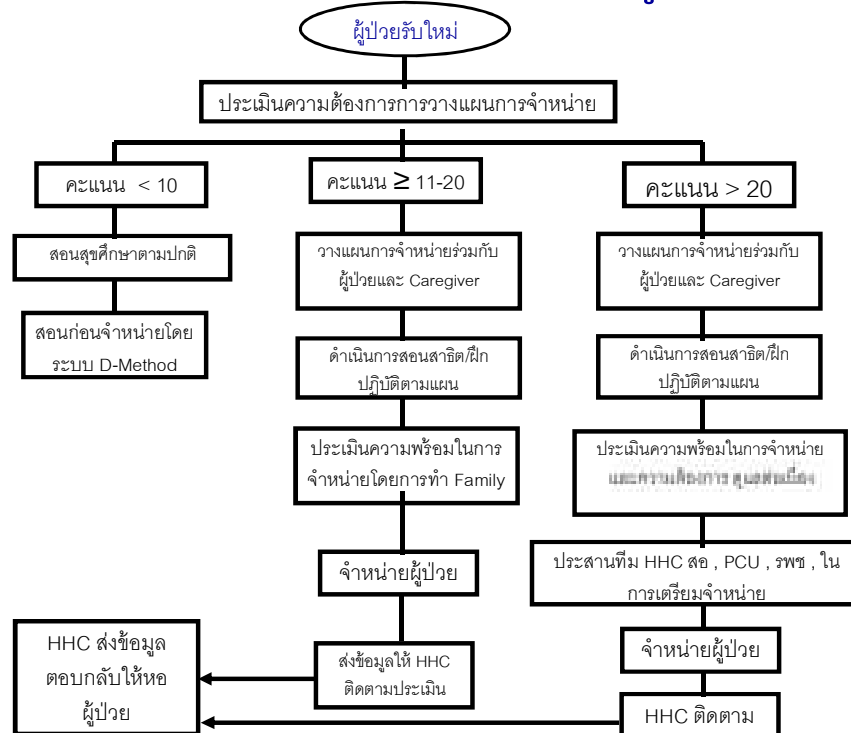
แพทย์ ชักประวัติเพิ่มเติม ทั้งในส่วนที่พยาบาลได้ชักนำไปแล้ว เพื่อให้ครอบคลุมทั้งอาการ / อาการแสดงของโรคหลักที่มาตรวจรักษาและความไม่ปกติอื่น ๆ ที่อาจมีร่วมทั้งด้านกาย จิต และสังคม รวมถึงโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เคยรักษา / กำลังรักษา การใช้ยาต่าง ๆ เพื่อจะสามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงกับโรคหลักของผู้สูงอายุได้ครบถ้วน การตรวจร่างกาย มีการตรวจประเมินร่างกายส่วนอื่น ๆ เพิ่มเติมจากการตรวจ Affected Part โดยเฉพาะด้านการมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว / การเคลื่อนไหว รวมทั้งสุขภาพจิต / ภาวะสมองเสื่อม ฯลฯ ตามความเหมาะสม กรณีที่พบจากการชักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยมีภาวะของโรคร่วม / ความผิดปกตินอกเหนือจากโรคหลัก มีการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ โดยใช้ แนวทางการดูแลรักษาเฉพาะโรค ได้แก่ CPG, Care MAPs และ Case management (15โรค) เช่น แนวทางดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคอายุรกรรม ได้แก่ Stroke , CHF , COPD ฯลฯ แนวทางดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคศัลยกรรม ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย CA Bladder แนวทางดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคหูคอจมูก ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง แนวทางดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคศัลยกรรมกระดูก ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย Osteoporosis

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของ สหสาขาวิชาชีพโดยให้ญาติมีส่วนร่วมใช้เกณฑ์การประเมินจากคะแนน Discharge Plan score โดยใช้แบบประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่าย

มีแนวทางการแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

- คะแนน <10 คะแนน ให้ความรู้และคำแนะนำโดยใช้หลัก METHOD
- คะแนน >10 คะแนน ขึ้นไป วางแผนจำหน่ายโดยใช้แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย และเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย/Care giver และมีการประเมินทักษะการดูแลที่จำเป็นก่อนได้รับการจำหน่าย โดยใช้แบบประเมินทักษะก่อนจำหน่าย
- คะแนน >20 คะแนน จะได้รับการวางแผนจำหน่าย และ ส่งหน่วยงาน HHC เพื่อวางแผนเยี่ยมบ้าน

กระบวนการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่อง



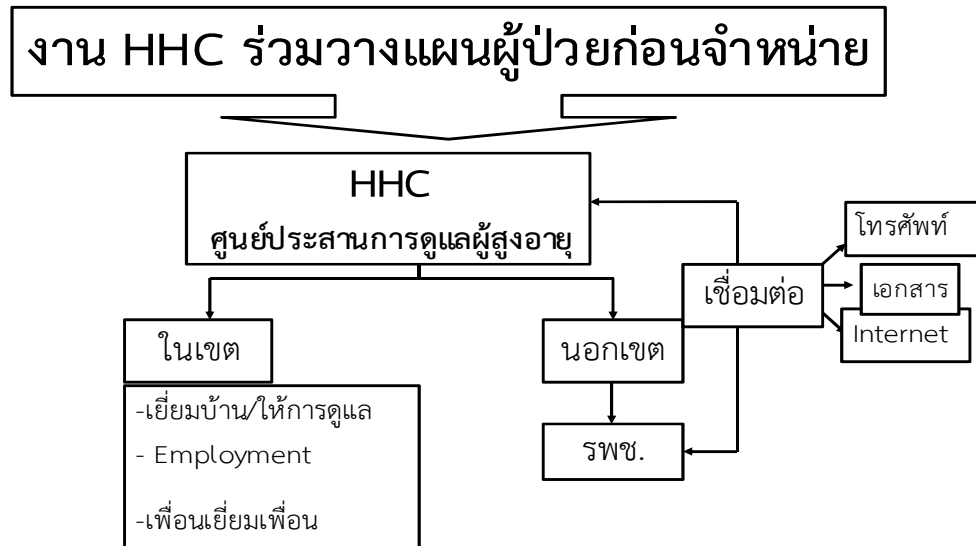
มีการให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information & Empowerment) มีการให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว ในระหว่างการดูแลตลอดจนการตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพ มีการประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง/ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน, การฟื้นฟูสภาพ และการสังเกตอาการ/การให้ยาอย่างถูกต้องเป็นต้น

มีการให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้สื่อต่างๆเช่นคู่มือ,แผ่นพับ,VCD มีสื่อในการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะสุดท้าย เช่น หนังสือธรรมะ, เทป/CD ธรรมะ การแนะนำเข้าคลินิกสมาธิของโรงพยาบาล

1.4 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

การเตรียมความพร้อม แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการดำเนินการของสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และ กลับมารับการรักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น โดยมีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง เช่น งานเยี่ยมบ้าน งานสังคมสงเคราะห์ ศูนย์นำส่งผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน/สถานพยาบาล ประชาสงเคราะห์ อสม. อบต. ตลอดจนสถานบริการสุขภาพ/หน่วยงานของรัฐ/เอกชนต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน จะมีการเยี่ยมบ้านร่วมกันทั้ง พยาบาลเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้วางแผนจำหน่าย แพทย์เภสัชกร

2. งาน HHC ได้รับแบบฟอร์ม การส่งต่อจากหอผู้ป่วยร่วมวางแผนกับหอผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย



3. สร้างระบบข้อมูลของหน่วยงาน

สร้างระบบข้อมูลหน่วยงาน

The screenshot displays a web-based patient information system. The top navigation bar includes 'ระบบเพื่อข้อมูล' (Information System) and 'ค้นหาผู้ป่วย' (Find Patient). The main form contains several sections for data entry:

- Personal Information:** Includes fields for 'เลขทะเบียน' (Registration Number), 'ชื่อ-นามสกุล' (Name-Surname), 'วันเกิด' (Date of Birth), 'เพศ' (Gender), and 'ที่อยู่' (Address).
- Medical History:** Includes 'ประวัติโรค' (Medical History), 'ประวัติการเจ็บป่วย' (History of Illness), and 'ประวัติการผ่าตัด' (History of Surgery).
- Current Condition:** Includes 'อาการ' (Symptoms), 'การตรวจร่างกาย' (Physical Examination), and 'การตรวจทางห้องปฏิบัติการ' (Laboratory Examination).
- Diagnosis and Treatment:** Includes 'การวินิจฉัย' (Diagnosis), 'การรักษา' (Treatment), and 'การให้ยา' (Medication).

The bottom of the screen features a toolbar with buttons for 'AddView', 'Save', 'Delete', and other functions.

4. Scan ข้อมูลตอบกลับการดูแลเชื่อมต่อหน่วยงานในโรงพยาบาลลำปาง

Scan ข้อมูลตอบกลับการดูแลเชื่อมต่อหน่วยงานในรพลำปาง

scan ข้อมูลตอบกลับการดูแลในประวัติผู้ป่วยเพื่อ
เชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

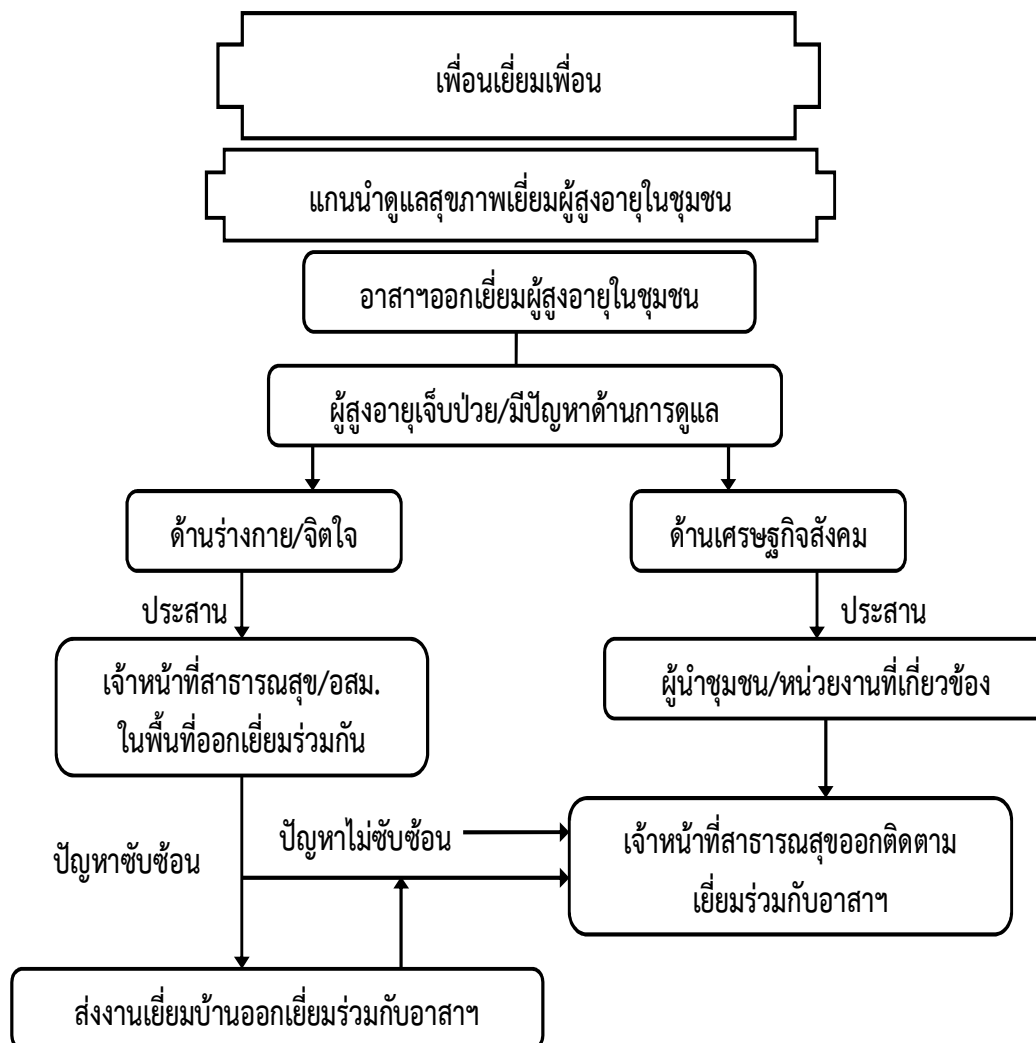
5. รวบรวมข้อมูลการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

สถิติผู้สูงอายุที่รับบริการ HHC

ปี	ราย	ร้อยละ
2551	2,467	48.86
2552	3,044	51.08
2553	4,000	48.57

	2	1	2	1	URO
2551	203	145	152	80	118
2552	262	158	133	190	181
2553	281	165	168	218	222

6. ปรับรูปแบบการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) ในเขตเทศบาลนครลำปาง โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน มีกิจกรรม “เพื่อนเยี่ยมเพื่อน” มาเยี่ยมให้กำลังใจ กรณีผู้ป่วย / ผู้ดูแลยินยอม เจ้าหน้าที่จะแจ้ง อสม. และ / หรือแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน ที่ผ่านการอบรมแล้ว เข้าร่วมเยี่ยมและแนะนำวิธีการให้กำลังใจ / ช่วยเหลือตามเหมาะสม อสม./แกนนำผู้สูงอายุ เป็นจิตอาสาช่วยเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุต่อเนื่องเป็นระยะ เพื่อให้กำลังใจ และช่วยติดตามดูแลการเปลี่ยนแปลง กรณีพบมีปัญหาแทรกซ้อนให้แจ้งเจ้าหน้าที่โดยเร็วที่สุด สำหรับการเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านในเขตอำเภอเมือง มีการประสานกับเจ้าหน้าที่ PCU ที่ส่งเยี่ยมบ้านผู้ป่วย แจ้ง อสม. และแกนนำผู้สูงอายุ เป็นจิตอาสาไปร่วมเยี่ยมสร้างความเข้มแข็งในชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่โดยส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน ให้มีการจัดหาอุปกรณ์กายภาพบำบัดพื้นฐานไว้สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรง มาฝึกตัวเองใกล้บ้านโดยมีวัดเป็นฐาน มีสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นจิตอาสาช่วยดูแลกันเอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้สนับสนุน





แกนนำติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง



แกนนำสุขภาพติดตามเยี่ยมร่วมกันในชุมชน

การเตรียมความพร้อมของญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

จังหวัดลำปางก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จำนวนประชากรผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของจำนวนประชากรทั้งหมด นอกจากนี้อายุขัยของผู้สูงอายุยังยืนยาวมากขึ้น ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายหรืออายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเด็นปัญหาที่ตามมาคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสะสมตามอายุที่ยืนยาวมากขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 โรคหรือมากกว่ามีถึง ร้อยละ 82 และมีโรคเรื้อรัง 3 โรคหรือมากกว่ามี ร้อยละ 43 การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจึงมีปัญหามากและซับซ้อน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีปัญหาสุขภาพที่ก่อให้เกิดความพิการ เช่น อัมพาต ปัญหาการได้ยิน ตาบอด รวมถึงปัญหาที่เกิดจากภาวะทุพพลภาพ เช่น ไม่สามารถออกนอกบ้านได้ตามลำพัง ภาวะที่ต้องนอนอยู่กับเตียง ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุ อยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลจากผู้อื่นในระดับน้อยถึงระดับมากแตกต่าง

กันไป โดยผู้ที่ให้การดูแลจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลรับจ้าง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นจะ
ได้รับผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องมาจากการะจากการดูแล การมีเวลา
พักผ่อนและนอนหลับไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพของ
ตนเอง หรือในบริบทของคนภาคเหนือญาติผู้ดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วยจะไม่ไปพบแพทย์และไม่ใส่ใจใน
การรักษาโดยให้เห็นผลว่าสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสำคัญมากกว่า อีกทั้งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ
ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและความกดดันและความอดกลั้นที่เกิดจากพฤติกรรมหรืออารมณ์ของ
ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไป เนื่องมาจากความเจ็บป่วย ประกอบกับภาระการดูแลทำให้การปฏิสัมพันธ์
กับสังคมน้อย และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบ สิ่งเหล่านี้ทำให้ญาติ/ผู้ดูแล
มีความเครียดสะสมเรื้อรังและส่งผลให้ญาติ/ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้น การ
เตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่าง
เต็มศักยภาพ มีความมั่นใจในการให้การดูแล สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัยและมี
คุณภาพชีวิตที่ดี

1. การเตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแล ควรเริ่มเมื่อผู้สูงอายุมีอาการคงที่ขณะรับ
การรักษาในโรงพยาบาล
2. การประเมินผู้สูงอายุและญาติ ผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพบ้าน สมาชิกในครอบครัว ฐานะ
เศรษฐกิจ แหล่งประโยชน์ในชุมชนและอื่นๆ เพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับ
บริบท และเป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งผู้สูงอายุและญาติ/ผู้ดูแล
เช่น การถูกทอดทิ้ง ความเครียดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น เป็นต้น
3. การให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลเฉพาะอย่างตามความต้องการการดูแลของ
ผู้สูงอายุ ตามขั้นตอนและมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับ
ญาติ/ผู้ดูแล ความรู้ที่ให้กับญาติ/ผู้ดูแลขึ้นกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ให้
ความรู้เกี่ยวกับโรค ระยะของโรค วิธีความเจ็บป่วย การดูแลรักษา ภาวะแทรกซ้อน
ที่พบได้และการดูแล เป็นต้น หรือการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการความเจ็บปวดใน
ผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินความเจ็บปวด การให้ยาบรรเทาความปวด การประเมิน
ประสิทธิภาพของยา และการให้การดูแลอย่างอื่นที่ไม่ใช่ยา และการเข้าถึงแหล่ง
ประโยชน์ในชุมชน เป็นต้น

การให้ข้อมูลแก่ญาติ/ผู้ดูแลจะต้องมีความชัดเจน เข้าใจง่าย ใช้เวลาซักถาม งานการดูแล
ของผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันขึ้นกับโรคและวิธีความเจ็บป่วย ระดับและปริมาณการ
ดูแล โดยทั่วไปมีดังนี้

1. ประเมินอาการของผู้สูงอายุ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ผลของยาระงับปวด
ความสามารถในการเคลื่อนไหวแขนและขา การวัดปรอท วัดความดันโลหิต การอยู่
เป็นเพื่อนให้กำลังใจ และการดูแลความสบายต่างๆ

2. การให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงครอบคลุมองค์รวม เช่น การทำแผล กายภาพบำบัด การฉีดยาเบาหวาน
3. การแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล แหล่งช่วยเหลือและกำลังใจที่จะได้จากเครือข่ายทางสังคม
4. พัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียด มีกิจกรรมที่ผ่อนคลายหรือกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ ที่ญาติผู้ดูแลชื่นชอบ ละวางจากการดูแลบ้าง จะช่วยลดความเครียด อารมณ์โกรธ ซึมเศร้า และเพิ่มความผาสุก
5. มีระบบให้คำปรึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแล การรับปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน

ญาติ/ผู้ดูแลเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีความสำคัญยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน การเตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง เพื่อให้ญาติ/ผู้ดูแลมีสมรรถนะที่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุ การให้ความรู้ คำแนะนำและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุทั้งที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน การดูแลตามแผนการรักษาและการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับการดำรงชีวิตประจำวันและความเครียด การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ รวมถึงมีการสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งผลให้เกิดผู้สูงอายุสามารถควบคุมอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในส่วนของญาติ/ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัยและมีความสุขกับบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย

ผู้สูงอายุที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต รับรู้ว่กำลังจะตายหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยยึดหลักการดูแลแบบประคับประคอง

1. จัดการให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
 2. ป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานความเจ็บปวดต่างๆ
 3. ได้รับการดูแลครอบคลุมตามต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
 4. ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักและมีส่วนร่วม
 - 4.1 ด้านร่างกาย สะอาด สุขสบาย บรรเทาความเจ็บปวด ได้รับอาหารเพียงพอ สิ่งแวดล้อม
 - 4.2 ด้านจิตใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง มั่นใจว่าจะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ญาติมิตรอยู่ใกล้
 - 4.3 ด้านสังคมและจิตวิญญาณ ได้รับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสงบอยู่ท่ามกลางญาติมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี

ระบบส่งต่อคนไข้ (Refer system)

การดำเนินการศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลลำปาง

6. มีโครงสร้างของศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยแยกจากห้องฉุกเฉิน มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการศูนย์ในเวลาราชการ และมีการมอบหมายงานให้มีผู้รับผิดชอบนอกเวลาราชการ กรณีแพทย์ มีแพทย์เวชศาสตร์เป็นผู้ร่วมรับผิดชอบในการพัฒนาระบบ และแพทย์เวรห้องฉุกเฉินให้คำปรึกษาและพิจารณาผู้ป่วยในระบบส่งต่อ โดยมีขอบเขตการประสานงานคือผู้ป่วยทุกรายที่มีการส่งต่อโดยรพพยาบาลและ มีพยาบาลนำส่งทั้งในจังหวัดและต่างจังหวัด และกรณีที่แพทย์มีความประสงค์ต้องการโทรปรึกษาการรักษาเฉพาะราย

7. มีแนวทางการประสานงาน มี ขั้นตอนการประสานงาน Flow chart ที่ชัดเจน ประกอบด้วย Refer in, Refer out, Refer in Return, Refer out return

8. มีการจัดทำคู่มือ การส่งต่อ ที่ชัดเจน ซึ่งประกอบไปด้วยการแต่งตั้งคณะกรรมการในระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล แนวทางการประสานงานในภาพรวม และเฉพาะโรค ตาม guide line

9. มีการจัดทำแผนการดำเนินงานและพัฒนางานประจำปี และมีการจัดทำผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบงานทุกเดือน พร้อมทั้งรายงานประเมินผล การดำเนินงานประจำปีให้ผู้บริหารรับทราบ

10. มีระบบตรวจสอบคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในระบบด้าน การประสานงาน การดูแลระบบทางเดินหายใจ การดูแลการได้รับสารน้ำ การดูแลด้านการ ตามยงและเคลื่อนย้ายทุกราย โดยมีแบบประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย หากเร่งด่วนมากประสานกลับทันที หากไม่เร่งด่วน รายงานผลกลับให้ทุกโรงพยาบาลรับทราบพร้อมมีข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขปัญหาให้ทุกรพ.โดยส่งรายงานประจำเดือนพร้อม แผนพัฒนาและความก้าวหน้าประจำเดือนทุกเดือน

การพัฒนาระบบส่งต่อ

- มีการจัดการสนับสนุนการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีภายในเครือข่าย โดยมีการจัดโครงการพี่เยี่ยมน้อง
- เปิดโอกาสให้มีการฝึกงานของพยาบาลโรงพยาบาล รพช. เพื่อฟื้นฟูสมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาล
- มีการจัดประชุมคณะกรรมการในระบบส่งต่อทั้งภายในโรงพยาบาลและ ระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมกับสสจ. ทุก 4 เดือน
- มีการจัดประชุม Dead case และ MM conference ทุก 4 เดือน

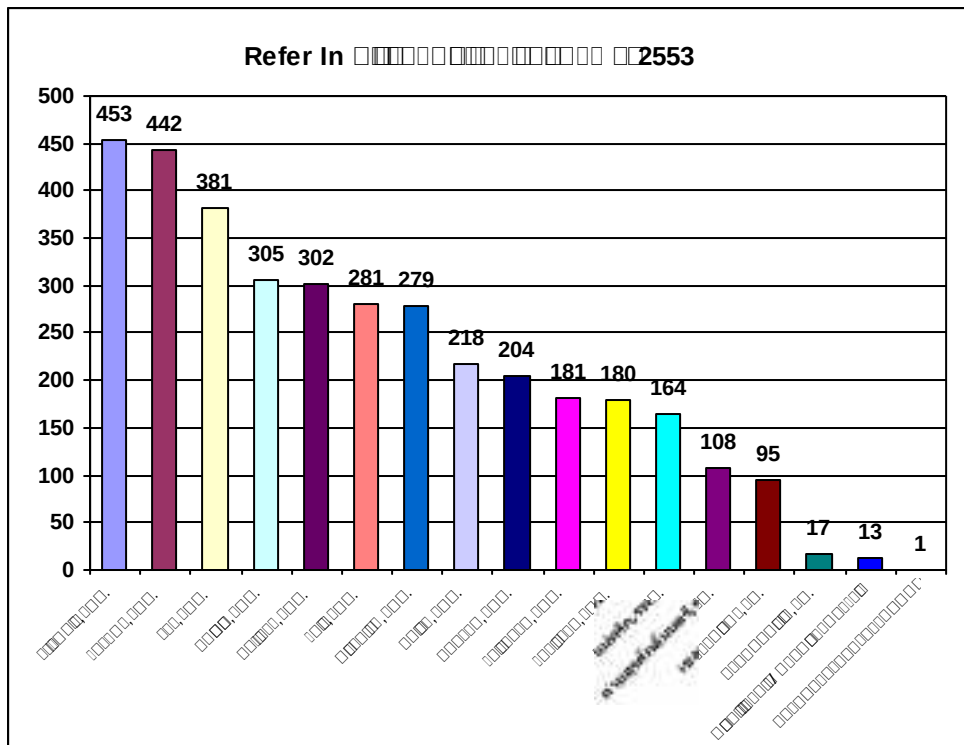
- จัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญได้แก่ Stroke STEMI Multiple trauma และ TBI โดยนำหลักการ Lean management มาช่วยในการพัฒนาการทำงานในระบบส่งต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถมีการค้นหาและมีการดูแล รักษาส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว
- จัดอบรมให้ความรู้ สู่การปฏิบัติ เรื่องการประเมินและการคัดกรองผู้ป่วย 5 ระดับทั้งจังหวัด การดูแลผู้ป่วย Trauma ครบวงจร

ข้อมูลการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุในจังหวัดลำปาง

ข้อมูล Refer ผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง ปี 2553

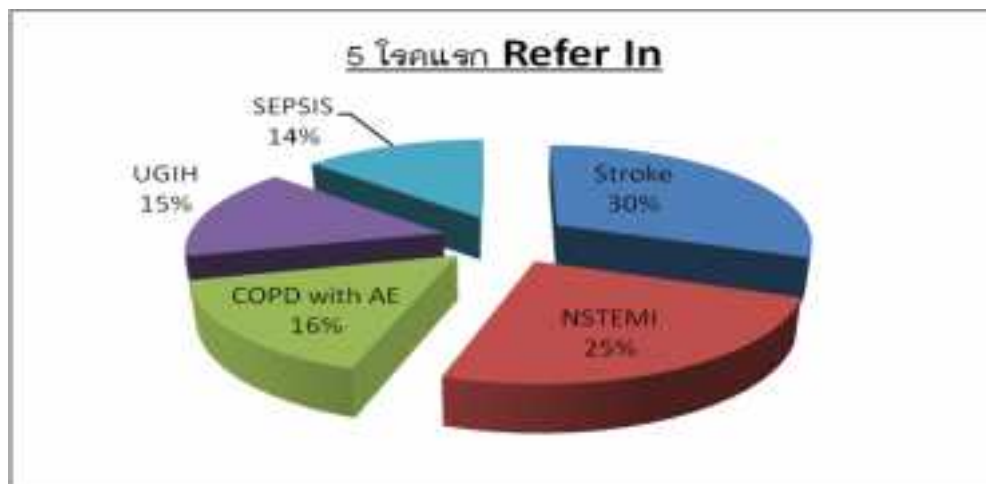
Refer In

อันดับ	โรงพยาบาล	จำนวน
1.	วังเหนือ,รพช.	453
2.	เกาะคา,รพช.	442
3.	งาว,รพช.	381
4.	แจ้ห่ม,รพช.	305
5.	แม่เมาะ,รพช.	302
6.	เถิน,รพช.	281
7.	ห้างฉัตร,รพช.	279
8.	แม่ทะ,รพช.	218
9.	สบปราบ,รพช.	204
10.	เมืองปาน,รพช.	181
11.	เสริมงาม,รพช.	180
12.	แม่พริก,รพช.	164
13.	ค่ายสุรศักดิ์มนตรี,รพ.	108
14.	เขลางค์นคร,รพ.	95
15.	แวนแสนต๋วูด,รพ.	17
16.	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ลำปาง,สถานพยาบาล	13
17.	สถานพยาบาลกองการแพทย์	1



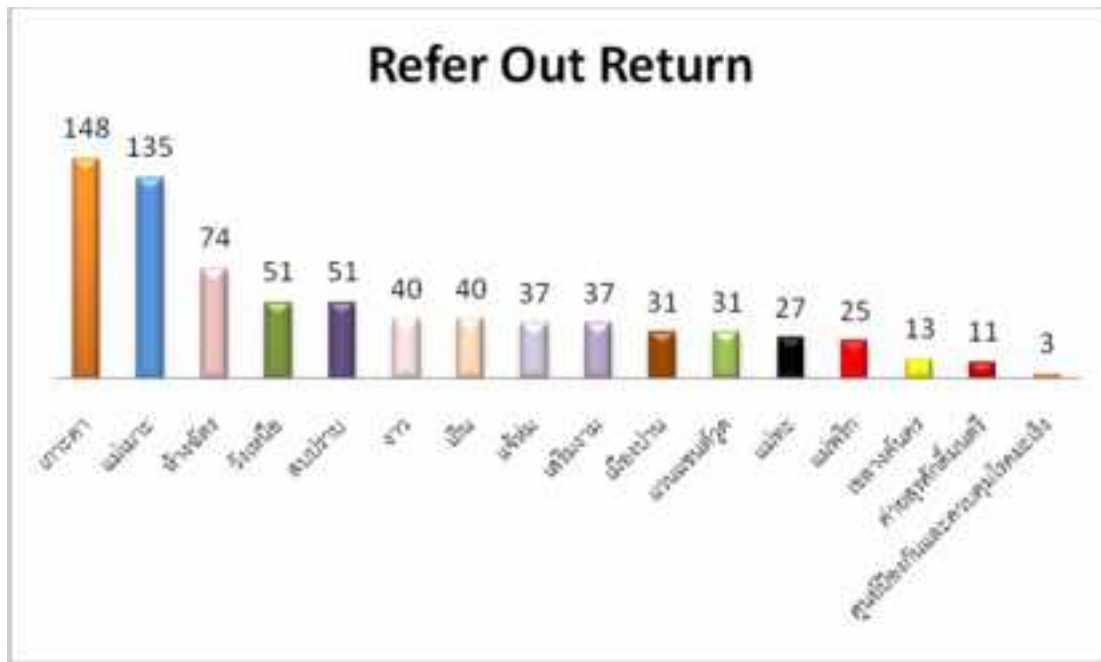
5 โรคแรก Refer In ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ชื่อโรค	จำนวน
Stroke	168
NSTEMI	136
COPD with AE	89
UGIH	84
SEPSIS	75



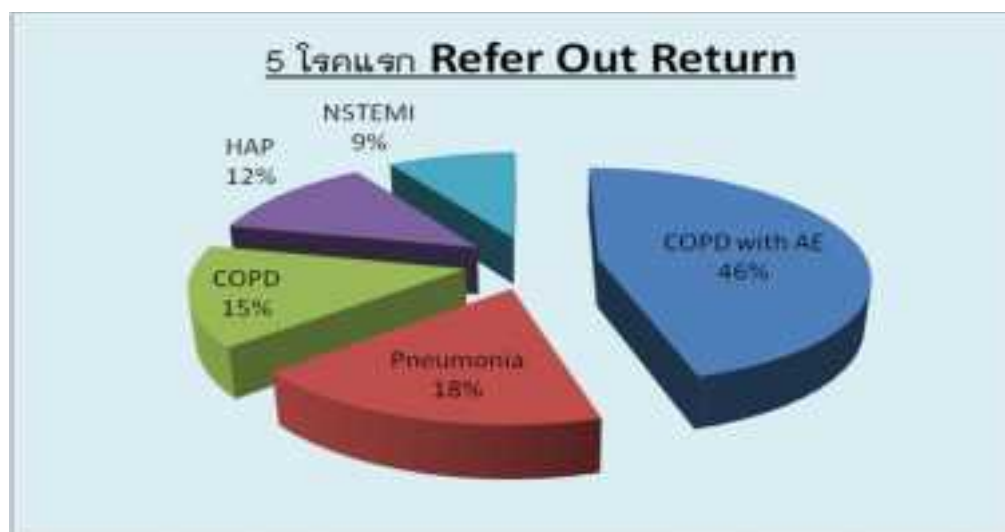
Refer Out Return

โรงพยาบาล	จำนวน
เกาะคา,รพช.	148
แม่เมาะ,รพช.	135
ห้างฉัตร,รพช.	74
วังเหนือ,รพช.	51
สบปราบ,รพช.	51
งาว,รพช.	40
เถิน,รพช.	40
แจ้ห่ม,รพช.	37
เสริมงาม,รพช.	37
เมืองปาน,รพช.	31
แวนแสนต์วูด,รพ.	31
แม่ทะ,รพช.	27
แม่พริก,รพช.	25
เขลางค์นคร,รพ.	13
ค่ายสุรศักดิ์มนตรี,รพ.	11
ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ลำปาง,สถานพยาบาล	3



5 โรคแรก Refer Out Return ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ชื่อโรค	จำนวน
COPD with AE	55
Pneumonia	22
COPD	18
HAP	15
NSTEMI	11

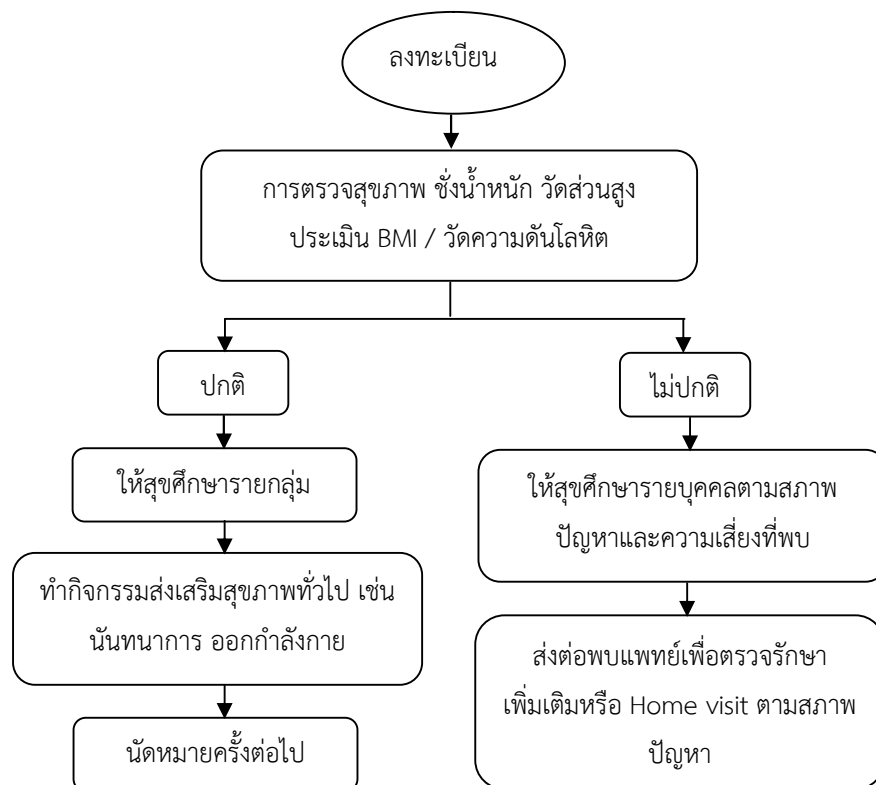


ปัญหาที่พบในระบบส่งต่อในผู้สูงอายุ

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. ผู้ป่วยวิกฤตที่มีการส่งต่อ ไม่มีการประสานงานระหว่างแพทย์กับแพทย์	1. นำประเด็นปัญหามาทบทวนในการประชุมระหว่างร.พ.ศ.- ร.พ.ช.
2. การดูแลในด้านต่างๆทั้งในด้านการวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยาบาลยังมีปัญหา	2. นำข้อมูลมาทบทวน และค้นหา Adverse Event
3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่เข้าใจระบบ	3. ฝึกอบรม และจัดอบรมในส่วนตัว
4. อัตราการล้มไม่เพียงพอ ทั้งที่ในปัจจุบันใช้อัตราการล้มพยาบาลวิชาชีพจากงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาหมุนเวียน	4. ทบทวนกระบวนการ และ ปรับระบบการจัดการภายในหน่วยงาน อยู่ในระหว่างดำเนินการปรับแผนอัตราการล้ม 5 ปี

งานบริการผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นตอนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ



รูปแบบการบริการผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการชุมชน

1. คัดกรองความเสี่ยงบริการสุขภาพโดยเวชกรรมสังคม



ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นและให้ความรู้



ตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ DM, HT, Heart ปีละ 1 ครั้ง

จำนวนผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มสุขภาพ เขตเทศบาลนครลำปาง

ผู้สูงอายุ	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	รวม
จำนวน (คน)	4,104	526	150	4,790
	(85.67 %)	(10.98 %)	(3.1 %)	

ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพปี 2553

โรค	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	1,537	35.03
เบาหวาน	630	14.37
ไขมันในเลือดสูง	606	13.82
หัวใจ	238	5.43
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	83	1.90
อัมพาต	47	1.07
โรคตับ	30	0.68
โรคเรื้อน	11	0.25
รวม	4,385	





ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและให้ความรู้ในชุมชน



ส่งเสริมทันตสุขภาพ



ตรวจช่องปาก

วางแผนการรักษา



ให้ความรู้ทันตสุขภาพ



กิจกรรมออกกำลังกายและนันทนาการ



ประเมินความเครียด

รางวัลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. สนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ 43 ชมรม



กิจกรรมออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ



เยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน



เยี่ยมบ้านร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ

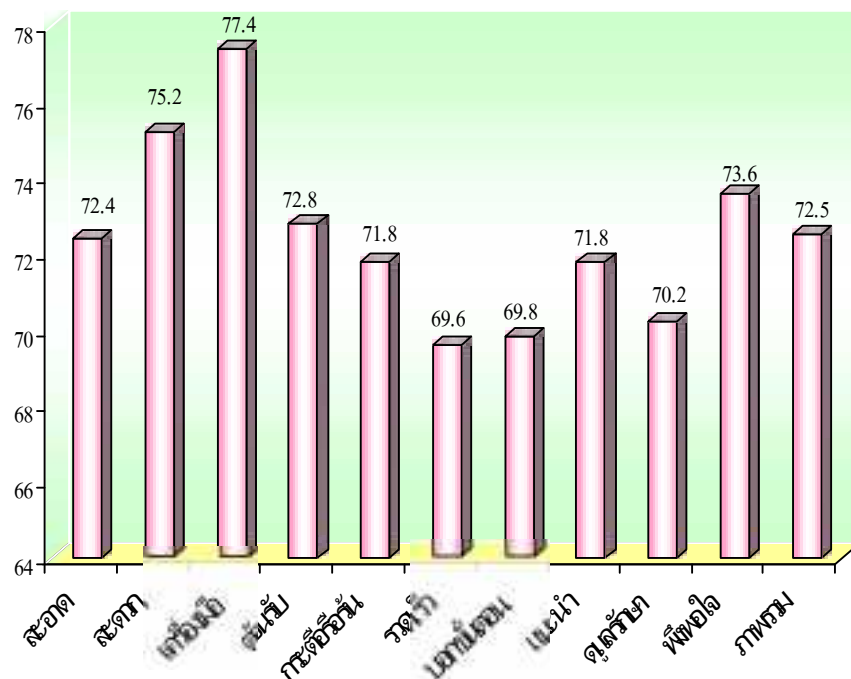


จิตอาสาช่วยงานโรงพยาบาล

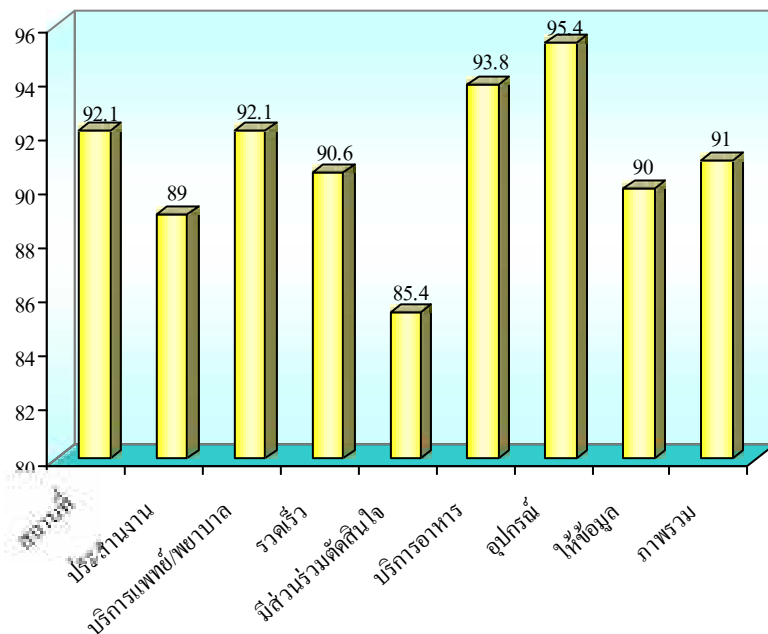


คัดกรองและให้ความรู้โรคสมองเสื่อม

ผลการประเมินความพึงพอใจผู้สูงอายุบริการผู้ป่วยนอก



ผลการประเมินความพึงพอใจผู้สูงอายุบริการผู้ป่วยใน



ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. การเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลถึงเครือข่าย	1. ติดตามการดำเนินงานตาม OPD โรคเรื้อรัง. ในผู้สูงอายุโดย Case manager เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและร่วมกันแก้ไขตั้งแต่โรงพยาบาลลำปางถึงโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต.และชุมชน
2. ขาดสถานที่ทำงาน อุปกรณ์ในสำนักงาน อุปกรณ์การสื่อสารและการเก็บข้อมูล (ใช้ห้องร้องเรียน)	2. จัดหาสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานและการทำกลุ่ม/ กิจกรรม
3. ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล	3. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ (เมื่อมีสถานที่ตั้งศูนย์ที่ถาวร) จัดทำ programme การจัดเก็บและเชื่อมโยงข้อมูลไปยังเครือข่ายผู้ดูแล

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
4. จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุยังมีน้อยและเป็นผู้สูงอายุที่มาจาก การเยี่ยมบ้าน	4. - ประชาสัมพันธ์คลินิกผู้สูงอายุแก่เจ้าหน้าที่ และประชาชนผู้ใช้บริการ - จัดประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ แก่แพทย์ เภสัชกร พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด
5. ขาดแคลนบุคลากรประจำคลินิกผู้สูงอายุ	5. - จัดให้มีแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่จัดเก็บข้อมูลประจำคลินิก - หมุนเวียนให้มีบุคลากรจากสหสาขาเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

ตัวอย่างการจัดการรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบทางกายของผู้ป่วย

1. เกิดความพิการ
2. ความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว
4. ความบกพร่องในการควบคุมการขับถ่าย
5. ความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะต่างๆ

ผลกระทบต่อจิตสังคมของผู้ป่วย

1. มีความรู้สึกคับข้องใจ
2. รู้สึกภาพลักษณ์และความภาคภูมิใจในตนเอง
3. ขาดสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นและสังคม เนื่องด้วยข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว รวมทั้งความรู้สึกมีปมด้อยไม่เหมือนบุคคลอื่น

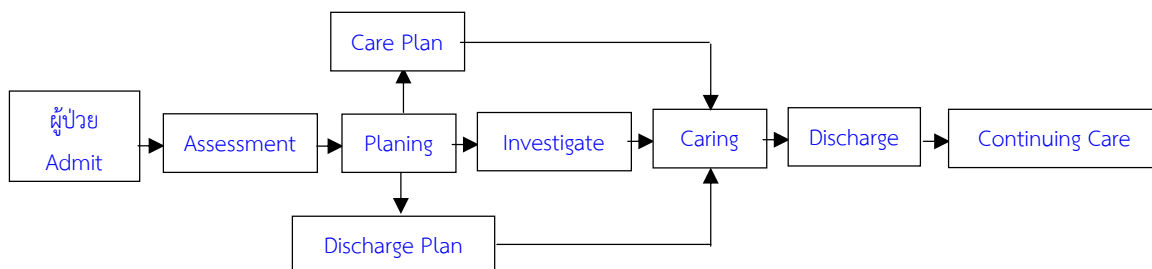
ผลกระทบของผู้ดูแล

1. ปัญหาสุขภาพกาย
2. การปรับบทบาทและหน้าที่
3. รายจ่ายในครอบครัว
4. ผลกระทบทางด้านสังคม

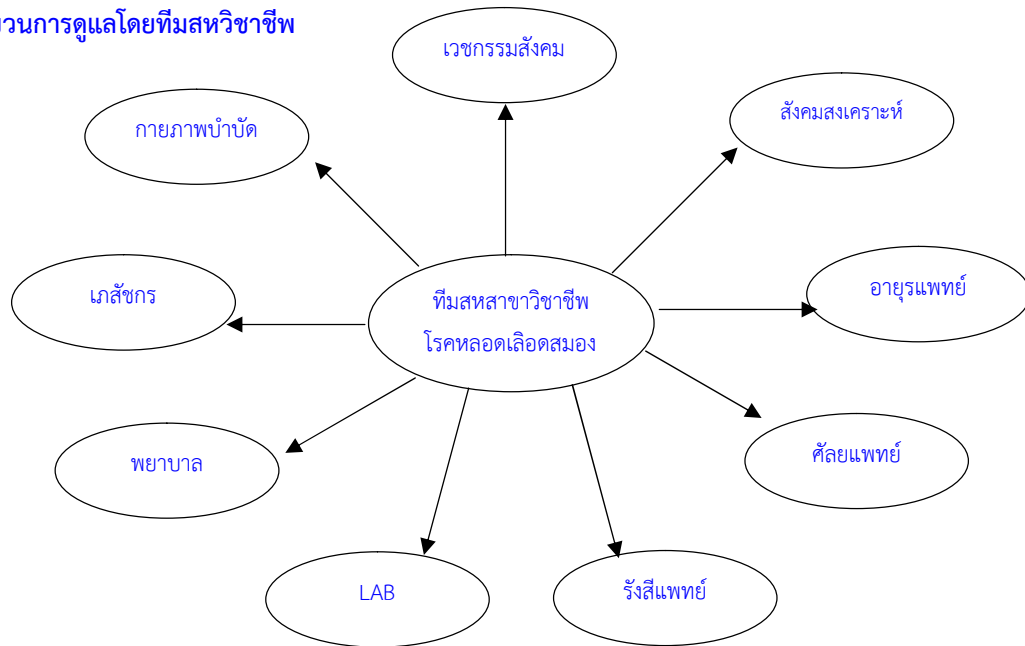
เป้าหมายในการดูแล

1. ลดภาวะแทรกซ้อน
2. ลดจำนวนวันนอน
3. ลดอัตราตาย
4. ป้องกันความพิการ
5. ดำรงรักษาอวัยวะส่วนพิการให้คงไว้
6. ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของอวัยวะของร่างกายที่เสียไปให้กลับคืนมา
7. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
8. ผู้ดูแลมีความพร้อมและสามารถดูแลผู้ป่วยได้

กระบวนการดูแลต่อเนื่อง



กระบวนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ



กระบวนการดูแล ER2 OPD

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติ
2. ประชุมหาช่องทางด่วน สัญลักษณ์
3. จัดทำแนวทางการรักษา (CPG)
4. จัดสถานที่ ER2 OPD
5. ประสานทีมสหวิชาชีพ เช่น X-ray, LAB

อบรมเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่
และซ้อมแผนการให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



กระบวนการดูแล IPD

1. ให้การดูแลแบบสหวิชาชีพโดยใช้ BareMAP, CPG เป็นแนวทางเดียวกัน
2. มีระบบวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ
3. ให้ญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล
4. ให้การรักษาพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
5. ใช้ระบบการดูแลแบบ Case Management, Disease Management
6. จัดทำ Stroke Unit

ดูแลสิ่งแวดล้อม การป้องกันอันตราย



ใช้แนวคิดการ Empowerment ผู้ป่วยและญาติในการช่วยเหลือตนเอง



การพัฒนาคุณภาพโดยการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์
สำหรับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ



ตามเยี่ยมบ้าน



การเตรียมโรงพยาบาลชุมชน



อบรมให้ความรู้และฝึกทักษะให้พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน



พัฒนาศักยภาพแกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อสม.
หรือผู้นำชุมชน และผู้ดูแลสุขภาพที่บ้าน

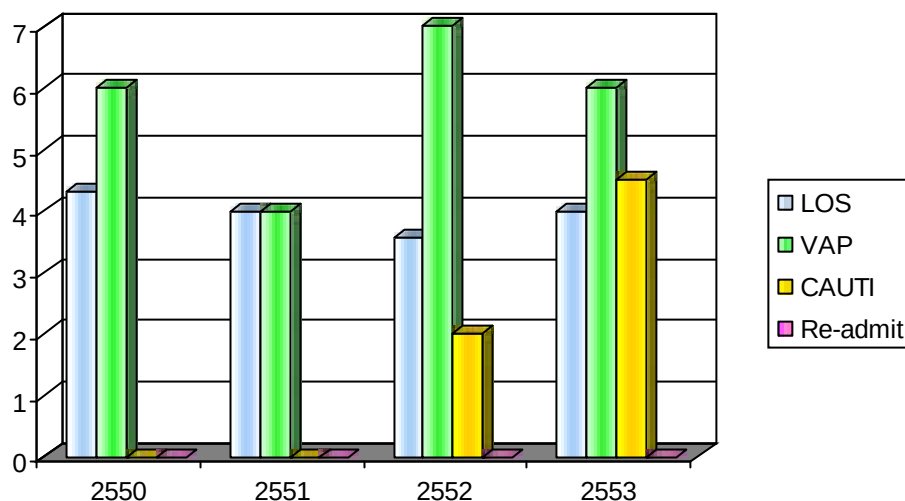


ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการปฏิบัติการ
คุณภาพชีวิต	> 80%	83 %
ความสามารถของผู้ดูแล	> 80 %	94.28 %
ร้อยละของผู้ป่วยที่กลับบ้าน ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	100 %	90 %
ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผน	100 %	96.29 %
ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัด	100 %	90 %
ความพึงพอใจ	> 80 %	92 %

ตัวชี้วัด	ผลการปฏิบัติการ			
	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
LOS	4.32 วัน	4 วัน	3.56 วัน	3.98 วัน
Complication				
- VAP	6 ราย	4 ราย	7 ราย	6 ราย
- CAUTI	0 ราย	0 ราย	2 ราย	4.5 ราย
- Pneumonia	-	-	-	0.27 ราย
Cost	6,353.21	11,203.5	12,101.46	14,545.5
Re-admit	1.3	1.7	0.2	1.1

ตัวชี้วัดโรคหลอดเลือดสมอง



ระบบการติดตามและประเมินผล

เอกสารรายงานการดำเนินการ

เอกสารการติดตามงานเป็นระยะทุก 3 / 6 12 เดือน

ผลที่คาดว่าจะได้รับและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสถานบริการ ของโรงพยาบาลห้างฉัตร สู่บริการชุมชน (Model LTC)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมทุกด้านทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูได้อย่างต่อเนื่องทั้งสถานบริการและชุมชนภายใต้ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุภายใต้ความต้องการของผู้สูงอายุและทรัพยากรที่มีอย่างเหมาะสม

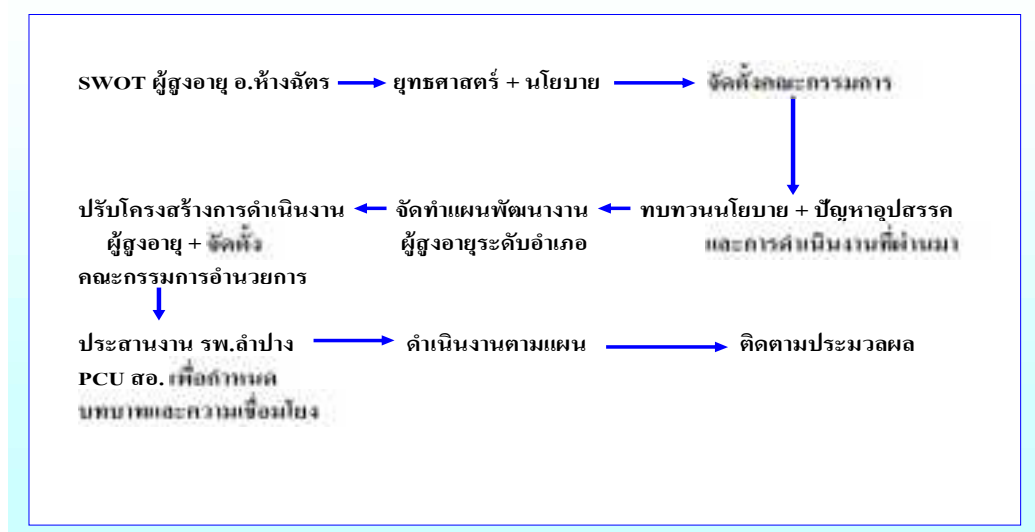
เป้าหมาย

1. มีระบบบริการสุขภาพในสถานบริการที่เหมาะสมตามสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มทุกจุดบริการ

2. มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องโดยสถานบริการ และชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ

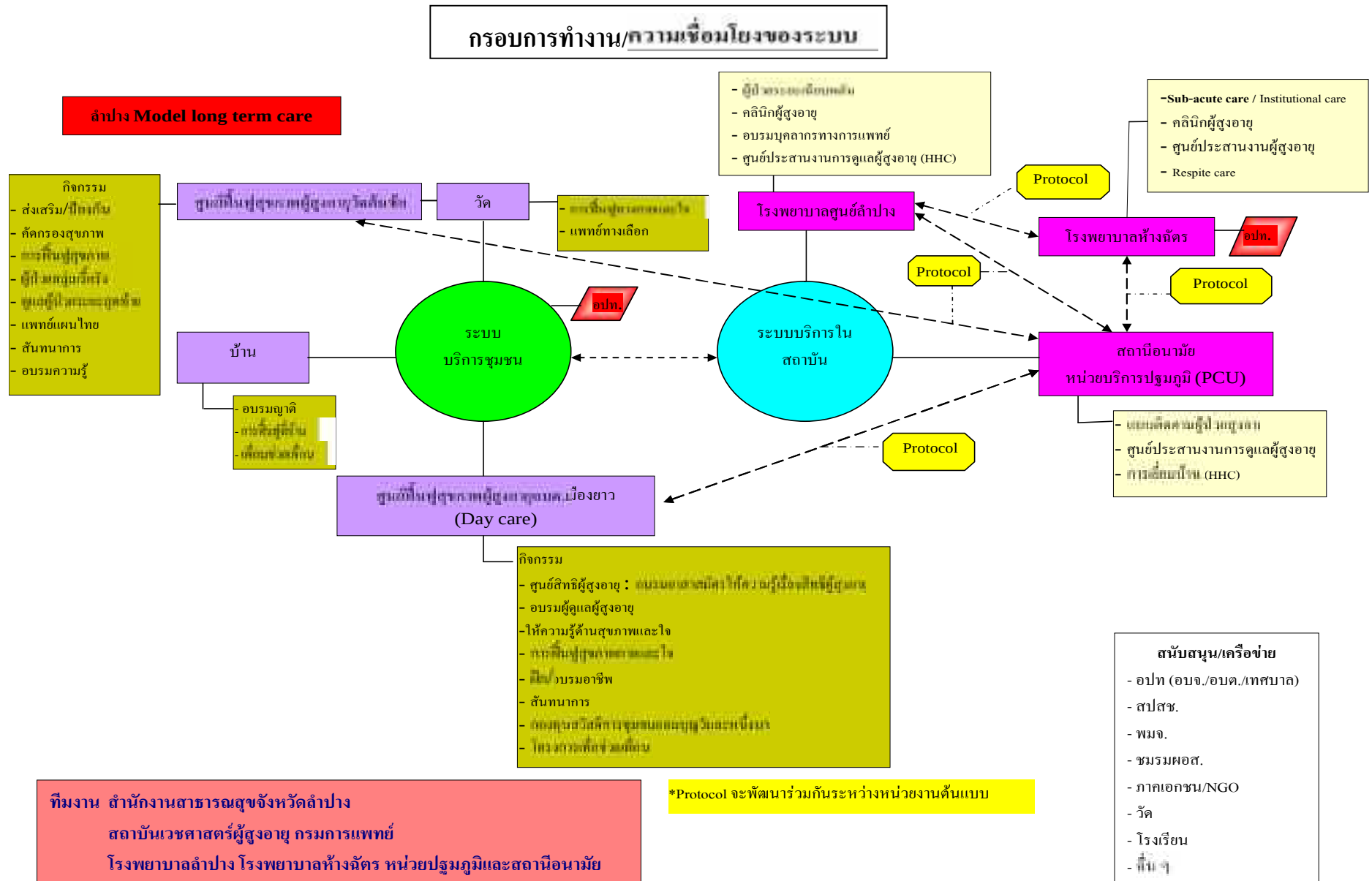
3. บุคลากรทั้งในสถานพยาบาลและชุมชนได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ

กระบวนการทำงานของระบบบริการสุขภาพแบบครบวงจร

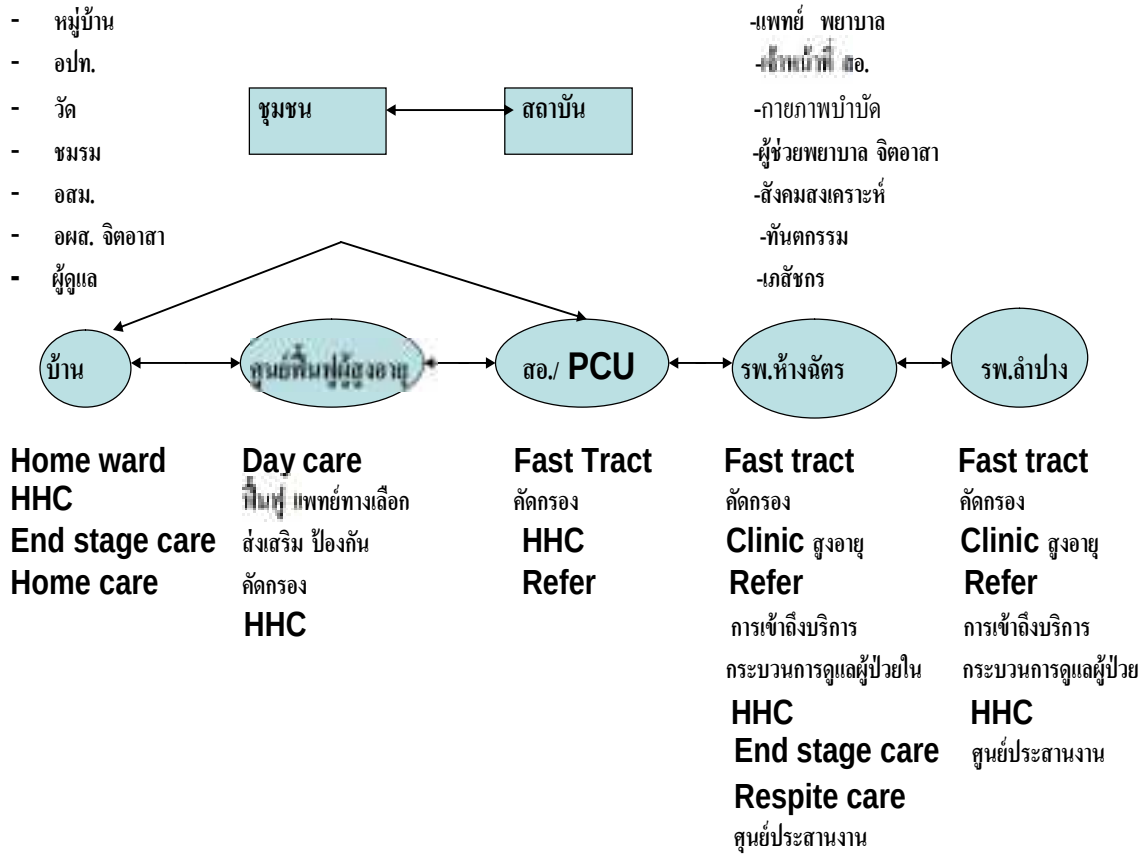


ขั้นตอนการดำเนินงาน

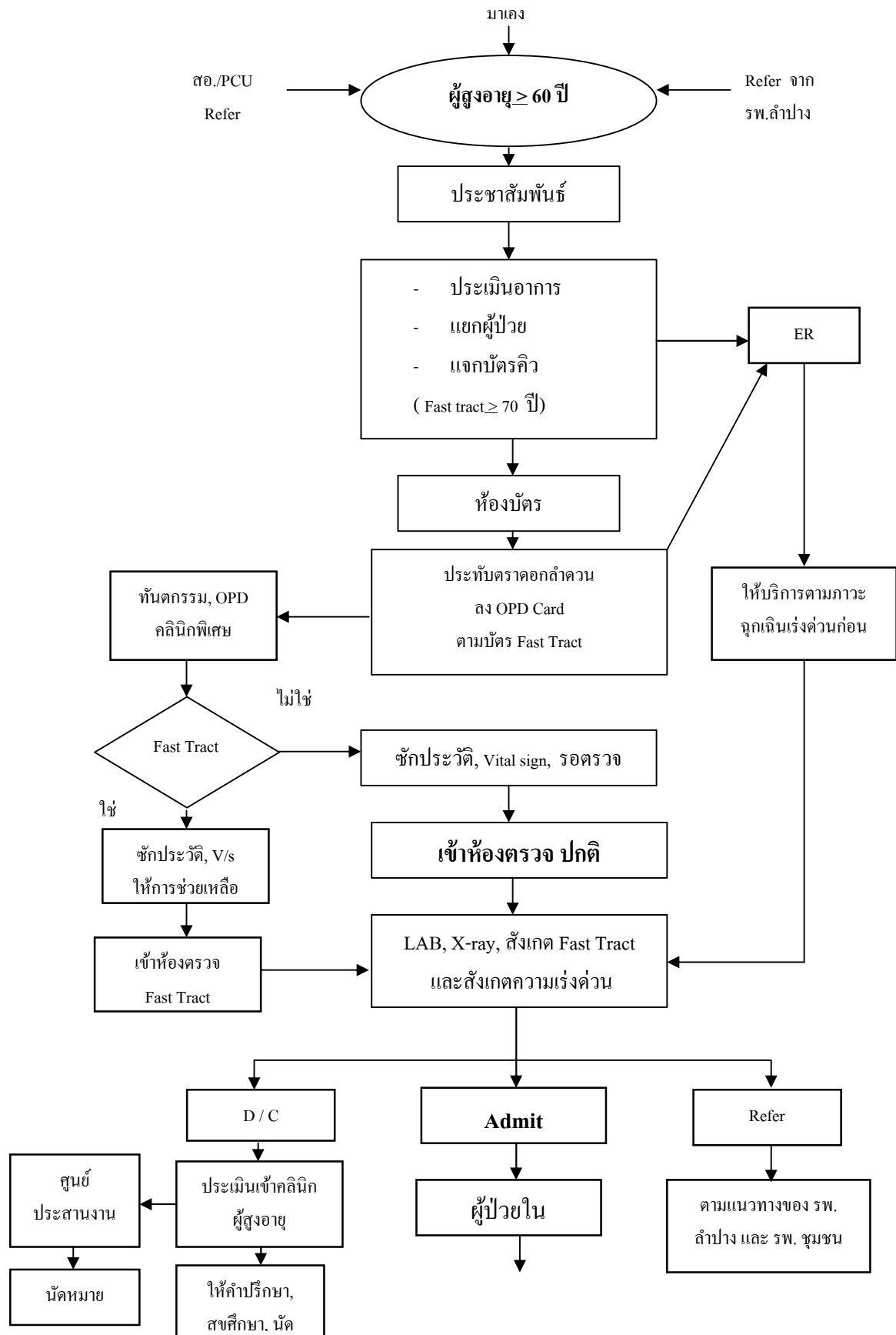
1. ประชุมทบทวนนโยบายและจุดแข็ง จุดอ่อนของงานผู้สูงอายุ อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง
2. ปรับโครงสร้างงานผู้สูงอายุในระดับอำเภอ เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานบริการผู้สูงอายุแบบครบวงจร รวมทั้งจัดตั้งศูนย์ดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในชุมชน 2 แห่ง
3. ประชุมชี้แจงนโยบายและความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจรแก่คณะกรรมการดำเนินงาน ภาครัฐ เครือข่ายต่าง ๆ
4. จัดทำแผนปฏิบัติการและโครงการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเสนอแก่คณะกรรมการอำนวยการทราบ
5. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานในการปฏิบัติตามแผนงานต่าง ๆ และการปรับเวชระเบียน เอกสารที่ใช้ในการดำเนินงาน ความเชื่อมโยง รวมทั้งการติดตามการดำเนินงาน
6. ส่งบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล อบรมการดูแลผู้สูงอายุ
7. อบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
8. ประสานทีม HHC ของให้เป็นทีมระดับอำเภอ โดยมีการทำงานร่วมกัน ระหว่าง รพ. สอ. อาสาสมัคร ชมรมสูงอายุ ศูนย์ดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุ และให้ อบต. ชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน
9. เริ่มดำเนินงานตามแผนในภาพรวมของอำเภอ
10. ติดตามผลการดำเนินงานรวมทั้งปัญหาอุปสรรค

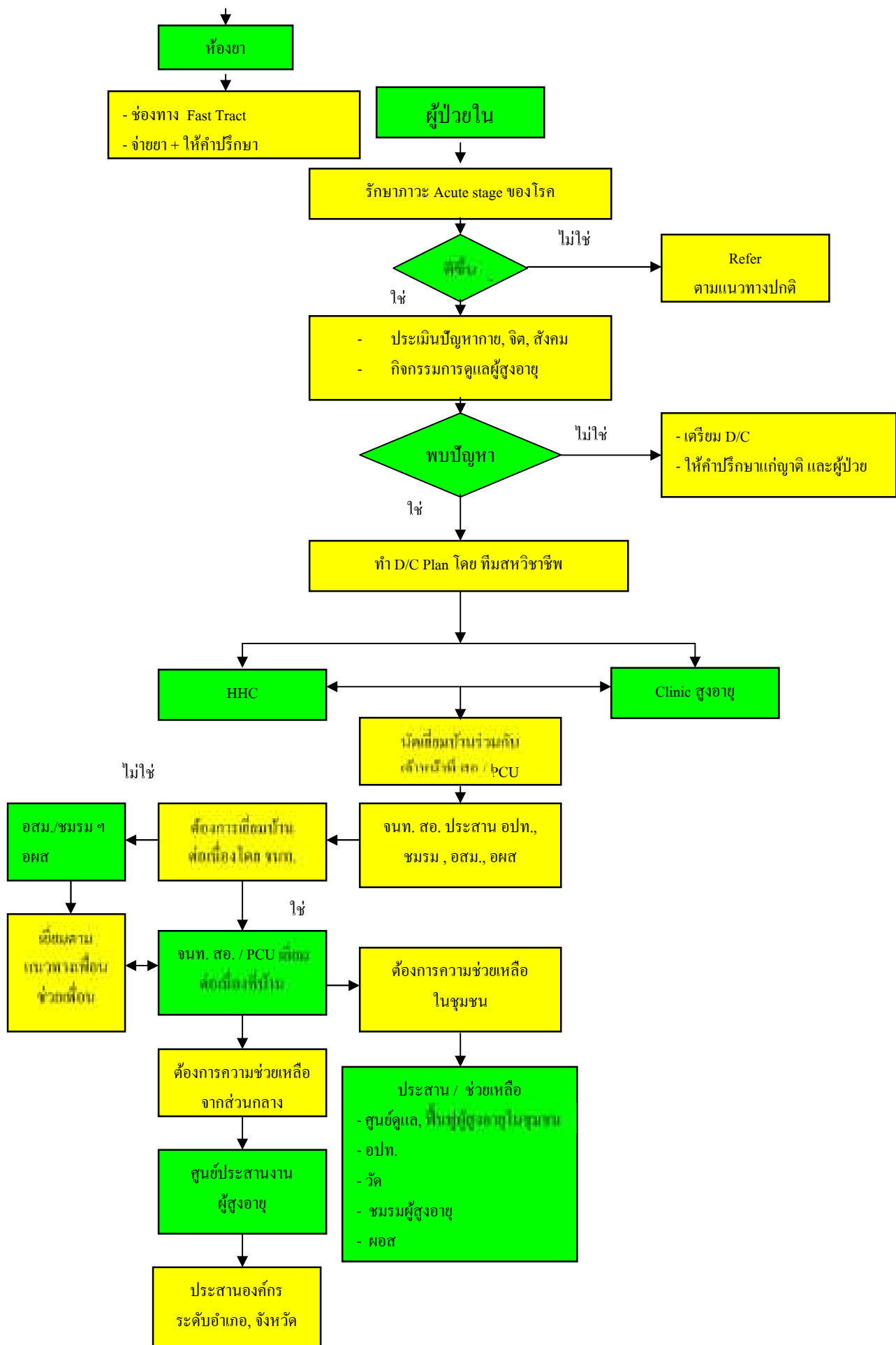


Model long term care ลำปาง

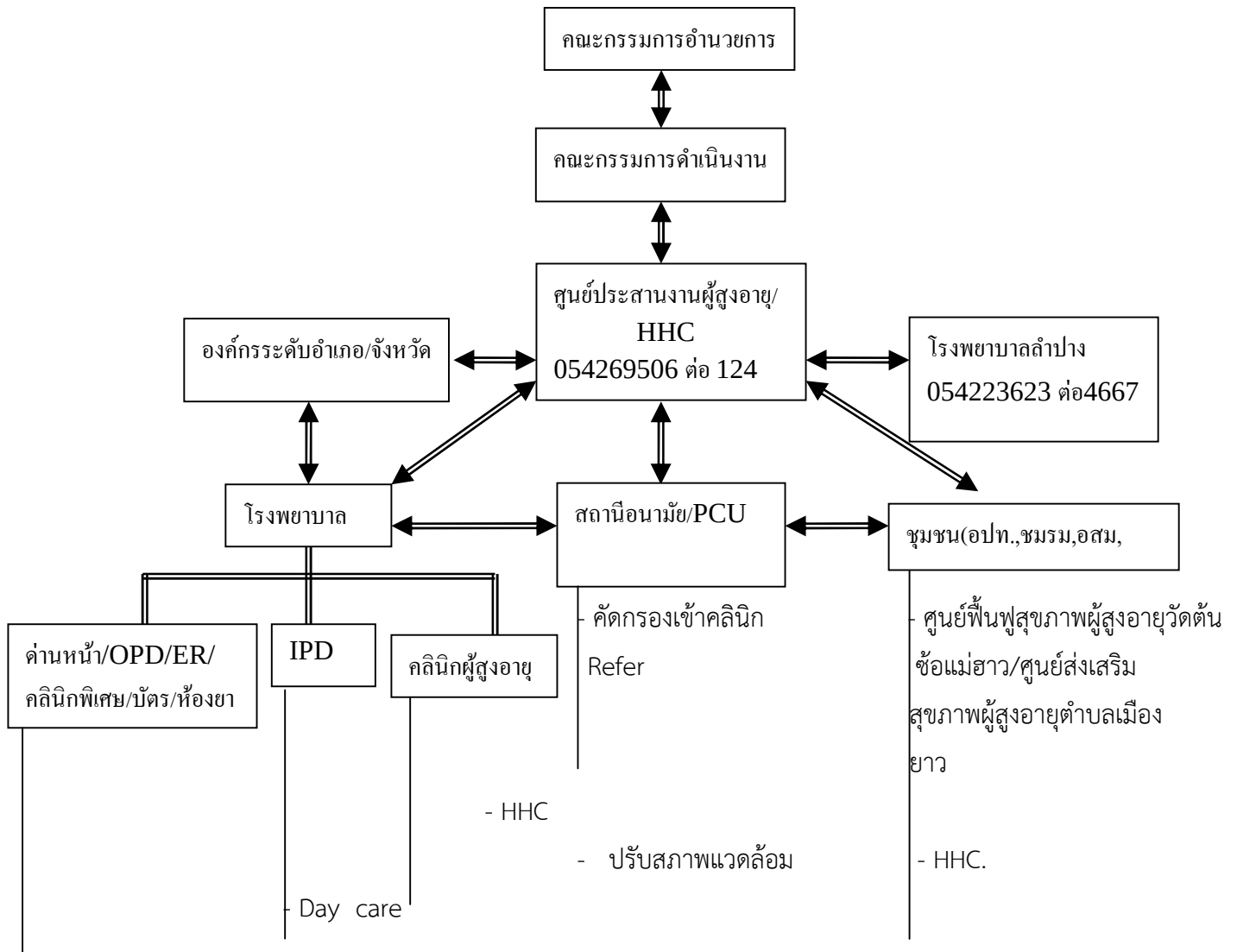


ขั้นตอนการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทั้งองค์กร





โครงสร้างองค์กรของหน่วยงานที่ให้บริการผู้สูงอายุ



- Home Ward

- กองทุนผู้สูงอายุ

- Fast tract
- ส่งเสริมสุขภาพ
- คัดกรองเข้าคลินิก
- คัดกรองสุขภาพ
- Refer
- ปรับสภาพแวดล้อม
- D/C plan
- ประเมิน
- การดูแลผู้สูงอายุ
- ประเมินเข้าคลินิก
- ประเมินเข้าHHC.
- Respite care
- ปรับสภาพแวดล้อม
- กิจกรรม

หน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ

1. คณะกรรมการอำนวยการ

- กำหนดนโยบาย
- สนับสนุนการดำเนินงานคณะทำงานทุกด้าน
- สนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

2. คณะกรรมการดำเนินงาน

- นำนโยบายสู่การปฏิบัติ ทำแผนพัฒนางานดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบครบวงจร
- จัดตั้งศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุในอำเภอ
- ติดตามสรุปผลการดำเนินงานผู้สูงอายุในอำเภอ

3. ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ

- ศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุในอำเภอ
- รับแจ้งปัญหาหรือข้อมูลผู้สูงอายุทุกช่องทาง
- ผลิตสื่อ ประชาสัมพันธ์งานผู้สูงอายุในอำเภอ
- มีการกระบวนกรส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมโดยประสานงานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- ประสานงานเพื่อให้งานผู้สูงอายุดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งใน รพ. และชุมชน
- บริการให้คำแนะนำแก่ทีมงานเครือข่ายผู้สูงอายุ
- แหล่งองค์ความรู้และพัฒนาบุคลากร(อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น)

4.ระบบงานผู้ป่วยใน

- มีการวางแผนจำหน่าย(Discharge planning)เป็นกระบวนการควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้คือตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโดยมีขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Assessment)

2. การวางแผน (Planning) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้บอกความปรารถนา

ของตนเองและมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลที่บ้านสาระที่จะบรรจุในแบบฟอร์มจำหน่ายผู้ป่วยได้แก่การวินิจฉัยการพยาบาล ความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะเวลาที่ต้องใช้เพื่อฝึกทักษะการพยาบาล ความต้องการความรู้เพื่อการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง การใช้ยาหรือการรักษาต่างๆหลังจากออกจากโรงพยาบาล ลักษณะอาการและอาการแสดงซึ่งต้องสังเกตและรีบมาพบแพทย์เพื่อมารับการรักษาต่อเนื่อง การใช้เครื่องพยุงหรือเครื่องมือต่างๆตามความจำเป็นแหล่งทรัพยากรในท้องถิ่นและกลุ่มสนับสนุนที่จะเป็นกำลังใจหรือคอยช่วยเหลือผู้ป่วยตามต้องการ

3. การนำแผนจำหน่ายไปใช้ (Implementation) หรือการดำเนินการให้การดูแลและการประสานการดูแลเพื่อไม่ให้เกิดการรักษาขาดตอนเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการเป็นการช่วยให้

ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับบ้านคือให้มีความรู้ ทักษะ มีแรงจูงใจอย่างเพียงพอโดยจัดให้มีการสอนผู้ป่วย และผู้ดูแลและการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้อง จัดหาแหล่งบริการภายนอก หรือองค์กรในชุมชนซึ่งจะมีเงื่อนไขในเรื่องลำดับเวลา พื้นที่ในการดูแลเช่นสถานบริการผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลที่บ้าน การดูแลผู้ที่มีปัญหาจิตเวช เป็นต้น

4.การติดตามและประเมินผล (Evaluation) จำเป็นต้องประเมินผลว่าแผนจำหน่าย ได้รับการปฏิบัติและเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่คาดหวังหรือไม่ ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยพร้อมจะกลับบ้านอย่างปลอดภัย

- จัดทีมในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีจากหลายสาขาวิชาชีพได้แก่แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ เภสัชกร พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลเยี่ยมบ้าน ผู้ช่วยพยาบาล และอื่นๆ
- ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการรับบริการและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการโดยมีการประเมินจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามภาวะเสี่ยงของการป่วยไข้และจัดให้มีกิจกรรมแนวทางในการให้บริการและแลกเปลี่ยนข้อมูล
- มีกระบวนการประเมินปัญหาผู้สูงอายุแบบองค์รวม(Assessment)โดยใช้องค์ความรู้เฉพาะด้านตามปัญหาที่พบตามแบบคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านGeriatric Medicineที่ได้รับการพัฒนาจากสถาบันและปรับปรุงให้เหมาะสมกับภาระงานที่มีอยู่โดยเรียงตามลำดับตามWork Flow
- มีการวางแผน(Planning)การดำเนินการ(Implementation)ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุโดยองค์ความรู้เฉพาะด้านตามปัญหาที่พบตามแบบคัดกรองรวมทั้งการบันทึกข้อมูลกระบวนการให้บริการและมีการติดตามและประเมินผล(Evaluation)
- มีกระบวนการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวัน พึ่งพาตนเองอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้เหมาะสมภายใต้สภาพของผู้สูงอายุโดยมีการวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับทีม HHC โดยกำหนดรูปแบบการบริการ ในลักษณะสหสาขาวิชาชีพด้วยแนวคิดD- M-E-T-H-O-D มีการบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุและการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การมาตรวจตามนัด
- Respite care สำหรับผู้สูงอายุที่ ครอบครัวมีภาวะวิกฤต ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ต้องเตรียมความพร้อมก่อนไปดูแลที่บ้านและชุมชน

5. ระบบงานผู้ป่วยนอก

- จัดทีมในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีจากหลายสาขาวิชาชีพได้แก่แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลเยี่ยมบ้าน ผู้ช่วยพยาบาลและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- จัดตั้งและพัฒนาระบบงานคลินิกผู้สูงอายุ
- มีข้อบ่งชี้สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ
 1. ผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินความเสี่ยงโดยแพทย์จากคลินิกต่างๆ
 2. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนหลายด้าน (พิจารณาโดยแพทย์และพยาบาล)
 3. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาล (Admit)และมีปัญหาการดูแลหลายด้านหลังจากมี การวางแผนจำหน่าย(Discharge Planning)
 4. ผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสในชุมชนโดยการประเมินความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่ในชุมชน
- พัฒนาระบบช่องทางด่วนผู้สูงอายุและช่องทางรับผู้ป่วยสูงอายุจากจุดบริการต่างๆ
- ประเมินปัญหาผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้องค์ความรู้เฉพาะด้านตามปัญหาที่พบตามแบบคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านGeriatric Medicineที่ได้รับการพัฒนาจากสถาบันและปรับปรุงให้เหมาะสมกับภาระงานที่มีอยู่โดยเรียงตามลำดับตามWork Flow
- การดูแลผู้สูงอายุโดยองค์ความรู้เฉพาะด้านตามปัญหาที่พบตามแบบคัดกรอง
- รับ/ส่งต่อและประสานทีมHHC ตาม Work Flow

6. ระบบงาน HHC (พยาบาล HHC)

- พยาบาลที่ดูแลคนไข้ที่บ้านต้องมีการเตรียมความรู้เฉพาะโดยมีความรู้ระดับปริญญาตรี มีทักษะการบริหารจัดการ แก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์และยืดหยุ่นมีมีโนทัศน์ด้านครอบครัวและชุมชนและสามารถนำประสบการณ์ทางคลินิกไปใช้ในชุมชนได้ มีความรู้ลึกซึ้งในกระบวนการพยาบาลที่เน้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ(Critical Thinking)และการตัดสินใจที่ดีและการประเมินขั้นสูงและทักษะการประเมินผล มีทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะในเรื่องเอกสารรายงาน สามารถทำงานเองได้ควรมีประสบการณ์ด้านพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์อย่างน้อย 1 ปีเพื่อใช้เป็นพื้นฐานการทำงานส่วนความรู้อื่นเช่นการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์หรือการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีสูงควรมีประสบการณ์ด้วย(Rice,1996)
- จัดทีมในการให้บริการผู้สูงอายุที่บ้านที่มีจากหลายสาขาวิชาชีพได้แก่แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร พยาบาลจิตเวช นักกายภาพบำบัด นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลเยี่ยมบ้าน ผู้ช่วยพยาบาลและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- จัดตั้งและพัฒนาระบบงานHHCใช้สถานที่ร่วมกับศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ)

- บริการที่ให้ขึ้นกับความต้องการของบุคคลและครอบครัวบริการจะรวมการพยาบาล การดูแลทางการแพทย์ การกายภาพบำบัด การบำบัดทางยา อาชีวบำบัด การให้ คำปรึกษาเรื่องอาการ บริการทางสังคม การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ การ ให้บริการช่วยเหลือที่บ้านเวลาที่ใช้ครั้งแรกประมาณ 90-120 นาทีหลังจากนี้ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อการเยี่ยมแต่ละครั้ง(Mcneal,2000)
- ออกเยี่ยมบ้านในรายการณผู้ป่วยใน วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาและราย กรณีส่งต่อมาจากงานผู้ป่วยนอก สถานิออนามัยและ รพ.ลำปาง
- ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมในพื้นที่ คือ สถานิออนามัย อาสาสมัคร ชมรมผู้สูงอายุ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- ประสานทีมสหวิชาชีพ กรณี Case ที่ซับซ้อนมาก
- มีกระบวนการให้บริการงานเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลห้างฉัตร(Work Flow)มีการ เตรียมเมื่อแรกรับคนไข้(Admission preparation) การเยี่ยมหลังการรับคนไข้(Re-visit)การจำหน่ายคนไข้จากบริการดูแลที่บ้าน(Discharge care)

1. พิจารณา Case เห็นสมควรได้รับการติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยการประเมินผู้ป่วย

แบบองค์รวม (Assessment)

2. ประเมินพิจารณา HHC ติดตามเรื่องตามแบบฟอร์ม FN3

3. พยาบาลHHC บันทึกข้อมูล (ในแบบฟอร์ม Com) เพื่อติดตามการส่งต่อ

4. กรณี OPD CASE เช่น ER คลินิกพิเศษ OPD ให้ส่ง HHC ที่ ศูนย์ ประสานงาน HHCพร้อม ชักประวัติเพิ่มเติมลงใน แบบฟอร์ม HHCกรณี ใน IPD ให้บันทึกลง FN 3 วางแผนจำหน่ายร่วมกัน กับสหสาขาวิชาชีพ และส่งข้อมูลมายัง ศูนย์ ประสานงานHHC

5. Nurse Manager รวบรวมข้อมูล และบันทึกข้อมูล ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย HHC

6. วางแผนการเยี่ยมบ้าน จัดทีม นัดวันเยี่ยม ประสานงานท. สอ.ในเขตรับผิดชอบ

7. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามที่วางแผนไว้ ร่วมกับอาสาสมัครและอปท

8. ระยะเยี่ยมบ้านให้บริการเยี่ยมบ้านแบบองค์รวมโดยใช้แฟ้มสุขภาพครอบครัวมี การประเมินผู้ป่วยโดยครอบคลุมตามหลักINHOMESSS

9. บันทึกข้อมูลเป็น Total Case + รูปภาพประกอบโดยทำเอกสารรายงานต่อไปนั้ คือเป้าหมายการดูแลที่บรรลุผล ความรู้ของคนไข้ที่มี ภาวะของการเจ็บป่วย และความร่วมมือของ คนไข้ในการรักษา

10. ส่งข้อมูลกลับให้ สอ. ดูแลอย่างต่อเนื่อง

11. สอ. ส่งข้อมูลกลับ เพื่อรายงาน Case มายัง HHC Center

12. พิจารณา จำหน่าย Case

13. รายงานให้แพทย์ทราบถึงความก้าวหน้าในการติดตามเยี่ยม

14. แพทย์อ่านข้อมูล แต่ละ Case ที่ติดตามเยี่ยม พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนการดูแล
ใน ครั้งต่อไป

7. ระบบงานส่งต่อ (แพทย์/พยาบาล/ อปกร)

- พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และเจ็บป่วยเฉียบพลัน
- พัฒนาระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน โดยร่วมกับทีม HHC

8. สถานีอนามัย

- จัดระบบคัดกรอง ช่องทางด่วนในผู้สูงอายุ
- ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- ประสานงาน อปท. ชมรมสูงอายุ แกนนำหมู่บ้านในการดูแลระยะยาว
- พัฒนาอาสาสมัครการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

9. ชมรมผู้สูงอายุ

- เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
- จัดกิจกรรมในชมรมเพื่อส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ
- รวมกลุ่มตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และด้อยโอกาส

10. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

- สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมทางด้านสุขภาพและทางด้านสังคมแก่
ผู้สูงอายุ
- ช่วยผลักดันให้เกิดศูนย์ดูแลและฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน
- สนับสนุนงบประมาณในการทำโครงการต่าง ๆ ด้านผู้สูงอายุ

11. ศูนย์ดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

- ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลันและผู้สูงอายุทั่วไปที่ต้องการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางกาย
- ศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อลดภาระของผู้ดูแลและ
ครอบครัวที่ไม่มีเวลาดูแล
- ศูนย์ฝึกอาชีพและสันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ
- ศูนย์รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุระดับตำบล
- คลังอุปกรณ์และหน่วยปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

12. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

- แกนนำเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
- ออกหน่วยเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม HHC เพื่อร่วมวางแผนการดูแลต่อเนื่อง
- ให้คำแนะนำและความรู้ด้านสุขภาพทั้งกายและใจสำหรับผู้สูงอายุ
- ช่วยเหลือตามความต้องการโดยเฉพาะด้านสังคมและด้านจิตใจ
- แกนนำในการถ่ายทอดความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ

- ให้ข้อมูลเพื่อการประสานประโยชน์ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีนามัย และอสม.
- กระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
- ช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือส่งต่อถ้าจำเป็น
- เป็นอาสาสมัครทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น การนัดเพื่อสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ ต่อเนื่องทั้งในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนและที่บ้าน
- จัดประชุมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อจัดการความรู้

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ระบบข้อมูลและสารสนเทศ
 - ขาดการติดตามข้อมูลและวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง
2. การเชื่อมโยงของระบบ
 - เนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยเดิมที่มีอยู่มีความซับซ้อนและหลากหลาย เช่น ระบบส่งตัวผู้ป่วย ระบบเยี่ยมบ้าน , ระบบการดูแลเฉพาะโรค (Disease management) ระบบการดูแลในชุมชน เพราะฉะนั้นจึงต้องทำความเข้าใจกับทีมงาน และสร้างความชัดเจนให้กับทีมงานและผู้ปฏิบัติก่อน
 - การปรับระบบต้องใช้เวลานานในการปรับเพราะมีหลายวิชาชีพ หลายหน่วยงาน
3. ภาระงานของเจ้าหน้าที่และนโยบายเร่งด่วนอื่น ๆ ทำให้การดำเนินงานหยุดชะงัก และไม่สามารถทำตามแผนได้หมด
4. องค์กรความรู้
 - เนื่องจากเจ้าหน้าที่ทุกจุดต้องปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ซึ่งเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุครบทุกคน ทำให้ทักษะและความชำนาญยังมีน้อย
5. ความตระหนักและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย
 - ยังคงมีการทำงานแยกส่วนกันอยู่ อาจเนื่องจากการขาดการประชุมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่ได้มุ่งเป็นไปใน การดูแลระยะยาว
6. ผู้มารับบริการบางรายที่เข้ามาในระบบสุขภาพของโรงพยาบาล แต่ไม่ได้รับการเข้าระบบดูแลระยะยาวตามที่ควรได้รับ อาจเนื่องมาจากการที่ขาดความตระหนักของเจ้าหน้าที่ หรือภาระงานที่มากเกินไป
7. ความตระหนักของผู้ป่วยสูงอายุ ครอบครัว/ผู้ดูแล อาสาสมัคร ในการดูแลระยะยาวยังมีน้อยไป สังเกตได้จากบางครั้ง การนัดเยี่ยมบ้านไม่ไปตามนัดหรือไม่อยู่บ้าน
8. สถานที่ยังไม่เหมาะสม เช่น สถานที่การจัดทำคลินิกผู้สูงอายุ สถานที่เกี่ยวกับการดูแลและเตรียมผู้ป่วยหลังอาการเฉียบพลันเริ่มดีขึ้น

9. การนำองค์กร ต้องมีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง

ต้นทุนทางสังคม

1. ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวของเจ้าหน้าที่ทั้งในโรงพยาบาลและสถานีนอนมัย
2. โรงพยาบาลมีความพยายามที่จะพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพอยู่แล้ว
3. ครอบครัวส่วนใหญ่ มีความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ และเป็นครอบครัวแบบชนบทที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน
4. ชุมชนผู้สูงอายุ อาสาสมัคร มีครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่ และมีกิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแลระยะยาว
5. มีบุคคลและกลุ่มบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเป็นแกนนำ เป็นตัวอย่างการทำงานที่ดี

ระบบการติดตามและประเมินผล

1. งานผู้ป่วยนอก

● **เอกสารการประเมินผู้สูงอายุ**

หมายเลข 1 การคัดกรองสุขภาพทั่วไป (18 ข้อ) : ประเมินทุกราย ถ้าพบผิดปกติขอใดข้อหนึ่งส่งนัดเข้า

คลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข 2 สุขภาพผู้สูงอายุ : ประเมินทุกรายที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข 3 ภาวะโภชนาการ : ประเมินทุกรายที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข 4 การใช้ยา : ประเมินทุกรายที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข 5 ความเสี่ยงในช่องปาก : ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข 6 การทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น : ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข 7 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) : ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข 8 โรคซึมเศร้า (9 Q) : ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข 9 ภาวะพลัดตก หกล้ม) : ประเมินผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เสี่ยงต่อการหกล้ม

หมายเลข 10 การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ : ประเมินผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้

หมายเลข 11 ข้อมูลทางสังคม : ประเมินทุกรายที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข 12 Geriatric evaluation : ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข 13 Sexual health problems : ประเมินผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้

หมายเลข 14 สรุป Problem list : ประเมินทุกราย ที่เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

หมายเลข 15 Geriatric assessment : ประเมิน เพื่อพิจารณาการส่งต่อ และการลงเยี่ยมบ้าน

สรุปผลงานผู้สูงอายุ งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลห้างฉัตร

1. จำนวนผู้เข้ารับบริการงานผู้ป่วยนอก

ผู้รับบริการ	งบประมาณ 53		ต.ค.53-ม.ค.54	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด	24,292	93,762	7,700	29,284
ผู้รับบริการสูงอายุ(60ปีขึ้นไป)	4,260	22,281	1,607	7,258
ร้อยละของผู้รับบริการสูงอายุ	17.54	23.76	20.87	24.78

2. จำนวนรายโรคและอัตราป่วยงานผู้ป่วยนอกที่พบบ่อย 10 อันดับโรค

ที่	โรค	งบประมาณ 53		ต.ค.53-ม.ค.54	
		ราย	อัตรา :1,000	ราย	อัตรา :1,000
1	Hypertension	5,890	108.40	1,824	33.57
2	Diabetes Mellitus	3,688	67.87	917	16.88
3	Acute nasopharyngitis (common cold)	2,540	46.75	1,035	19.05
4	Acute pharyngitis	2,240	41.22	682	12.55
5	Dyspepsia	1,643	30.24	586	10.78
6	Muscle strain	1,533	28.21	609	11.21
7	HIV	1,391	25.60	518	9.53
8	Diarrhea / gastroenteritis	1,374	25.29	343	6.31
9	Dizziness	1,172	21.57	470	8.65
10	COPD	957	17.61		
10	LBP			409	7.53

3. จำนวนรายโรคและอัตราป่วย ของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ งานผู้ป่วยนอกที่พบบ่อย 10 อันดับโรค

ที่	โรค	งบประมาณ 53		ต.ค.53-ม.ค.54	
		ราย	อัตรา	ราย	อัตรา
1	Hypertension	3,012	55.43	909	16.73
2	Diabetes Mellitus	2,204	40.56	552	10.16
3	COPD	1,308	24.07	230	4.23
4	Dizziness	401	7.38	194	3.57
5	Dyspepsia	376	6.92	136	2.50
5	Malignant neoplasms	245	4.51	36	0.66
7	Renal failure	211	3.88	54	0.99
8	Diarrhoea /gastroenteritis	193	3.55	59	1.09
9	Stroke	145	2.67	44	0.81
10	Anemia	139	2.56	48	0.88

4. จำนวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ (อยู่ระหว่างการพัฒนา)
5. 10 อันดับปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ (อยู่ระหว่างการพัฒนา)
6. ความพึงพอใจโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการรับบริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการสุขภาพ/การใช้บริการคลินิกสูงอายุ
7. จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการต่อเนื่องโดยส่ง HHC
8. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน

สรุปปัญหาจากการดำเนินงานผู้สูงอายุ งานผู้ป่วยนอก / แนวทางแก้ไข

1. การจัดระบบ Fast Track

การจัดลำดับผู้สูงอายุเข้าตรวจก่อน แต่พบปัญหาแพทย์ห้องตรวจไม่เพียงพอ องค์กรแพทย์มีการจัดเวรการตรวจประจำหน่วยงาน เช่น IPD, ER, คลินิกพิเศษ และห้องตรวจ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าตรวจตามลำดับคิวทั่วไป ยกเว้นเข้าตรวจก่อนใน กรณีป่วยฉุกเฉิน หรือมีปัญหาเรื่องการเดิน ฯลฯ

แนวทางแก้ไข

จัดขั้นตอนการบริการผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้สัญลักษณ์ดอกกลาดวงตั้งแต่แรกรับให้ชัดเจน

2. อาคารสถานที่ในการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุแยกจากหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอก ใช้อาคารตึกสูงอายุ พบปัญหาความไม่สะดวกในจัดวัสดุอุปกรณ์ และการให้บริการ เช่น การส่งผู้ป่วยตรวจเลือด/ เอกซเรย์ / Ultrasound

แนวทางแก้ไข

- จัดบริการคลินิกสูงอายุแยกเฉพาะ แบบ One stop service ภายในตึกผู้ป่วยใน สามารถประสานงานกับหน่วยงานอื่นได้ดี

- จัดระบบบริการคลินิกสูงอายุทุกวันพฤหัสบดี ช่วงบ่าย

3. บุคลากรไม่เพียงพอ มีงานรับผิดชอบหลักภายในหน่วยงาน เช่น แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เพราะหน่วยงานบริการอยู่ห่างจากอาคารผู้ป่วยทั่วไป

แนวทางแก้ไข

- มอบหมายงานรับผิดชอบเฉพาะ และจัดบุคลากรให้เพียงพอในงานบริการ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน

4. เอกสารคัดกรองผู้สูงอายุ แบบฟอร์มการคัดกรองผู้สูงอายุ เดิมดำเนินการจัดทำ การประเมินแบบง่าย (5 ข้อ) แต่เนื้อหาข้อมูลการประเมินยังไม่ครอบคลุม และไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงานบริการ ใช้เฉพาะ ผู้ป่วยนอกทั่วไป และคลินิกพิเศษ

แนวทางแก้ไข

- ปรับปรุงแบบฟอร์มคัดกรองใหม่ จำนวน 18 ข้อ ใช้กระดาษสีเขียว ติด OPD Card

- เพื่อให้เห็นชัดเจน

5. การให้ข้อมูล ของผู้สูงอายุและญาติ

- ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูล การให้ข้อมูลไม่ชัดเจน

- ผู้สูงอายุบางรายเดินทางมาเอง ไม่มีญาตินำส่ง หรือโดยสารมากับรถประจำทาง หรือเพื่อนบ้าน

- บางรายส่งถึงโรงพยาบาล ให้ผู้สูงอายุมาตรวจเอง และมารับกลับ แต่ส่วนใหญ่มาเอง ไม่มีญาตินำส่ง ทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสารข้อมูลที่จำเป็น

- ญาติที่มาส่งผู้สูงอายุ จะไม่ใช่ญาติใกล้ชิด ที่อยู่รวมบ้านเดียวกัน ให้ข้อมูลได้ไม่ถูกต้อง

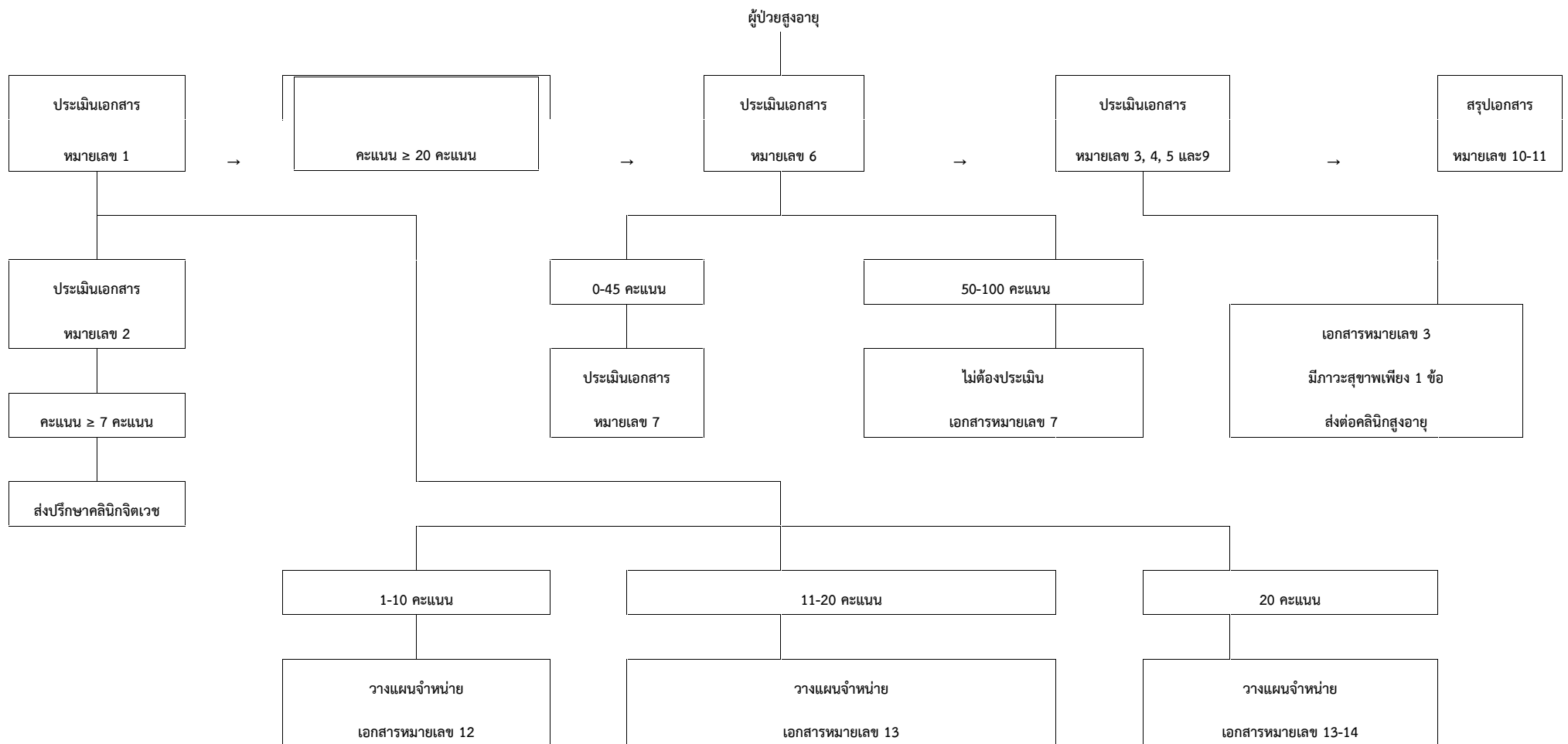
2.งานผู้ป่วยใน

- เอกสารการประเมินผู้สูงอายุผู้ป่วยใน

งานผู้ป่วยในมีแนวทางการประเมินผู้ป่วยเพื่อการดูแล วางแผนการจำหน่ายและการดูแล ต่อเนื่องถึงบ้านโดยใช้แบบฟอร์มต่อไปนี้

1. แบบฟอร์มการประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
2. ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)
3. แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
4. แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
5. แบบประเมินภาวะการล้มพลัดตกหกล้ม(Morse Fall Scale)
6. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามมาตรฐานบาร์เทิล
7. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
8. แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม(Chula Mental Test, CMT)
9. แบบสรุปปัญหาผู้ป่วยและญาติ
10. แบบสรุปปัญหาสำคัญเร่งด่วน 3 อันดับแรก
11. แบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายและสรุปจำหน่ายผู้ป่วย
12. การเตรียมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

แนวทางการประเมินแบบองค์รวมสำหรับ ผู้ป่วยสูงอายุ



- เอกสารการประเมินความพึงพอใจ
- เอกสารรายงานการดำเนินงาน

1. จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการงานผู้ป่วยใน: ผู้ป่วยในทั้งหมด
 - ตค.52- กย.53 จำนวน 1,126 : 3,357 ราย ร้อยละ 33.54
 - ตค.53-มค.54 จำนวน 342 : 989 ราย ร้อยละ 34.58
2. สถิติผู้รับบริการสูงอายุนานผู้ป่วยใน10อันดับแรกปีงบประมาณ2552-2553

ลำดับ	โรค	2552		2553	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1	COPD	163	300.64	190	349.67
2	Anemia	36	66.40	62	114.10
3	Pneumonia	54	99.60	54	99.38
4	Diarrhoea&Gastroenteritis	37	68.24	39	71.77
5	Chronic Renal Failure	29	53.49	27	49.69
6	Acute pyelonephritis	38	70.09	22	40.49
7	Congestive heart failure	28	51.64	21	38.65
8	Hypokalemia	13	23.98	16	29.45
9	Cellulitis of limb	10	18.44	15	27.61
10	Peripheral vertigo	14	24.82	13	23.92

ที่มา:งานเวชสถิติ : กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลห้างฉัตร

2.1 10 อันดับโรคของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการผู้ป่วยใน

สถิติผู้รับบริการสูงอายุกานผู้ป่วยใน 10 อันดับแรกปีงบประมาณ 2554

ลำดับ	โรค	ปีงบประมาณ 2554	
		จำนวน	อัตรา
1	COPD	64	187.13
2	Pneumonia	31	90.64
3	Malaise and fatigue	24	70.17
4	Anemia	23	67.25
5	Diarrhoea&Gastroenteritis	18	52.63
6	Congestive heart failure	14	40.93
7	Dizziness and Giddiness	28	81.87
8	Pulmonary edema	13	38.01
9	Cellulitis of limb	8	23.39
10	Chronic Renal Failure	6	17.54

ที่มา:งานเวชสถิติ : กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลห้างฉัตร

3. จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย

- ตค.52-กย.53 จำนวน 26 ราย
- ตค.53-มค.54 จำนวน 20 ราย (เริ่มใช้แบบประเมิน วางแผน

จำหน่าย 25 มค. 54)

3.1 จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (HHC)

- ตค.52-กย.53 จำนวน 26 ราย ร้อยละ 100
- ตค.53-มค.54 จำนวน 20 ราย ร้อยละ 100

4. การประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบฟอร์มความพึงพอใจของผู้สูงอายุในการรับบริการงานผู้ป่วยใน

- จำนวนผู้สูงอายุ 30 ราย ตค. 53-มค.54 ร้อยละ 80.40

5. จำนวนผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลลำปางส่งมา Admit.ต่อ

- ตค.52-กย.53 จำนวน 32 ราย
- ตค.53-มค.54 จำนวน 7 ราย

6. ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน

- แบบฟอร์มในการประเมินมีจำนวนมากและซับซ้อนต้องใช้เวลาในการประเมิน
 - แบบฟอร์มในการประเมินของสหวิชาชีพ วิชาชีพอื่นไม่ได้ลงรายละเอียดนอกจาก
- พยาบาล
- แพทย์ไม่ได้ร่วมประเมินเพื่อค้นและแก้ไขปัญหาพร้อมกับสหวิชาชีพ หลังรับผู้ป่วยไว้

3.งานเยี่ยมบ้าน

● แบบฟอร์มเอกสารต่างๆที่ใช้กับผู้สูงอายุ

- แบบบันทึกการติดตามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย OPD case, ER, คลินิกพิเศษและ

จากชุมชน(FN1)

- แบบบันทึกการติดตามการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย IPD case จากโรงพยาบาลห้างฉัตร

(FN3)

- แบบบันทึกการติดตามการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับสถานบริการในชุมชน

(FN6)

- ใบแจ้งผลกลับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน case จากรพ.ลำปาง (FN2)

- ใบแจ้งผลกลับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน case จากรพ.ห้างฉัตร (FN4)

- แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านโดยทีมHHCระดับอำเภอและทีมสหวิชาชีพ (FN5)

● เอกสารการประเมินความพึงพอใจ

● เอกสารรายงานการดำเนินงาน

-จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ส่งต่อเยี่ยมบ้านจากผู้ป่วยใน: ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน(ตค.53-มค.54) = 20:20

- จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ส่งต่อเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลศูนย์: ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (ตค.53-มค.54) = 46:46

-จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ส่งต่อเยี่ยมบ้านจากชุมชน: ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (ตค.53-มค.54) = 2:2

-10 อันดับปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตุลาคม2553 – มกราคม

255

โรค/ปัญหา	จำนวน
กระดูก ต้นขาหัก	17
หกลดลมอุดกันเรื้อรัง	10
แผลเรื้อรัง	7
มะเร็ง	7
ศัลยกรรมอื่นที่ไม่ใช่กระดูก	7
ระบบไหลเวียนและต่อมไร้ท่อ	6
สมองขาดเลือดและหลอดเลือดตีบ	5
กระดูกหักส่วนอื่นๆ	4
ปอดบวม	3
วัณโรค	2
ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่	2
ศัลยกรรมประสาท	2

- การประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการรับบริการเยี่ยมบ้าน

ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน

1.แผนกยานยนต์ไม่มีคนขับรถ

แนวทางแก้ไข

- แต่งตั้งลูกจ้างประจำให้มีหน้าที่ขับรถได้และเสริมศักยภาพเป็นนักกิจกรรมบำบัด

2. การประสานงานเครือข่ายในชุมชนเช่น องค์กรส่วนท้องถิ่น และอสม.บางแห่งไม่ได้ประสาน

แนวทางแก้ไข

- ประชุมผู้รับผิดชอบงาน HHC ในชุมชนให้ประสานมาร่วมเพื่อการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม
- ประชุม HHC Team ระดับอำเภออย่างต่อเนื่องเพื่อนำปัญหาจากจุดบริการ และหน่วยบริการร่วมแก้ไขและพัฒนาต่อเนื่อง
- 3.การจัดโครงสร้างองค์กรมีผลกระทบต่อรูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้น

แนวทางแก้ไข

- จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงานและมองปัญหาผู้รับบริการและมุ่งที่ Out Come

4.การจัดบริการสุขภาพในชุมชน

- **แบบฟอร์มเอกสารต่างๆที่ใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนทั้งหมด**
 - แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพและการพึ่งพาผู้สูงอายุ
 - แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่อาสาสมัครให้การดูแลแยกรายหมู่
 - แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่อาสาสมัครให้การดูแลแยกรายเขตที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
 - แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้รายบุคคล
 - แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านรายบุคคลของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

ผลการดำเนินงาน

- จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความร่วมมือจากทีมในชุมชนที่ได้รับการช่วยเหลือรายด้าน
 - 1.ด้านปรับสิ่งแวดล้อม 70 ราย
 - 2.ด้านกายอุปกรณ์ 47 รายจากเทศบาล
 - 3.การได้รับการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 70 ราย
 - 4.การได้รับการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ

(เปิดให้บริการ 14 กย.52)

วันเปิดศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ



21 / 7 / 52



32

- ปีงบประมาณ 2553: 14 กย.52-30 กย.53
- ปีงบประมาณ 2554: 1 ตค.53-30 มค.54

การจัดบริการสุขภาพในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ

ลำดับ	บริการ	ปีงบประมาณ 2553	ปีงบประมาณ 2554
		จำนวน(ราย)	จำนวน(ราย)
1	การประคบสมุนไพร	446	87
2	แช่เท้าด้วยสมุนไพร	436	142
3	นวดไทย	318	43
4	กายอุปกรณ์	227	81

จำนวนผู้สูงอายุแบ่งตามกลุ่ม 3 กลุ่มระดับตำบลทางฉัตร จังหวัดลำปาง

แยกรายหมู่	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด			ประเภท 1			ประเภท 2			ประเภท 3		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
ตำบลทางฉัตร ม.1	77	123	200	74	113	187	74	113	187	3	10	13
ตำบลทางฉัตร ม.2	81	124	205	75	115	190	75	115	190	6	9	15
ตำบลทางฉัตร ม.3	104	140	244	95	135	230	95	135	230	9	5	14
ตำบลทางฉัตร ม.4	28	34	62	27	31	58	27	31	58	1	3	4
ตำบลทางฉัตร ม.5	57	66	123	55	63	118	55	63	118	2	3	5
ตำบลทางฉัตร ม.6	36	67	103	36	63	99	36	63	99	0	4	4
ตำบลทางฉัตร ม.7	93	123	216	90	117	207	90	117	207	3	6	9
ตำบลทางฉัตร ม.8	23	42	65	22	40	62	22	40	62	1	2	3
ตำบลทางฉัตร ม.9	15	15	15	14	14	28	14	14	28	1	2	3
รวม	514	611	1,233	488	691	1,179	488	691	1,179	26	44	70

- ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะกลางมีอาการดีขึ้นโดยใช้หลักการประเมินตามเกณฑ์ดัชนีบาร์เรลเอตีแอล
- ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาวมีอาการดีขึ้นโดยใช้หลักการประเมินตามเกณฑ์ดัชนีบาร์เรลเอตีแอล

ผลที่คาดว่าจะได้รับ/ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่สามารถปฏิบัติได้จริงโดยทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วม
2. เพิ่มคุณภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
3. เป็นการสร้างเครือข่ายระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวระหว่างโรงพยาบาล สถานีอนามัย และชุมชน
4. ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน

1. มีนโยบายจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม ให้ทางสถานพยาบาล ที่พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นอกเหนือจากงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไป
2. ส่งเสริมให้มีการพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ
3. มีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชน จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการ และการดูแลระยะยาว
4. มีนโยบายจากส่วนกลางให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สร้างศูนย์ฟื้นฟูหรือ Day care แห่งละ 1 ตำบล
5. เพิ่มกรอบอัตรากำลังคนสำหรับสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะกลางและระยะยาว เนื่องจากอัตรากำลังคนที่จัดไว้ เป็นการดูแลสำหรับ Acute care และ ambulatory care
6. สนับสนุนให้มีวิชาชีพที่เอื้อต่อการดูแลระยะยาวและระยะกลาง เช่น นักกายอุปกรณ์ นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด ในกรอบของโรงพยาบาลชุมชน
7. ควรมีศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในโรงพยาบาล(Intermediate unit) เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและ ศูนย์การดูแลชั่วคราว (Respite care) แยกจากผู้ป่วยนอนทั่วไป
8. ควรพัฒนาระบบ HHC ในโรงพยาบาลเป็นทีมที่สามารถปฏิบัติได้เต็มเวลา และพร้อมปฏิบัติงานตลอด
9. คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครในชุมชนการจัดหางาน การสร้างความมั่นคงรายได้ถือเป็นอีกปัจจัยส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมในลักษณะอาสาสมัครและให้มีการบูรณาการกิจกรรมอาสาสมัครที่มี การจัดการอาจโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะทำให้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นระบบมีการใช้ทรัพยากรในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและมีความเชื่อมโยงมากขึ้น

บทสรุปผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบ

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
นโยบายเป้าหมายร่วมตัวชีวิต	- ไม่มี การนำองค์กร - ไม่มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง - เป็นนโยบายระดับองค์กร ทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรภาคีเครือข่าย	- การนำองค์กร มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง - ให้เป็นนโยบายระดับอำเภอโดยภาคีเครือข่าย และเป็นนโยบายที่มาจากปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ - ภาคีเครือข่ายมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและนำสู่การปฏิบัติได้จริง	- ควรให้มีการจัดตั้งเป็นคณะกรรมการระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดนโยบายที่ครอบคลุมการดูแลและนำสู่การปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่อง
คณะทำงาน/ระบบการประสานงาน/การส่งต่อข้อมูลและเอกสาร	- เป็นคณะทำงานของแต่ละองค์กรไม่เอื้อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมปัญหา - ไม่มีศูนย์ประสานงาน/ไม่มีcare	- ปรับเป็นคณะทำงานระดับอำเภอ กำหนดหน้าที่รับผิดชอบภายใต้แผนงานและโครงสร้างเดียวกัน - เดียวกันเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและต่อเนื่อง	- ศูนย์ประสานงานควรมีตัวแทนจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ โดยทำงานเต็มเวลา โดยจัดตั้งในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นผู้ประสานงานหลัก

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
	manager - ช่องทางการประสานผู้ป่วยสูงอายุกับองค์กรภายนอกและทีมในชุมชนไม่ชัดเจน	- จัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงบนฐานข้อมูลเดียวกัน	- ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการติดตามงาน - การติดตามผลการดูแลเป็นราย case ควรมีการนำเสนอปัญหาความก้าวหน้า
	- ขาดศูนย์รวบรวมข้อมูลด้านผู้สูงอายุในอำเภอ - การทำงานด้านผู้สูงอายุมีหลายระบบงานทั้งองค์กรสุขภาพและองค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ก่อให้เกิดการทำงานแบบแยกส่วนไม่ต่อเนื่องและฐานข้อมูลไม่เป็นอันเดียวกัน การช่วยเหลือดูแลต่าง ๆ ก็เข้ากันไป - เป็นคณะทำงานของแต่ละองค์กรไม่เอื้อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมปัญหา - ความเชื่อมโยงของระบบและเครือข่ายยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน	- ปัญหา ความต้องการและความช่วยเหลือได้เต็มเวลาโดยมีcare manager ทำหน้าที่ประจำตามบทบาทดังนี้ - ศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุในอำเภอรับแจ้งปัญหาหรือข้อมูลผู้สูงอายุทุกช่องทาง - ผลิตสื่อ ประชาสัมพันธ์งานผู้สูงอายุในอำเภอ - มีการกระบวนกรส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมโดยประสานงานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน - ประสานงานเพื่อให้งานผู้สูงอายุดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งใน รพ. และชุมชน	- ศูนย์ประสานงานควรมีตัวแทนจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ โดยทำงานเต็มเวลาโดยจัดตั้งในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นผู้ประสานงานหลัก

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
		และเป็นจุดประสานข้อมูล - บริการให้คำแนะนำแก่ทีมงานเครือข่ายผู้สูงอายุ - แหล่งองค์ความรู้และพัฒนาบุคลากร (อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น) เกิดความเชื่อมโยงของกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากสถานพยาบาลระดับต่างๆ ชุมชน	
การพัฒนา ระบบการ วางแผน จำหน่าย	- มีการวางแผนจำหน่ายไม่ต่อเนื่อง	- มีการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) โดยเริ่มเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้คือตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโดยมีขั้นตอนในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยดังนี้ - การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Assessment) - การวางแผน (Planning) - การนำแผนจำหน่ายไปใช้ (Implementation)	

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
		- การติดตามและประเมินผล(Evaluation) - มีกระบวนการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวันพึ่งพาตนเองอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้เหมาะสมภายใต้สภาพของผู้สูงอายุโดยมีการวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพ ร่วมกับทีม HHC โดยกำหนดรูปแบบการบริการในลักษณะสหสาขาวิชาชีพด้วยแนวคิด D- M-E-T-H-O-D มีการบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุและการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทาน อาหาร การมาตรวจตามนัด	

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนา ต่อเนื่อง
การพัฒนา ระบบการดูแล ต่อเนื่อง	- ไม่มีระบบการดูแล ต่อเนื่องที่ชัดเจนไม่มี ผู้รับผิดชอบชัดเจน	- การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม บูรณาการที่ ตอบสนองความต้องการ หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ ครอบคลุมตั้งแต่โรง พยาบาลถึงบ้าน การดูแล ต่อเนื่องประกอบด้วย การ วางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และ การบริการสุขภาพที่ ผู้ป่วยกลุ่มที่ดูแลต่อเนื่องคือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ หรือผู้ดูแลยังขาด ความรู้และทักษะในการ ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มี อุปกรณ์ทางการแพทย์ติด ตัวกลับบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น ผู้พิการทุกประเภท ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ภายหลังได้รับการผ่าตัด สมอง ผู้ป่วยที่ต้องคาท่อ หลอดลมคอ คาสายยางให้อาหาร คาสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น กระบวนการดูแล ต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้า มารับการรักษาตั้งแต่ที่งาน	

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนา ต่อเนื่อง
		อุบัติเหตุฉุกเฉินหรืองานผู้ป่วยนอก	
การพัฒนา ระบบHHC	- ความเชื่อมโยงของระบบและเครือข่ายยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน - ไม่มีเจ้าหน้าที่ทำงานเต็มเวลา - แก้ปัญหาเฉพาะด้านสุขภาพ - ไม่มีชุมชนร่วมสนับสนุนชัดเจน - ไม่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานโดยตรง มีแต่คณะกรรมการทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานเป็นประจำทุกวันได้ - ไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลจากงานผู้ป่วยใน เนื่องจากขาดการวางแผนจำหน่ายที่สมบูรณ์ ทำให้ต้องมาประเมินข้อมูลใหม่ - การปฏิบัติงานส่วนมากเป็นเฉพาะเจ้าหน้าที่เอง ไม่มีทีม - ชุมชนออกมาร่วมด้วย - ขาดสถานที่ฟื้นฟูสภาพในชุมชนซึ่งจำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่หายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันแล้ว	- จัดตั้งและพัฒนาระบบงานHHCใช้สถานที่ร่วมกับศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุ - บริการที่ให้ขึ้นกับความต้องการของบุคคลและครอบครัวบริการจะรวมการพยาบาล การดูแลทางการแพทย์ การกายภาพบำบัด การบำบัดทางยา อาชีวะบำบัด การให้คำปรึกษา เรื่องอาการ บริการทางสังคม การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ การให้บริการช่วยเหลือที่บ้าน เวลาที่ใช้ครั้งแรกประมาณ 90-120 นาที หลังจากนั้นใช้เวลา45-60 นาทีต่อการเยี่ยมแต่ละครั้ง - ออกเยี่ยมบ้านในรายการณิผู้ป่วยใน วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาและรายการณิส่งต่อมาจากงานผู้ป่วยนอกสถานีนอนมัยและ รพ. ลำปาง	- ในระดับอำเภอมีทีมชุมชนเข้าร่วม - ทีมที่สำคัญในการเชื่อมโยงระบบการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน - การดูแลทั้งสุขภาพและสังคมร่วมกันโดยหลายภาคส่วนในชุมชน - สร้างให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา 2 คนในระดับ cup - สอ.เป็นผู้ประสานทีมในชุมชนในการเยี่ยมตามความจำเป็น - ทีมระดับจังหวัดระดับอำเภอ - มีแนวทางการส่งผู้ป่วยชัดเจน - มีการตอบกลับข้อมูลชัดเจน - ประชุมผู้รับผิดชอบงาน HHC ในชุมชนให้ประสานมาร่วมเพื่อการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
	- การประสานงานหลังจากที่มีการเยี่ยมบ้านแล้ว ไม่มีความชัดเจนว่าจะประสานไปยังจุดใด หรือเข้าระบบใดของโรงพยาบาลเมื่อพบปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย - ขาดการติดตามผลการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม	1. ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมในพื้นที่ คือ สถานีอนามัย อาสาสมัคร ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2. ประสานทีมสหวิชาชีพ กรณี Case ที่ซับซ้อนมาก 3. มีกระบวนการให้บริการงานเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลห้างฉัตร (Work Flow) มีการเตรียมเมื่อแรกรับคนไข้ (Admission preparation) การเยี่ยมหลังการรับคนไข้ (Re-visit) การจำหน่ายคนไข้จากบริการดูแลที่บ้าน (Discharge care)	- ประชุม HHC Team ระดับอำเภออย่างต่อเนื่องเพื่อนำปัญหาจากจุดบริการ และหน่วยบริการร่วมแก้ไขปัญหาและพัฒนาต่อเนื่อง

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนา ต่อเนื่อง
ระบบการดูแล ผู้ป่วยคลินิก สูงอายุผู้ป่วย นอก	- Refer กลับทั้งผ่านและไม่ผ่าน การวางแผนจำหน่าย - Refer กลับทั้งผ่านและไม่ผ่าน HHC - ข้อมูลการ Refer มีเฉพาะข้อมูลเรื่องโรคที่รักษา ไม่รอบด้าน - กลุ่มที่ผ่าน HHC ข้อมูลมาช้าเกินไป - ขาดการดูแลร่วมกันระหว่าง สอ./ โรงพยาบาล - ยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน - ผู้ป่วย Home Health Care จากรพ.ลำปางไม่ได้ส่งมาเตรียมความพร้อมที่โรงพยาบาลก่อน - ผู้สูงอายุที่ถูกส่งตัวจากอนามัยมาโรงพยาบาลลำบากและจากโรงพยาบาลไปโรงพยาบาลลำบาก	- มีการปรับกำลังคนและทีมในสถานพยาบาลและชุมชนเพื่อเอื้อต่อการดูแลระยะยาว - ม อ บ ห ม า ย ง า น รับผิดชอบเฉพาะ และจัดบุคลากรให้เพียงพอในงานบริการ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	
การสร้างภาคี เครือข่ายการ สนับสนุน	- มีการดำเนินกับภาคีเครือข่ายเฉพาะชมรมผู้สูงอายุและโรงพยาบาล - ความเชื่อมโยงของระบบและเครือข่ายยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน	- มีการปรับกำลังคนและทีมในสถานพยาบาลและชุมชนเพื่อเอื้อต่อการดูแลระยะยาว	- ส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีศักยภาพในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านสังคม

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
		- ชุมชน อปท หน่วยงานภาครัฐทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ	
การพัฒนา ระบบข้อมูล/ เทคโนโลยี	- ขาดการติดตามข้อมูลและวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง - ข้อมูลที่ต้องการเก็บไม่ถูกรายงานตามที่กำหนดไว้ - เนื่องจากไม่มีการติดตามข้อมูลเป็นประจำ และระบบติดตามที่มีอยู่ไม่ชัดเจนว่าต้องการติดตามอะไรเนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยเดิมที่มีอยู่มีความซับซ้อนและหลากหลาย เช่น ระบบส่งตัวผู้ป่วย ระบบเยี่ยมบ้าน , ระบบการดูแลเฉพาะโรค (disease management) ระบบงานผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก - ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ได้ถูกนำมาเสนอไปยังองค์กรต่าง ๆ เพื่อทำแผนพัฒนาร่วมกัน	- มีการรายงานข้อมูลและปัญหาการดำเนินงานทุกเดือนส่งศูนย์ประสานงานและศูนย์ประสานงานวิเคราะห์ส่งข้อมูลกลับหน่วยงานเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานบอร์ดประชาสัมพันธ์ - ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุได้ถูกนำเสนอไปยังองค์กรต่าง ๆ เพื่อทำแผนพัฒนาร่วมกัน	- นำเสนอWEB SITE ของโรงพยาบาล - สร้างความเข้าใจกับทีมงาน และสร้างความชัดเจนให้กับทีมงานและผู้ปฏิบัติก่อน - ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุได้ถูกนำเสนอไปยังองค์กรต่าง ๆ เพื่อทำแผนพัฒนาร่วมกัน

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อ
การสนับสนุนงบประมาณอุปกรณ์สถานที่	- อาคารสถานที่ในการให้บริการคลินิกสูงอายุ แยกจากหน่วยงาน บริการผู้ป่วยนอก ใช้ อาคารตึกสูงอายุ พบ ปัญหาความไม่สะดวกใน จัดวัสดุอุปกรณ์ และการ ให้บริการ เช่น การส่ง ผู้ป่วยตรวจเลือด / เอกซเรย์ / Ultrasound - หน่วยงานองค์กรต่างๆ ยังไม่มีการสนับสนุน ชัดเจน	- จัดบริการคลินิกสูงอายุ แยกเฉพาะ แบบ One stop service ภายในตึก ผู้ป่วย สามารถ ประสานงานกับ หน่วยงานอื่นได้ดี โดย จัดระบบบริการคลินิก สูงอายุทุกวันพฤหัสบดี ช่วงบ่าย - องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นสนับสนุน งบประมาณการจัด อาคาร สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์การปรับ สภาพแวดล้อมตลอดจน งบประมาณการจัดทำ โครงการในการ ให้บริการผู้สูงอายุ ดำเนินงาน - แรงงานจังหวัด/สภา วัฒนธรรม/วัฒนธรรม อำเภอสำนักพุทธ ศาสนา/การศึกษา นอก ระบบ/พัฒนาสังคมและ ความมั่นคงจังหวัด สนับสนุนงบประมาณใน การจัดทำโครงการ/ กิจกรรมผู้สูงอายุใน ชุมชน - ชมรมผู้สูงอายุ ทอดผ้าป่า/ชุมชนบริจาค	- จัดระบบบริการคลินิก สูงอายุทุกวันพฤหัสบดี ช่วงบ่าย - การจัดทำแผนงาน โครงการต่อเนื่องในการ จัดซื้ออุปกรณ์ เสริมเช่น รถเข็นนั่ง walker เป็นต้นตลอดจนการทำ กิจกรรม/แผนงาน/ โครงการต่างๆในชุมชน ตามสิทธิประโยชน์ที่พึง ได้รับจากภาครัฐ - หน่วยงานทุกภาค ส่วนมีส่วนร่วมในการ จัดการ /จัดหาอุปกรณ์ สถานที่ แหล่ง ประโยชน์ สวนสาธารณะที่เอื้อต่อ การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนา ต่อเนื่อง
		เพื่อจัดทำกิจกรรมส่งเสริม / ฟื้นฟูให้ความรู้ด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ - การจัดตั้งกองทุนในชุมชนเองเพื่อระดมทุนเป็นเงินออมและช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยเป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการดูแลแก่สมาชิกตลอดจนเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตจะได้รับเงินประกันคืนเพื่อช่วยงานศพ - การช่วยเหลือค่าทำศพกรณีผู้สูงอายุเสียชีวิตรายละเอียด 2,000บาทโดยให้ผู้รับผิดชอบงานสูงอายุองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการให้ภายใน 15วันจากที่ว่าการอำเภอ	- การระดมทุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกองทุน
คู่มือ/เอกสารการดูแลผู้สูงอายุ	- เอกสารคัดกรองผู้สูงอายุ แบบฟอร์มการคัดกรองผู้สูงอายุเดิมดำเนินการจัดทำการประเมินแบบง่าย (5 ข้อ) แต่เนื้อหาข้อมูลการประเมินยังไม่	- OPD /คลินิกพิเศษ/ IPD2 HHCงานคัดกรองในชุมชนพัฒนาแบบฟอร์มตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ	- OPD /คลินิกพิเศษ/ IPD2 HHCงานคัดกรองในชุมชนพัฒนาแบบฟอร์มตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
	ครอบคลุม และไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน บริการ ใช้เฉพาะ ผู้ป่วยนอกทั่วไป และคลินิกพิเศษ		
การจัดระบบ Fast Track	- การจัดลำดับผู้สูงอายุเข้าตรวจก่อน แต่พบปัญหาแพทย์ห้องตรวจไม่เพียงพอ องค์กรแพทย์มีการจัดเวรการตรวจประจำหน่วยงาน เช่น IPD,ER,คลินิกพิเศษ และห้องตรวจทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าตรวจตามลำดับคิวทั่วไป ยกเว้นเข้าตรวจก่อนใน กรณีป่วยฉุกเฉิน หรือมีปัญหาเรื่องการเดิน ฯลฯ	- จัดขั้นตอนการบริการผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้สัญลักษณ์ดอกไม้วานตั้งแต่แรกจับให้ชัดเจน	-
การพัฒนา ระบบ/รูปแบบ บริการสุขภาวะ ผู้สูงอายุเพื่อเสริมและทดแทนการดูแลใน ครอบครัว	- ความเชื่อมโยงของระบบและเครือข่าย ผู้สูงอายุยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน	- เกิดรูปแบบบริการหรือกิจกรรมที่ชัดเจนเพื่อรองรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร	- เกิดความเชื่อมโยงของระบบและเครือข่าย ผู้สูงอายุโดยมีแนวทางที่ชัดเจน

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
วางแผนและพัฒนากำลังคนในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุ	- องค์กรความรู้ยังมีไม่มากพอ - ไม่มีการปรับกำลังคนและทีมในสถานพยาบาลและชุมชนเพื่อเอื้อต่อการดูแลระยะยาว - ภาระงานมากทำให้การดูแลผู้สูงอายุมีเวลาไม่พอ ไม่ครอบคลุม - บุคลากรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุยังมีน้อย และยังไม่ให้ความสนใจด้านนี้น้อย - องค์กรความรู้ส่วนมากเป็นเรื่องของการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งใช้ดูแลผู้สูงยังไม่เพียงพอ	- มีการปรับกำลังคนและทีมในสถานพยาบาลและชุมชนเพื่อเอื้อต่อการดูแลระยะยาว - ด้านเวชศาสตร์สูงอายุ - ด้านกายภาพบำบัดในชุมชน - อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ - มอบหมายงานรับผิดชอบเฉพาะ และจัดบุคลากรให้เพียงพอในงานบริการ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน - ส่งบุคลากร ทั้ง แพทย์ พยาบาล อปท. ร่วมอบรม ศึกษาดูงาน และปรับใช้กับงานประจำ	- การส่งบุคลากรหลายระดับศึกษาดูงานที่มีการพัฒนาด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ต่อยอดกับงานผู้สูงอายุได้ดี
ระบบ Refer	- ยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน - ผู้ป่วย Home Health Care จากรพ. ลำปางไม่ได้ส่งมาเตรียมความพร้อมที่โรงพยาบาลก่อน	- ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีให้มีการวางแผนจำหน่าย ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกขอให้มีการคัดกรองแล้วส่งข้อมูลยัง HHC ถ้าพบปัญหา	

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
	- ผู้สูงอายุที่ถูกส่งตัวจากอนามัยมาโรงพยาบาลลำบากและจากโรงพยาบาลไปโรงพยาบาลลำบาก - ขาดการดูแลร่วมกันระหว่างหอ./โรงพยาบาล	- HHC center(ศูนย์ประสานงาน) โทรแจ้งข้อมูล HHC center(ศูนย์ประสานงาน)รพช. ก่อนถ้ามีข้อบ่งชี้ - อายุมากกว่า 80 ปี - ADL ต่ำมาก - เป็นโรคที่ต้องเตรียมวางแผนที่ รพช. เช่นCVA paralyisishemiplegia มีท่อสามารถดูแลได้ - HHC centerรพช. ปรีกษาแพทย์และประสานงานภายใน	
ระบบการดูแลผู้ป่วยใน	- ผู้สูงอายุทุกรายที่ Admit ไม่ได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมด้านสูงอายุโดยตรง ทั้งทางกาย จิต สังคม - ผู้สูงอายุที่ Admit ไม่ได้ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพ - การประสานงานกับทีม HHC ยังไม่สมบูรณ์เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายที่ไม่ดีพอ - ผู้ป่วยที่ส่ง HHC ส่วนมาก	- มีการประเมินปัญหาผู้สูงอายุแรกรับโดยสหวิชาชีพเพิ่มจากโรคมี่ การประเมินปัญหาผู้สูงอายุแรกรับเพิ่มจากโรคโดยสหวิชาชีพ - การดูแลตามปัญหาโดยสหวิชาชีพ - มีการวางแผนจำหน่ายทุกรายที่มากกว่า 60 ปี	- ควรมีการเพิ่มกำลังคนในการดูแลเพิ่มเติมสำหรับโรงพยาบาล เช่น นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยพยาบาลสำหรับการดูแลช่วงเตรียมกลับบ้าน

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
	เป็นคำสั่งจากแพทย์ - ภาระงานมาก ทำให้กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันมากกว่า การดูแลผู้ป่วยระยะยาวแบบองค์รวม - ขาดการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่าย เพราะขาดการประเมินอย่างครอบคลุมและขาดการวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุม	- ทำหน้าที่เป็น respite care เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านในกรณีที่ครอบครัวไม่พร้อม - ประสาน HHC กรณีมีข้อบ่งชี้	-
สถานพักฟื้นชั่วคราวในโรงพยาบาลชุมชน (Respite care)	- พยายามให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็ว ๆ ทั้งที่ยังไม่พร้อม - พยายามปฏิเสธการ admit ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจน แต่ไม่มีทางเลือกให้ - เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติถูกทอดทิ้ง Family Crisis - ปัญหาต่าง ๆ ไม่ได้รับการวางแผนแก้ไขร่วมกัน	- ให้เป็นการดูแลชั่วคราวของผู้ป่วยที่ต้องเตรียมครอบครัวบ้าน ชุมชน ก่อน-ฝึกทักษะกายภาพบำบัด ก่อนกลับ -family burden-end stage care - มีแนวโน้มที่จะแยกเป็น unit แยกจากหอผู้ป่วยทั่วไป	- ควรแยกเป็นอีกหน่วยบริการในโรงพยาบาลชุมชนเพราะรูปแบบการดูแลแตกต่างจากผู้ป่วยเฉียบพลัน

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
การดูแลรักษา แบบผู้ป่วยนอก Ambulatory care	- ไม่มีระบบคัดกรองสำหรับผู้สูงอายุ - รักษาแต่โรค มองโรคเป็นหลัก - รูปแบบคลินิกสูงอายุ ไม่ชัดเจนว่าเป็นแบบไหน	- สร้างระบบคัดกรองที่ง่าย และใช้ได้ทุกจุด - ประสานนัดเข้าคลินิกสูงอายุ - คลินิกสูงอายุ อยู่ในรูปแบบคลินิกพิเศษ โดยสหวิชาชีพ one stop service - ดูแลองค์รวม ครอบคลุมปัญหา ผู้สูงอายุ โดยประสานงานผ่าน HHC กรณีจำเป็น	
ระบบบริการ ต่าง ๆ ในชุมชน (สถานบริการ และชุมชน)	- ระบบบริการเดิมที่มีอยู่ยังไม่เอื้อให้เกิดการดูแล ผู้สูงอายุได้ครอบคลุม และต่อเนื่อง และขาดรูปแบบบริการบางประเภทที่ควรมีในบริบทของชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟู day care respite care	- ปรับระบบเดิมที่มีอยู่ และสร้างบริการที่ควรมีตามบริบทของชุมชน เพื่อเอื้อให้เกิดการดูแลระยะกลางและระยะยาว	- บริการบางประเภทยังไม่สามารถจัดได้ เช่น day care เนื่องจากงบประมาณและกำลังคนในการทำงานต่อเนื่อง
ระบบ long term care ใน ชุมชน	- การดูแลแยกส่วนหลายหน่วยงาน ไม่ต่อเนื่อง เป็นครั้งเป็นคราว - ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน - ยังมีบริการที่ไม่ครบวงจรในชุมชนและขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน	- มีคณะกรรมการระดับอำเภอจากทุกภาคส่วน - มีบริการทั้งสุขภาพและสังคมโดยใช้ครอบครัวเป็นหลัก - อาสาสมัครเป็นพี่เลี้ยงภาคีเครือข่ายเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ	- มีนโยบายและงบประมาณให้ อปท. มีศูนย์ฟื้นฟูและศูนย์ดูแลกลางวันระดับตำบล

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนาต่อเนื่อง
		- มีการอบรมอาสาสมัครครอบคลุมทุกพื้นที่ - กิจกรรมและการดูแลให้เหมาะสมกับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและความสามารถของครอบครัว	- ระบบ long term care ในชุมชนประกอบด้วย 1. การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในตำบล หมู่บ้าน 2. การอบรมอาสาสมัคร 3. HHC(long term period) 4. Home care 5. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน คัดกรอง 6. ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน 7. ปรับปรุงสภาพบ้าน สิ่งแวดล้อม 8. คลังกายอุปกรณ์ 9. ฝึกอาชีพ 10. เบี้ยยังชีพ เบี้ยพิการ 11. กองทุนต่าง ๆ เช่น ออมบุญวันละบาท - อาสาสมัครไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เนื่องจากต้องม้งานประจำทำ จึงเสนอให้มีค่าตอบแทนตามภาระงานของอาสาสมัครและญาติที่เป็นผู้ดูแล

ประเด็น	ระบบเดิมก่อนการพัฒนา	ระบบใหม่ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว	ระบบใหม่กำลังพัฒนา ต่อเนื่อง
			- ศูนย์ฟื้นฟูในชุมชนควรมีผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดประจำแห่งละ 1 คนทำงานร่วมกับอาสาสมัคร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในสถานบริการ

จากการศึกษาข้อมูลในการจัดบริการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อการให้บริการที่ครบวงจรได้จัดทำแนวทางและข้อเสนอแนะเพื่อให้การบริการอย่างมีคุณภาพ

1. จัดสรรงบประมาณให้ทางสถานพยาบาล ที่พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว นอกเหนือจากงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไป
2. ส่งเสริมให้มีการพัฒนากำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ
3. มีนโยบายให้ รพ.ชุมชน จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการ และการดูแลระยะยาว
4. มีนโยบายจากส่วนกลางให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สร้างศูนย์ฟื้นฟูหรือ Day care แห่งละ 1 ตำบล
5. เพิ่มรอบอัตราากำลังคนสำหรับสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะกลางและระยะยาว เนื่องจากอัตราากำลังคนที่จัดไว้ เป็นการดูแลสำหรับ Acute care และ ambulatory care
6. สนับสนุนให้มีวิชาชีพที่เอื้อต่อการดูแลระยะยาวและระยะกลาง เช่น นักกายอุปกรณ์ นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด ในกรอบของโรงพยาบาลชุมชน
7. ควรมีศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในโรงพยาบาล(Intermediate unit) เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและ ศูนย์การดูแลชั่วคราว (Respite care) แยกจากผู้ปวยนอนทั่วไป
8. ควรพัฒนาระบบ HHC ในโรงพยาบาลเป็นทีมที่สามารถปฏิบัติได้เต็มเวลา และพร้อมปฏิบัติงานตลอด
9. คุณภาพชีวิตของอาสาสมัครในชุมชนการจัดหางาน การสร้างความมั่นคงรายได้ถือเป็นอีกปัจจัยส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมในลักษณะอาสาสมัครและให้มีการบูรณาการกิจกรรมอาสาสมัครที่มี การจัดการอาภโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะทำให้ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นระบบมีการใช้ทรัพยากรในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและมีความเชื่อมโยงมากขึ้น

แนวทางการจัดบริการควรให้การสนับสนุนครอบครัวและผู้สูงอายุให้สามารถใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชนได้เพื่อลดการเข้าสู่สถานบริการของผู้สูงอายุและการทอดทิ้งของครอบครัวเมื่อไม่สามารถรับภาระได้ ต้องพัฒนาระบบการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุได้เหมาะสม พัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถจัดบริการสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวตลอดจนบริการที่ครอบครัวไม่สามารถดำเนินการได้เองในชุมชน รัฐบาลและหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีนโยบายและยุทธศาสตร์ในการสนับสนุนและพัฒนาชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการดำเนินบทบาทของตนเอง ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานของท้องถิ่น

ในชุมชนและครอบครัว

1) พัฒนาความเข้มแข็งของระบบครอบครัวและชุมชน ควรพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของทุนทางสังคมที่มีและพัฒนาระบบสังคมให้เกื้อหนุนต่อทุนทางสังคม ชุมชนที่มีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็งย่อมสามารถสนับสนุนการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

- ส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรมและปลูกฝังค่านิยมในการให้ความเคารพเกื้อกูลผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนกิจกรรมประเพณีวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อให้ผู้สูงอายุและประชาชนได้มีกิจกรรมร่วมกัน
- ส่งเสริมและสนับสนุนกองทุนชุมชนให้มีการระดมทุนในชุมชนและร่วมสนับสนุนโดยภาครัฐ เพื่อให้ชุมชนสามารถได้ด้วยตนเองรวมถึงการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชนและพัฒนาระบบบำนาญผู้สูงอายุในอนาคต
- ส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยกระบวนการประชาคมเพื่อให้ได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ปัญหาสุขภาวะ
- ส่งเสริมการรวมกลุ่มของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมเพื่อสาธารณะในลักษณะของอาสาสมัคร
- มีมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงในกรณีที่เป็น
- ส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะของประชาชนรวมถึงผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- ส่งเสริมและสนับสนุนระบบเศรษฐกิจชุมชนและสร้างโอกาสในการเข้าถึงแหล่งทุนเพื่อประกอบอาชีพของประชาชนในชุมชนรวมถึงผู้สูงอายุมีรายได้
- ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้ชุมชนได้มีโอกาสเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ถ่ายทอดภูมิปัญญาจากรุ่นสู่รุ่นชุมชนสู่ชุมชน

2) พัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองท้องถิ่นในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุและประชาชน รัฐบาลควรต้อง

- ส่งเสริมกระบวนการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นโดยมีการกำหนดบทบาทและพัฒนาความสัมพันธ์ในชุมชน
- ส่งเสริมให้เกิดธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งมีการพัฒนาตัวชี้วัดการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน
- พัฒนานองค์ความรู้และศักยภาพการบริหารจัดการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาวะในชุมชนให้มีความครอบคลุมเชื่อมโยงและต่อเนื่องทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคมทุกกลุ่ม
- ส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีศักยภาพในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุ

3) วางแผนและพัฒนากำลังคนในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุ

- การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิควรมีการพัฒนาศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแก่บุคลากรและมีบุคลากรที่จะให้บริการด้านกายภาพบำบัดในชุมชน(ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด)
- การพัฒนาบุคลากรผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นบทบาทของครอบครัว แต่ก็ยังมีความจำเป็นจัดอบรมผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

4) พัฒนารูปแบบบริการสุขภาวะผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนให้สอดคล้องกับบริบทและทุนทางสังคมที่มีและสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนเพื่อให้พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและยั่งยืนสอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี สภาพเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

- พัฒนารูปแบบและศักยภาพสถานพยาบาลในการจัดบริการทุกกลุ่มได้อย่างเหมาะสมครอบคลุมและต่อเนื่อง
- พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุด้านสังคมในชุมชนให้ครอบคลุมต่อเนื่องอย่างป็นระบบ
- พัฒนากลไกการบริหารจัดการให้มีเชื่อมโยงของบริการทั้งด้านสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน
- พัฒนารูปแบบบริการเพื่อเสริมและทดแทนการดูแลในครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยในครอบครัวและชุมชนอย่างมีสุขภาวะ

5) ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการจัดการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน

1. การมีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึกด้านสวัสดิการการจัดสวัสดิการเป็นเรื่องของคนในชุมชน ที่จะต้องเรียนรู้ปัญหาของตนเองเสนอปัญหาและกำหนดความต้องการและวิธีการซึ่งผู้ที่มีบทบาทต่อการริเริ่มจัดสวัสดิการเหล่านี้คือผู้นำชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำที่เป็นทางการที่จะเป็นแหล่งที่มาของความคิดการจัดการด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดสวัสดิการ

2. การมีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน การกระจายบริการสวัสดิสังคมที่เน้นการให้บริการในระดับชุมชนและครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ ชุมชนนักกายภาพบำบัดและพยาบาลวิชาชีพเพื่อเพิ่มพลังความสามารถของประชาชนและชุมชนสร้างความเข้มแข็งทั้งด้านการเรียนรู้ การบริหารจัดการสวัสดิการในชุมชน การจัดการเกี่ยวกับระบบข้อมูลของสภาพปัญหาความต้องการตลอดจนระบบการเฝ้าระวังทางสังคม

3. การมีระบบเฝ้าระวังในชุมชน สภาพปัญหาของผู้สูงอายุและผู้พิการที่เป็นกลุ่มที่ยากจนไม่มีผู้ดูแลกลุ่มเจ็บป่วยป่วยเรื้อรังและมีอาการทางจิตประสาท และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการเป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น การมีระบบการเฝ้าระวังทางสังคมจะทำหน้าที่ในการสะท้อนปัญหาความต้องการและเป็นแหล่งจัดเก็บวิเคราะห์ข้อมูลของชุมชนอย่างเป็นระบบเพื่อประโยชน์ในการวางแผน การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็ง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่บ้านเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมความรู้ ฝึกทักษะ เพื่อให้การดูแลให้คำปรึกษา แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือดำรงชีวิตในการประกอบกิจวัตรประจำวันฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการสูงอายุและผู้พิการเบื้องต้นที่บ้านได้ นอกจากนั้นการมีระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็งยังส่งผลต่อระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังและจัดสวัสดิการในชุมชน รวมทั้งการใช้อาสาสมัครเป็นกลไกในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน

5. ความเข้มแข็งของระบบเครือข่ายในชุมชน องค์กรชุมชนเข้มแข็งแต่ละองค์กรจะมีการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ปัญหาและพึ่งพาตนเอง ซึ่งช่วยทำให้กลุ่มและเครือข่ายเกิดความเข้มแข็งและขยายตัวและยิ่งเมื่อพวกเขามีการเคลื่อนไหวร่วมกับเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งประเภทอื่นๆ หรือมีการเรียนรู้ข้ามภูมิภาค หรือเป็นระดับนานาชาติด้วยแล้ว จะยังเกิดการเรียนรู้ทางพลังยิ่งขึ้น นี่คือการสร้างพื้นฐานและกิจกรรมจำเป็นสำหรับประชาสังคมในทุกท้องถิ่น

การแก้ไขปัญหาแบบยั่งยืนในการจัดการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพาและบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการในชุมชนเป็นรูปแบบการจัดการสังคมที่มุ่งจะขยายเข้าสู่ชุมชนให้กว้างขวางและหลากหลายมากขึ้นโดยการสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุและผู้พิการ) ครอบครัว กลุ่ม และองค์กรชุมชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการจัดการสังคมท่ามีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการ และวัฒนธรรมประเพณีของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ โดยที่องค์กรหรือหน่วยงานภายนอกจะทำหน้าที่เป็นเพียงพี่เลี้ยง

ให้คำแนะนำปรึกษารวมทั้งการสนับสนุนด้านเทคนิค วิชาการ การประสานงานและทรัพยากร ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การจัดบริการสังคมประสบความสำเร็จได้แก่ การมีระบบฐานข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้อง การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัวและชุมชน มีผู้นำชุมชนที่มีจิตสำนึก มีนักวิชาชีพเฉพาะด้านในชุมชน การมีระบบเฝ้าระวัง ระบบอาสาสมัครชุมชน รวมทั้งการมีระบบเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง

חכמה פזורה

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

รัฐบาลภายใต้การนำของ ฯพณฯ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี แดงนโยบายด้านสาธารณสุขต่อสภาผู้แทนราษฎร ในข้อ 3.3.3 คือ ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาครัฐ ทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกกระดับสถานอนามัยเป็น **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)** และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุกกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีคุณภาพอย่างเพียงพอทั่วถึง มีทางเลือกหลากหลายรูปแบบ และครอบคลุมได้ถึงการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

ขอบเขตการดำเนินงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวชุมชนและสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้

- **ดำเนินการเชิงรุก** โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ
- **บริการอย่างต่อเนื่อง** สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยง หรือส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการโดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉิน ก็มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ
- **มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม** โดยมีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่นในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น

พื้นที่การทำงาน

มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) อย่างชัดเจน โดยใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย(home ward)

บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

- มีความรู้และทักษะในการให้บริการผสมผสาน และมีทักษะเพิ่มเติมเฉพาะด้าน
- มีศักยภาพในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม
- มีศักยภาพในการทำงานเชิงรุกในชุมชน
- มีศักยภาพในการใช้ และจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

การบริหารจัดการ

เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน โดยมีเป้าหมายร่วมให้เกิดระบบที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ

ระบบสนับสนุน (Supporting System)

- ระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ
- ระบบการปรึกษาโรงพยาบาลพี่เลี้ยงตลอดเวลา
- ระบบเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลพี่เลี้ยง

ขนาดของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบตามระดับ

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สถานีนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิรูปแบบอื่นๆสามารถพัฒนาหรือยกระดับการดำเนินงานเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ โดยรับผิดชอบจำนวนประชากรหลายระดับ ตั้งแต่ประชากรไม่กี่พันคน จนถึงประชากรเป็นหมื่นคน และมีบุคลากรตั้งแต่ 5 - 10 คนหรือมากกว่า ตามภาระงานที่รับผิดชอบ ทั้งนี้อาจมีแพทย์และบุคลากรแพทย์แผนไทย เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ ไปร่วมให้บริการทั้งเต็มเวลาหรือบางเวลา ตามความจำเป็นและความเหมาะสม

เป้าหมาย

ในปีงบประมาณ 2552 ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงกันยายน 2552 ตั้งเป้าหมายที่ 1,000 แห่ง (ภายในสิ้นเดือนกันยายน ปี 2552) และในปีงบประมาณ 2553 (1 ตุลาคม 2552 -30 กันยายน 2553) ได้ตั้งเป้าหมายเพิ่มอีก 1,000 แห่ง รวมเป็น 2,000 แห่ง และเมื่อสิ้นสุดโครงการไทยเข้มแข็ง ปี 2553 -2555 ได้ตั้งเป้าหมายไว้จำนวน 9,762 แห่ง ทั้งนี้จะปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและระบบบริการ ได้แก่ ปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพและสภาพแวดล้อมของ รพ.สต. โดยดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมชุมชนหรือวัฒนธรรมท้องถิ่น และสนับสนุนนวัตกรรมในการทำงาน เช่น บริการเชิงรุกในการดูแลสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มี องค์กรบริหารส่วนตำบลเป็นด่านหน้า (firstresponder) หรือ การใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (home ward) โดยมีพื้นที่ทั้งตำบลเป็นโรงพยาบาล เป็นต้น

การพัฒนาบุคลากร

สิ่งที่ควรเน้น คือการทำงานร่วมกันเป็นทีม ใช้ความสามารถของแต่ละส่วนอย่างเต็มที่และทำงานตอบโจทย์ปัญหาหลักของชุมชนนั้นได้ดีกำลังคนอาจแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

- 1) บุคลากรที่ทำงานประจำอย่างต่อเนื่องในรพ.สต.
- 2) บุคลากรที่เสริมเพิ่มเติมตามบริการเฉพาะ

3) บุคลากรที่เป็นส่วนประสานในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงบริการระหว่าง รพ.สต. กับแม่ข่ายและหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องกำลังคนส่วนที่เป็นฐานทำงานประจำ ควรเน้นให้มีจำนวนเพียงพอกับภาระงาน และมีสาขาวิชาชีพที่เพิ่มเติมได้ครอบคลุมงานหลัก ได้แก่ พยาบาล นักวิชาการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และนักกายภาพบำบัด วิธีการบริหารจัดการด้านบุคลากรให้มีเพิ่มเติมใน รพ.สต. นั้น สามารถจัดการได้ใน 4 ลักษณะ คือ

- 1) บุคลากรที่มีอยู่เดิม แต่มีค่าตอบแทนให้ทำงานได้เพิ่มขึ้น
- 2) โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดสรรคนลงมาช่วยดูแลงานเพิ่มขึ้น ซึ่งทำได้หลายแบบ เช่น ระดมผู้ที่สำเร็จการศึกษาใหม่ และ/หรือ ยืม/รับย้าย ผู้สมัครใจ ทั้งนี้ให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม

3) จ้างเพิ่ม ซึ่งจ้างได้ทั้งนักวิชาการและพยาบาล ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนต่างๆ อาทิ รพ.แม่ข่าย ท้องถิ่น หรือสนับสนุนเพิ่มเติมจาก สปสช. ภายใต้การประเมินสถานการณ์ความจำเป็น และสถานการณ์ทางการเงินของ รพ.สต. โดยคณะกรรมการบริหาร รพ.สต.

4) พัฒนาบุคลากรหรือส่งเสริมการศึกษาต่อเพื่อกลับมาทำงาน โดยจะใช้งบประมาณรพ.แม่ข่าย หรือท้องถิ่นในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเรียน ส่วนการจ้างงานเมื่อจบการศึกษา จะจ้างโดย รพ.แม่ข่าย รพ.สต. หรือท้องถิ่น ขึ้นกับการตกลงกันของคณะกรรมการบริหาร รพ.สต.

กำลังคน เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของ “ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” โดยต้องเพิ่มกำลังคนให้เพียงพอ ด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ยังมีการระดมความร่วมมือในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแลตนเอง (self care) และครอบครัว

เงื่อนไขที่สำคัญและปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการ

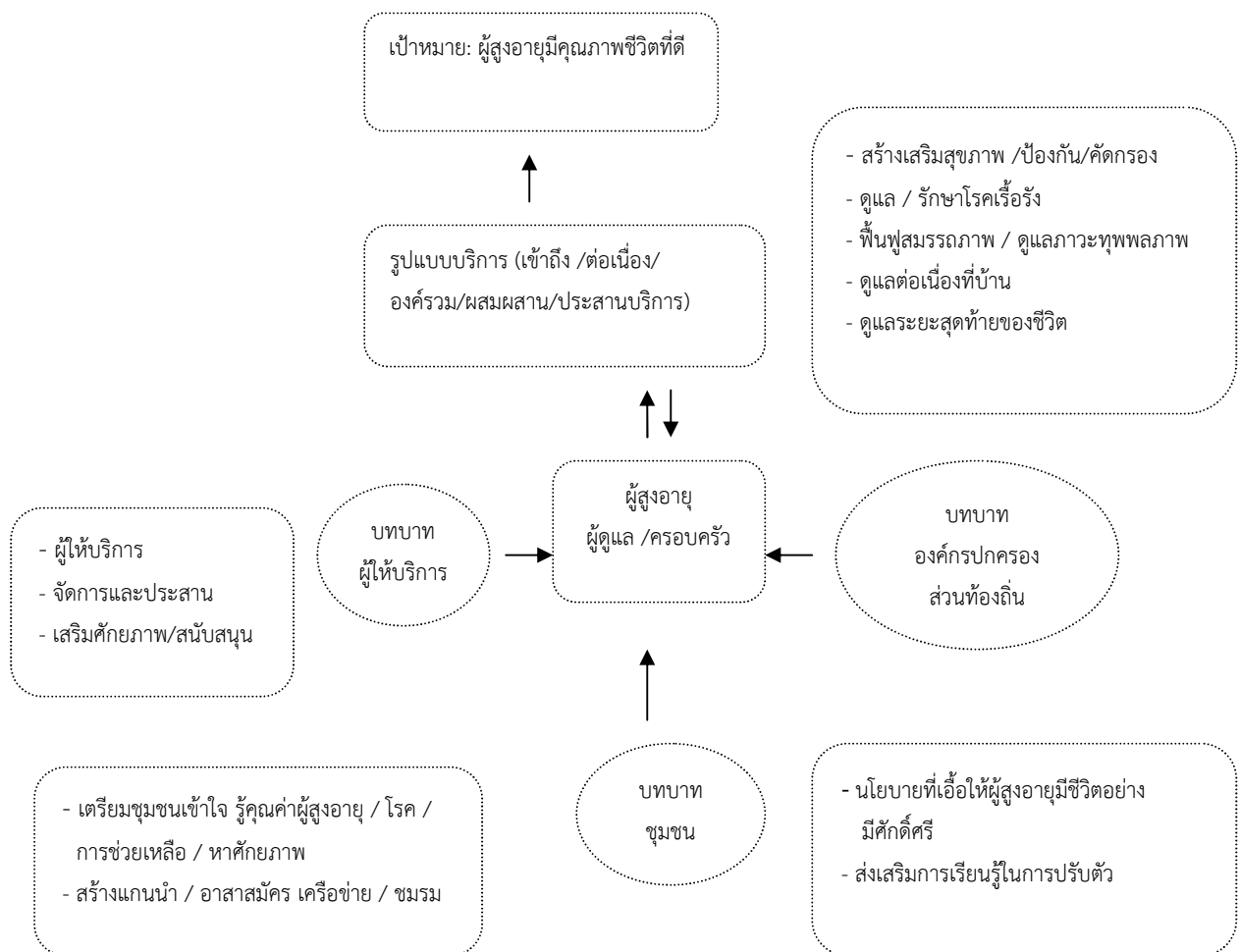
จัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามพัฒนาอย่างจริงจังตามนโยบายและแผนปฏิบัติการที่กำหนด
- 2) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีการจัดทำแผนเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว
- 3) เริ่มต้นในพื้นที่ที่มีความพร้อม ที่สมัครใจ และที่ซึ่งชุมชนมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วม
- 4) มีการใช้กระบวนการประชาคมเพื่อปรับแนวคิดของคนในชุมชน สร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 5) มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการ ร่วมกับการทำงานเชิงรุกในชุมชน
- 6) ความเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. ด้วยกัน และกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

แนวคิดการทำงานผู้สูงอายุ

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

แนวทางในการพัฒนาระบบและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ



การให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล โดยประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อจัดการและจัดกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้สูงอายุยากไร้/ถูกทอดทิ้ง/อยู่คนเดียว/อยู่กับคู่สมรสตามลำพัง/มีภาวะพึ่งพิง/มีภาวะทุพพลภาพ/มีโรคเรื้อรังรวมถึงการประสานส่งต่อเพื่อรับสวัสดิการด้านอื่นๆ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้พิการ สวัสดิการสงเคราะห์อื่นๆ
- พัฒนาการดำเนินงาน home health care/home visit/home ward (ใช้บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย) ในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จัดให้มีตารางปฏิบัติงานของบุคลากร มีระบบประเมิน ติดตาม และรายงานผล ทุก 1,3,6, เดือนหรือรายปี มีระบบส่งต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไปยังเครือข่ายบริการ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน) เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- จัดทีมให้คำปรึกษาปัญหาด้านกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน พร้อมสนับสนุนให้เกิดการแก้ไข/ป้องกัน สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน ประสานส่งต่อองค์การบริหารส่วนตำบลและชุมชนให้การช่วยเหลือปรับปรุงสภาพแวดล้อมของบ้าน บริเวณที่อยู่อาศัย เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ
- จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ กายอุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการผลิต เช่น ราวคู่มือสำหรับฝึกยืนทรงตัวและหัดเดินประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับกองวิศวกรรมทางการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการ ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล ; สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด
- จัดกิจกรรมฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา

การให้บริการในครอบครัว/ชุมชน

- ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและบันทึกผลในสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
- ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงตามกลุ่มโรคผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะหกล้ม การกลืนผิดปกติ ภาวะความจำ ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการนอน ประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
- นำข้อมูลสุขภาพมาจัดการแก้ไขปัญหา และติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัคร หรือกลุ่มจิตอาสา ประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล ; โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

- บริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว(Respite care) โดยจัดช่วยดูแลผู้สูงอายุทดแทนผู้ดูแลหลักที่บ้านหรือประสานงาน/ส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการ เพื่อผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลหลัก ประสานเชื่อมโยงข้อมูลและการดำเนินงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล ; สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด ; โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย
- บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุหลังการเจ็บป่วย/มีภาวะทุพพลภาพตามบริบทของพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือองค์กรเอกชน อาจจัดตั้งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่วัด มัสยิด หรือศูนย์สุขภาพชุมชน
- จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย ชมรม กีฬา โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบลและชุมชน เพื่อดำเนินการสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพดำเนินกิจกรรมช่วยเหลือสังคม เช่น การเยี่ยมผู้สูงอายุป่วย/พิการ(เพื่อนช่วยเพื่อน)

กรอบแนวคิดของการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นมิติการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยหลักการดูแลในบริการปฐมภูมิ

การเข้าถึงระบบบริการ (Accessibility) ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการอย่างสะดวกง่าย และใกล้แหล่งชุมชน ลดอุปสรรคต่างๆ

การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) สนับสนุนกิจกรรมให้มีการดูแลในระยะยาว และต่อเนื่อง และมีทีมสุขภาพตลอดการดูแล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

บริการแบบผสมผสาน (Integrated Care) การดูแลที่ครอบคลุมหลากหลายมิติ ได้แก่

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

การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นการดูแลหลากหลายมิติ ได้แก่

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

- จิตวิญญาณ การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การขาดความสุขในชีวิต

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

การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment) โดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่เข้าร่วมได้ในชุมชน เช่น ชมรม จิตอาสา ร่วมผลักดันการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับชุมชนและท้องถิ่น

การให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- ปฏิบัติตามคู่มือพัฒนาระบบงานศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ได้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข
- จัดทำฐานข้อมูลผู้ดูแลในชุมชนที่รับผิดชอบแยกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล เพื่อการจัดการและการจัดกิจกรรมในแต่ละกลุ่ม ทั้งด้านการดูแลต่อเนื่องโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การดูแลป้องกันแผลกดทับ การให้อาหารทางสาย เป็นต้น รวมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ
- ค้นหาผู้สูงอายุยากไร้ที่ถูกทอดทิ้ง อยู่คนเดียว หรืออยู่ตามลำพังคู่สามีภรรยาขาดการดูแลที่เหมาะสม ให้ครบทุกหมู่บ้าน เพื่อจัดการให้การดูแลตามปัญหาตามคู่มือ
- มีทีมให้การปรึกษาที่ชัดเจน และสามารถให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายบริการและผู้ดูแลสม่ำเสมอ
- มีระบบประเมิน ติดตามผลทุก 3-6 เดือน มีตารางปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน home health care และมีระบบรายงานทุกเดือนและรายปี
- มีการจัดหาและมีความพร้อมในเรื่องวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ภายอุปกรณ์ในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยให้มีการจัดตั้งคลังกายอุปกรณ์ โดยมีศูนย์กลาง ซึ่งน่าจะอยู่ที่ รพ.แม่ข่าย ซึ่งมีขนาดความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ (economy of scale) มากกว่า เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเบิก/ยืมสำหรับหมุนเวียนในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการ เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิตหรือหมดความจำเป็นในการใช้ก็ส่งคืน โดยมีระบบการคุมทะเบียนอย่างรัดกุม การจัดการเพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังได้รับอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ภายอุปกรณ์เหล่านี้ เป็นการปฏิบัติการร่วมกันของทีมสหวิชาชีพจาก รพ.แม่ข่าย ไปเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เมื่อพบผู้มีความต้องการ รพ.แม่ข่าย ก็จะจัดสรรอุปกรณ์มาให้ รพ.สต.นำไปให้ใช้ โดยรพ.สต.กำกับดูแลวิธีการใช้ตลอดจนการบำรุงรักษา/เติม เช่น oxygen ให้แก่ผู้ป่วย หรือหากเป็นกายอุปกรณ์ง่ายๆ ก็อาจให้เก็บที่ รพ.สต.บ้างก็ได้ตามความเหมาะสม
- กิจกรรมการฝึกอบรม
- เป็นศูนย์ฝึกอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/จิตอาสา ฯลฯ

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

การให้บริการในครอบครัว/ชุมชน

- **ตรวจคัดกรอง** ได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ของ สปสช.โดยบุคลากรทางสาธารณสุขและอาสาสมัคร ได้แก่

- ประเมินทักษะการใช้ชีวิตเพื่อเฝ้าระวังภาวะสมองเสื่อม
- ตรวจประเมินภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุ
- ตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงของมะเร็งที่พบบ่อย
- ตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

- **นำข้อมูลการประเมิน/คัดกรองมาจัดการแก้ไขปัญหาตามผลการประเมิน** และจัดตั้งกลุ่มทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

- **เยี่ยมและติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน** มีกิจกรรม homehealth care/home care/home visit โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข/อาสาสมัคร หรือกลุ่มจิตอาสา โดยจัดให้มีระบบบริการทางการแพทย์/พยาบาลที่บ้าน เช่น ทำแผล เปลี่ยนสายเปลี่ยนท่อ/ทำความสะอาดท่อเจาะคอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องได้รับการเยี่ยมไข้ (homeward round) มีการวัดสัญญาณชีพ การประเมินภาวะสุขภาพ/การเจ็บป่วย(clinical assessment) การให้การรักษายาบาล สร้างให้เกิดพยาบาลเฉพาะทาง

ฉบับภาคประชาชน

- **บริการดูแลชั่วคราว (Respite Care)** เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัวได้อย่างยั่งยืนและมีความสุข รพ.สต.มีบทบาทในการบริหารจัดการให้มีการดูแลผู้สูงอายุทดแทนผู้ดูแลหลักที่บ้านของผู้สูงอายุเอง ยกตัวอย่างเช่น กรณีผู้สูงอายุถูกทำร้ายจากคนในครอบครัวหรือมีความคับข้องใจ

- **บริการฟื้นฟูโดยกายภาพบำบัดตามบริบทของพื้นที่** โดยสนับสนุนให้มีระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน/สถานพยาบาล เพื่อฟื้นฟูสุขภาพหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และดำรงไว้มิให้สุขภาพของผู้สูงอายุเสื่อมทรุดตมามากไปกว่าเดิมจนถึงระดับทุพพลภาพ อาจจะใช้หรือไม่ใช้เครื่องมือในการฟื้นฟูหรือประยุกต์จากวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ก็ได้ โดยชุมชนที่สามารถให้บริการนี้ได้ เช่น วัด ศูนย์แพทย์ชุมชน

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

การเชื่อมโยงส่งต่อ

- มีระบบส่งต่อและติดตามการตอบรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยนอกเขตรับผิดชอบและส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- ตรวจประเมินและให้การดูแล (หรือส่งต่อ) การประสานส่งต่อเพื่อรับสวัสดิการด้านอื่นๆ
- ส่งต่อฟื้นฟูฯ ให้บรรลุเป้าหมาย เช่น ส่งต่อทำกายภาพบำบัด ส่งต่อรับสวัสดิการเบี้ยยังชีพ เป็นต้น
- ส่งต่อให้ อปท.และชุมชนในการปรับสภาพแวดล้อมบ้าน/บริเวณที่อยู่อาศัย เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

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

คณะกรรมการดำเนินงาน

ที่ปรึกษาโครงการ

ศ.นพ.พงษ์ศิริ ประรณาคี	
พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน	คณะแพทยศาสตร์รพ.รามธิบดี
ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รศ.ประคอง อินทรสมบัติ	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
	คณะแพทยศาสตร์รพ.รามธิบดี
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง	
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง	
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร	
คุณเวียนนารัตน์ ช่วงวิวัฒน์	กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)

คณะทำงาน

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

นางสาวอรรวรรณ คูหา
นางพางาม พงศ์จตุรวิทย์
นางสาวบุริณี บุญมีพิพิธ

โรงพยาบาลลำปาง

นพ.ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง
นางมนัสสินี บุญยทรพร	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง
พญ. อภิญา สัชนะไชย	
พญ.ดุสิตา ตู๊ประกาย	
นางสุภาศรี ธรรมสร้างกูร	
นางรัชนี ศรีเจียงคำ	
นส.มะลิวัลย์ มูลมงคล	
นส.ดวงสมร บุชาชัย	
นาง รอบิอะห์ เหล่าสืบสกุลไทย	
นางพรทิวา ทักชิน	
นางศศิกานต์ พ่วงรักษา	
นางวิลาสินี หาญเมที	
นางรุ่งรวี แก้วดี	

โรงพยาบาลลำปาง

นางวัลลีย์ สุทธนู
นางพิชญ์กร นิลขำ

โรงพยาบาลห้างฉัตร

นายแพทย์นพรัตน์ วัชรขจรกุล	โรงพยาบาลห้างฉัตร
นางเพ็ญพิศ ชันติพงษ์	โรงพยาบาลห้างฉัตร
นางกิตติยา จันทนาคม	โรงพยาบาลห้างฉัตร
นางไผนิกา เพลิงแก้ว	โรงพยาบาลห้างฉัตร
นางชนาภรณ์ สร้อยแสงจันทร์	โรงพยาบาลห้างฉัตร
นางสุภารัตน์ รัตนประทีป	โรงพยาบาลห้างฉัตร
นางสาวสมพิศ แสงบุญเรือง	หน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลห้างฉัตร
นางรัญญลักษณ์ วงศ์มณี	หน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลห้างฉัตร

สาธารณสุขอำเภอห้างฉัตร

นางพรศิริ เคหะลุน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้างฉัตร
นายศุภากร ทองสุข	สถานีอนามัยบ้านเหล่า
นางดรุณี เตชะอุ่น	สถานีอนามัยบ้านเหล่า

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นายกเทศมนตรีตำบลห้างฉัตร
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้างฉัตร
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองยาว
นายพงษ์เทพ บุญเกิด ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองยาว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

นางสาวทัศนีย์ ศรีจันทร์
นางพิศมัย คงสุริยะศักดิ์
นายชุมพล กาไว

คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์

คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และการผังเมือง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อาจารย์ชุมเขต แสงเจริญ

รูปภาพกิจกรรม





