



การจัดการความรู้และสังเคราะห์
แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:

แนวปฏิบัติใน การบริการผู้สูงอายุ



การจัดการความรู้และสังเคราะห์
แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:

แนวปฏิบัติใน การบริการผู้สูงอายุ

พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2553

ISBN: 978-974-299-158-6

| | |
|---------------------------|--|
| บรรณาธิการ | รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์ พญ.ลัดดา ตำริการเลิศ |
| กองบรรณาธิการ | รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง ผศ.สุจารี อมรกิจบำรุง ผศ.ดร.สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ นางบุศรา อนุพันธ์ นางสาววรรณพร บุญเรือง |
| จัดพิมพ์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) |
| สนับสนุนและเผยแพร่ | สำนักงานโครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) |
| ประสานงาน | วรรณพร บุญเรือง สุรัต ฉัตรไชยาฤกษ์ |
| ออกแบบ | วัฒนสินธุ์ สุวรรตนาหนท์ |
| พิมพ์ที่ | บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด โทรศัพท์ 0 2903 8257-9 |

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2951 1286 <http://www.hsri.or.th>

สำนักงานโครงการสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

<http://www.hph.moph.go.th>

คำนำ

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์
ผู้จัดการโครงการสนับสนุนนโยบาย รพ.สต. สสส.
รองประธานคณะกรรมการอำนวยการ
รพ.สต. และ อสม.

ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2551 โดยที่นโยบายด้านสาธารณสุข รัฐบาลมุ่งเน้นในการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยการยกระดับสถานเือนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นให้เข้ามาร่วมผลิตบุคลากรสาธารณสุข เพื่อกลับไปทำงานในท้องถิ่น รวมถึงการพัฒนาบทบาท อสม. ให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้น

นโยบายด้านสาธารณสุขดังกล่าว ได้รับการขานรับจากผู้คนในแวดวงสุขภาพอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะนักวิชาการ นักวิจัยระบบบริการสาธารณสุขและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สถานเือนามัย เพราะการพัฒนา รพ.สต. เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่เปลี่ยนจากงานรักษาพยาบาลแบบตั้งรับ มาเน้นการส่งเสริมให้มีการสร้างสุขภาพเชิงรุกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะมีผลทำให้ระบบบริการสุขภาพในภาพรวม มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดปริมาณผู้ป่วย

ที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ลดลง ลดภาระค่าใช้จ่าย และเวลาในการเดินทางของประชาชน อีกทั้งเป็นการประหยัดงบประมาณของชาติในระยะยาว ที่สำคัญคือ ลดทุกขภาวะของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเห็นได้ชัด

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข **นายวิทยา แก้วภราดัย** ได้นำนโยบายด้านสาธารณสุข ดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติ โดยได้มอบหมายให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งกลไกทางราชการรองรับนโยบาย รพ.สต. อีกทั้งได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 408/2552 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2552 แต่งตั้งคณะทำงานติดตามและสนับสนุนนโยบาย รพ.สต. ต่อมารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข **นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์** ได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 858/2553 ลงวันที่ 23 เมษายน 2553 แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข และได้ถือเอานโยบาย รพ.สต. เป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายด้านสาธารณสุข ดังกล่าว เป็นไปตามหลักการและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้สนับสนุนให้มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติงานของ รพ.สต. ขึ้น โดยเอกสารวิชาการชุดนี้สังเคราะห์และเรียบเรียงจากผู้ที่ปฏิบัติงานจริงใน รพ.สต., โรงพยาบาล (รพช./รพท./รพศ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) รวมทั้งนักวิชาการจากกรมวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องใน

กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนนโยบายรัฐบาลให้ปรากฏผลเป็นจริงในการสร้างสุขภาวะของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในที่สุด

จึงขอขอบคุณบรรณาธิการและกองบรรณาธิการทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้ด้วย อนึ่ง สสส.มีแผนในการผลิตคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติงานของ รพ.สต. ออกมาทั้งหมด ประมาณ 9 ฉบับ โดยทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ต่อไป

คำนำ

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ความสำคัญกับการวิจัยและพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ โดยเป็นแผนงานวิจัยหนึ่งที่ทำให้การสนับสนุนมาอย่างต่อเนื่อง มีสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) เป็นกลไกสำคัญ เมื่อรัฐบาลมีนโยบายในการยกฐานะสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สวรส. และเครือข่ายฯ ได้สนับสนุนด้านวิชาการในการพัฒนาและดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวอย่างเต็มที่ โดยเน้นการพัฒนากำลังคนและระบบการจัดบริการเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยชี้ขาดคุณภาพบริการ ที่จะสร้างความยอมรับของประชาชนต่อ รพ.สต. ในที่สุด

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยทีมนักวิชาการสาขาต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว โดยมีการสรุปบทเรียนและกรณีตัวอย่าง (good practice) การจัดบริการสำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน ทั้งนี้คาดหวังว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. จะสามารถใช้ในการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง และ

พัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพของชุมชนได้อีกทางหนึ่ง ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังเร่งดำเนินงาน

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนการผลิตเอกสารฉบับนี้ ขอขอบคุณความทุ่มเทเสียสละของนักวิชาการที่เกี่ยวข้องทุกท่าน จนทำให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพชิ้นนี้ และสุดท้าย ขอขอบคุณบุคลากร รพ.สต. ทุกท่านที่จะได้มีส่วนช่วยกันพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้ดีขึ้นตามนโยบายของรัฐบาล

สารบัญ

| | |
|---|-----|
| โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากนโยบายสู่การปฏิบัติ | 11 |
| บทที่ 1 หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน | 21 |
| บทที่ 2 การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการ | 43 |
| บทที่ 3 แนวทางการจัดบริการ สำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มโดย รพ.สต. | 77 |
| บทที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รพ.สต. | 139 |
| บทที่ 5 การเชื่อมต่อและเชื่อมโยงงาน การให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนโดย รพ.สต. | 187 |

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนโยบายสู่การปฏิบัติ

นายจรินทร์ ลักษณะวิศิษฎ์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ภาพลักษณ์ใหม่ของสาธารณสุขไทย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขมีความภาคภูมิใจ เพราะเป็นนิมิตหมายใหม่ของระบบบริการสาธารณสุขที่จะปรับ “ภาพลักษณ์ใหม่ของการบริการ” ตามนโยบายของกระทรวงฯ ด้วยการปรับมาตรฐานการบริการสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนได้มีสุขภาวะที่ดีภายใต้การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยเริ่มจากยกระดับสถานีอนามัยซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดและรับรู้ปัญหาความต้องการของประชาชนมากที่สุด ขึ้นมาเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” ปรับรูปแบบใหม่ของการบริการให้สมกับเป็น “ทัพหน้าของกระทรวงสาธารณสุขในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของประชาชน”

แค่เปลี่ยนความคิด...ภาพลักษณ์ก็เปลี่ยน

การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อรองรับนโยบายฯ อันนำไปสู่เป้าหมายสุดท้ายที่กระทรวงฯ

ต้องการคือประชาชนมีสุขภาวะที่ดีโดยการมีส่วนร่วมในการดูแล
สุขภาพตนเอง บุคลากรจำเป็นต้องปรับกระบวนทัศน์ทางความคิด
ให้ไปในทิศทางเดียวกับหลักแนวคิดการทำงานของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลตามที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นผู้นำนโยบายของกระทรวงฯ ไปสู่การปฏิบัติ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกลไกสำคัญทำหน้าที่แปลง
นโยบายให้เกิดขึ้นได้จริงในพื้นที่ด้วยการบริหารจัดการตามแนวคิด
ใหม่

2. บริหารจัดการภายใต้ความคิดเห็นของคณะกรรมการ พัฒนาโรงพยาบาลฯ

ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหลายๆ ภาคส่วน
เช่น ผู้แทนจากผู้รับบริการ ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ผู้แทนจากภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน บุคลากรของหน่วยงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ ผู้แทนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ฯลฯ ซึ่งคณะกรรมการจะมี
ส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการตัดสินใจด้านบริหารจัดการ เช่น ร่วมรับรู้
ข้อมูล ร่วมวางแผนปฏิบัติการให้สามารถดำเนินงานบรรลุตาม
เป้าหมายที่วางไว้ และร่วมระดมทรัพยากรเพื่อการสนับสนุน
การดำเนินงาน

3. รับผิดชอบภารกิจ 5 ด้าน

คือ ส่งเสริมสุขภาพ รักษา
พยาบาล ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภค

4. เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพโดยทำ หน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงถึงการมีส่วนร่วม

ระหว่างประชาชน ครั้วเรือน
ชุมชน โดยดึงให้มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อนำไปสู่

“การสร้างสุขภาพแนวใหม่” ที่สอดคล้องกับปัญหาและความ
ต้องการของประชาชนที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งกาย ใจ สังคม และ
วัฒนธรรม รวมถึงเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน
ภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น
โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข

5. ยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็น “ผู้นำด้าน สุขภาพประชาชน”

โดยสามารถสร้างงาน / แผนงานได้เอง “หยุด
ระบบสั่งการจากเบื้องบน”

พื้นที่การทำงาน

รพ.สต.มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) อย่าง
ชัดเจน โดยใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (home ward) ซึ่งเป็นแนวทาง
ที่เหมาะสมสอดคล้องกับการดำเนินงานด้านจิตสังคม

จากแนวคิด...สู่การปฏิบัติ

หลักแนวคิดใหม่ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าให้ความสำคัญ
ของ “การเสริมสร้างสุขภาพแนวใหม่” “การมีส่วนร่วมดูแล
สุขภาพตนเอง” “การให้บริการเชิงรุก” จึงกำหนดลักษณะการ
ดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

1. การบริการเชิงรับ (การบริการในโรงพยาบาลฯ)

ซึ่งเป็นการบริการที่ยังคงต้องทำอยู่ เช่น

1.1 การตรวจวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้นตามศักยภาพของ หน่วยงาน

1.2 การให้การปรึกษา ให้คำแนะนำ สุขศึกษาแก่ผู้รับบริการและครอบครัว

1.3 การบริการต่อเนื่อง และติดตามผลการรักษา

1.4 การส่งต่อตามระบบ โดยมีการประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้รับบริการที่ไม่มีใบส่งต่อ

แต่ให้ปรับมาตรฐานการให้บริการให้เป็นไปตามเกณฑ์ 3 ดี กล่าวคือ

• **บรรยากาศดี** การสร้างบรรยากาศที่ดีด้วยการปรับโฉมพื้นที่ ภูมิทัศน์ให้ดูสะอาดสบาย สะอาด สวยงาม จัดมุมให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ

• **บริการดี** การให้บริการทางการแพทย์ โดยคำนึง 4 เรื่องคือ

- ลดเวลาการรอคอยทุกจุดบริการ เช่น รอการตรวจ การรับยา ฯลฯ
- การจัดคิวควรกำหนดระยะเวลาที่ต้องรอโดยประมาณ ให้ผู้รับบริการรับทราบเบื้องต้น อาจจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้มีจิตอาสาเป็นผู้ให้การต้อนรับตามความเหมาะสม
- จุดให้บริการ ควรมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน แก่ผู้รับบริการและหรือครอบครัว
- มีระบบส่งต่ออย่างเป็นรูปธรรม

• **บริหารจัดการดี** ปรับระบบการบริหารจัดการที่ดี มีระบบประกันคุณภาพ มีผู้รับฟังความคิดเห็น สามารถสร้างการมีส่วนร่วม

ของประชาชน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ราชการ ส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน ในการพัฒนาระบบงานที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน ความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ

2. การบริการเชิงรุก (การบริการในครอบครัว ชุมชน) การบริการเชิงรุกนี้นับว่าเป็นจุดเน้นที่สำคัญของการให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการที่จะเป็นด่านแรกทำให้ประชาชนรู้ เข้าใจและเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ตลอดจนในรายที่เจ็บป่วยแล้วจะเป็นการช่วยดึงครอบครัว ญาติเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย ดังนั้นการบริการเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาทำงานร่วมกัน อาจทำได้หลายรูปแบบ บางกิจกรรมสามารถยกให้อาสาสมัครสาธารณสุขหรือภาคีเครือข่ายเป็นหลักได้ ดังนี้

2.1 เริ่มจากปรับความคิดของประชาชนจากที่คอยฟังพึ่งระบบสาธารณสุขในเรื่องการรักษาความเจ็บป่วย มาเป็นพึ่งตนเองด้วยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมป้องกันดูแลสุขภาพตัวเองก่อนที่จะเจ็บป่วย **“สร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ”** โดยอาจทำในรูปแบบการประชุมประชาคม ดึงเครือข่ายต่างๆ มา ร่วมกันกำหนดเป็นแผนสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เป็นต้น

2.2 จัดทีมเยี่ยมบ้านซึ่งประกอบด้วย บุคลากรของหน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้มีจิตอาสา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อ

- การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care)
- การเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังที่บ้าน (Home Ward Round) โดยใช้บ้านเปรียบเสมือนเป็น Ward เพียงที่บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย เน้นครอบครัวเป็นหลักในการดูแลพยาบาลเวชปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยเป็นผู้ให้คำแนะนำ ประเมินอาการเป็นระยะๆ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการเฝ้าระวังร่วมและประสานข้อมูลการดูแลกับทีมงาน

2.3 ร่วมกันจัดกิจกรรมให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนได้รับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว การอบรม ฯลฯ การรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น รณรงค์ให้มีการใช้จักรยาน รณรงค์ไม่ให้กินหวาน มัน เค็ม เป็นต้น

2.4 เสริมสร้างวัฒนธรรมสร้างสุขภาพในชุมชน เช่น การงดดื่มสุราในวันพระ วัดปลอดเหล้า เป็นต้น

2.5 มีระบบส่งต่อและประสานแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น มาสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น อุปกรณ์ช่วยคนพิการ

4 หัวใจหลัก.....ร่วมประสานสู่ความสำเร็จ

การดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ**ความร่วมมือร่วมใจของ 4 หัวใจหลัก**ที่จะพร้อมดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุดท้ายคือ **“การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง”** ดังนี้

หัวใจดวงที่ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีความพร้อมในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นบุคลากรที่มีทัศนคติที่ดียอมรับการเปลี่ยนแปลงและเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน บุคลากรนี้ควรประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพซึ่งมีจุดเด่นของศักยภาพที่แตกต่างกันเพื่อการทำงานที่ครอบคลุมทุกมิติ นอกจากนั้นควรเป็นผู้มีสัมพันธภาพที่ดีและมีความใกล้ชิดกับประชาชน สามารถทำให้ประชาชนมีความไว้วางใจ เชื่อใจ กล้าเข้าหา และรับรู้ได้ถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน มี**แผนปฏิบัติการที่ดี**ที่จะส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุตามแผนงาน/นโยบายของหน่วยงานและกระทรวง**งบประมาณ** ควรจัดสรรให้ครอบคลุมงานทุกด้านอย่างพอเพียงและมีการบริหารจัดการที่ดี เช่น มีการระดมทุนจากภาคีเครือข่ายต่างๆ มาร่วมดำเนินการ **สถานที่**ควรมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการ หรือเกิดความเชื่อมั่นในการบริการ

หัวใจดวงที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จากแนวคิดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้จะเป็นผู้มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญในการร่วมพัฒนาสุขภาพ

ประชาชน “ผู้นำด้านสุขภาพประชาชน” โดยเป็นที่ร่วมจัดทำแผนสุขภาพตำบลเพราะอยู่ใกล้ชิดและรับรู้ปัญหาของประชาชนได้เป็นอย่างดี

หัวใจดวงที่ 3 แผนสุขภาพตำบล ซึ่งถือว่าเป็น**เข็มทิศวางแผนการทำงานร่วมกัน**ว่าควรจะไปทิศทางใด ดังนั้นทุกตำบลควรจัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวบรวมปัญหาความต้องการ ข้อคิดเห็นที่ได้จากหลายๆ ฝ่ายมาเป็นฐานในการร่วมตัดสินใจ และจัดทำแผนฯ ด้านส่งเสริมสุขภาพของตำบลจะได้ตรงกับความต้องการของพื้นที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อจะส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือดูแลสุขภาพตนเอง

หัวใจดวงที่ 4 การจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล เป็นอีกหนึ่งตัวชี้วัดที่แสดงถึงความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะแสดงให้เห็นถึงความสามารถที่ทำให้พื้นที่ตระหนักเห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบล กองทุนสุขภาพตำบลประกอบด้วยแหล่งงบประมาณ 2 แหล่งคือ งบประมาณจาก สปสช. และงบประมาณจากองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.)

ระบบสนับสนุน

- สามารถเข้าถึงระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ
- มีระบบการปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่ายตลอดเวลา
- มีระบบเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

- มีความรู้และทักษะในการให้บริการผสมผสาน และมีทักษะที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่
- มีศักยภาพในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม
- มีศักยภาพในการทำงานเชิงรุกในชุมชน
- มีศักยภาพในการใช้ และจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ เข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์

การทำงานต้องควบคู่กับขวัญและกำลังใจ

ผู้ปฏิบัติงานที่มีขวัญและกำลังใจที่ดีย่อมมีความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจ และมีความมั่นใจในการทำงาน การสร้างขวัญและกำลังใจสามารถทำได้ ดังนี้

1. **การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ** ควรมีแผนพัฒนาบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายทั้งระยะสั้นและระยะยาวเพื่อให้มีความสามารถรองรับกับงานที่จะดำเนินการ รวมถึงการให้ทุนเรียน ฯลฯ

2. **จัดให้มีการเสริมแรงเพื่อสร้างแรงจูงใจ** เช่น การส่งประกวด อสม.ดีเด่นระดับตำบล การประกาศเกียรติคุณแก่ผู้ทำประโยชน์ ให้ตำบล ฯลฯ

การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้อง อยู่บนพื้นฐานของขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขที่ผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของปัญหา ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวชุมชน และสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้

- **ดำเนินการเชิงรุก** โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อ การสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งสามารถวิเคราะห์เพื่อจัดการกับ ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพได้

- **บริการอย่างต่อเนื่อง** สามารถให้คำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย **ได้ตลอดเวลา** โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่าย และหากมีกรณีฉุกเฉิน ก็มีระบบบริการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

- **มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม** โดยมีความเชื่อมโยงกับ บริการสุขภาพในระดับอื่นในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ป่วย รายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการ ดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่นรวมทั้งสามารถเชื่อมต่อกับโครงสร้างหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ +

บทที่ 1 หัวใจการให้บริการ ผู้สูงอายุในชุมชน





หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน มี 3 ส่วนหลัก คือ

1. ภาคิหลัก 3 ภาคิ
สามประสาที่สำคัในกาจับริการสำหรัผู้สูงอายในชุมชน คือ ภาคิบริการชุมชน/ทองถึน ภาคิบริการลู่สภาพ และภาคิ บริการล้งคค
2. เจตคคิผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายและความสูงอาย
ขจัเจตคคิตางลบต่อผู้สูงอายและความสูงอาย เสริมเจตคคิตาง บวกทังผู้ให้บริการและผู้ไ้บริการ เป็นพื้นฐานกาจับริการ สำหรัผู้สูงอาย
3. รุปแบบบริการใหม่ทึใส่ใจผู้สูงอาย: รพ.สค. เอื้ออาทรผู้สูงอาย
 - 3.1 บุคคิการทึเอื้ออาทรต่อผู้สูงอาย ผู้ให้บริการทึมีเจตคคิตึดีต่อ ผู้สูงอาย และความสูงอาย ทึมีความรู้ในการคูลแผู้สูงอาย และมีทักษะในการคูลแผู้สูงอาย คคิบุคคิการทึเอื้ออาทร ต่อผู้สูงอาย
 - 3.2 ระบบบริการทึเอื้ออาทรต่อผู้สูงอาย คคิ หน่วยบริการทึมี ระบบกาจับริการทึนำความรู้เก็ยวกับผู้สูงอายมาเป็น ตัวชี้หน้า มีกระบวนกาจัทำอยางเป็นระบบ และครอบคคูลม เป้าหมายขงทุกกลุ่มผู้สูงวัย
 - 3.3 ลิ่งแวคคิล้อมทึเอื้ออาทรต่อผู้สูงอาย ลิ่งแวคคิล้อมทึปลอดภัย เข้าถึงได้และต้องเอาใส่ใจทังลิ่งแวคคิล้อมในหน่วยบริการ ในชุมชนและทึบ้าน

หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน ที่นำเสนอในแนวปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุในบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นี้ ประกอบด้วยสาระหลักที่สำคัญ คือ 1) ภาควิชาหลักสามภาคี 2) เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ และ 3) รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ สำหรับสาระอื่นๆ อาทิ ข้อควรรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ สิทธิผู้สูงอายุ แหล่งประโยชน์ด้านผู้สูงอายุและอื่นๆ ได้นำเสนอในภาคผนวกเพื่อประโยชน์ในการสืบค้น และนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบริการของ รพ.สต. สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

1. ภาควิชาหลัก 3 ภาคี

ภาควิชาหลัก 3 ภาคีที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ 1) ภาควิชาบริการชุมชน/ท้องถิ่น 2) ภาควิชาบริการสุขภาพ และ 3) ภาควิชาบริการสังคม ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ คือ

1) ภาควิชาบริการชุมชน/ท้องถิ่น ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เทศบาล/ อบต./ อบจ./ อปท./ หรือ อื่นๆ ซึ่งเป็นแกนนำหลักในการจัดบริการในชุมชน/ท้องถิ่น โดยการประสานงานกับภาควิชาบริการสุขภาพและภาควิชาบริการสังคม

2) ภาควิชาบริการสุขภาพ นอกจากจะมี รพ.สต. เป็นแกนนำหลักในการให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบแล้ว ยังต้องมีการเชื่อมต่อบริการสุขภาพ

ในระดับต่างๆ คือโรงพยาบาลแม่ข่ายหลัก หรือโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สถาบันบริการเฉพาะทางต่างๆ เช่น โรงพยาบาลจิตเวชต่างๆโรงพยาบาลประสาท สถาบันมะเร็งทั้งส่วนภูมิภาคและส่วนกลางอื่นๆ

3) ภาควิชาบริการสังคม ประกอบด้วย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด (พมจ.) โดยร่วมกับภาคีชุมชน/ท้องถิ่น ปกครองท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลระดับต่างๆ ร่วมเป็นแกนนำหลักในการจัดบริการด้านสังคมสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว

บริการสังคมและด้านสิทธิความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส การจัดการศพตามประเพณี (กรณีเสียชีวิต) การช่วยเหลือในการซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือกรณีประสบความทุกข์ยากเดือดร้อน เช่น การเกิดวาทภัย อัคคีภัย และอุทกภัย เป็นต้น

บริการสุขภาพ ที่จัดโดย รพ.สต. ร่วมกับภาคีเครือข่ายครอบคลุมภารกิจบริการสุขภาพที่มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ภารกิจการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ อผส. หรือแกนนำชุมชนอื่นๆ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุ และภารกิจประสานการจัดบริการกับภาควิชาบริการสุขภาพในการเชื่อมต่อบริการสุขภาพ

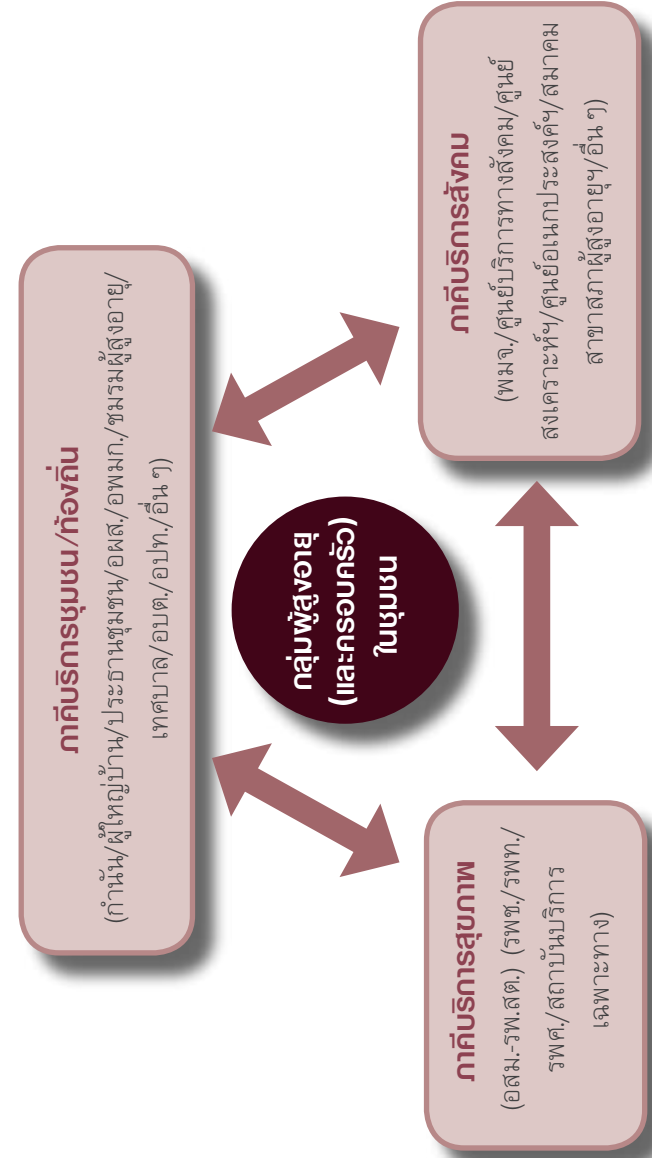
ระดับต่าง ๆ และเชื่อมโยงกับภาคีบริการสังคมในการจัดบริการสังคม หรือการบูรณาการบริการทั้งสุขภาพและสังคม

การบูรณาการภาคีหลักทั้งสามภาคีในการร่วมจัดบริการทั้งบริการสุขภาพและสังคม ดังตัวอย่าง การดำเนินการสำรวจเพื่อการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการจัดบริการบูรณาการเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (ตั้งเนื้อหาในบทที่ 2, 4 และ 5 และตั้งเรื่องเล่าในบทที่ 4 และ 5) ทั้งนี้ ขึ้นกับความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคีใดจะเด่นและเป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อนการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนรวมถึงการมีทุนศักยภาพของชุมชนเองด้วย แต่ที่สำคัญต้องการความร่วมมือร่วมใจ-ร่วมพลัง ของทุกภาคี รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัว จึงจะมีผลสำเร็จด้วยดี

2. เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ

“เป็นลูกนี่ ตัดสินใจลำบากมากที่จะให้คุณแม่อายุ 72 ปี ทำผ่าตัดเปลี่ยนเข่า เห็นคนอื่นไปทำมาแล้วเดินได้ดี ก็อยากให้ทำ แต่ไปปรึกษาใครๆ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ก็แนะนำว่า...คุณยายอายุมากแล้ว ไม่ต้องรักษาอะไรมากหรอก จะลำบากเปล่าๆ แค่ออกให้พออยู่ได้ อยู่บ้านกับลูกหลาน และได้ทำบุญก็น่าจะเพียงพอแล้ว”

คำกล่าวของบุตรผู้สูงอายุคนหนึ่ง ที่เล่าถึง คำพูดเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ดูเหมือนจะมีความเข้าใจถึงธรรมชาติ และความ



แผนภูมิที่ 1.1 การบูรณาการภาคีหลัก 3 ภาคี เพื่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ต้องการของผู้สูงอายุที่ว่า การอยู่กับลูกหลานและได้ทำบุญถือเป็นความสุขและเป็นความปรารถนาของผู้สูงอายุ และความเข้าใจทั่วไปที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักกลัวหมอ ไม่ชอบไปโรงพยาบาล และที่สำคัญคือมักจะกลัวการผ่าตัด และคิดว่าการผ่าตัดในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูง จึงนำไปสู่การตัดสินใจแบบเหมารวมว่า ผู้สูงอายุไม่ควรได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และควรพอใจกับทางเลือกที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนนี้

เจตคติของผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและต่อความสูงอายุ คำพูดดังกล่าวนี้ ล้วนสะท้อนเจตคติเชิงลบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุโดยไม่รู้ตัว ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสมีทางเลือกในการได้รับการดูแลที่เหมาะสม อันเป็นการลดทอนคุณภาพชีวิตที่จะสามารถมีชีวิตยืนยาวได้อย่างไร้ภาวะทุพพลภาพ จากข้อมูลทางวิชาการและจากข้อเท็จจริงยืนยันว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด อาทิ เปลี่ยนเลนส์ตาที่เป็นต้อกระจก และเปลี่ยนข้อเข่าที่เสื่อม มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น โดยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและออกนอกบ้านด้วยตนเองได้ ทำให้ไม่ต้องอยู่ติดบ้าน และไม่ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระให้ผู้อื่นดูแล นอกจากนี้ยังมีข้อมูลว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ จะมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาโดยการผ่าตัดแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของ รพ.สต. จึงควรตระหนักถึงเจตคติของตนเองต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุดังกล่าวนี้ด้วย

การมีเจตคติเชิงลบ (agism) ต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ เป็นผลมาจากการมีความเชื่อแบบเดิมต่อความสูงอายุ (myth of

aging) ทำให้มี**ทัศนคติแบบเหมารวม (stereotype)** ว่าผู้สูงอายุทุกคนเป็นอย่างนั้นไปทั้งหมด ตัวอย่างของความเชื่อต่อความสูงอายุที่นำไปสู่ทัศนคติแบบเหมารวม และก่อให้เกิดเจตคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ จนอาจนำไปสู่**การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม (mistreatment)** จนถึงการ**กระทำทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุ (elder abuse)** ของผู้ให้บริการตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุอย่างคาดไม่ถึงหรือไม่เจตนาได้

ตัวอย่างความเชื่อแบบเดิมต่อความสูงอายุ อาทิ เช่น

การเปรียบเทียบผู้สูงอายุเสมือนเด็ก “ผู้สูงอายุก็เหมือนเด็ก เพียงแต่เด็กมีพัฒนาการเพิ่มขึ้น แต่ผู้สูงอายุจะมีพัฒนาการถดถอยลง เด็กเริ่มจาก นอน ชันคอ คอว่า นั่ง คืบคลาน ตั้งไข่ เดิน และวิ่ง แข็งแรงขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุ จากที่เคยวิ่งได้ ต่อมาเดิน และต้องใช้ไม้เท้าอุปกรณ์ช่วย ต่อมาต้องคืบคลาน (ตุ๊ต ๆ ตุ๊ต ๆ) นั่ง (ถัด) และนอนติดเตียง อ่อนแรงและช่วยตัวเองไม่ได้ในที่สุด ก็ต้องเป็นไปอย่างนี้” ความคิดเช่นนี้ นำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุแบบเด็กหรือแบบผู้ที่มีความสามารถ ซึ่งถือเป็นการลดทอนศักดิ์ศรีผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ ผู้ที่เลี้ยงดูครอบครัวมีบุญคุณต่อครอบครัวและสังคมมาก่อน ซึ่งควรได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพนับถือในฐานะผู้อาวุโส แม้ในภาวะไร้ความสามารถ

นอกจากนี้ **การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ (elder mistreatment)** สิ่งที่มีักพบเห็นได้บ่อยในงานวันผู้สูงอายุ คือ การจัดการแสดงผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีดผสมจุก ทาแป้งขาว คุกกี้ขูดนม

แต่งตัวเป็นเด็กอนุบาล หรือทำท่าเลียนแบบเด็กนักเรียน เป็นต้น แม้จะเป็นความบันเทิงและสุขใจทั้งผู้จัดและผู้แสดง แต่การกระทำเช่นนี้ กลับสะท้อนถึงเจตคติเชิงลบที่นำสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ เช่นกัน

ความเชื่อแบบเดิมๆ ที่คิดว่า “สูงอายุแล้ว มีแต่ความเจ็บป่วย อ่อนแอ และไม่แข็งแรง จึงไม่ควรทำงานใดๆ หรือออกนอกบ้าน ควรอยู่แต่ในบ้านเฉยๆ เป็นกำลังใจให้ลูกหลานก็พอ” หรือ “แก่แล้ว ก็มีแต่ความเจ็บป่วย เป็นธรรมดา” หรือ “มีปัสสาวะเล็ด เดินโยกเยก ทำอะไรเชื่องช้า หรือ ซึมเศร้าเหงาหงอย เป็นเพราะแก่แล้ว” หรือแม้แต่ “คนแก่ มีกลิ่นตัวไม่สะอาด เวลากินข้าวมักจะหกเลอะตลอด น่ารำคาญ หรือทำให้ครอบครัวอับอาย” หรือ “มักจู้จี้ขี้บ่น ขี้หลง-ขี้ลืม น่าเบื่อ ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้” หรือ “คนแก่ไม่ว่าชายหรือหญิง แก่แล้วก็เหมือนกัน ต่างไม่มีความรู้สึกทางเพศ” เหล่านี้ ล้วนเป็นความเชื่อแบบเดิมๆ ที่มักจะนำไปสู่เจตคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุทั้งสิ้น

การปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้ให้บริการเป็นเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ
 ที่ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้มีศักยภาพเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อสังคม ดังคำขวัญที่ว่า “ผู้สูงวัย คือ หัวใจของสังคม” สะท้อนให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุอีกมากที่ยังแข็งแรงสามารถทำงานอาชีพ หรือยังมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมได้ และยังสามารถเป็นที่พึ่งให้กับบุตรหลาน ญาติมิตร ทั้งทางด้านจิตใจ ทางเศรษฐกิจ และสังคมอีกมาก ดังตัวอย่าง ในรายการตนคั่นตน เช่น “ปู่เย็น” ที่ยังคงช่วยตนเองแม้ในวัยสูงอายุจนวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ “ย่ายิ้ม”

ที่แม้จะช่วยตนเองได้อย่างยากลำบาก ยังคงมุ่งมั่นตามรอยเท้าพ่อหลวง (ในหลวง) ในการทำผ้ายดินกันน้ำเพื่อรักษาป่า นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่เป็นปราชญ์เดินดินอีกหลายท่าน ที่ยังคงทำงานเพื่อสังคมอย่างต่อเนื่อง และในสังคมสูงอายุที่จะมีเพิ่มมากขึ้นนี้ จะพบเห็นปรากฏการณ์ที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีชีวิตยืนยาว (แม้จะมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคหรือมีความจำกัดบางด้าน) แต่ยังสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการสุขภาพจึงควรมีทัศนคติที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุดังกล่าวด้วย

การปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้สูงอายุต่อตนเองและต่อความสูงอายุ นอกจากผู้ให้บริการจะต้องปรับเจตคติของตนเองแล้ว ในอีกด้านหนึ่งก็ต้องปรับเจตคติต่อตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัวที่จะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการหรือแสวงหาทางเลือกในการดูแลตนเองที่ดีกว่า ตัวอย่างเจตคติต่อตนเองของผู้สูงอายุ เช่น “คนแก่ไม่มีอะไรดีเลย อยู่ต่อไปก็เป็นภาระของลูกหลาน” หรือ “ตาแก่แล้วรักษาไปก็ลำบากลูกหลาน ไม่ต้องไปโรงพยาบาลหรอก” หรือ “คนแก่ที่หมดสิ้นทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต จะอยู่หรือไปก็ไม่แตกต่างกัน” หรือ “ตา...แก่แล้ว ก็ต้องปวดข้อเป็นธรรมดา...มันเป็นเพราะความแก่” หรือ “ยายรู้สึกลำบากใจที่จะขอความช่วยเหลือจากลูกยายจึงทนความเจ็บปวด ต้องแบกรับ...ความเจ็บปวดไว้” หรือ “เด็กๆ ต่างก็ทำงานกันทุกคน ยายไม่ต้องการสร้างความเดือดร้อนให้กับพวกเขา” หรือ เจตคติของครอบครัวต่อผู้สูงอายุ อาทิ “พ่อกับแม่แก่แล้ว ควรอยู่เฝ้าบ้าน พักผ่อน และเลี้ยงหลาน ก็เพียงพอแล้ว”

หรือ “ลูกๆ ต้องทำงานไม่มีเวลาพาไปหาหมอ ให้พ่อไปเองก็แล้วกัน” หรือ “พ่อเดินหกล้มบ่อย ทำไมจึงไม่ระมัดระวังตนเองบ้าง” เป็นต้น

เจตคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ มักจะนำไปสู่ **การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม** จนถึง **การกระทำทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุ** ได้ โดยการทารุณกรรมผู้สูงอายุ (elder abuse) หรือ บางครั้งเรียกว่า ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (elder violence) มีหลายรูปแบบ ทั้งการทารุณกรรมทางด้านร่างกาย (physical abuse) การทารุณกรรมด้านจิตใจ (psychological abuse) การทารุณกรรมด้านเพศ (sexual abuse) การละเมิดหรือเอาประโยชน์ (exploitation) และการละเลย เพิกเฉย หรือ ทอดทิ้งผู้สูงอายุ (neglect) ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้ว มักจะเกิดหลายรูปแบบร่วมกัน แต่ที่ผู้สูงอายุสะท้อนว่า รูปแบบที่พบได้บ่อย คือ การทารุณกรรมด้านจิตใจ และปัจจุบัน การละเลย เพิกเฉย หรือการทอดทิ้งผู้สูงอายุ พบมีมากเพิ่มขึ้นเช่นกัน ผู้ให้บริการสุขภาพจึงควรมีบทบาทในการปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้สูงอายุ และครอบครัวเพื่อให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป

แนวทางหนึ่ง คือ การให้ความรู้กับผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับเจตคติและการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเชื่อในศักยภาพและความสามารถแห่งตน รวมถึง การเรียนรู้และใช้กลวิธีที่เหมาะสมในคงสมดุลระหว่างการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาบุคคลอื่นตามความเหมาะสม ตลอดจนการแสวงหาข้อมูลและทางเลือกในการดูแลตนเอง ตลอดจนเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัว

มีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนในการมีเจตคติและมีการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุยิ่งขึ้น

3. รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ

รูปแบบบริการ “**รพ.สต. แนวใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ**” หรือ เรียกว่า “**รพ.สต. เอื้ออาทรผู้สูงอายุ**” ที่นำเสนอนี้ ดัดแปลงจากบริการปฐมภูมิที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ (Age-friendly primary health care) ที่นำเสนอโดยองค์การอนามัยโลก (2002, 2004) ซึ่งในที่นี้จะใช้คำว่า “เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ” แทนคำว่า “เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ” เนื่องจากมีความหมายตรงกับคำภาษาไทยมากกว่า

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คณะทำงานขององค์การอนามัยโลกได้นำเสนอ บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ด้วยการรวมเอา **1) ลักษณะสำคัญของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 7 หลักการ** คือ มีการจัดให้มีบริการ (availability) การเข้าถึงบริการ (accessibility) การผสมผสานของบริการ (comprehensiveness) คุณภาพของบริการ (quality) ประสิทธิภาพของบริการ (efficiency) การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ (non-discrimination) การให้บริการที่สอดคล้องกับเพศและวัย (gender & age responsiveness) และ **2) หลักการสำคัญของการให้บริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ** ซึ่งผู้เขียนได้ปรับเป็นหลักการ 3 ประการ คือ การมีบุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ การมีระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ และการมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ที่นำมาผสมผสานเป็นกรอบแนวคิดของ

สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือ **รพ.สต.** ที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ และองค์การอนามัยโลกใช้สัญลักษณ์ของปีผู้สูงอายุสากล เป็นเครื่องหมายที่สื่อถึง “ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีหัวใจเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” (ดังตารางที่ 1.1) เมื่อประยุกต์หลักการสำคัญนี้เข้ากับบริการของ รพ.สต. แล้ว ไม่เพียงแต่ผู้สูงอายุเท่านั้นที่ได้ประโยชน์ ยังเกิดประโยชน์ต่อบุคคลทุกวัยอีกด้วย

หลักการในการให้บริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (age-friendly principle) ที่สำคัญ คือ

1. บุคลากรผู้ให้บริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ การมีบุคลากรที่มีเจตคติ ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ให้บริการของ รพ.สต. ทุกคนจึงควร

- ได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้ ความเข้าใจ และความชำนาญเพื่อให้มีเจตคติที่เหมาะสม มีพฤติกรรมบริการที่มีความไวต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ ต่อสถานะเพศ และตามวัฒนธรรมไทย
- ได้รับการเตรียมความพร้อมและพัฒนาทักษะในการสำรวจ คัดกรอง เพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ และการวางแผนและการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ
- มีการให้ความรู้ความสามารถในการให้บริการตามชุดการให้บริการสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

ตารางที่ 1.1 สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (รพ.สต. แนวใหม่ใส่ใจผู้สูงอายุ)

| บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (7 ประการ) + หลักการบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ (3 ประการ) | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดให้มีบริการ (availability) 2. การเข้าถึงบริการ (accessibility) 3. การผสมผสานของบริการ (comprehensiveness) 4. คุณภาพของบริการ (quality) 5. ประสิทธิภาพของบริการ (efficiency) 6. การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ (non-discrimination) 7. การให้บริการที่สอดคล้องกับเพศและวัย (gender & age responsiveness) | <div style="text-align: center;">  </div> <p>สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (รพ.สต. ที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ) (รพ.สต. แนวใหม่ใส่ใจผู้สูงอายุ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บุคลากรเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ มีเจตคติ ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ 2. ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ 3. สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ |

- มีความสามารถในการบริหารจัดการภารกิจของ รพ.สต. ด้านการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ที่เกี่ยวข้อง และประสานบริการเชื่อมต่อและเชื่อมโยงบริการกับ 3 ภาคีหลัก ภาคีชุมชน/ท้องถิ่น ภาคีสุภาพ และภาคีสังคม เพื่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ ในชุมชน

ตัวอย่างที่สะท้อนถึงการขาดความไวต่อความสูงอายุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



“ตา... มีอาการวิงเวียน เซ หน้ามืด และตกแคร่นอนหลายครั้ง แต่เจ้าหน้าที่ก็ไม่ได้แนะนำอะไร มีแต่ให้กินยา และมาเวดู่ที่บ้าน”
 “ยายหกล้ม ไปทำแผลที่อนามัยหลายครั้ง เจ้าหน้าที่ก็บอกว่า มาอีกแล้วเหอยาย เตียวหนูจะทำแผลให้ ตอนหลังยายเลยไม่อยากไป เพราะอายกลัวหมอตักอีก”
 ตัวอย่างทั้งสองที่ผู้สูงอายุบอกเล่านี้ สะท้อนการขาดความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีอาการวิงเวียน มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ และเป็นอันตรายร้ายแรงได้ โดยอาจมองว่า ทั้งสองกรณีนี้เป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ จนทำให้ขาดการประเมินปัญหาหรือค้นหาสาเหตุของปัญหาที่จะนำไปสู่การบำบัดรักษาและป้องกันสาเหตุของปัญหาและอันตรายร้ายแรงที่จะเกิดตามมาได้ เช่น กระดูกสะโพกหัก ที่เป็นสาเหตุให้มีภาวะติดเตียง และเสียชีวิตในระยะต่อมาได้

2. ระบบบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ คือ การมีบริการที่เน้นผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีบริการครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม มีการบริหารจัดการดูแลให้สามารถเข้าถึงบริการ รวมถึงมีคู่มือแนวปฏิบัติและมาตรฐานในการให้บริการผู้สูงอายุ ดังนั้น รพ.สต. จึงควร

- มีการปรับกระบวนการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและตามความต้องการที่เฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ทั้งผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี-ติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย
- มีบริการเชิงรุกในชุมชน ในชุดการให้บริการ Health promotion, Home visit, Home health care และ Home ward รวมทั้งให้ความสำคัญกับการดูแลครอบครัวด้วย
- เป็นบริการที่ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ
- เป็นบริการ ณ จุดเดียวที่ รพ.สต. ที่คลินิกโรคเรื้อรัง/คลินิกผู้สูงอายุ
- มีการพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน สังคมวัฒนธรรม

- มีระบบการบริหารจัดการในเรื่องของอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียง
- มีการปรับระบบการเชื่อมต่อบริการสุขภาพเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องได้ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ อาทิการพัฒนา green channel, tele-medicine tele-care เป็นต้น
- มีการปรับระบบการเชื่อมโยงบริการเพื่อให้มีระบบสนับสนุนการบริการ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มีการนำอุปกรณ์ที่สามารถจะช่วยสนับสนุนและประสานงานให้สามารถเข้าร่วมกับสังคมได้
- มีระบบสารสนเทศ ฐานข้อมูลที่มีการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มและฐานข้อมูลครอบครัวและชุมชน และมีระบบบันทึกที่เป็นการบันทึกเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง เช่น การมี family folder และ สมุดบันทึกสุขภาพ ที่เป็นปัจจุบัน

3. สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาหารผู้สูงอายุ คือ การมีสิ่งแวดล้อมที่

ปลอดภัย อำนวยความสะดวก และผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย ดังนั้น รพ.สต. จึงควรพิจารณาถึง

- ปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการให้บริการทั้งในสถานบริการที่บ้านและในชุมชน

- อาคารมีทางลาด-ราวจับ พื้นที่ไม่ลื่น มีแสงสว่างเพียงพอ รวมทั้งทางเดินที่สะดวกไม่มีสิ่งกีดขวาง
- จัดบริเวณที่นั่งรอรับการรักษาที่สะอาด และสะดวกสบาย มีมุนั่งพักผ่อนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเก้าอี้มีที่สำหรับเท้าแขน และมีพนักพิง
- มีที่นั่งระหว่างการติดต่อเพื่อขอรับบริการทั้งสองฝ่ายของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ
- มีห้องตรวจที่กว้างพอสำหรับรถเข็น หรือเครื่องค้ำยันอื่น ๆ เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยเดิน (walker) เตียงตรวจที่พอเหมาะไม่สูงเกินไป รวมทั้งการมีตั้งพักเท้าเพื่อจะยืนขึ้นไปบนเตียงโดยไม่ยากลำบาก หรือเตียงที่ปรับระดับได้
- มีห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ-คนพิการที่สะอาด สะดวกเหมาะสมและเพียงพอ
- มีที่สำหรับรับประทานอาหาร หรือน้ำดื่ม ระหว่างการรอคอย เป็นต้น
- การใช้แหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชนเป็นฐาน รวมทั้งอาสาสมัครในชุมชนจัดบริการรับส่งที่ปลอดภัย ให้ทุกคนรวมทั้งผู้สูงอายุที่สามารถมารับบริการสุขภาพที่ รพ.สต. ได้ตามต้องการ
- ผู้ให้บริการทุกคน มีรูปภาพและป้ายชื่อ ที่สามารถอ่านได้ชัดเจน
- มีป้ายสื่อสาร และสัญลักษณ์ที่ง่ายต่อการเข้าใจ หรือป้ายที่อ่านง่ายทั่วทั้ง รพ.สต.

- มีบริการในการให้ข้อมูลข่าวสาร และคำปรึกษาด้านสุขภาพ
- มีลานกิจกรรมสำหรับการรวมกลุ่มอาสาสมัคร อสม. อพส. จิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ และอื่น ๆ



**ตัวอย่างการบริการ
“รพ.สต. แนวใหม่ ใส่ใจผู้สูงอายุ”**

- ส่งเสริม/เชื่อมโยงกับชุมชน/ท้องถิ่นบริการจัดรถรับ-ส่งในชุมชน เช่น “รถซาเล้ง” หรือ “รถเข็นหน้าติดล้อ” หรือแม้กระทั่ง “ซันมอเตอร์ไซด์ของ อสม.” สำหรับผู้สูงอายุที่อ่อนเพลีย มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเดินทางไกลได้ เพื่อให้สามารถมารับบริการที่ รพ.สต. ได้ เสริมจากการที่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะเป็นฝ่ายไปเยี่ยมเยียนและให้การดูแลที่บ้าน ตามแนวคิดเชิงรุก ของ รพ.สต.
- ส่งเสริมให้ อสม. อพส. หรืออาสาสมัครจิตอาสา ที่คอยให้คำแนะนำการมารับบริการที่ รพ.สต. และเยี่ยมเยียนที่บ้าน

สรุป

หัวใจของการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน มี 3 ส่วนหลัก คือ การมีภาคีหลัก 3 ภาคี การมีเจตคติที่ดีของผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุ และความสูงอายุ และ การมีบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ องค์ประกอบทั้งสามนี้ ต้องการการพัฒนาเพื่อนำสู่ “รพ.สต. เอื้ออาทรผู้สูงอายุ” ที่พึงมี ทั้งบุคลากรที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ มีระบบบริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ตลอดจนมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ อันจะทำให้ปรับโฉมบริการสู่การเป็น “รพ.สต. รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ” ในที่สุด +



บทที่ ๒
การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ
เพื่อการจัดบริการ





“แม่บทหลัก” ส่วนสำคัญในการจำแนกกลุ่ม

แม่บทหลักเป็นหัวใจของการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการ ด้วยสะท้อนมิติที่ควรพิจารณาในการจัดแบ่งกลุ่ม โดยการให้แม่บทหลัก จะทำให้เห็นลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่มที่สำคัญและแตกต่างกัน ซึ่งนำสู่การจัดบริการได้ตรงเป้า

แม่บทหลักมีความจำเป็น โดยเฉพาะในการดำเนินงานรูปแบบใหม่ ที่ต้องบูรณาการทั้งงานและคน เพราะจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจ ได้เรียนรู้หลักการและเป้าหมายร่วม และรับรู้บทบาทของตนแล้ว และเป็นเสมือนตัวแบบเพื่อการพิจารณาตัดสินด้วย

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุต้องใช้ทั้งลักษณะทางสุขภาพและสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ การเจ็บป่วย โรค และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ เป็นลักษณะทางสุขภาพที่ใช้ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ โดยบูรณาการ ร่วมกับลักษณะทางสังคมที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมในสังคม การมีหรือไม่มีผู้ดูแล การมีหรือไม่มีปัญหา/ทุกข์ยาก/เดือดร้อน และด้วยลักษณะ ต่างๆ เหล่านี้จะทำให้สามารถจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ขั้นตอนการจัดกลุ่มต้องมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การร่วมสำรวจ การคัดกรองภาวะสุขภาพ/ ภาวะพึ่งพิงและการจำแนกกลุ่ม ได้นำเสนอทั้ง วิธีคิด วิธีปฏิบัติ ตลอดจนรายละเอียดต่างๆ ในการดำเนินการ ตลอดจนกระบวนการนั้น อันเป็นการให้แนวปฏิบัติ ในการนำไปใช้อย่างเข้าใจ และมีเป้าหมาย

1. แม่บทหลัก: การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุจากการสังเคราะห์เอกสารและปรากฏการณ์จากพื้นที่ที่ศึกษา พบความหลากหลายในการจำแนกทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ อาทิ ปัจจัยด้านหน่วยงาน/องค์กรหลัก วัตถุประสงค์ บุคลากรที่ดำเนินการ การมีความหลากหลายในการปฏิบัติระดับพื้นที่เช่นนี้แม้มีข้อดีคือ ตอบสนองตรงตามเป้าหมายของหน่วยงาน/องค์กรที่ต้องการ แต่การขาดการบูรณาการทำให้การทำงานเสมือนต่างคนต่างทำ บางส่วนซ้ำซ้อน ใช้บุคลากรในการดำเนินงานมาก แต่ความชัดเจนในการทำฐานข้อมูลและการนำสู่การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุจะขาดความเป็นเอกภาพ จึงยากที่จะทำให้บริการของรัฐเกิดความต่อเนื่อง และครอบคลุม

แนวทางการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดการบริการของ รพ.สต. นั้น จำเป็นต้องสร้างแนวทางใหม่ ที่อาศัยความรู้ทางด้านหลักการดูแลผู้สูงอายุ มาประมวลกับความหลากหลายตามข้อมูลจากเอกสารและจากพื้นที่ และสังเคราะห์เป็นแนวทางที่บูรณาการเป็นหนึ่งเดียว แต่ยังประโยชน์กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งต้องสามารถปฏิบัติได้ง่าย และสอดคล้องกับการจัดการบริการของ รพ.สต. ซึ่งแนวทาง การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ ที่นำเสนอนี้ ได้แนวคิดด้านวิชาการเกี่ยวกับสัดส่วนของผู้สูงอายุในชุมชนที่ว่า ร้อยละ 27 ของผู้สูงอายุในชุมชนนั้นเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี อีกร้อยละ 73 เป็นผู้ที่โรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ในกลุ่มผู้ที่มีโรคเรื้อรังนี้ ร้อยละ 25 มีความจำกัดในการออกนอกบ้าน ในกลุ่มที่มีความจำกัดในการออกนอกบ้านนี้มีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 7 โดยเป็น

ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาทั้งหมดร้อยละ 1.8 และในจำนวนที่ต้องพึ่งพานี้มีบางส่วนที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) และข้อมูลจากพื้นที่ที่ศึกษา โดยนำมาสังเคราะห์และบูรณาการเป็น **แม่บทหลัก: การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ** (ตารางที่ 2.1)

แม่บทหลัก: การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เป็น แนวทางการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการแบ่งผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อการจัดบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน คือ กลุ่มที่ 1 **กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม** กลุ่มที่ 2 **กลุ่มติดบ้าน** กลุ่มที่ 3 **กลุ่มติดเตียง**

การจัดเช่นนี้มีแนวคิดพื้นฐานว่า 1) จัดกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพ **ตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตามโรคและการเจ็บป่วยเป็นหลัก** เพราะแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุเน้นที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยโรคและความเจ็บป่วยถือเป็นสิ่งบั่นทอนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จัดกลุ่มตามสิ่งที่ดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่ เพื่อให้ต่อเนื่องและต่อยอดได้โดยไม่ยุ่งยาก ทั้งนี้ได้ 2) จัดกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านสังคมจะประมวล **ลักษณะทางสังคม**ที่เข้าพวกเข้ากลุ่มได้กับลักษณะทางสุขภาพได้ไว้ด้วยกันเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ด้วยเชื่อว่าการให้บริการผู้สูงอายุต้องมีการบูรณาการงานทั้งด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน

แม้การจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่นำเสนอใหม่จะมีประเด็นที่ต้องพิจารณาหลายส่วน แต่การสังเคราะห์**แม่บทหลัก** ไว้เพื่อใช้ในการพิจารณาจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ นั้น ทำให้ภาคีที่ร่วมให้บริการผู้สูงอายุ

ในชุมชนใช้เป็นแนวทางหลักในการดำเนินการ ซึ่งแม่บทหลักดังกล่าว มีความชัดเจน เป็นไปได้ และทำให้มีการเชื่อมโยงบูรณาการ การทำงานของภาคีตั้งแต่แรกเริ่ม เพราะในการดำเนินงานต้อง **สร้างการประสานงานกับองค์กรที่เกี่ยวข้องและมีฐานปฏิบัติอยู่ในชุมชนเดียวกับ รพ.สต.** ได้แก่ 1) งานด้านสุขภาพ (ผ่าน อสม.) 2) งานด้านสังคม (ผ่าน อผส. และแกนนำชุมชน/ท้องถิ่น) และ 3) งานด้านสวัสดิการผู้สูงอายุและผู้พิการ (ผ่านแกนนำชุมชน/ท้องถิ่น) ซึ่งการประสานความร่วมมือให้เกิดในพื้นที่ เพื่อการจัด บริการที่เข้าถึงได้อย่างครอบคลุมและมีความเป็นเอกภาพและต่อเนื่อง นั้น ถือเป็นบทบาทสำคัญหนึ่งของ รพ.สต.

หน้าสปีง

2. แนวปฏิบัติในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อการจัดบริการผู้สูงอายุในชุมชน

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการผู้สูงอายุในชุมชน นั้น ต้องการขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ 1) การร่วมสำรวจผู้สูงอายุ 2) การคัดกรองภาวะสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุ 3) การจำแนก กลุ่มเพื่อการให้บริการ (แผนภูมิที่ 2.1)

2.1 การร่วมสำรวจผู้สูงอายุ

การสำรวจผู้สูงอายุเป็นหัวใจสำคัญในการจัดบริการบูรณาการ **เชิงรุก**สำหรับผู้สูงอายุ ภาคีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จากการสังเคราะห์มี **3 ภาคีหลัก** คือ **ภาคีบริการด้านสุขภาพ** (รพ.สต./รพ.แม่ข่าย) **ภาคีบริการด้านสังคม** (พมจ./ชุมชน) และ

หน้าสปีง

ภาคีบริการด้านสิทธิ/การคุ้มครองและความเป็นอยู่ (แกนนำชุมชน/ท้องถิ่น) ทั้ง 3 ภาคีต่างมีการสำรวจประชาชน แต่ต่างเป้าต่างประสงค์ เช่น บริการด้านสุขภาพสำรวจสุขภาพ บริการด้านสังคมสำรวจความต้องการการช่วยเหลือ และบริการด้านสิทธิ/การคุ้มครองและความเป็นอยู่ สำรวจผู้สูงอายุเพื่อการได้รับเบี้ยยังชีพ และจัดทำข้อมูลตามความจำเป็นพื้นฐาน

โจทย์สำคัญ คือ การทำให้ทั้งสามภาคีมาร่วมประสานการสำรวจเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติของสภาวะและครอบคลุมถ้วนทั่ว โดยไม่ทับซ้อนและใช้กำลังคนที่มีจำกัดอย่างคุ้มค่าเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการทำงานเสริมซึ่งกันและกัน ซึ่ง **กลไกสำคัญ**ที่จะทำให้เกิดกิจกรรมบูรณาการเช่นนี้ได้ คือ **เจ้าภาพ**ที่ต้องประสาน การบูรณาการกระบวนการสำรวจในคราวเดียวกัน และ **แบบสำรวจผู้สูงอายุ**ที่บูรณาการแล้วหรืออย่างน้อยประมวลรวมกันแล้ว (แบบประเมินนี้ต้องพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของภาคี)

แนวปฏิบัติในการร่วมสำรวจผู้สูงอายุ ที่ปรากฏในแผนภูมิที่ 2.1 นั้น จะเห็นว่าต้องการการกำหนด **ทีมสำรวจ** มีการ **ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องในการสำรวจข้อมูล** และการ **เตรียมแบบสำรวจข้อมูล** สำหรับการประชุมมี 2 ระดับ คือ ประชุมผู้นำเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อซักซ้อมความเข้าใจและวัตถุประสงค์ในการสำรวจ ทั้งนี้ต้องตั้งมั่นอยู่ที่การบูรณาการสุขภาพและสังคมเพื่อจำแนกผู้สูงอายุ และ การใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกัน จากการถอดบทเรียน **หน้าที่นี้ รพ.สต.** ดูจะมีศักยภาพในการเป็นตัวตั้งตัวตี **แสวงหาแนวทาง**ให้เกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังยืนยันการทำได้ตามแนวคิดที่กำหนดให้

รพ.สต.เป็นหน่วยบริการรูปแบบใหม่ที่ต้องทำงานร่วมกับภาคีทุกภาคส่วนในชุมชนได้ ส่วนการประชุมอีกระดับ คือ การประชุมผู้เกี่ยวข้องกับการสำรวจทั้งหมด เพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ที่เป็นจริง และตามเป้าหมายที่ต้องการ

สำหรับแบบสำรวจที่บูรณาการนั้น ต้องตกลงในเบื้องต้นว่าแบบสำรวจนั้นต้อง**ครอบคลุมมิติสุขภาพและสังคม** โดยคำว่าสุขภาพนั้นต้องสะท้อนมิติสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นต้องสำรวจในผู้สูงอายุ ที่แน่นอนย่อมเป็น**ความใหม่**ที่ทั้งทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องเรียนรู้ และเมื่อรวมกับมิติทางสังคมที่ทุกคนต่างตระหนักว่าด้วยความจำกัดของผู้สูงอายุแล้วที่สุดย่อมนำเสนอภาวะพึ่งพิง ที่ต้องการการช่วยเหลือเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชนและภาครัฐ ความใหม่ของแบบสำรวจที่อาจไม่จำเป็นต้องบูรณาการในบุคคลกลุ่มวัยอื่น กลายเป็นส่วนสำคัญที่ต้องบูรณาการในผู้สูงอายุ

แบบสำรวจผู้สูงอายุที่บูรณาการสุขภาพและสังคม ที่มีองค์ประกอบสุขภาพและสังคม/ท้องถิ่นเป็นผู้ร่วมสำรวจและร่วมใช้ จะมีการกำกับชัดเจนว่าส่วนไหนใครรับผิดชอบ และจะร่วมสำรวจด้วยกันเมื่อไหร่ เอกสาร/ข้อมูลจะถูกบันทึก เก็บรวบรวมที่ใครบ้าง แต่ที่แน่นอนคือผู้สูงอายุต้องมี**คู่มือสุขภาพและสังคม**นี้ประจำตน ถือเป็น**การบันทึกคู่ขนาน**ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยคู่มือประจำตนเล่มนี้มีรายละเอียดและข้อมูลที่เน้นการยังประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ซึ่งยอมไม่ใช่รายละเอียดข้อมูลทุกเรื่องที่หน่วยงานทำการสำรวจและนำใช้

การสำรวจผู้สูงอายุร่วมกันจะนำมาซึ่งข้อมูลชุดหนึ่งที่เป็นภาพรวม แต่ในภาพรวมสามารถดึงไปใช้ประโยชน์ตามเป้าหมายของแต่ละงาน สิ่งที่ต้องการให้เกิดคือทุกภาคี ได้แก่ รพ.สต. /อปท. (แกนนำชุมชน/ท้องถิ่น) /พมจ. /อผส. /อสม. **ร่วมรับรู้และวิเคราะห์ข้อมูล** เพื่อการ**จัดทำแผนชุมชนร่วมกัน** การร่วมกันนี้ไม่คาดหวังเพียงแค่โครงสร้าง แต่ต้องการให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีความคิดเป็น**เจ้าภาพร่วม**อย่างแท้จริง

การสำรวจข้อมูลในระยะแรกนั้น ข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ในการจัดบริการ คือ จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มแต่ละกลุ่มที่ทำการสำรวจมาโดย อสม. อันจะทำให้ทีมสุขภาพของ รพ.สต. มาวางแผนจัดลำดับกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการและวิธีการในการเข้าถึงการประเมินสุขภาพพื้นฐาน หรือที่เรียกว่า**การคัดกรองภาวะสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ** และกิจกรรมนี้ คือ กิจกรรมที่ต้องบรรจุเข้า**แผนชุมชน**

การจัดทำแผนชุมชนเดิมนั้นอาจไม่ได้ชี้เน้นประเด็นผู้สูงอายุชัดเจน แต่เมื่อต้องทำงานในมิติใหม่ตามแนวคิดของ รพ.สต. ที่ต่างจากงานเดิมแล้ว ทีมสุขภาพต้องนำเสนอข้อมูลความจำเป็นที่ต้องดูแลมิติสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหลักในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต และนำเอาปรัชญาสำคัญของงานสุขภาพที่เน้น **รูปแบบบริการสร้างนำซ่อม**และการใช้ข้อมูลที่มีอยู่เพื่อ**จัดบริการเชิงรุก**ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและลดปัญหาที่จะอาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในอนาคต

แผนชุมชนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ต้องการกระบวนการคืนข้อมูลและแจ้ง (ร่าง)แผนการจัดบริการที่สอดคล้อง

กับผลการสำรวจให้กับชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ดังนั้น**เวทีประชาคม**ของชุมชนที่มีการดำเนินการทุกปี จึงเป็นเวทีสำคัญที่จะสร้างการมีส่วนร่วม และจะเป็นสิ่งที่ดียิ่งถ้าผู้จัดทำและนำเสนอ (ร่าง) แผนนั้น มีผู้สูงอายุร่วมด้วย

2.2 การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

การคัดกรองภาวะสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ นั้นเป็นมิติใหม่ของการบริการสุขภาพเชิงรุกของ รพ.สต. ที่เน้นสร้างนำซ่อม ป้องกันดีกว่าแก้ไข และเน้นการใช้หลักวิชาการด้านผู้สูงอายุในการให้บริการ ทำให้ดัชนีชี้ความสำเร็จไม่ได้อยู่เฉพาะผู้ที่เข้าถึงหรือการได้ทำเท่านั้น แต่อยู่ที่ความครอบคลุมการนำใช้เพื่อป้องกันปัญหาในวันข้างหน้าเพื่อสุขภาพะที่สามารถวัดผลได้ด้วย

จากการศึกษาในพื้นที่และเอกสารต่างๆ พบว่า ยังไม่ปรากฏการคัดกรองสุขภาพที่เป็นเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่เป็นการคัดกรองคละรวมไปกับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มคนพิการ ที่ยอมไม่ตอบสนองสุขภาพที่พึงประเมินในผู้สูงอายุและที่สำคัญไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ผู้สูงอายุที่เข้าไม่ถึง ด้อยโอกาสหรือขาดผู้ดูแล ดังนั้น**การนำเสนอการคัดกรองภาวะสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ** ในที่นี้จึงนำเสนอ**วิธีการดำเนินงาน การเชื่อมโยงเชื่อมต่อภาคี**ที่เกี่ยวข้อง และแบบประเมินและผู้ทำการคัดกรอง แนวคิดการทำงานบูรณาการของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และมาร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความครอบคลุม เข้าถึง และเป็นไปได้มากที่สุด

2.2.1 วิธีการดำเนินงานการคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

รพ.สต. ในฐานะเจ้าภาพสามารถดำเนินงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุนี้ ในรูปแบบของโครงการภายใต้ ชื่อ **โครงการคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ** โดยมีเป้าหมายให้มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุใน**สิ่งที่ควรประเมิน**และ**อย่างถ่วงหน้า** ที่ไม่เพียงแต่เฉพาะผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเข้าถึงบริการเท่านั้นต้องครอบคลุมผู้สูงอายุที่เข้าไม่ถึงหรือด้อยโอกาส ถูกทอดทิ้ง ที่มีอยู่จริงในชุมชนด้วย ในฐานะที่ รพ.สต. มีข้อมูลด้านสุขภาพอยู่แล้ว การคัดผู้สูงอายุที่ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจคัดกรองสุขภาพออกได้จึงสามารถทำได้โดยหลักการง่ายๆ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจรักษาโรคเรื้อรังหรือปัญหาสุขภาพเป็นประจำในสถานบริการจะถูกคัดออกเพื่อลดความซ้ำซ้อนและสิ้นเปลือง

สำหรับผู้สูงอายุที่เข้าข่ายการคัดกรองสุขภาพที่จะดำเนินการในแต่ละปีนั้น นอกจากจำนวนทั้งหมดที่ต้องมีเพื่อเตรียมทรัพยากรในการคัดกรองแล้ว ยังต้องการข้อมูลความสามารถในการเข้าถึงของผู้สูงอายุด้วย เพราะนั่นหมายถึงส่วนของการวางแผนให้มีบริการเชิงรุกถึงบ้านสำหรับผู้เข้าไม่ถึง อันเป็นตัวกำหนดวิธีการคัดกรองและแหล่งสนับสนุนด้วย

การที่ รพ.สต. จะสามารถคัดกรองสิ่งที่ควรประเมินได้ทั้งหมดนั้นต้องการ**การเชื่อมต่อ** และในขณะที่**การเชื่อมโยงกับ**ชุมชนนั้น เป็นสิ่งจำเป็นเพราะทำให้**การตกหล่น**เกิดน้อยที่สุด เพราะ

ในฐานะแกนนำที่เป็นคนในท้องถิ่นและปกครองท้องถิ่นย่อมรู้ และเข้าถึงคนในท้องถิ่นเป็นอย่างดี

2.2.2 การเชื่อมโยงและเชื่อมต่อ

แม้ รพ.สต. จะเป็น**เจ้าภาพหลัก**ในการคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ แต่ต้องการความร่วมมือจากชุมชนอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การคัดกรองสุขภาพครั้งนี้บรรลุแนวคิด “เข้าถึง” และ “ครอบคลุม” ผู้สูงอายุในชุมชน ตามแผนภูมิที่ 2.1 การคัดกรองภาวะสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ไม่เพียงแค่ผ่านการประชาคมเท่านั้น แต่ต้องการเชื่อมโยงกับชุมชน และยังต้องเชื่อมต่อกับบุคลากรสุขภาพในเครือข่าย อาทิ รพ. แม่ข่าย และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองภาวะสุขภาพ

การเชื่อมต่อนี้จำเป็นต้องมี**นโยบายนำการปฏิบัติ**ที่ชัดเจน ด้วยการคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่นำเสนอนี้ไม่ใช่การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิตเท่านั้น แต่เป็นการคัดกรองสุขภาพที่ใช้หลักวิชาการผู้สูงอายุ เป็นมาตรฐานในการกำหนดสิ่งที่จะต้องตรวจคัดกรอง และเป็นบทเรียนรู้ที่ได้จากนานาชาติประเทศที่ตระหนักในคุณประโยชน์ของการคัดกรองเพื่อค้นหาและรักษาแต่เริ่มแรก และยังเป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุควรได้รับจากบริการสุขภาพของรัฐตามพระราชบัญญัติสุขภาพด้วย ดังนั้นการประสานงานกันระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นอีกกลไกหนึ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จ เพราะ

ด้วยศักยภาพของ รพ.สต. ย่อมไม่สามารถตอบสนององการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด การประสานใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และกระบวนการ “ลงแขก” ของ รพ.สต. ต่างที่อยู่ภายใต้แม่ข่ายเดียวกันนั้น เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จในเวลาอันสั้น ทั้งนี้ต้องอาศัยการประสานการจัดการแต่จะไม่ยุ่งยากหากมี “นโยบาย” ไว้ชัดเจน

กิจกรรมแรกของแนวปฏิบัติในการคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ คือ 1) **การประชุมทีมร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และผู้เกี่ยวข้อง**ทั้งหมด เพื่อร่วมวางแผน กำหนดกิจกรรม และมอบหมายงาน เป็นการรวมพลังเบื้องต้น ซึ่งต้องการ 2) **การประชาสัมพันธ์**ให้กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุ และเป้าหมายร่วมคือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงเป้าหมาย กำหนดการ ดำเนินการต่าง ๆ ซึ่งบุคคลที่ประสานงานเชื่อมโยงส่วนนี้ได้ดี นอกจากอาสาสมัครในชุมชนแล้วที่จะขาดไม่ได้ คือ แกนนำชุมชน และครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ เพราะแกนนำและครอบครัวย่อมรู้ดีว่า ผู้สูงอายุใดที่สามารถเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพประจำปีได้เอง และผู้สูงอายุใดที่บริการตรวจสุขภาพประจำปีต้องเข้าถึงและเข้าถึงด้วยวิธีการใด และโดยใคร ดังนั้นแกนนำชุมชนจึงเป็น**เสมือนกลไกหลัก**ในการทำให้เกิดความครอบคลุมถ้วนทั่ว

การมีเครือข่ายที่สามารถ**เชื่อมโยงเชื่อมต่อ** และ**การกำหนดเป็นนโยบายหรือข้อตกลง**ในการดำเนินการร่วมกัน จะช่วยให้แนวปฏิบัติในการคัดกรองสุขภาพมีความกระชับและสอดคล้องกับงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิทั่วไปดำเนินการอยู่แล้วในชุมชน

2.2.3 แบบประเมินเพื่อการคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

การคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุที่ รพ.สต. ต้องรับหน้าที่เป็นเจ้าภาพนี้ ความสมบูรณ์อาจไม่สามารถเทียบเคียงกับมาตรฐานสากลที่เหล่านานาประเทศที่ตระหนักในสิทธิและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้พัฒนาไว้แล้ว แต่ที่น่าเสนอในที่นี้มีความเป็นไปได้ และที่สำคัญเสนอให้เป็นไปได้เพราะพิจารณาแล้วว่าสอดคล้องกับงานที่มีอยู่ ไม่ได้ยุ่งยาก เพียงแต่ทำเสริมเพิ่มจากงานเดิมให้ชัดเจน และครอบคลุมมิติสุขภาพของผู้สูงอายุ

แบบประเมินและคู่มือการประเมิน เป็นสิ่งจำเป็นในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งในคู่มือต้องร้อยเรียงเรื่องที่ต้องทำ และวิธีการทำ ให้ชัดเจน สามารถปฏิบัติตามได้ ตามระดับของผู้ดำเนินการ ดังนั้นแบบประเมิน/คู่มือที่ รพ.สต. พัฒนาต้องครอบคลุมการทำงานของกลุ่มคนอย่างน้อย 3 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ 2) อาสาสมัครในชุมชนที่สำคัญของทีมสุขภาพ คือ อพส. และ อสม. 3) ผู้สูงอายุและครอบครัว โดยคู่มือทั้ง 3 นี้ ควรแยกออกเป็นเฉพาะแต่ละกลุ่มและมีผังไหลกำกับดำเนินการเพื่อให้ใช้ได้โดยสะดวกด้วย

การสังเคราะห์งานเอกสารและการศึกษาในพื้นที่ พบแบบประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุและคู่มือที่ผลิตโดยหน่วยงานและองค์กรที่หลากหลาย ในที่นี้จึงเสนอแนวคิดเพื่อการพัฒนา **แบบประเมินเพื่อคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ** เพื่อการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ โดย รพ.สต. ไว้ 2 ส่วน เพื่อการนำใช้ คือ **ส่วนที่ 1**

แบบคัดกรองสุขภาพชุดเล็ก ที่ประเมินสถานะสุขภาพและสังคมเบื้องต้นโดยอาสาสมัคร **ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ** ที่ประเมินภาวะสุขภาพ ทั้งการเจ็บป่วย โรค กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ รวมทั้งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (โดยละเอียด) โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุชุดเล็ก ประกอบด้วย 1) แบบสำรวจผู้สูงอายุ โดย อสม. 2) แบบจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามปัญหา โดย อพส.

1) แบบสำรวจผู้สูงอายุ โดย อสม. เป็นการจัดกลุ่มผู้สูงอายุเบื้องต้น ที่ดำเนินการโดย อสม. แบบสำรวจผู้สูงอายุ โดย อสม. เลือกตามที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยใช้แบบสำรวจของกรมอนามัยมาใช้ (ภาคผนวกที่ 2.1) ผลลัพธ์ของการใช้แบบคัดกรองสุขภาพชุดเล็กนี้ จะช่วยจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยละเอียดเพิ่มเติมโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

2) แบบจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามปัญหา เป็นแบบประเมินเพื่อการจำแนกผู้สูงอายุตามปัญหาสังคมและสุขภาพ ที่ดำเนินการโดย อพส. โดยประยุกต์มาจากแบบจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามปัญหาชื่อ การจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามปัญหาของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ภาคผนวกที่ 2.2) ที่จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น **1. กลุ่มสีแดง** หรือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพและสังคม **2. กลุ่มสีเขียว** หรือ ผู้สูงอายุกลุ่มปลอดภัย และ

ผลลัพธ์ของการจำแนกนี้ นำสู่การช่วยเหลือทางสังคมเป็นหลัก เป็น เครื่องมือเสริมที่สามารถเลือกมาใช้

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ เป็น แบบประเมินสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีจุด เน้นที่การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ และค้นหาโรค การเจ็บป่วยและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลอย่างน้อยย่อ มต้องประกอบด้วย ประวัติสุขภาพและสังคมที่จำเป็น การตรวจ ร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการบางรายการที่สำคัญเพื่อ การจัดกลุ่มสุขภาพ การประเมินกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ การประเมิน ความสามารถในการทำหน้าที่ แบบประเมินสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิง ทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้ลึทธิและการเข้าถึงบริการตาม ลีทธิ

แบบประเมินที่ใช้ประกอบในส่วนที่ 2 นี้ สามารถนำใช้แบบ ประเมินสุขภาพมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่มีเป็นตัวอย่างอยู่แล้ว อาทิ แบบการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน (BADL) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันต่อเนื่อง/ขั้นสูง (ADL: Chula ADL) แบบประเมินการทรงตัว การเดิน (timed get up & go test) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (แบบประเมิน 2Q, 9Q ของกรมสุขภาพจิต) แบบประเมินการกลืน บัสสภาวะไม่ได้ (ชุดย่อย) แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (แบบประเมิน เบื้องต้นและแบบประเมิน MMSE-Thai 2002) หรือ แบบประเมิน ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม เป็นต้น

การนำใช้แบบคัดกรองในสถานการณ์จริงนั้น ไม่ได้หมายถึง การประเมินครบถ้วนในคราวเดียวกัน แต่มี**การจัดลำดับขั้นตอน และการเชื่อมต่อเชื่อมโยง**ในการดำเนินการ เช่น การคัดกรอง สุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงชุดเล็กเป็นส่วนที่จัดให้กับผู้สูงอายุทุกคนใน ชุมชน จะดำเนินการก่อนโดยอาสาสมัครและอยู่ในวิสัยที่ รพ.สต. สามารถเชื่อมโยงกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น แกนนำ ชุมชนผู้สูงอายุมาร่วมดำเนินการได้ ผลจากการทำการคัดกรอง ชุดเล็กจะได้กลุ่มติดบ้านและติดเตียง ตามการตัดสินใจของอาสาสมัคร ซึ่งตามสถิติผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้มีจำนวนไม่เกิน ร้อยละ 25 ของ ผู้สูงอายุทั้งหมดในชุมชน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะต้อง เข้าถึงและรับผิดชอบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพิ่มเติม แต่โดยการร่วมดำเนินการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งข้อมูลที่ได้นำมาใช้ ทั้งการจำแนกกลุ่มและทั้งใช้เป็นฐานในการจัดบริการได้พร้อมกัน

สำหรับตัวอย่างการดำเนินการที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน แต่ พัฒนาให้สมบูรณ์ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี คือ การตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุโดย อสม. ที่ทำโดยการวัด ความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง และ การวัดรอบเอว ยังคงดำเนินการเช่นเดิมสำหรับผู้สูงอายุทุกคน แต่ รพ.สต. ต้องเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการดำเนินงาน เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนทั้งต้นทุนคนและต้นทุนงาน เพื่อการเก็บ ตัวอย่างและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการบางรายการที่ รพ.สต. ไม่ สามารถดำเนินการได้เอง

แม้แต่การประเมินกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) อาจเป็นสิ่งที่ต้องการความเข้าใจนั้น บางส่วนดำเนินการอยู่แล้วในชุมชน เช่น การประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ดังนั้นในเบื้องต้นจึงต้องการการพัฒนาชุดคัดกรองที่ง่ายต่อการปฏิบัติ และสะดวกในการใช้กับคนจำนวนมาก ซึ่งเมื่อผ่านกระบวนการคัดกรองแล้ว ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ จะได้รับการประเมินปัญหาโดยเจ้าหน้าที่ซ้ำ เพื่อนำสู่ชุดการให้บริการเฉพาะสำหรับกลุ่มต่างๆ ต่อไป (บทที่ 3)

2.2.4 ผู้คัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

ผู้คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ คือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. อผส. และอาสาสมัครชุมชน ในช่วงของการนำให้บริการผู้สูงอายุโดย รพ.สต. นั้น บุคลากรเหล่านี้ต้องการการสนับสนุนเพื่อการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองตามบทบาทหน้าที่ ให้สามารถการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเชื่อถือได้ และต้องสร้างให้มีการตระหนักในสิทธิผู้สูงอายุ มีทัศนคติที่ดีและถูกต้องต่อความสูงอายุและผู้สูงอายุด้วย

2.3 การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลลัพธ์จากการสำรวจผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงที่ดำเนินการ จะให้ภาพผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งจะนำเข้ากระบวนการ**จำแนกกลุ่ม**เพื่อการจัดบริการที่ตรงเป้าหมายของกลุ่มแต่ละกลุ่ม

2.3.1 เกณฑ์และคุณลักษณะที่ใช้ในการจัดกลุ่ม

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการโดย รพ.สต. นั้น ใช้เกณฑ์ที่บูรณาการคุณลักษณะ**ด้านสุขภาพและด้านสังคม**ร่วมกัน เพื่อการจัดบริการอย่างบูรณาการครอบคลุม เป็นองค์รวมที่สะท้อนทั้งสุขภาพและศักยภาพที่มีอยู่ของผู้สูงอายุ โดยไม่ถูกกีดกันจากความสูงอายุ ความเจ็บป่วยและความไม่สามารถ และในขณะเดียวกันยังนำสู่แนวทางการจัดบริการที่สอดคล้องกับสมรรถนะและต้นทุนที่มีอยู่ด้วย ทั้งนี้ต้องการเพียงการสื่อสารให้เข้าใจตรงกัน มีการนำใช้แนวเดียวกัน และมีเป้าหมายการให้บริการร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อการคงความสามารถในการทำหน้าที่และเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั่นเอง

คุณลักษณะด้านสุขภาพที่ใช้ในการจำแนกกลุ่ม เน้นที่ **ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability) กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่สำคัญ โรคและการเจ็บป่วย (disease & illness)** อันเป็นสิ่งกำหนดภาวะสุขภาพตามหลักวิชาการที่สำคัญ ส่วนคุณลักษณะทางสังคม ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านสังคมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการจัดบริการสุขภาพ คือ การมีส่วนร่วมกับสังคม และการประสบปัญหา ทุกข์ยาก เดือดร้อน ใน

ด้านครอบครัว/สังคม เช่น ขาดผู้ดูแล (ถูกทอดทิ้ง) ได้รับการดูแลไม่เหมาะสม ทั้งที่อาจเกิดเป็นครั้งคราวหรือระยะยาว ด้านเศรษฐกิจ เช่น ยากจน ด้านสิทธิ/กฎหมาย และ ด้านความเป็นอยู่/สภาพแวดล้อม

การใช้แม่บทหลักนี้นอกจากจะทำให้เกิดความชัดเจน และต่อเนื่องนำไปสู่เป้าหมายของการบริการแล้ว ยังเป็นการบูรณาการการจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีหลากหลายแบบ ไว้ให้รวมเป็นหนึ่งเดียว โดยยังคงลักษณะเฉพาะของแต่ละงานบริการต้องการไว้ อันจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานนำไปใช้ไม่ยุ่งยาก และเป็นแนวทางในการเชื่อมโยงต่อเนื้องานร่วมกัน

2.3.2 กลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม: ช่วยตนเองได้ (ติดสังคม) ติดบ้าน ติดเตียง

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยแม่บทหลัก: การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ (แผนภูมิที่ 2.1) เป็นเกณฑ์ในการจัดแบ่ง จากแม่บทหลักผู้สูงอายุจะถูกจัดเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 **ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (ติดสังคม)** กลุ่มที่ 2 **ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน** กลุ่มที่ 3 **ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง**

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่ปรากฏในแม่บทหลักนี้ มีความสอดคล้องเข้าได้การจัดแบ่งกลุ่มคนตามโรคที่เป็นนโยบายงานบริการสุขภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการอยู่แล้วในปัจจุบัน เพียงแต่เพิ่มมิติความสูงอายุ ปัญหาของผู้สูงอายุเข้าไปด้วยกันกับ

โรคเท่านั้น ดังนั้น **แม่บทหลัก** นี้จะช่วยให้ รพ.สต. ตระหนักในความสูงอายุที่อยู่ร่วมกับโรค และให้บริการได้เหมาะสมกับผู้สูงอายุซึ่งย่อมแตกต่างกับบุคคลวัยอื่น

2.4 การนำใช้การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อสร้างบริการบูรณาการและต่อยอด

ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการนี้ แม้ผู้รับผิดชอบหลักจะเป็น รพ.สต. เพราะเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพมากที่สุด แต่เพื่อการบูรณาการแล้วต้องการทีมงานที่**ให้บริการด้านสังคมทั้งภาครัฐ และเอกชน** ตลอดจน**แกนนำของชุมชน**เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการพิจารณาตัดสินจัดกลุ่มเพื่อการเข้าใจรับรู้ อันจะเป็นจุดเริ่มให้มีแนวทางสอดประสานงานของตนให้สอดคล้องเข้าร่วมได้ และก่อให้เกิดภาพการทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ โดยไม่แยกงานหรือทำแบบต่างคนต่างทำ นั้นหมายถึงการใช้ **แม่บทหลักในการร่วมจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ**ของทุกภาคส่วน จะเป็นกลวิธีหนึ่งที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยง โดยเป็นการทำให้ “**รู้เขา รู้เรา**” “**เข้าใจ และมีแนวทาง**” ในการทำงานร่วมกันมากขึ้น

การสำรวจและการคัดกรองภาวะสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุนี้ ข้อดีไม่เพียงแต่เพื่อการจัดบริการโดย รพ.สต. เท่านั้น แต่การประมวลและบันทึกข้อมูลอย่างมีระบบจะทำให้ได้ฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นจริง ที่เสื่อนำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบจะสามารถพยากรณ์สถานะสุขภาพที่ชุมชนต้องรับภาระในการจัดบริการให้สอดคล้องในอนาคตได้

การสำรวจผู้สูงอายุเพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน หากสามารถปฏิบัติได้ควรมีการสำรวจซ้ำทุก 6 เดือน คือ มีการสำรวจประจำปีที่เป็น การสำรวจร่วมกัน และต่อเนื่องในระยะครึ่งปีซ้ำอีกครั้งหนึ่งซึ่งจะทำให้ข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงเร็วมากเป็นปัจจุบันมากที่สุด และที่น่าเสนอ คือ ต้องมีระบบทะเบียนผู้สูงอายุประจำชุมชนที่ รพ.สต. รับผิดชอบ และเป็นศูนย์กลางที่ทุกฝ่ายใช้ข้อมูลได้

การคัดกรองภาวะสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุนั้น ต้องการ
1) การประเมินสุขภาพที่ต่อเนื่อง เช่นกัน แต่เป็นความต่อเนื่องที่พิจารณาตามการจัดกลุ่มของผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ทำการคัดกรองปีละครั้ง กลุ่มเสี่ยงมีการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน เป็นต้น **2) การให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลตนเองอย่างเสริมสร้างพลัง**

ต่อเหตุผลของการให้คำปรึกษานั้น เชื่อว่าการให้ความเข้าใจเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และการให้ความรู้ วิธีการดูแลเฝ้าระวังติดตาม รวมทั้งแหล่งประโยชน์ จะช่วยให้เกิดความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง อันเป็นเป้าหมายสำคัญของบริการสุขภาพ กลวิธีที่พื้นที่ทดลองทำแล้วได้ผล คือ การให้คำปรึกษารายบุคคล หรืออาจประยุกต์เป็นรายกลุ่มโรคก็ได้ ทั้งนี้ต้องเข้าใจธรรมชาติผู้สูงอายุก่อนว่า มีความแตกต่างกันค่อนข้างสูงแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน และที่สำคัญคือต้นทุนทางสุขภาพและสังคมนั้นแตกต่างกัน และถ้าต้องการให้เกิดผลบวกเชิงสุขภาพการให้คำปรึกษาต้องวิเคราะห์ภาพองค์รวมด้วย หรือที่เรียกว่า “รู้คน รู้โรค” นั้นเอง

สิ่งที่ต้องการการสนับสนุนยิ่ง ในการนำใช้การสำรวจและการคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุนั้น คือ **ระบบฐานข้อมูลที่บูรณาการสถานะทางสุขภาพและสังคม เข้าไว้ด้วยกัน** ด้วยสถานะทั้งสองมีความเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน และต่างก็เป็นดัชนีสุขภาพร่วมของผู้สูงอายุด้วย

ในเบื้องต้นของระยะเปลี่ยนผ่านนี้ อย่างน้อยต้องการ
1) ทะเบียนผู้สูงอายุ 2) แฟ้มครอบครัว 2) ระบบบันทึกสุขภาพ (สุขภาพะ) ผู้สูงอายุ ที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะสามารถพัฒนาเป็นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้เมื่อมีความพร้อม

3. แนวปฏิบัติการดำเนินการร่วมสำรวจ การคัดกรองภาวะสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิง และการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

ทุกขั้นตอนเพื่อนำสู่การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุนั้น แม้จะมีผู้ดำเนินการหลัก แต่ต้องการการมีส่วนร่วมของทั้งภาคสุขภาพและสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชน อีกทั้งยังต้องการความต่อเนื่องเพื่อความเป็นปัจจุบันของข้อมูล ดังนั้นการดำเนินการเพื่อให้มี **การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดการบริการ** นั้น ต้องการ **การประชุมทีม** เพื่อทำความเข้าใจ วางแผนการดำเนินการทั้งหมดอย่างเป็นระบบขั้นตอน ทั้งนี้ต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบ วัน เวลา ในการดำเนินการและในการรวบรวมส่งข้อมูล หรือมีการดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนและมีรายละเอียดของเป้าหมาย ผู้ดำเนินการ ตลอดจนเครื่องมือ/แบบประเมิน สำหรับขั้นตอนที่สำคัญทั้งหมดปรากฏ ตามตารางที่ 2.2 และสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ในภาคผนวก

ตารางที่ 2.2 ขั้นตอนดำเนินการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการ

| ขั้นตอนที่ | เป้าหมาย | ผู้ดำเนินการ | เครื่องมือ/แบบประเมิน |
|--|--|--|--|
| 1.การคัดกรองสุขภาพ/ภาวะพึ่งพิงชุดเล็ก ประกอบด้วย 1) แบบสำรวจผู้สูงอายุ โดย อสม. 2) แบบจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามปัญหา โดย อผส. | | | |
| 1.1 | สำรวจความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุเบื้องต้น เพื่อการจำแนกกลุ่มเบื้องต้น เป็น -กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือติดสังคม -กลุ่มติดเตียง และ -กลุ่มติดบ้าน | ผู้ดำเนินการหลัก : อสม. ผู้ร่วมดำเนินการ : อผส./แกนนำชุมชน | 1) แบบสำรวจผู้สูงอายุ โดย อสม. ชื่อ อสม.จะสำรวจผู้สูงอายุได้อย่างไร (ภาคผนวก ที่ 2.1) ในคู่มือปฏิบัติงานสำหรับ อสม.เพื่อผู้สูงวัยสายใจรักครอบครัว ชุมชน.จัดทำโดย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2552). |
| 1.2 | สำรวจปัญหาทุกข์ยากเดือดร้อนของผู้สูงอายุ (ครอบครัว เพื่อจำแนกผู้สูงอายุ เป็น -กลุ่มสีแดง กลุ่มมีปัญหาสุขภาพ และสังคม -กลุ่มสีเขียว กลุ่มปลอดภัย | ผู้ดำเนินการหลัก : อผส. ผู้ร่วมดำเนินการ : อสม./แกนนำชุมชน | 2) แบบจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามปัญหา โดย อผส. (ภาคผนวกที่ 2.2) ชื่อ การจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามปัญหา |

| ขั้นตอนที่ | เป้าหมาย | ผู้ดำเนินการ | เครื่องมือ/แบบประเมิน |
|------------|---|---|---|
| 1.3 | การสำรวจผู้สูงอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพ เบี้ยพิการและความเพียงพอตามความจำเป็นพื้นฐานหรืออื่นๆ | ผู้ดำเนินการหลัก : แกนนำชุมชน ผู้ร่วมดำเนินการ : อปท. | แบบประเมินตามแนวทาง “การจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอายุและคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” (ภาคผนวกที่ 2.3) แบบประเมินนี้จะกำหนดมาจากกรมการปกครอง (แผนงาน 4 แผนงาน คือ 1. แผนงานให้บริการด้านสุขภาพอนามัย 2. แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งด้านองค์กรฯ 3. แผนงานการส่งเสริมอาชีพหรือรายได้ และ 4. แผนงานด้านการบริหารจัดการระบบพัฒนาคุณภาพชีวิต (การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุและคนพิการ ข้อมูลข่าวสาร อาสาสมัคร เบี้ยยังชีพ การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนท้องถิ่น) |

| ขั้นตอนที่ | เป้าหมาย | ผู้ดำเนินการ | เครื่องมือ/แบบประเมิน |
|------------|---|---|--|
| 1.4 | <p>การสำรวจสุขภาพเบื้องต้น เพื่อการจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง โดยการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การวัดรอบเอว • การวัดส่วนสูง • การชั่งน้ำหนัก • การวัดความดันโลหิต • การสอบถามกลุ่มอาการสำคัญ ได้แก่ ประวัติการหกล้ม การเดินลำบาก การมีความพิการทางตา การมีภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต การมีอาการหลงลืมที่กระทบการดำเนินชีวิตประจำวัน | <p>ผู้ดำเนินการหลัก : อสม. ผู้ร่วมดำเนินการ : อพส./แกนนำชุมชน</p> | <p>หมายเหตุ: แบบประเมินส่วนนี้ต้องการการพัฒนาให้เหมาะสม เป้าหมายที่ต้องการเป็นส่วนหนึ่งที่ระบุและปรากฏในแบบประเมินตัวอย่างที่นำเสนอนี้</p> <p>ตัวอย่างแบบประเมิน/เครื่องมือที่อาจพิจารณาเลือกใช้</p> <p>1) การประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ อาสาสมัครสาธารณสุข (ภาคผนวกที่ 2.7)</p> <p>2) แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนสามเหลี่ยม 1 จังหวัดขอนแก่น (ภาคผนวกที่ 2.8)</p> |

| ขั้นตอนที่ | เป้าหมาย | ผู้ดำเนินการ | เครื่องมือ/แบบประเมิน |
|--|--|--|--|
| 1.5 | การบันทึกข้อมูลในทะเบียนผู้สูงอายุ | <p>ผู้ดำเนินการหลัก : แกนนำชุมชน ผู้ร่วมดำเนินการ : อสม./อพส.</p> | |
| <p>2. การคัดกรองสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยแบบคัดกรองสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ</p> | | | |
| | การคัดกรองสุขภาพโดยการสัมภาษณ์ประวัติสุขภาพและสังคม การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การประเมินกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่ครอบคลุม ทั้งหมด แต่โดยอาศัยข้อมูลเบื้องต้นในขั้นตอนที่ 1 ประกอบ ในการดำเนินกิจกรรมได้แก่ | <p>เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ผู้รับผิดชอบหลัก) อสม. อพส. แกนนำ (ช่วยทำบางส่วน)</p> | <p>หมายเหตุ: แบบประเมินส่วนนี้ต้องการการพัฒนาให้เหมาะสม และควรเป็นชุดเดียวกับข้อ 1.4 เป้าหมายที่ต้องการเป็นส่วนหนึ่งที่ระบุและปรากฏในแบบประเมินตัวอย่างที่นำเสนอนี้</p> <p>ตัวอย่างแบบประเมิน/เครื่องมือที่อาจพิจารณาเลือกใช้</p> <p>1) แบบบันทึกประวัติสุขภาพครอบครัว (family folder) (ภาคผนวกที่ 2.4)</p> |

| ขั้นตอน ที่ | เป้าหมาย | ผู้ดำเนินการ | เครื่องมือ/ แบบประเมิน |
|----------------|--|--------------|---|
| 2.1 | การสัมภาษณ์ ประวัติสุขภาพ และสังคม | | 2) สมุดบันทึกสุขภาพ ประจำตัว (ภาคผนวก ที่ 2.5) |
| 2.2 | การตรวจร่างกาย ผู้สูงอายุเกี่ยวกับ สุขภาพทั่วไป การ มองเห็นการได้ยิน สุขภาพฟัน การเคลื่อนที่ | | 3) สมุดบันทึกสุขภาพ ของผู้สูงอายุ (ภาคผนวก ที่ 2.6) 4) แบบประเมินสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุ ชุมชน สามเหลี่ยม 1 จังหวัด ขอนแก่น (ภาคผนวก ที่ 2.8) |
| 2.3 | การคัดกรอง ผู้สูงอายุทุกคนเพื่อ ค้นหา เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภาวะซีด | | ตัวอย่างเครื่องมือ มาตรฐานใน การประเมินสุขภาพ ผู้สูงอายุ (ภาคผนวก ที่ 2.6 และ 2.9) |
| 2.4 | การสำรวจความ สามารถในการ ทำหน้าที่ของ ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ อสม. คัดกรองแล้ว ว่าเป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง | | 1) แบบประเมินความ สามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันพื้นฐาน(BADL) 2) แบบประเมินความ สามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่อง/ขั้นสูง (IADL: Chula ADL) |

| ขั้นตอน ที่ | เป้าหมาย | ผู้ดำเนินการ | เครื่องมือ/ แบบประเมิน |
|----------------|---|--------------|--|
| 2.5 | การประเมิน สุขภาพผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่มีความ เสี่ยงและมีกลุ่ม อาการสำคัญของ ผู้สูงอายุที่ผ่าน การคัดกรองโดย อสม. แล้ว | | 3) แบบประเมินการ ทรงตัวการเดิน (timed get up & go test) 4) แบบประเมินภาวะ ซีมีเคร้า (แบบประเมิน 2Q, 9Q ของกรม สุขภาพจิต) 4) แบบประเมิน สมรรถภาพสมอง MMSE-Thai |
| 2.6 | การประเมิน สุขภาพผู้สูงอายุ ภาพรวม จากผล การสัมภาษณ์ การตรวจสุขภาพ การตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ และ การประเมินกลุ่ม อาการของผู้สูงอายุ (รวมทั้งผลจาก การส่งต่อกลุ่มเสี่ยง ต่อการมีโรคและมี อาการของผู้สูงอายุ เพื่อการวินิจฉัย ด้วย) | | |

| ขั้นตอน ที่ | เป้าหมาย | ผู้ดำเนินการ | เครื่องมือ/ แบบประเมิน |
|--------------------------------|---|---|---|
| 3. จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ | | | |
| | การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุต้องอาศัยข้อมูลจากการสำรวจ และการคัดกรองสุขภาพหรืออาศัยข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ประกอบ ในการจัดกลุ่ม โดย | เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข | เครื่องมือที่ใช้ คือ แม่บทหลัก: การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ |
| 3.1 | บูรณาการข้อมูลด้านสังคมและข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการจำแนกผู้สูงอายุ | เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ร่วมกับแกนนำและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ | หมายเหตุ บันทึกข้อมูลในสมุดสุขภาพ |
| 3.2 | จัดกลุ่มสุขภาพตามแผนภูมิแม่บทหลักของการจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์และ | เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ร่วมกับแกนนำ | หมายเหตุ บันทึกข้อมูลในสมุดสุขภาพและมีทะเบียนการจัดกลุ่มผู้สูงอายุของประจำ รพ.สต. ที่มีการปรับ |

| ขั้นตอน ที่ | เป้าหมาย | ผู้ดำเนินการ | เครื่องมือ/ แบบประเมิน |
|----------------|--|---|-------------------------------------|
| | คุณลักษณะที่กำหนด สามารถแบ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (ติดสังคม) กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (กลุ่มติดเตียงและกลุ่มติดเตียงระยะสุดท้าย) | และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ | ข้อมูลเป็นระยะเพื่อความเป็นปัจจุบัน |
| 3.3 | การให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลตนเองอย่างเสริมสร้างพลัง(ผู้สูงอายุที่มีปัญหาใหม่) • แบบรายบุคคล • รายกลุ่ม | เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข | |

สรุป

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการนั้น ต้องการความเข้าใจในแนวคิดและมีแนวทางในการดำเนินการ พร้อมไปกับการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในตนของบุคลากรในรพ.สต. ทั้งนี้เพื่อให้รพ.สต. ดำเนินงานตามพันธกิจใหม่ที่ได้รับมอบหมาย คือ การให้บริการเชิงรุก เชื่อมต่อกับภาคีสุขภาพ และเชื่อมโยงกับทุกภาคส่วนในชุมชน +

บทที่ 3

แนวทางการจัดบริการ
สำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม
โดย รพ.สต.





ลักษณะและเป้าหมายการจัดบริการ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ

ลักษณะทางสุขภาพและสังคมที่ต่างกันของผู้สูงอายุ
จำแนกผู้สูงอายุออกเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (well elder)
หรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน (home bound elder)
และกลุ่มติดเตียง (bed bound elder)

บริการสำหรับผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มนั้นย่อมมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน
การส่งเสริมสุขภาพและการชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุ
เป็นเป้าหมายสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม
การควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพ
เป็นเป้าหมายเด่นของกลุ่มติดบ้าน และสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง
เป้าหมายที่ต้องการ คือ การควบคุมอาการ การประคับประคอง
และการดูแลระยะสุดท้าย

ภารกิจ 3 ด้านของ รพ.สต.

รพ.สต. มีภารกิจในการให้บริการผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ ภารกิจบริการ
สุขภาพ ภารกิจพัฒนาศักยภาพ และภารกิจประสานบริการ
ซึ่งชุดการให้บริการตามภารกิจทั้งสามด้าน
ย่อมต้องตอบสนองความต้องการเฉพาะ
ของแต่ละกลุ่ม



แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม โดย รพ.สต. นั้น ในเบื้องต้นต้องเข้าใจลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และต้องตระหนักในเป้าหมายของการบริการสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มด้วย จึงจะสามารถจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (well elder) หรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 3.1 ซึ่งนอกจากจะระบุลักษณะที่ใช้ในการพิจารณาจัดกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว ยังบ่งบอกเป้าหมายการบริการที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มไว้ เพื่อให้เป็นจุดมุ่งหมายของการให้บริการ

เป้าหมายของบริการสำหรับผู้สูงอายุโดยภาพรวมนั้น อยู่ที่ การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันภาวะทุพพลภาพ (prevent disability) และการส่งเสริมความเป็นอิสระมากที่สุด (enhance independence) แต่ด้วยความที่ผู้สูงอายุแต่ละคน แต่ละกลุ่มมีลักษณะทางสุขภาพและสังคมที่แตกต่างกัน ดังนั้น บริการที่ รพ.สต. จัดให้จึงย่อมมีจุดเน้นที่เป็นเฉพาะของแต่ละกลุ่ม

การจัดบริการให้กับผู้สูงอายุนั้นต้องสอดคล้องกับ ความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุ ครอบคลุมความเป็นองค์รวม และเป็นบริการที่บูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ดังนั้น **การจัดบริการด้านสุขภาพ** จึงต้องพิจารณามิติความสามารถในการทำหน้าที่และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome)

ร่วมกับโรคและความเจ็บป่วยที่มีอยู่ด้วยเสมอและการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มนั้นจะต้องครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การป้องกันภาวะทุพพลภาพ การรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ เพียงแต่จุดเน้นของการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจะมีความต่างกัน ได้แก่ **เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุ** สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพโดยรวมดี **เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันทั้งโรคและภาวะทุพพลภาพ** ในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอยู่ในสถานะเสี่ยง และเน้น **การดูแล รักษาฟื้นฟูสุขภาพ และชะลอหรือลดทอนภาวะทุพพลภาพ** ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ทุพพลภาพและพิการ

ส่วน**บริการด้านสังคม**นั้น รพ.สต. มีภารกิจในการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ และภารกิจประสาน การบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมอื่นๆ กับองค์กรท้องถิ่น และภาคที่เกี่ยวข้องทั้งชุมชน ภาครัฐและเอกชน

สำหรับคุณลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและเป้าหมาย ในการดูแลของแต่ละกลุ่ม มีรายละเอียดดังแผนภูมิที่ 3.1

ก) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (well elder)

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยอิสระ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

ในด้านสุขภาพ สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน (activity of daily living : ADL) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (instrumental activity of daily living: IADL) ได้ เป็นผู้ที่มีสุขภาพ

ทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1- 2 โรค แต่**ควบคุมได้**

ในด้านสังคม กลุ่มนี้จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถและประสงค์ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยเหลือครอบครัว-ผู้อื่น-สังคม ได้ อาจมีปัญหา/ทุกข์ยาก/เดือดร้อนด้วยหรือไม่ก็ได้

เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง พัฒนาความสามารถในการใช้ศักยภาพและภูมิปัญญาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างสูงสุด

ข) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder)

เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน มีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระ

ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมชัดเจน และอาจมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานหรือต่อเนืองบางประการ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น **ในการเคลื่อนไหว** ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือหรือผู้ช่วยเหลือ **การรับประทานอาหาร** ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร หรือกลุ่มที่แม้จะรับประทานอาหารได้เองแต่อาจทำหกละเออะ/โตะเปื้อนได้ **การขับถ่าย**

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปห้องสุขา ช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้มีโรคประจำตัวหลายโรค (comorbidity/multimorbidity) โดยมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่มีผลต่อการเคลื่อนที่และการเข้าสังคม ทาง**ด้านร่างกาย** เช่น การมีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ (instability & impair mobility) ทาง**ด้านจิตใจ** เช่น มีภาวะซึมเศร้า ทาง**ด้านสติปัญญา-การคิดรู้** เช่น ภาวะหลงลืม และสมองเสื่อม

ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้ เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมกับสังคมน้อย เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมที่วัดได้เช่นเดิม รวมถึงกลุ่มที่ไปมานอกบ้านได้โดยอิสระแต่ไม่ชอบออกสังคม และกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสังคมได้เนื่องจากติดภาระทางบ้าน เช่น ต้องดูแลหลาน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจมีหรือไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัว และสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะช่วยเสริมสุขภาพและเสริมศักยภาพชุมชน

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหา ทุกข์ยาก เดือดร้อน การที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสังคมด้านนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากหน่วยงานด้านสังคม โดยการประสานงานของทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อสร้างสุขภาวะให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้

เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การดำรงการมีสุขภาพที่ดี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพแต่เริ่มต้น และป้องกันการเกิดโรค (ใหม่) รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการมีส่วนร่วมในสังคมหรือใช้ภูมิปัญญาเพื่อสร้างสรรค์สังคม

ค) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder)

ผู้สูงอายุในกลุ่มติดเตียงนี้ ข้อมูลจากพื้นที่ศึกษา ยังมีกลุ่มย่อยเป็น **กลุ่มติดเตียง (bed bound elder) และกลุ่มระยะสุดท้าย (bed bound elder-end of life)**

- ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะหง่อม/เปราะบาง

ในด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในการเคลื่อนย้ายและ/หรือในกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน เช่น **การเคลื่อนไหว** ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งได้ หรือแม้แต่ขยับตัวไม่ได้ในท่านอน ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย หรือพลิกตะแคงตัว **การรับประทานอาหาร** ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีภาวะกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้

และผู้สูงอายุอาจได้รับสารอาหารผ่านช่องทางอื่น (จุก กระเพาะอาหาร หรือลำไส้) **การขับถ่าย** ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องขับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา หรือต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ มีโรคประจำตัวหลายโรค (comorbidity/multimorbid) ทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหง่อม/เปราะบาง ที่มีผลต่อความต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตและการเข้าสังคม

ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมทั้งสังคมด้วยตนเองได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการเคลื่อนที่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จำเป็นต้องพึ่งพา ครอบครัว-ผู้อื่น-สังคม ในการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัว และสังคมได้ การเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้ดูแล จะช่วยเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเสริมศักยภาพของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อาจเป็นผู้ที่มีหรือไม่มีปัญหา ทุกข์ยากเดือดร้อนด้วย ที่อาจมีผลต่อความต้องการการดูแลช่วยเหลือและปัญหาทางจิตใจ ซึ่งมักจะเป็นปัญหาด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกัน เช่น การขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ถูกทอดทิ้งอยู่ลำพัง หรือได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม การเข้าไม่ถึงสิทธิหรือบริการที่พึงได้รับ ปัญหาความยากจน ไม่มีรายได้ เป็นต้น ซึ่งปัญหาทางสังคม

ในด้านนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากหน่วยงานด้านสังคม โดยการประสานงานของทีมสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อสร้างสุขภาวะให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้

เป้าหมายของการจัดบริการ คือ การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามอัตภาพ โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความต้องการ และไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

- ผู้สูงอายุกลุ่มระยะสุดท้าย (bed bound elder-end of life) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการของโรคและการดำเนินโรคที่มีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามความเป็นไปของโรค การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี โรคไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบัน และโรคนั้นคาดว่าจะป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ หรือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ซึ่งยากต่อการรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ หรือผู้สูงอายุที่ห้องอมหรือมีความชราภาพมาก

ผู้เจ็บป่วยกลุ่มนี้จะมีช่วงเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ บางคนอาจมีระยะเวลาเหลืออยู่สั้น หลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน บางคนอาจมีระยะเวลาเหลืออยู่ยาวเป็นปี ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงอาจประสบกับความเจ็บป่วยหรือความเสื่อมถอยที่ทรุดลงเรื่อยๆ จนเสียชีวิต

เป้าหมายของการจัดบริการ มุ่งสุขประโยชน์ที่พึงเกิดแก่ผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสงบ สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลครอบครัวต่อเนื่องหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

ลักษณะของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ และเป้าหมายการบริการ

กลุ่มที่ 1
ผู้สูงอายุกลุ่มที่
ช่วยเหลือตัวเองได้ดีหรือ
กลุ่มติดสังคม

กลุ่มที่ 2
ผู้สูงอายุ
กลุ่มติดบ้าน

กลุ่มที่ 3
ผู้สูงอายุ
กลุ่มติดเตียง

ลักษณะผู้สูงอายุ

ด้านสุขภาพ

- สุขภาพทั่วไปดี
- ช่วยตนเองได้
- มีโรคเรื้อรังแต่ควบคุมได้ 1-2 โรค

ด้านสังคม

- เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- ช่วยเหลือคนอื่นได้
- อาจมีปัญหาทุกข์ยากหรือไม่ก็ได้

ด้านสุขภาพ

- ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน
- มีโรคเรื้อรังหลายโรค/มีภาวะแทรกซ้อน
- มีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาโดยอิสระ

ด้านสังคม

- มีความจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ด้านสุขภาพ

- ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- มีโรคเรื้อรังหลายโรค/มีภาวะแทรกซ้อน
- มีภาวะหง่อม/เปราะบาง/ชราภาพ
- มีภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

ด้านสังคม

- ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

เป้าหมายการบริการ

- การส่งเสริมสุขภาพ
- การชะลอความเสี่ยงจากความสูงอายุ
- ส่งเสริมการทำประโยชน์เพื่อสังคม
- การคงภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง

- การควบคุมโรค
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนภาวะทุพพลภาพ/ความพิการ
- เพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง

- ควบคุมอาการ
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิตจากปัญหาที่แก้ไขได้
- ลดทอนภาวะทุพพลภาพ
- ประคับประคองอาการ
- เสียชีวิตอย่างสงบสุข

แผนภูมิที่ 3. 1 ลักษณะของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ และเป้าหมายการบริการ

ความที่ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มมีภาวะสุขภาพและภาวะทางสังคมที่แตกต่าง ดังนั้นการจัดบริการให้ตอบสนองผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มตามที่ได้จำแนกไว้แล้ว นอกจากต้องมีเป้าหมายเป็นเรื่อธงนำการจัดบริการไว้อย่างชัดเจนแล้ว (แผนภูมิที่ 3.1) ยังได้นำเสนอชุดการให้บริการ (service package) ตามภารกิจของ รพ.สต. ไว้เป็นแนวทาง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเลือกรับปรับใช้ในการจัดบริการได้อย่างสอดคล้องกับเป้าหมายและสอดคล้องตามบริบทของตนเอง ทั้งนี้ยังมีตัวอย่างจากพื้นที่ ที่ได้ดำเนินการจนมีผลลัพธ์เชิงประจักษ์มานำเสนอประกอบการนำไปใช้ด้วย (บทที่ 4)

การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ

รพ.สต. จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งสามกลุ่ม คือกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (well elder) หรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) โดยดำเนินการภายใต้ภารกิจ 3 ด้าน ได้แก่ ภารกิจบริการสุขภาพ ภารกิจพัฒนาศักยภาพ และภารกิจประสานบริการ

ในแต่ละภารกิจนั้นจะมีชุดการให้บริการ (service package) ที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะหรือเป้าหมายของการบริการผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม (แผนภูมิที่ 3.2 - 3.5) ชุดการให้บริการที่นำเสนอ นั้น เป็นแนวทางสำหรับ รพ.สต. ในการเลือกรับปรับใช้และพัฒนาชุดการให้บริการ ที่เหมาะสมกับบริบทของตน ทั้งนี้คำว่าชุดการให้บริการในที่นี้ หมายถึง รูปแบบ/โครงการ/โปรแกรม/กิจกรรมบริการต่างๆ ที่ดำเนินงานให้กับผู้สูงอายุ เช่น การให้บริการสุขภาพ

ในเรื่องต่างๆ ที่ทำเป็นประจำโดยรพ.สต.หรือเป็นครั้งคราวโดยการเชื่อมต่อกับภาคีบริการสุขภาพ หรือกิจกรรมที่ รพ.สต. เชื่อมโยงกับชุมชน แกนนำชุมชน ท้องถิ่น องค์กรอื่นๆ หรือแม้แต่กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุเองในการให้บริการสุขภาพและสังคมแก่ผู้สูงอายุ และรวมความถึงบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุใน รพ.สต. ในศูนย์ ในชุมชน และที่บ้านของผู้สูงอายุ ที่เรียก การเยี่ยมบ้าน (home visit) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) และการดูแลระยะสุดท้ายที่ไ้ที่บ้าน เป็นเรือนนอนผู้สูงอายุ (home ward)

สำหรับการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ นั้น ในที่นี้จะนำเสนอทั้งภารกิจ ชุดการให้บริการตามภารกิจและผู้รับผิดชอบ โดยแยกเป็นแต่ละกลุ่มดังนี้

1.บริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (Well Elder) หรือกลุ่มติดสังคม

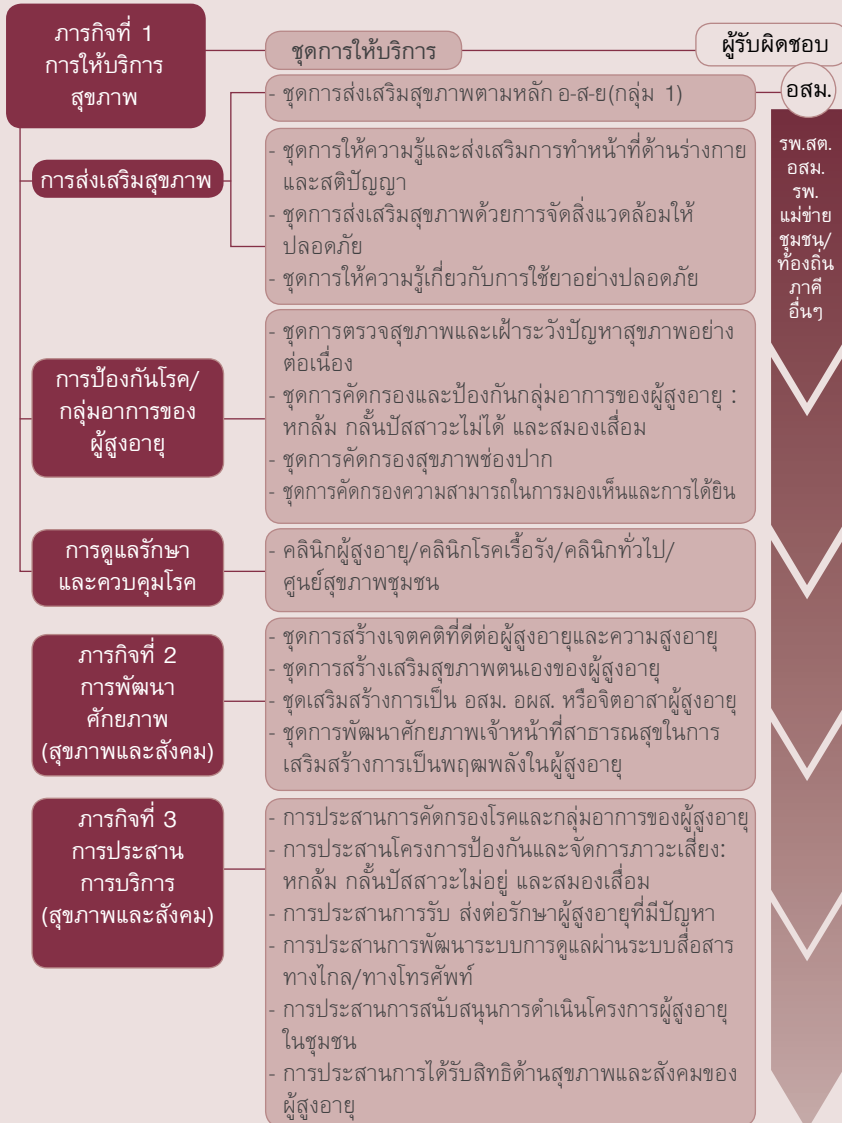
ภารกิจของ รพ.สต. ในการจัดบริการให้ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้ดี (well elder) หรือกลุ่มติดสังคมนั้น

ประกอบด้วย 3 ภารกิจหลัก คือ 1) ภารกิจการให้บริการสุขภาพ 2) ภารกิจการพัฒนาศักยภาพ และ 3) ภารกิจการประสานบริการ (แผนภูมิที่ 3.2) ทั้ง 3 ภารกิจของ รพ.สต. นั้นจะนำสู่การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การชะลอความเสื่อมถอยตามวัย การมีอิสระในการดำเนินชีวิต และการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ

1.1 ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม

จุดเน้นอยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันไม่ให้เกิดโรครวมทั้งการดูแลรักษา การควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ โดยบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นจะเป็นหัวใจสำคัญ เพื่อการดำรงและส่งเสริมการเป็นพหุพลัง (active ageing) ของผู้สูงอายุไว้ให้มากที่สุด สำหรับการป้องกันโรคนั้น จะเน้นที่โรคเรื้อรังสำคัญในผู้สูงอายุ อันได้แก่โรคในกลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome) ทั้งหมด อาทิ โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่วนการควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่นั้นจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่างๆ ด้วยตนเอง หรือการสร้างเสริมพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 1: ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (well elder) หรือกลุ่มติดสังคม



แผนภูมิที่ 3.2 แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (Well Elder) หรือกลุ่มติดสังคม โดย รพ.สต.

สำหรับการให้บริการนั้นแม่แกนหลักจะอยู่ที่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. แต่อาสาสมัคร เช่น อสม. และ อพส. จะเป็นกลไกสำคัญหนึ่งในการให้บริการ และในชุมชนที่เข้มแข็งสามารถนำชุมชน กลุ่มจิตอาสา และกลุ่มผู้สูงอายุ เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเป็นการดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นหน้าที่ของบุคคลทุกคนอยู่แล้ว

การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคมนั้น ยังแบ่งเป็นบริการย่อยตามภารกิจความรับผิดชอบของ รพ.สต. คือ 1) การให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม 2) การให้บริการป้องกันโรคและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) 3) การให้บริการดูแลรักษาและควบคุมโรค

1.1.1 การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ บริการส่งเสริมสุขภาพที่ รพ.สต. จัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคมนั้นเกี่ยวข้องกับ การสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมและดำรงสุขภาพตนเอง และการเสริมพลังชุมชนตลอดจนครอบครัวให้มีศักยภาพในการจัดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเบื้องต้นย่อมเกี่ยวข้องกับบริการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักในหน้าที่และบทบาทของตนเองในการดำรงสุขภาพ อันรวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิที่ตนเองมีด้วย สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังแต่ควบคุมได้ รพ.สต. ต้องให้บริการเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ และให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ด้วย

ชุดการให้บริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคมที่ รพ.สต. จัดให้ นั้น มี ก. ชุดการให้บริการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ ข.ชุดการให้บริการโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. (แผนภูมิที่ 3.2)

ก.ชุดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุดบริการโดย อสม. นี้ เป็นชุดที่ อสม. ดำเนินการอยู่แล้วในปัจจุบันและได้นำเสนอบริการที่ควรบูรณาการหรือทำให้ผู้สูงอายุไว้เพิ่มเติมเพื่อให้บริการสำหรับผู้สูงอายุโดย อสม. นั้นครอบคลุมและสามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่องได้

ชุดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคมโดยอาสาสมัครนั้น ได้แก่ ชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย (4อ-3ส-1ย) ซึ่งได้บูรณาการการให้ความรู้เรื่องสุขภาพและสังคมไว้ด้วยกัน รวมทั้งการประสานบริการ ติดตาม และส่งต่อ เพื่อให้อาสาสมัครใช้เป็นหลักในการดำเนินการ โดยใช้ อักษร อ ส ย ในการช่วยจำ

อักษร อ นั้น เป็นการให้ความรู้และการช่วยเหลือดูแล เรื่องอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และอนามัย อักษร ส เป็นให้ความรู้เรื่อง สมอง สิ่งแวดล้อม และสิทธิ ส่วน ย นั้นเป็นการให้ความรู้เรื่อง ยา ดังนั้นรวมแล้วจึงเป็น 4อ-3ส-1ย

ตารางที่ 3.1 ชุดการให้บริการ: ชุดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก อ-ส-ย สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม โดย อสม.

| อ | ส | ย |
|---|---|---|
| 4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย | 3 ส. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ | 1 ย. ยา |
| อาหาร - กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลากหลายประเภท ปริมาณที่พอเพียง เน้นปลา ผักผลไม้ - ลด อาหารหวาน มัน เค็ม และ หมักดอง - ดื่ม/หลีกเลี่ยง แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ - กินอาหารเฉพาะโรค - ดื่มน้ำ วันละ 6 - 8 แก้ว | สมอง - ทำกิจกรรมกระตุ้นความจำ ตามความสนใจ เช่น วาดรูป สีคำขวัญ อ่านหนังสือพิมพ์ การฟังดนตรี ร้องเพลง การเล่นดนตรี - ปรับเปลี่ยน ทำสิ่งใหม่ๆ ไม่ทำซ้ำเดิม | ยา - ปรึกษาให้ถูกขนาด ถูกวิธีการ และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา - ไม่เฝ้ายาของผู้อื่นมาใช้ - ตรวจสอบวันหมดอายุ ของยาที่ใช้ - เก็บรักษาให้ถูกวิธี - หลีกเลี่ยงการซื้อยาปรับปรองเอง |

| อ 4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย | ต 3 ต. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ | ย 1 ย. ยา |
|--|--|---------------------|
| อารมณ์ - ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมจากวัยสูงอายุ และปัญหาสุขภาพ - เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/กลุ่มต่างๆ - เป็นจิตอาสา ทำตนให้มีคุณค่า/ทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม - ทำกิจกรรมที่พอใจเพื่อคลายเหงาและมีความสุข | สิ่งแวดล้อม - จัดสภาพแวดล้อมในบ้าน/นอกบ้านให้มีความเหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่าง เพียงพอ โดยเฉพาะทางเดิน หอง่า - จัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ รกรุงรัง กีดขวางทางเดิน | |

| อ 4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย | ต 3 ต. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ | ย 1 ย. ยา |
|--|---|---------------------|
| ออกกำลังกาย - ออกกำลังกายตามสภาพร่างกาย และความสามารถของตนเอง เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ - ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20 - 30 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน - ก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง ควรอบอุ่นร่างกาย และผ่อนคลายร่างกายด้วยการเดินหรือทำท่ากายบริหารอย่างน้อย 5 - 10 นาที เพื่อป้องกันบาดเจ็บ - หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้แรงกระแทกและมีความรุนแรง | สิทธิ - มีความรู้เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ - มีการรับรู้สิทธิในการรับบริการสุขภาพและสังคม | |

| อ | ย |
|---|------------------------------------|
| <p>4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกําลังกาย อนามัย</p> | <p>1 ย. ยา</p> |
| <p>อนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแล ความสะอาดของร่างกาย เห็นช่องปาก และฟัน ผิวหนังที่บวมขึ้น - ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น - ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ - ดูแลเท้า เลือกรองเท้าที่เหมาะสม - ตรวจสอบตรวจสุขภาพความผิดปกติ - หมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ <p>ของร่างกายที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> - ล้างมือ ใช้แอลกอฮอล์ | <p>3 ส. สมอง ถึงแนวต่อม ลิขิธิ</p> |
| <p>ติดตามตรวจสอบ: ติดตามประเมินปัญหาสุขภาพและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ประเมินการเข้าถึง/ได้รับสิทธิการได้รับบริการทางด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุตามวิถีชีวิตที่สมควรได้รับ</p> <p>ปฏิบัติงาน: ปรึกษา/ส่งต่อข้อมูล/การดูแลรักษาเบื้องต้น เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ปรึกษาและประสานการได้รับสิทธิด้านสุขภาพ และสังคมของผู้สูงอายุกับหน่วยงานต่างๆ</p> | |

ข. ชุดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเอง ได้ดีหรือกลุ่มติดสังคมโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้แก่ ชุดการให้ความรู้ และส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสติปัญญา ชุดการส่งเสริมสุขภาพด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ชุดการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัย

1.1.2 การให้บริการป้องกันโรคและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) เป็นบริการที่ รพ.สต. ดำเนินการเพื่อการป้องกันโรคทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง รวมทั้งการป้องกันกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ

โรคเฉียบพลันที่สำคัญที่ต้องให้การป้องกัน เช่น ไข้หวัดใหญ่ อูจจาระร่วง โรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่วนกลุ่มอาการของผู้สูงอายุนั้น เจ้าหน้าที่อาจพิจารณาคัดเลือกอาการที่สำคัญ เช่น ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และภาวะสมองเสื่อม มาจัดบริการป้องกัน (แผนภูมิที่ 3.2)

บริการป้องกันโรคและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่ รพ.สต. จัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มนั้นๆ ต้องโดยการเชื่อมต่อกับรพ.แม่ข่ายเพื่อขอรับการสนับสนุนหรือเพื่อการส่งต่อ โดยมีอาสาสมัครร่วมในการดำเนินงาน สำหรับชุดการให้บริการอาจพิจารณาจัดให้สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ ชุดการตรวจและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (ต่อยอดและต่อเนื่องจากการคัดกรองสุขภาพประจำปี) ชุดการคัดกรองและป้องกันกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome prevention package) อาทิ การป้องกันและจัดการภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม การป้องกันภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้และ

สมองเสื่อม เป็นต้น ชุดการคัดกรองสุขภาพช่องปาก ชุดการคัดกรองความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน โดยการบริการอาจจัดเป็นรายกลุ่มในชุมชนหรือรายบุคคลที่คลินิกผู้สูงอายุ/รพ.สต. ก็ได้ ตามความต้องการและความเหมาะสม

1.1.3 การดูแลรักษาและควบคุมโรค เป็นบริการที่ รพ.สต. จัดให้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ (ถือว่าเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม) โดยให้บริการ**บำบัดรักษา**โรคเฉียบพลันที่อยู่ในขอบเขตการดูแลและหรือส่งต่อการดูแล ให้บริการ**รักษาและควบคุมโรค รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน**ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังแต่ควบคุมได้ดี

ชุดการให้บริการการดูแลรักษาและควบคุมโรคของ รพ.สต. เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกทั่วไปที่ให้การบำบัดรักษาการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และศูนย์สุขภาพชุมชน

1.2 การกิจการพัฒนาศักยภาพ

รพ.สต. มีภารกิจในการพัฒนาศักยภาพทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มอาสาสมัครต่างๆ ที่อาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการผู้สูงอายุ รวมทั้งการเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุและครอบครัว (ผู้ดูแลในครอบครัว) ด้วย ทั้งนี้อาจประสานเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น เช่น พมจ. ชมรมผู้สูงอายุทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของชุมชน และกลุ่มต่าง ๆ

ชุดการให้บริการที่อาจพิจารณาจัดให้ เช่น ชุดการสร้างเจตคติที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุและความสูงอายุ ชุดเสริมสร้างการเป็น อสม. อพส. หรือจิตอาสาผู้สูงอายุ

1.3 การกิจการประสานการบริการ

รพ.สต. ต้องประสานเพื่อการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายกับหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ และต้องเชื่อมโยงกับภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งท้องถิ่น ชุมชน องค์กร และแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการให้บริการและสามารถทำงานสอดประสานกันได้ ภารกิจด้านนี้ได้แก่ **การประสานการบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP)** ในการสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ การป้องกันและจัดการภาวะเสี่ยง การรับและส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหา เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และการได้รับสิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยอาจประสานการพัฒนากระบวนการดูแลผ่านสื่อทางไกล/ทางโทรศัพท์ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครจิตอาสาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข **การประสานการบริการกับชุมชนท้องถิ่น** ในการให้การดูแล/ช่วยเหลือสนับสนุน/การให้ได้รับสิทธิผู้สูงอายุ (เบี้ยยังชีพและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ผู้สูงอายุควรได้รับ) **การประสานการบริการกับภาคีเครือข่าย** โดยการสนับสนุนการดำเนินโครงการผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โครงการออกกำลังกายในชุมชน โครงการภูมิปัญญาชุมชน โครงการจิตอาสา โครงการฝึกอาชีพสำหรับผู้สูงอายุและอื่นๆ โดยร่วมกับ อปท./หน่วยงาน/ชมรมผู้สูงอายุ/ศูนย์อเนกประสงค์ผู้สูงอายุ/ภาคเอกชน/อื่นๆ

2.บริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder)

ภารกิจของ รพ.สต. ในการจัดบริการให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder) นั้น จะเป็นบริการที่ต้องอาศัยแนวคิด “เชิงรุก ครอบคลุม และเข้าถึง” ในการให้บริการ และประกอบด้วย 3 ภารกิจหลัก คือ 1) ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2) ภารกิจการพัฒนาศักยภาพ และ 3) ภารกิจการประสานการบริการ (แผนภูมิที่ 3.3) ทั้ง 3 ภารกิจของ รพ.สต. นั้นจะนำสู่การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค การชะลอความเสื่อมถอยของหน้าที่ ตลอดจนการเพิ่มความสามารถในการพึ่งพาตนเองหรือดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระ

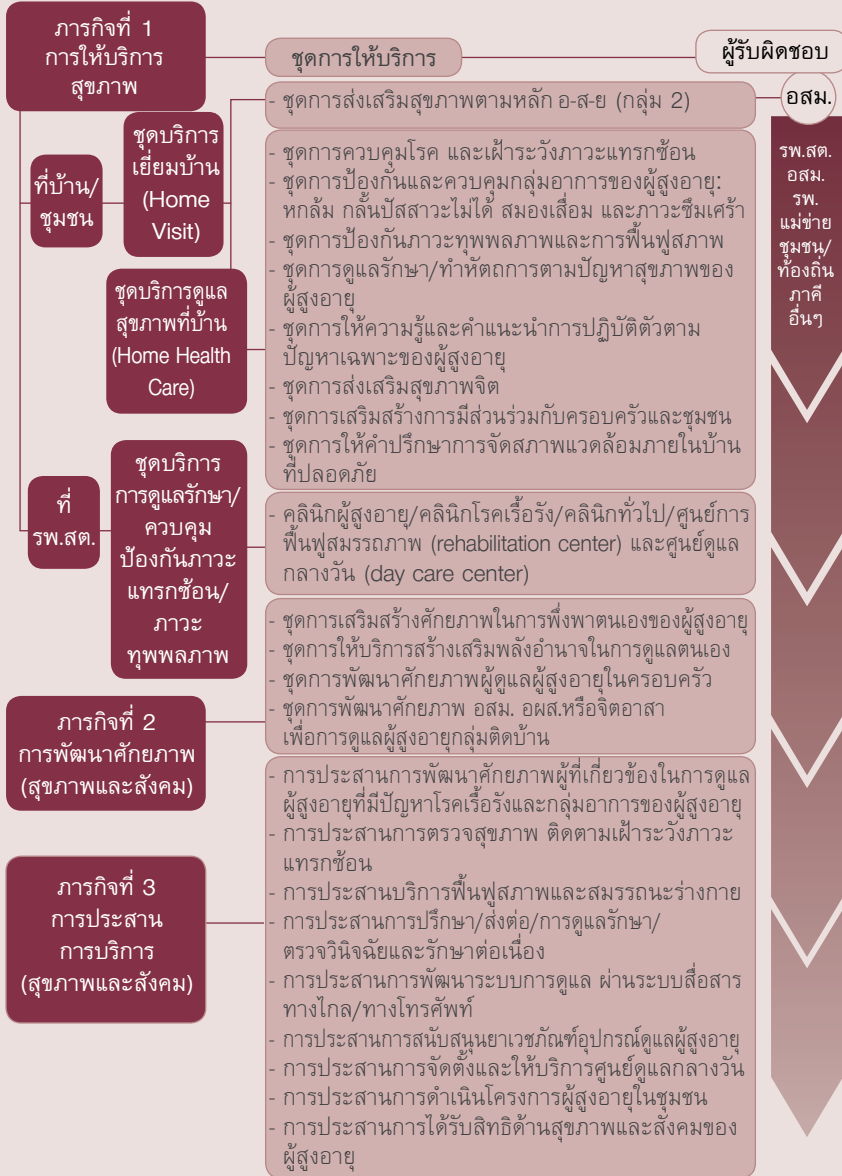
บริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นบริการที่บูรณาการโดยมีทั้งความร่วมมือของภาครัฐ เอกชนและประชาชน ภาคสุขภาพและสังคม และต้องครอบคลุมทุกมิติสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการหลัก คือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัคร (อสม. และ อผส.) โดยประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ชุมชน/ท้องถิ่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

2.1 ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จะเป็นบริการที่ผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีทั้งบริการเชิงรุกและเชิงรับ

บริการเชิงรุกที่เข้าถึงบ้าน เป็นจุดเน้นการให้บริการในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยการให้บริการเชิงรุกในรูปแบบที่คุ้นเคย คือ การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) และบริการเชิงรับที่รพ.สต. ในรูปแบบของคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกโรคทั่วไป (โรคเฉียบพลัน) และตัวอย่างที่อาจเลือกพิจารณาจัดตามความเหมาะสม เช่น ศูนย์การดูแลกลางวัน (day care center) และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation center) (แผนภูมิที่ 3.3)

กลุ่มที่ 2 : ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder)



แผนภูมิที่ 3.3 แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder) โดย รพ.สต.

สำหรับความหมายของคำ การเยี่ยมบ้าน (home visit) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) ในที่นี้ คือ

การเยี่ยมบ้าน (Home Visit, HV) เป็นบริการต่อเนื่องที่บ้าน ที่จัดให้กับผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครเข้าร่วมการดูแล หรือโดย รพ.สต. และ/หรือร่วมกับทีมสหสาขาที่มาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นบริการช่วยเหลือเบื้องต้นด้านสุขภาพและสังคม โดยไม่มีหัตถการดูแลที่ต้องการทักษะเฉพาะ มีการประเมินติดตามเฝ้าระวังหรือให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุรายนั้นและครอบครัว

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care, HHC): เป็นบริการต่อเนื่องที่บ้าน ที่จัดให้กับผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ/หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยเป็นหัตถการดูแล หรือการปฏิบัติดูแลโดยตรง และอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม ที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุและครอบครัว

ทั้งนี้หัตถการดูแล หรือปฏิบัติการดูแล หมายถึง การให้การดูแลรักษา การตรวจประเมิน การให้คำแนะนำและให้การปรึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงเป็นรายกรณี

(ดัดแปลงจาก คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2552 และข้อมูลการใช้จากพื้นที่ปฏิบัติการ รพ.สต.)

สำหรับชุดการให้บริการตามภารกิจ จะเป็นไปตามปัญหาของผู้สูงอายุที่ได้จากการสำรวจผู้สูงอายุตามที่นำเสนอไว้ในบทที่ 2 และการจัดบริการให้ผู้สูงอายุสามารถจัดให้แบบรายบุคคลหรือรายกลุ่มได้ตามลักษณะทางกายภาพที่เอื้ออำนวย และเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความจำกัดในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นภารกิจการให้บริการสุขภาพจึงเน้นเชิงรุกที่ออกจากที่ตั้ง รพ.สต. เข้าไปยังชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ โดยชุดการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดย รพ.สต. ทั้งที่จัดให้ที่บ้าน ชุมชน และที่ รพ.สต. มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ชุดบริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รพ.สต. จัดบริการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครและจิตอาสาอื่นๆ ในชุมชน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน รวมถึงการประสานงานการดูแลกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ภายใต้การมอบหมายและติดตามของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และโดยผ่านการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้สามารถให้บริการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

ชุดบริการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครนี้ เป็นชุดการส่งเสริมช่วยเหลือดูแลตามหลัก **อ-ส-ย** ที่เน้นการให้คำแนะนำและการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดบ้านเป็นสำคัญ และใช้**อักษรช่วยจำ อ-ส-ย** ชี้้นำการปฏิบัติ เพียงแต่มีรายละเอียดในการให้คำแนะนำและการช่วยเหลือดูแลที่แตกต่างกัน

แต่ยังคงความสอดคล้องและต่อยอดไปในทิศทางเดียวกัน (ตารางที่ 3.2) อันจะจะทำให้ง่ายต่อการนำใช้

2.1.2 ชุดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รพ.สต. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดยครอบคลุมการรักษาและควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ การรักษาพยาบาลโรคที่พึงรักษาได้แต่เริ่มต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดภาวะทุพพลภาพ การป้องกันการเกิดโรค (ใหม่) การเฝ้าระวังและค้นหาโรคอื่นๆ กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) และการป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่แต่เริ่มต้น (early detection) ทั้งนี้รวมถึงการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและเหมาะสมต่อการดำรงชีวิตด้วย

ผู้ดำเนินการหลัก คือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยมีอาสาสมัครที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้านด้วย สำหรับ**ชุดการให้บริการ**นั้นมีให้เลือกปรับใช้อย่างหลากหลาย ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์กับบริบทของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของ รพ.สต. แต่ละแห่งได้ เช่น ชุดการควบคุมโรคและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ชุดการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ อาทิ ภาวะหกล้ม กลืนปัสสาวะไม่ได้ สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ปัญหาโภชนาการบกพร่อง ปัญหาการเคลื่อนที่ ปัญหาการขับถ่าย ปัญหาการนอนหลับ และการใช้ยา ชุดการป้องกันภาวะทุพพลภาพและการฟื้นฟูสภาพ ชุดการให้บริการดูแลรักษาและทำหัตถการตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุดการให้ความรู้และ

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุ ชุมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคม และการจัดการความเครียด ชุมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและสังคม ชุมการให้คำปรึกษาการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ปลอดภัย

2.1.3 ขุดบริการ การดูแลรักษา ควบคุม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพที่ดำเนินการที่ รพ.สต. เป็นบริการที่ รพ.สต อาจพิจารณาจัดให้ในหน่วยงานและ/หรือในที่ตั้งของชุมชน ได้แก่การจัดบริการ คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกทั่วไป (รักษาโรคเฉียบพลัน) ศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center) ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation center) และบริการดูแลชั่วคราว (respite care)

ตารางที่ 3.2 ขุดการให้บริการ: ขุดการส่งเสริมช่วยเหลือดูแลตามหลัก อ-ส-ย สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดย อสม.

| อ | ส | ย |
|--|---|---|
| 4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย | 3 ส. สมอง ล้างแผล ล้อม ลิทธิ | 1 ย. ยา |
| อาหาร - เหมือนกลุ่มติดสังคม เพิ่ม - กินอาหารเฉพาะโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ หลอดเลือด หรือตามปัญหาสุขภาพ - อาหารที่เคี้ยวและย่อยง่าย ประเภทต้ม นึ่ง ตุ่น | สมอง - เหมือนกลุ่มติดสังคม เพิ่ม - ทำกิจกรรมใหม่ที่เพิ่มพูนประสบการณ์และปลอดภัย - จัดมีสิ่งกระตุ้นการรับรู้ เช่น การคิด ปฏิทิน แขนวนาฬิกา จดบันทึก สิ่งที่ต้องทำ - พาเข้าร่วมกิจกรรมด้านสังคม เช่น เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ไปด้วยในวันพระ | ยา - เหมือนกลุ่มติดสังคม เพิ่ม - จัดเตรียมยาที่ใช้ประจำเป็นชุดๆ (unit dose) อาจใช้ภาชนะบรรจุที่สะดวกในการตรวจสอบการได้รับยาอย่างถูกต้อง - สังเกตอาการผิดปกติ โดยเฉพาะเมื่อได้รับยารักษาชนิดใหม่ - ตรวจสอบการใช้และการเปลี่ยนของยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งที่ควรใช้ไป และเหลือตามแนวทางการรักษา |



| อ 4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย | ส 3 ส. สมอง ลึกลง ล้อม ลิทธิ | ย 1 ย. ยา |
|--|---|---------------------|
| อารมณ์ - ปรับตัวกับความจำกัดด้านร่างกายและความเจ็บป่วย - เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ชมรมผู้สูงอายุ/กลุ่มต่างๆตามความสามารถ - ปฏิบัติกิจทางศาสนา ตามความเชื่อ เช่น สวดมนต์ ปฏิบัติธรรม ฟังสมาธิ ทำบุญตามความเหมาะสม - หากิจกรรมงานอดิเรกที่เพลิดเพลิน และมีคุณค่าทางจิตใจ - ช่วยเหลือเกื้อหนุนครอบครัวตามความเหมาะสม | ลึกลงล้อม - จัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ รกรุงรัง กีดขวางทางเดินหรือเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุ - จัดให้มีแสงสว่างภายในบ้านเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณทางเดิน ห้องนำ - ดูแลพื้นบ้าน/พื้นห้อง ไม่ให้เปียกชื้น - อาจทำให้ลิ้นหกล้มได้ง่าย - จัดให้ออนเตียงที่ไม่สูงมาก และสะดวกในการลุกขึ้น - ปรับปรุงห้องน้ำให้สะดวกต่อการใช้ มีราวจับ ยึด เกาะ และไม่มีธรณีประตูที่อาจเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุ | |

| อ 4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย | ส 3 ส. สมอง ลึกลง ล้อม ลิทธิ | ย 1 ย. ยา |
|--|--|---------------------|
| ออกกำลังกาย - พยายามทำกิจกรรมประจำวันต่างๆด้วยตนเอง - ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนที่ตามความเหมาะสม - ออกกำลังกายหรือกายบริหาร ตามสภาพร่างกาย และความสามารถของตนเอง หรือตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข | ลิทธิ - เหมือนกลุ่มติดสังคม เพิ่ม - รับรู้สิทธิผู้พิการ | |
| อนามัย - เหมือนกลุ่มติดสังคม เพิ่ม - ดูแลการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด | | |

ติดตามตรวจสอบ : ติดตามประเมินปัญหาสุขภาพและการใช้ยา ประเมินการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพและสังคมภายใต้ความจำกัด
 ภาระงาน : รักษา/ส่งต่อข้อมูล/การดูแลสุขภาพเบื้องต้น เมื่อมีปัญหาสุขภาพ ปรึกษาและประสานการได้รับสิทธิที่พึงได้

2.2 การจัดการพัฒนาศักยภาพ

รพ.สต. มีภารกิจในการพัฒนาศักยภาพทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มอาสาสมัครต่างๆ รวมทั้งการเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุและครอบครัว (ผู้ดูแลในครอบครัว) ด้วย ทั้งนี้อาจประสานเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือเชื่อมโยงกับองค์กรอื่น เช่น พมจ. ชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของชุมชนกลุ่มต่างๆ

ชุดการให้บริการที่พึงมี เช่น ชุดการสร้างเสริมสุขภาพในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ชุดการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว ชุดการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หรือจิตอาสาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ที่เน้นทักษะในการพูดคุยให้กำลังใจ และเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังอาการสำคัญในผู้สูงอายุ ชุดการให้บริการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองในภาวะที่มีโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ชุดการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแล ควบคุมโรค ป้องกันภาวะทุพพลภาพและฟื้นฟูสภาพ

2.3 การจัดการประสานการบริการ

รพ.สต. ต้องเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย กับหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ และต้องเชื่อมโยงกับภาคีที่เกี่ยวข้อง ทั้งท้องถิ่น ชุมชน องค์กร และแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการให้บริการและสามารถทำงานสอดประสานกันได้ การบริการใน

ภารกิจนี้ได้แก่ การประสานการ**บริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP)** เป็นการประสานเพื่อให้มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร จิตอาสา และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังซับซ้อนและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ประสานบริการการติดตามการรักษา ประเมินสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน ประสานการป้องกันและการจัดการอาการของผู้สูงอายุ อาทิ ภาวะหกล้ม กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สมองเลื่อน และซึมเศร้า ประสานบริการดูแล ฟื้นฟูสุขภาพและสมรรถนะร่างกาย ประสานบริการเพื่อให้มีการรับปรึกษา/รับส่งต่อ/ เชื่อมต่อเพื่อการดูแลและหรือตรวจวินิจฉัยและรักษาต่อเนื่อง ประสานการพัฒนาระบบการดูแลผ่านสื่อทางไกล/ทางโทรศัพท์ **การประสานการบริการกับแกนนำท้องถิ่น** **หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** เป็นการประสานบริการเพื่อให้มีการจัดตั้งและสนับสนุนดำเนินงานศูนย์ดูแลกลางวัน (day center) ประสานการจัดตั้งแหล่งประโยชน์ในชุมชนเกี่ยวกับ อุปกรณ์ เครื่องใช้ในการดูแล และแหล่งประโยชน์ที่สามารถขอรับการสนับสนุนได้ **การประสานการบริการกับภาคีเครือข่าย** ในการดำเนินโครงการผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โครงการจิตอาสา โครงการช่วยเหลือด้านสุขภาพและสังคม หรือประสานการให้ได้รับสิทธิของผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพ เบี้ยผู้พิการ และสิทธิประโยชน์ต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพและสังคมที่ผู้สูงอายุควรได้รับ

3. บริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder)

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) เป็นกลุ่มที่มีความต้องการผู้ดูแลสูง และมีความต้องการการบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคม ดังนั้น รพ.สต. จึงต้องประสานการดูแลร่วมกับผู้ให้บริการภาคสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม หรือผู้สูงอายุและครอบครัวที่ประสบความทุกข์ยากลำบากเดือดร้อน

ภารกิจ รพ.สต. สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนั้น คือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ตามที่เป็นอยู่ ฝั่ระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้การบำบัดฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมทั้งให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความต้องการ และส่งเสริมให้ผู้ดูแล เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในสังคม

เมื่อวิถีความเจ็บป่วยและความสูงอายุเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต รพ.สต. จะให้การดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย โดยให้บริการที่มุ่งให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสงบ สนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลครอบครัวต่อเนื่องหลังการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

ดังนั้นภารกิจที่ รพ.สต. จัดให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนี้ จึงรวมถึงบริการผู้สูงอายุระยะสุดท้ายและคงเป็น 3 ภารกิจเช่นเดียวกับ

กับภารกิจที่จัดให้กับกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ 1) ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 2) ภารกิจการพัฒนาศักยภาพ และ 3) ภารกิจการประสานการบริการ (แผนภูมิที่ 3.4 และ 3.5)

การบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและระยะสุดท้ายนี้ ย่อมต้องเป็นบริการที่บูรณาการเช่นเดียวกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ โดยเป็นความร่วมมือของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ภาคสุขภาพและสังคม และต้องครอบคลุมทุกมิติสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการหลัก คือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัคร (อสส.และ อพส.) โดยประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ชุมชน/ท้องถิ่น ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่นกัน

เพื่อให้เห็นภาพการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ได้ชัดเจนและนำไปใช้ในการดำเนินการได้สะดวก ในที่นี้จะนำเสนอการจัดบริการผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (แผนภูมิที่ 3.4) แยกจากกลุ่มติดเตียงระยะสุดท้าย (แผนภูมิที่ 3.5)

3.1 บริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder)

การบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงนั้น จะคำนึงถึงคุณภาพชีวิตทุกมิติของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ โดยมุ่งให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับความจำกัดมากกว่าการมุ่งรักษาบำบัดโรค สำหรับภารกิจและชุดการให้บริการตามภารกิจทั้งสามมีดังต่อไปนี้

3.1.1 ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder)

บริการที่ รพ.สต. จัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เน้นที่การควบคุม

อาการต่างๆ ที่ผู้สูงอายุมีอยู่และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตด้วยเหตุที่แก้ไขได้ ดังนั้นภารกิจจึงผสมผสานทั้ง **การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสภาพ** ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ โดยจุดเน้นของชุดการให้บริการ คือการให้บริการเชิงรุกที่เข้าถึงบ้าน เป็นบริการที่จัดให้รายบุคคล และมีการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการ สิทธิและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุและครอบครัว

ชุดการให้บริการตามภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง (bed bound elder) ของ รพ.สต. จะเป็นไปตามปัญหาของผู้สูงอายุที่ได้จากการสำรวจผู้สูงอายุ และประกอบด้วย **1) ภารกิจ การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ที่มีชุดบริการเยี่ยมบ้าน ชุดบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) ภารกิจการพัฒนาศักยภาพ และ 3) ภารกิจประสานการบริการ** มีรายละเอียดดังนี้ (แผนภูมิที่ 3.4)

3.1.1.1 ชุดบริการเยี่ยมบ้าน (home visit) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในระดับที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน รวมถึงการประสานงานการดูแลกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ทั้ง อสม.และ อพส. เป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้ภายใต้การมอบหมายและติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บริการที่จัดให้ ประกอบด้วย **ชุดการส่งเสริมช่วยเหลือดูแลตามหลัก อ-ส-ย** ที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่มีระดับต่อเนื่องมากกว่าการชุดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ตารางที่ 3.3)

3.1.1.2 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เน้นการควบคุมและจัดการอาการไม่สบายของผู้สูงอายุ (symptom management) เผื่อระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว จากโรคและความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะทุพพลภาพจากสาเหตุที่แก้ไขได้ รวมถึงบริการที่สนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการดำเนินการจึงมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้รับผิดชอบ โดยต้องประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและองค์กรด้านสุขภาพอื่น ๆ

กลุ่มที่ 3.1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder)



แผนภูมิที่ 3.4 แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) โดย รพ.สต.

ตารางที่ 3.3 ชุดการให้บริการ: ชุดการส่งเสริมช่วยเหลือดูแลตามหลัก อ-ส-ย สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดย อสม.

| อาหาร | อ.อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย | ส. 3 ส. สมอง ล้างแผล ล้างมือ ล้างมือ ล้างมือ | ย. 1 ย. ยา |
|--|--|---|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - เหมือนกลุ่มติดเตียง - เพิ่ม - อาหารที่ส่งเสริมการขยับร่างกายจะ - ให้ได้รับอาหารในปริมาณและ - พลังงานเพียงพอเพียง - ให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ | <ul style="list-style-type: none"> - เหมือนกลุ่มติดเตียง - เพิ่ม - กระตุ้นการรับรู้ เช่น การตีตบฏิกิ - แขนงนาฬิกา ดิจิทัลที่มี - ความหมายหรือเปิดผ่าน ไฟ - เมื่อเป็นเวลากลางวัน และ บิดไฟ - ตอนกลางคืน ให้การดูแลโดย - บุคคลที่คุ้นเคย ชักชวนเพื่อนสนิท - มากเยี่ยมเยียน - กระตุ้นการรับรู้เป็นปัจจุบัน เช่น - บอกวัน เวลา หรือบอกกล่าวก่อน - ทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ทราบ - นำผู้สูงอายุออกนอกห้อง/บ้านเพื่อ - เปลี่ยนแปลงบรรยากาศ | <ul style="list-style-type: none"> - เหมือนกลุ่มติดเตียง - เพิ่ม - การให้ยาอย่างปลอดภัยไม่ล้า - การให้ยาทางสายยางให้อาหาร | |

| อ 4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย | ต 3 ต. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ | ย 1 ย. ยา |
|---|--|---------------------|
| อารมณ์ - เหมือนกลุ่มติดบ้าน เพิ่ม - ปฏิบัติกิจทางศาสนา ตามความเชื่อ เช่น สวดมนต์ ปฏิบัติธรรม ฟังสมาธิ - (ครอบครัว) ยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุและการต้องปรับวิถีครอบครัวเพื่อ | สิ่งแวดล้อม - จัดบริเวณที่อยู่ให้สงบ และรับรู้บรรยากาศ/สิ่งแวดล้อมภายนอกได้ - ดูแลทำความสะอาด รอบบริเวณที่พัก/ที่นอน ให้สะอาดไม่เม็กกลิ่น รบกวน - เลือกรูปการณที่ผู้สูงอายุหยิบใช้ได้สะดวก และจัดวางไว้ใกล้ตัวเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองไว้ให้มากที่สุด - จัดให้มีแสงสว่างภายในบ้านเพียงพอ | |

| อ 4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย | ต 3 ต. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ | ย 1 ย. ยา |
|---|---|---------------------|
| ออกกำลังกาย - กระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเองเท่าที่สามารถทำได้ - ออกกำลังกายหรือกายบริหารตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข - กระตุ้นให้ ออกกำลังกล้ามเนื้อแขนขา มีเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง อิริยาบถ ตามความสามารถ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ - ฟีกหายใจเข้าออกลึกๆ อย่างสม่ำเสมอ | สิทธิ - เหมือนกลุ่มติดบ้าน เพิ่ม - รับรู้แหล่งประโยชน์แหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ดูแล เช่น ที่นอนลม เตียงผู้ป่วย ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ | |

| <p>อ</p> <p>4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย</p> | <p>ส</p> <p>3 ส. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ</p> | <p>ย</p> <p>1 ย. ยา</p> |
|--|---|-------------------------|
| <p>อนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลสุขวิทยาของผิวหนัง ช่องปาก และอวัยวะขับถ่ายอย่างสม่ำเสมอ - ดูแลผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับอย่างสม่ำเสมอ | | |
| <p>ติดตามตรวจสอบ: ติดตาม ปัญหาสุขภาพ และการใช้ยา ประเมินการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพและสังคมภายใต้ความจำกัด ติดตามความต้องการช่วยเหลือในการดูแลของครอบครัว</p> | | |
| <p>ประสานงาน: บริการ/ส่งต่อข้อมูล/การดูแลรักษาเบื้องต้น เมื่อมีปัญหาสุขภาพ บริการและประสานการได้รับสิทธิที่พึงได้ ประสานเครือข่ายในการดูแล เยี่ยมเยียน ให้กำลังใจผู้สูงอายุที่บ้าน ประสานการดูแลตัวตรวจ</p> | | |

ชุดการให้บริการ ประกอบด้วย ชุดการควบคุมและจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้สูงอายุ (symptom management) ชุดการควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ชุดการให้บริการดูแลรักษาและทำหัตถการดูแลตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุดการให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ ชุดการประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว ชุดการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ เช่น การกลืนปัสสาวะไม่ได้ สมอเลื่อม และภาวะซึมเศร้า ชุดการบำบัดฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพ ที่มุ่งเน้นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความต้องการ ชุดการส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตสังคม และการต้องพึ่งพาผู้อื่น ชุดการให้คำปรึกษาการจัดสภาพแวดล้อม/อุปกรณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกในการดำรงชีวิต

3.1.2 ภารกิจการพัฒนาศักยภาพ

รพ.สต. มีภารกิจในการพัฒนาศักยภาพทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ รวมทั้งการเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุและครอบครัว (ผู้ดูแลในครอบครัว) ในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว รวมทั้งเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือเชื่อมโยงกับองค์กร

อื่น เช่น พมจ. ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างบูรณาการที่บ้าน

ชุดการให้บริการ ที่อยู่ในภารกิจการพัฒนาศักยภาพ เช่น ชุดการสนับสนุนการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ชุดการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ชุดการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครและจิตอาสาในการให้กำลังใจ และการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เคลื่อนที่ไม่ได้ เช่น การดูแลเรื่องอาหาร อนามัย การรับประทานยา กายภาพบำบัด และการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

3.1.3 ภารกิจการประสานการบริการ

รพ.สต. จะเชื่อมต่อและเชื่อมโยงประสานการดูแลผู้สูงอายุ โดยดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของภาคสุขภาพ คือ รพ.สต. อสม. อพส. และภาคสังคม คือ ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุดการให้บริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เช่น **ชุดประสาน/เชื่อมต่อ บริการ** ประกอบด้วย **การประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้สูงอายุกับโรงพยาบาลแม่ข่าย** เพื่อประสานการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้สูงอายุ ประสานการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อน หรือการเกิดโรคใหม่ ประสานการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ดูแลผู้สูงอายุ ประสานการปรึกษา ส่งต่อ การดูแลรักษา ตรวจวินิจฉัย และรักษาต่อเนื่อง ประสานการพัฒนาระบบการดูแลผ่านสื่อทางไกล/ทางโทรศัพท์ **การประสานการบริการกับแกนนำท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** เช่น การประสานชมรม/กลุ่มจิตอาสา/แกนนำท้องถิ่นในการจัดตั้งและให้บริการดูแลชั่วคราวตามความ

เหมาะสมการประสานการบริการกับภาคีเครือข่าย เช่น **การประสานกับหน่วยงานท้องถิ่น** พมจ. เพื่อให้การช่วยเหลือ บรรเทาปัญหาสังคมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มที่ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล และยากจน และประสานการได้รับบริการตามสิทธิของผู้สูงอายุที่ควรได้รับ

3.2 บริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย (Bed Bound Elder – End of Life)

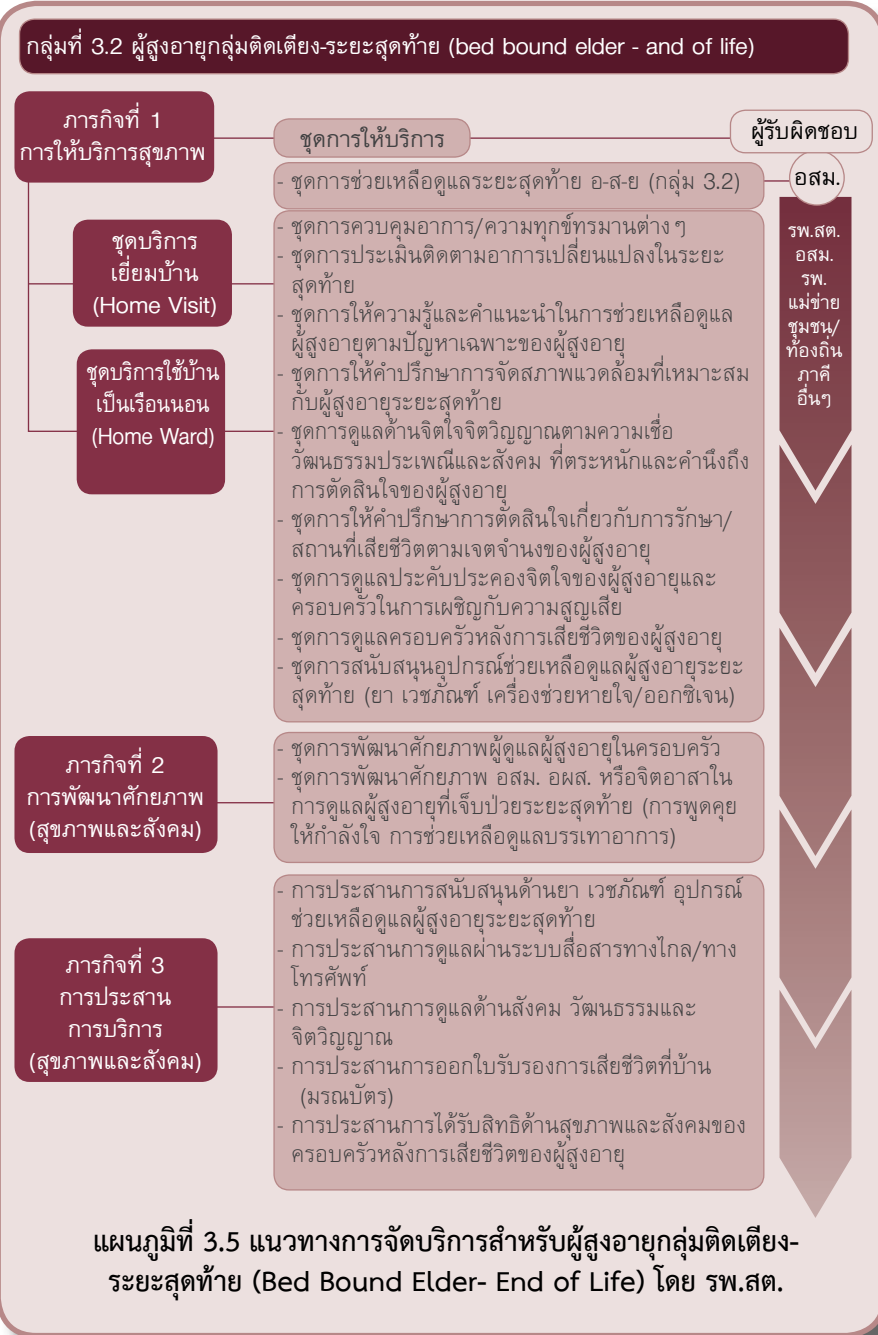
ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย (bed bound elder – end of life) จะมีช่วงเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ แตกต่างกัน แต่ความเจ็บป่วยจะมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ จนเสียชีวิตเช่นกัน บริการที่ รพ.สต. จัดให้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ จึงเป็นบริการที่เน้นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวและให้ความสำคัญกับมิติการดูแลทางด้านจิตใจที่เป็นไปตามความเชื่อของผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย

3.2.1 ภารกิจการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย (bed bound elder – end of life)

บริการที่ รพ.สต. จัดให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย มุ่งประโยชน์ที่พึงเกิดแก่ผู้สูงอายุเป็นหลัก มิใช่ตัวโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นการให้บริการเพื่อประคับประคองอาการ (palliative care) หรือที่เรียกว่าบริการเพื่อให้การเสียชีวิตเป็นไปอย่างสงบสุข (good death) และเป็นบริการที่สนับสนุนศักยภาพของครอบครัวให้สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านได้จนกระทั่งเสียชีวิต ภารกิจ

ที่ รพ.สต. ต้องรับผิดชอบนั้นยังคงมี 3 ด้าน คือ 1) การบริการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย ซึ่งมีชุดบริการเยี่ยมบ้าน และชุดบริการใช้บ้านเป็นเรือนนอน (home ward) 2) การบริการพัฒนาศักยภาพ และ 3) การบริการประสานการบริการ (แผนภูมิที่ 3.5)

3.2.1.1 ชุดบริการเยี่ยมบ้าน (home visit) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย เป็นการช่วยเหลือดูแลแบบประคับประคองเบื้องต้น ในกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน โดยครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ รวมถึงการช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว โดย อสม. อพส. และจิตอาสาอื่นๆ โดยจัดเป็น**ชุดการดูแลระยะสุดท้าย ตามหลัก อ-ส-ย** เช่นกัน (ตารางที่ 3.4) แต่เฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้ายที่เน้นที่การอยู่เป็นเพื่อนเพื่อให้กำลังใจและประคับประคองจิตใจผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงการช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพักเป็นครั้งคราว (respite care) ทั้งนี้โดยอยู่ภายใต้การมอบหมาย แนะนำ และติดตามโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ช่วยประสานงานระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวกับบุคลากรสุขภาพของ รพ.สต. เครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน หน่วยงานในท้องถิ่น และพระภิกษุ เพื่อเยี่ยมให้กำลังใจผู้สูงอายุ ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย และการขอรับสิทธิประโยชน์ต่างๆ



แผนภูมิที่ 3.5 แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย (Bed Bound Elder- End of Life) โดย รพ.สต.

ตารางที่ 3.4 ชุดการให้บริการ : ชุดการช่วยเหลือดูแลระยะสุดท้ายตามหลัก อ-ส-ย สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย โดย อสม.

| อ | ส | ย |
|---|--|--|
| 4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย | 3 ส. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ | 1 ย. ยา |
| อาหาร - ให้ได้รับอาหารในปริมาณที่รับได้ หรือตามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น อาหารที่เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย เช่น ประเภทต้ม ต้ม นึ่ง หรืออาหารอ่อน เผลวหรืออาหารปั่น - ให้ได้รับน้ำ ตามความต้องการ | สมอง - ลดกิจกรรมหรือสิ่งกระตุ้นการรับรู้ให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อน ในบรรยากาศที่สงบอบอุ่นหรือท่ามกลางครอบครัว และญาติมิตรที่ใกล้ชิด - จัดบรรยากาศที่เหมาะสม เช่น เปิดม่าน ไฟ เมื่อเป็นเวลากลางวัน และปิดไฟตอนกลางคืน | ยา - ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการทุกชนิด |

| อ | ส | ย |
|--|--|---------|
| 4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย | 3 ส. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ | 1 ย. ยา |
| ออกกำลังกาย - เคลื่อนไหวเท่าที่จำเป็น และเมื่อต้องมีการเคลื่อนไหวให้ทำอย่างระมัดระวัง ไม่ก่อให้เกิดอันตราย หรือความเจ็บปวด | สิ่งแวดล้อม - จัดให้อยู่ในบริเวณที่คุ้นเคยสงบ สะอาด ไม่มีกลิ่นรบกวน - จัดให้มีแสงสว่างในบ้านเพียงพอ | |
| | สิทธิ - เหนือกลุ่มติดบ้าน - มีการรับรู้สิทธิการช่วยเหลือจากการเสียชีวิต | |

| <p>อ</p> <p>4 อ. อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย</p> | <p>ค</p> <p>3 ค. สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ</p> | <p>ย</p> <p>1 ย. ยา</p> |
|--|---|-------------------------|
| <p>อนามัย</p> <p>- ให้การดูแลร่างกายผู้สูงอายุให้ สุขสบาย และสะอาด</p> | | |
| <p>ติดตามตรวจสอบ: ติดตาม ประเมินความต้องการช่วยเหลือของครอบครัว ปรุ่สถานงาน : ปรุ่รักษา/ส่งต่อข้อมูล/การสนับสนุนการดูแลระยะสุดท้าย ปรุ่รักษาและปรุ่สถานการได้รับสิทธิที่พึงได้ ปรุ่สถานเครื่องมือในการดูแล เยี่ยมเยียน ให้กำลังใจผู้สูงอายุและครอบครัว</p> | | |

3.2.1.2 ชุมบริการใช้บ้านเป็นเรือนนอน (home ward)

เป็นการให้บริการดูแลที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่เน้นการดูแล ปรุ่คับปรุ่คอง ในบรรยากาศของบ้านหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาหาร ให้กำลังใจ และสุขสงบ ชุมการให้บริการเป็นไปตามสภาพและ ความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น ชุมการบำบัดอาการและความทุกข์ ทรมานต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ชุมการให้ความรู้และคำแนะนำผู้ดูแล และครอบครัวในการดูแลอาการและการจัดสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุระยะสุดท้าย ชุมการดูแลด้านจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุ ที่มุ่งช่วยค้นหาความปรารถนาในชีวิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีการเตรียมตัวปลดเปลื้องสิ่งที่ค้างคาใจ และได้รับการตอบสนองความต้องการตามความเชื่อ ความศรัทธา และประเพณีที่ผู้สูงอายุยึดถือ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญ ความตายและจากไปด้วยจิตใจที่สงบ ชุมการให้คำปรุ่รักษาการ ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการตอบสนองความต้องการของ ผู้สูงอายุหรือการปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้สูงอายุ ชุมการปรุ่คับ ปรุ่คองจิตใจของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเผชิญกับความสูญเสีย ทั้งขณะเจ็บป่วยใกล้เสียชีวิต ขณะเสียชีวิต ที่เป็นการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีและสังคม โดยคำนึงถึง การตัดสินใจของผู้สูงอายุ ชุมการดูแลครอบครัวหลังการสูญเสีย ผู้สูงอายุ ชุมการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย เช่น ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ให้ออกซิเจนและเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

ชุดการให้บริการโดย รพ.สต. ที่นำเสนอในแนวทางปฏิบัตินี้ นั้น มีการกำหนดลักษณะกิจกรรม ผู้รับผิดชอบหลักและรองไว้อย่าง ชัดเจน แต่ในส่วนของระยะเวลาของการให้บริการในแต่ละกรณี และความถี่ห่างในการให้บริการนั้น รพ.สต. ต้องตระหนักว่าเป็น ส่วนที่มีความเป็นพลวัตรปรับเปลี่ยนเป็นไปตามธรรมชาติของ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และเพื่อรวบยอดความคิด สู่การนำไปใช้ในการให้บริการ จึงประมวลผลของการใช้ชุดบริการ โดยย่อไว้ใน ตารางที่ 3. 5

ตารางที่ 3.5 การใช้ชุดบริการ “4 H” สำหรับผู้สูงอายุ โดย รพ.สต.

| ชุดการให้บริการ | กิจกรรมบริการ | ระยะเวลาดำเนินการ (ผู้รับผิดชอบหลัก) | ผู้รับผิดชอบ | |
|------------------|--|--------------------------------------|---|-------------|
| | | | หลัก | รอง |
| Health Promotion | <ul style="list-style-type: none"> การสร้างเสริมพลังอำนาจ การให้ความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพ การส่งเสริมความสามารถใน การทำหน้าที่ให้สูงสุด | ในชีวิตประจำวัน (หรือตามที่กำหนด) | <ul style="list-style-type: none"> ผู้สูงอายุ (แกนนำ ผู้สูงอายุ) ที่ได้รับการ พัฒนา ศักยภาพ | อสม. รพ.สต. |
| Home Visit | <ul style="list-style-type: none"> การให้ความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมพลังอำนาจ การสร้างความสามารถใน การทำหน้าที่ การควบคุม/ป้องกันโรค | อย่างน้อยเดือนละครั้ง | <ul style="list-style-type: none"> อสม.ผู้สูงอายุ (จิตอาสา) ที่ได้รับการ พัฒนา ศักยภาพ | รพ.สต. |

| ชุดการให้บริการ | กิจกรรมบริการ | ระยะเวลาดำเนินการ (ผู้รับผิดชอบหลัก) | ผู้รับผิดชอบ | |
|------------------|--|---|---|----------------------------------|
| | | | หลัก | รอง |
| Home Health Care | การสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองและครอบครัว การให้ความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพ | 1-2 สัปดาห์ต่อครั้ง (ตามปัญหาหรือตามที่กำหนดและให้การปรึกษาทางโทรศัพท์) | รพ.สต. (และร่วมกับโรงพยาบาล แม่ข่ายตามปัญหา) | อสม.ชมรม ผู้สูงอายุ (จิตอาสา) |
| Home ward | การดำรงคุณค่าของชีวิต การลดความทุกข์ทรมาน (ผู้สูงอายุและครอบครัว) | ทุก 1-2 วัน (ตามปัญหาหรือตามที่กำหนดและให้การปรึกษาทางโทรศัพท์) | รพ.สต. (และร่วมกับโรงพยาบาล แม่ข่ายตามปัญหา) | อสม.ชมรม ผู้สูงอายุ (จิตอาสา) |

3.2.2 การกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ

รพ.สต. จะให้บริการพัฒนาศักยภาพ ครอบครัว จิตอาสา ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มระยะสุดท้าย โดยเน้นการดูแลด้านร่างกาย ให้สุขสบาย และดูแลทางด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อและวัฒนธรรม ประเพณี ชุดการให้บริการในภารกิจนี้ ชุดการพัฒนาศักยภาพ ศักยภาพอสม. อพส. อาสาสมัครอื่นและจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย

3.2.3 การกิจกรรมประสานการบริการ

การบริการในภารกิจนี้ได้แก่ **การประสานการบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP)** เป็นการประสานการสนับสนุนด้านยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย ประสาน การพัฒนาระบบการดูแลผ่านสื่อทางไกล/ทางโทรศัพท์ **การประสานการบริการกับแกนนำและท้องถิ่น** เช่น การประสานชมรม/กลุ่มจิตอาสา/แกนนำท้องถิ่น ในการจัดตั้งและให้บริการดูแลชั่วคราว ประสานกับตัวแทนด้านศาสนาในการดูแลด้านด้านสังคม และจิตวิญญาณผู้สูงอายุและครอบครัว **การประสานการบริการกับภาคีเครือข่าย** อาทิ ประสานการออกไปรับรองการเสียชีวิตที่บ้าน ประสานการได้รับสิทธิด้านสุขภาพและสังคมของครอบครัวหลัง การเสียชีวิต

สรุป

แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งสามกลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (well elder) หรือกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ที่ครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย (bed bound elder-end of life) นั้น ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของบริการ ดังนั้นชุดการให้บริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจึงแตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นไปตามลักษณะทางสุขภาพและสังคมที่ต่างกันของผู้สูงอายุนั้นเอง แต่สิ่งที่เหมือนกันในการให้บริการผู้สูงอายุทุกกลุ่มนั้น คือ รพ.สต. มีภารกิจอย่างน้อย 3 ด้านที่ต้องให้บริการ ได้แก่ **ภารกิจการให้บริการสุขภาพ ภารกิจการพัฒนาศักยภาพ และภารกิจการประสานบริการ**

ชุดการให้บริการสุขภาพที่นำเสนอนี้มีผู้รับผิดชอบหลัก คือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. โดยชุดการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่มนั้นใช้คำว่า อ-ส-ย เป็นอักษรช่วยจำ และถ้าหากจะประมวลชุดการให้บริการของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยใช้อักษรย่อว่า “4 H” คือ บริการที่ รพ.สต. ต้องจัดให้ผู้สูงอายุ ซึ่ง 4 H นั้น หมายถึง Health promotion, Home visit, Home health care และ Home ward นั้นเอง

ความที่ รพ.สต. เป็นมิติใหม่ของการบริการ ที่ไม่ใช่เพียงการเป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจเท่านั้น แต่ต้องสามารถให้บริการที่เรียกว่าเชิงรุก บูรณาการและต่อเนื่องได้ ซึ่งการจะดำเนินการให้บริการตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องการความ**เชื่อมต่อ**

กับบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และ**เชื่อมโยง**กับชุมชน แกนนำ ภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม ดังนั้นการบริหารจัดการ (management) อย่างมีประสิทธิภาพของ รพ.สต. จึงเป็นกุญแจนำสู่ความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นกลุ่มประชากรที่ทวีจำนวนมากขึ้นในอนาคตอันใกล้นี้ +



บทที่ 4

การนำแนวปฏิบัติไปใช้
เพื่อการจัดบริการสำหรับ
ผู้สูงอายุในชุมชน
โดย รพ.สต.





การนำแนวปฏิบัติไปใช้นำเสนอผ่านเรื่องเล่าที่มาจากพื้นที่
ทั้งนี้เพื่อขยายความชัดเจนของ 2 ประเด็นสำคัญ ในหนังสือนี้ คือ
1. แนวปฏิบัติที่ 1 การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุนั้น มีการดำเนินการอยู่
แล้วในพื้นที่ เพียงแต่วิธีใหม่นี้ เป็นการจัดแบ่งกลุ่มตามปรากฏการณ์
จริงโดยอิงหลักวิชาการผู้สูงอายุเพื่อให้เดินได้ตรงเป้าตรงจุด
และถ้าจะนำใช้ก็ไม่ใช่เรื่องที่ยุ่งยาก

2. แนวปฏิบัติที่ 2 การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มต่าง
แบบอย่างจากเรื่องเล่า จะช่วยให้เข้าใจว่า ชุดการให้บริการทั้งหลาย
มีเป้าหมายตอบสนองของความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม
โดยเรื่องเล่าชุดบริการ ไม่ว่าจะ เป็นชุดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ
ชุดการให้บริการเยี่ยมบ้าน ชุดการให้บริการดูแลที่บ้านที่เสนอ
การดูแลผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง
กลุ่มติดเตียงระยะสุดท้ายนั้น
จะให้ตัวอย่างการต่อยอดงานเก่าที่คุ้นเคย
ให้มีความชัดเจนและเน้นการบริการด้วยใจ ใช้หลักบูรณาการ
ประสานเชื่อมต่อและเชื่อมโยง
ตัวอย่างภารกิจด้านการพัฒนาศักยภาพนั้น มีภาพจากการพัฒนา
ศักยภาพอาสาสมัครเป็นเรื่องเล่าสู่แนวทางในประยุกต์นำใช้
เพราะโอกาสต่อไปในการพัฒนา รพ.สต. ต้องการการมีส่วนร่วม
รวมทั้งต้องเชื่อมโยงกับภาคีได้อย่างยั่งยืน



แนวปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุที่นำเสนอในหนังสือเล่มนี้ เน้นที่การให้บริการที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ด้วยเห็นว่าผู้สูงอายุนั้นมีความต้องการด้านสุขภาพและสังคมที่แตกต่างกัน จึงเป็นที่มาของ**แนวปฏิบัติที่ 1** ว่าด้วย **การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ**อย่างมีหลักวิชาการที่มีแม่บทให้ไว้เป็นแนวทางจำแนกตามด้วย**แนวปฏิบัติที่ 2** **การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ** โดยให้ทั้งเป้าหมายและชุดการให้บริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มไว้ เพื่อเป็นแนวทางให้ รพ.สต. ถอดแบบไปดำเนินการให้กับผู้สูงอายุในชุมชนตามบริบทแห่งตน ซึ่งนอกจากจะใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการแล้ว ยังใช้เป็นแนวทางในการตรวจสอบความครอบคลุมของบริการที่ รพ.สต. ต้องดำเนินการให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย

การนำใช้แนวปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุในชุมชนโดย รพ.สต. แม้สิ่งสำคัญ คือ การทำความเข้าใจแนวคิดการจัดแบ่งกลุ่มเพื่อการจัดบริการ แต่สิ่งที่สำคัญกว่า คือ การถอดแนวคิดทั้งการจำแนกกลุ่มและการจัดชุดการให้บริการตามภารกิจด้านต่างๆ ให้เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการได้จริงตามบริบทของ รพ.สต. นั้นๆ

เรื่องเล่าต่อไปนี้เป็นเรื่องเล่าที่สะท้อนต่อสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้ดำเนินการและมีความสำเร็จ ก่อให้เกิดความภูมิใจต่อผู้เล่า และเป็นเรื่องเล่าที่เข้าได้กับการเป็นตัวอย่างเพื่อการนำใช้แนวปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุในชุมชน โดย รพ.สต. ที่นำเสนอไว้ในหนังสือนี้ เรื่องทุกเรื่องประมวลมาจากการดำเนินการจริงในพื้นที่ อันเป็นสิ่ง

ยืนยันว่า เคยทำมาแล้วและสามารถทำได้ เพียงแต่ต้องการเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีดำเนินการเท่านั้น

ตัวอย่างจากหลายพื้นที่แม้จะช่วยขยายความเป็นไปได้ในการพัฒนาหรือประยุกต์ใช้ แต่ไม่ใช่ภาพสมบูรณ์ของการดำเนินงานของ รพ.สต. ในการจะเป็นโรงพยาบาลรูปแบบใหม่ที่เน้นบริการเชิงรุก มีการบูรณาการ เชื่อมต่อและเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย ดังนั้น การจัดบริการให้กับผู้สูงอายุที่เป็นไปตามหลักวิชาการ และเหมาะสมกับบริบทของชุมชนที่เป็นอยู่ จึงเป็นโจทย์สำคัญที่ รพ.สต. ต้องหาคำตอบและต่อยอดดำเนินการให้สำเร็จต่อไป

1. การนำใช้แนวปฏิบัติในการสำรวจและจำแนกกลุ่มจากพื้นที่

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามแนวปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุในชุมชนโดย รพ.สต. ที่นำเสนอในครั้งนี้ ไม่ได้ใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการจำแนกกลุ่ม แต่ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability) ของผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคมเป็นสำคัญ โดยด้านสุขภาพนั้นอาศัย**ความสามารถในการทำหน้าที่โรค/การเจ็บป่วย/กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ** เป็นเกณฑ์ ส่วนด้านสังคมนั้นเกณฑ์ที่ใช้ คือ **การมีส่วนร่วมและความทุกข์ยากที่ผู้สูงอายุประสบอยู่** และให้แนวทางการจำแนกกลุ่มว่า ต้องมีกระบวนการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน โดยข้อมูลที่ต้องบูรณาการทุกข้อมูลที่จำเป็นและที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และควรดำเนินการโดยการมี

ส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและยังประโยชน์กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และสามารถพัฒนาเป็นฐานข้อมูลต่อไปได้

ตัวอย่างเพื่อการเรียนรู้ว่า การจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้ข้อมูลสุขภาพและสังคม มีการบูรณาการคนและงาน และมีเกณฑ์กำหนดที่ชัดเจนเป็นหลักยึดถือนั้น สามารถทำได้และได้มีการดำเนินการอยู่จริง เพียงแต่การจัดแบ่งกลุ่มที่ปรากฏในหนังสือนี้ อาศัยหลักวิชาด้านผู้สูงอายุ โดยมุ่งให้เกิดบริการที่เหมาะสม เรื่องเล่าที่จัดให้จึงเพื่อประกอบการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมและตามเป้าหมาย

เรื่องเล่าที่ 4.1 การมีส่วนร่วมของ รพ.สต. ในการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชน (โครงการ CTOP)

เล่าเรื่องโดย พรรณิภา ไชยรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ในปี พ.ศ. 2550 ตำบลสะอาดได้รับเลือกให้เป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการ CTOP ในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคณะกรรมการ 3 ระดับ คือ ระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ในระยะแรกเริ่มโครงการ มีกิจกรรม คือ 1) การประเมินข้อมูลศักยภาพชุมชน โดยการสัมภาษณ์ แกนนำ ผู้นำท้องถิ่น นายก อบต. และหัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพ (นักวิชาการสาธารณสุข) และ 2) การประเมินข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (ภาคผนวกที่ 2.6) ซึ่งมี 7 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ข้อมูลเศรษฐกิจและสังคม (3) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (4) ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (5) สภาพที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย (6) สัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวและสังคม และ (7) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการสำรวจผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทุกคนที่อาศัยในพื้นที่ตำบลสะอาดในปีที่ผ่านมา เป็นเวลา 6 เดือน ขึ้นไป ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 986 คน

กิจกรรมการดำเนินงาน 1) เริ่มจากการฝึกอบรมวิธีการเก็บข้อมูล 2 วัน โดยใช้กลุ่มเยาวชน 30 คน จับคู่กับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอีก 30 คน ร่วมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการใช้แบบสอบถาม

ซึ่งมีข้อดี คือ เยาวชนจะมีความสามารถด้านการจดบันทึก ในขณะที่ผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุจะมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและสนทนา 2) มีการประสานงานกับผู้ใหญ่บ้าน ในการประชาสัมพันธ์ 3) ให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมารวมกันที่ศาลากลางบ้าน ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน-ติดเตียงจะมีอาสาสมัครผู้ติดตามเก็บข้อมูลที่บ้านจนครบทั้งหมด ใช้เวลาประมาณ 20 วัน และ 4) บันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยอาสาสมัครแกนนำกลุ่มเยาวชน 5 คน 5) ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการสำรวจ พบปัญหาอันดับแรกๆ ของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาเรื่องตา ปัญหาฟัน อาการหลงลืม และโรคเรื้อรัง เป็นต้น หลังจากสอบถามข้อมูล มีการนำปัญหามาจัดทำ “แผนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม” และดำเนินการโครงการตามปัญหา อาทิ โครงการคัดกรองและดูแลปัญหาสายตา โครงการคัดกรองและดูแลสุขภาพช่องปาก และการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน หรือ ADL เป็นต้น

บทเรียนรู้อจากเรื่องเล่าที่ 4.1 คือ
ความสำเร็จของการดำเนินการสำรวจนั้น
ต้อง “บูรณาการคน บูรณาการงาน”

- ทีมทำงานร่วมหลายระดับ และใช้ศักยภาพชุมชน
 - แบบสำรวจข้อมูลที่บูรณาการ:
สุขภาพและสังคม มีความจำเป็น
 - ข้อมูลที่มีคุณภาพต้องมีการเตรียมการสำรวจ
 - ฐานข้อมูลชุมชน
- นำสู่การใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์

เรื่องเล่าที่ 4.2 ฐานข้อมูลชุมชน ในโครงการวิจัยขับเคลื่อนระบบบริการอย่างบูรณาการเพื่อสิทธิและสุขภาวะของผู้สูงอายุในระดับชุมชน จังหวัดสกลนคร

เล่าเรื่องโดย นิดดา คำนิยม นักวิจัยในโครงการขับเคลื่อนฯ

การสร้างระบบบริการอย่างบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อสนองตอบต่อสิทธิและสุขภาวะของผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายสำคัญของโครงการ ดังนั้น “ฐานข้อมูลชุมชน” จึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่ที่สำคัญมากกว่า คือ ข้อมูลอะไรบ้างที่เป็นฐานข้อมูล และจะได้ข้อมูลนั้นได้อย่างไร

การสำรวจชุมชน การสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเชิงคุณภาพนั้นอาศัยแบบสัมภาษณ์หรือแบบประเมินสุขภาพที่บูรณาการสุขภาพในทุกมิติไว้ ในการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ทีมงานไม่เพียงเป็นผู้ใช้ข้อมูลแต่ต้องการคืนข้อมูลสุขภาพสู่ผู้สูงอายุ เพื่อการใช้ประโยชน์ได้อย่างต่อเนื่องจริง สมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นส่วนเติมเต็มความต้องการนี้ โดยสมุดบันทึกนี้ มีส่วนบันทึกทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคม อีกทั้งมีส่วนที่ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถบันทึกเพิ่มเติม โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสุขภาพ จึงนับว่าเป็นสมุดบันทึกสุขภาพเล่มแรกที่น่าสู่การประเมินอย่างองค์รวม สมุดบันทึกสุขภาพนี้จะเก็บไว้ที่ผู้สูงอายุ พร้อมการกำชับให้นำไปเมื่อเข้ารับบริการ

การคัดสรรผู้ทำการสำรวจข้อมูลชุมชนนั้นมีความสำคัญ เพราะต้องการความแม่นยำของข้อมูล ดังนั้นกระบวนการจัดเตรียม

นักสำรวจและการตรวจสอบอย่างมีระบบจึงมีความจำเป็น ผลการสำรวจไม่เพียงจัดเป็นฐานข้อมูล แต่มีการนำใช้ประโยชน์ในการจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ และมีกระบวนการคืนข้อมูลให้กับชุมชน และให้มีเวทีประชาคมพิจารณาข้อมูล และร่วมจัดทำแผนชุมชน ในการพัฒนาโครงการเพื่อตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ สิทธิและสังคม

เพื่อให้การตัดสินใจกลุ่มผู้สูงอายุเป็นความเป็นจริง มีความโปร่งใส ยุติธรรมและตรวจสอบได้ โครงการจึงได้พัฒนา 1) คำนิยาม และลักษณะของผู้สูงอายุที่ยากไร้และถูกทอดทิ้งไว้และกำหนดให้เป็นแม่บทใช้ในการตัดสินใจ 2) แบบประเมินสภาพตามความเป็นจริงของผู้สูงอายุที่สอดคล้องเพื่อการให้ได้ข้อมูลใช้ประกอบการตัดสินใจ 3) กระบวนการตัดสินใจโดยกรรมการอย่างน้อย 2 ชุด กรรมการภายในชุมชนที่ใกล้ชิด กับกรรมการภายนอกที่อาจเป็นผู้ที่ชุมชนนับถือหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการ

ผู้มีส่วนในการจัดบริการทั้งสุขภาพและสังคมล้วนมีบทบาทสำคัญในการเป็นคณะกรรมการตัดสินใจกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงการพิจารณาร่วมกัน อันเป็นการสร้างความเข้าใจและรับรู้ปัญหาทุกด้านที่ผู้สูงอายุประสบ อีกทั้งยังเป็นจุดเริ่มต้นการบูรณาการงานสุขภาพและสังคมร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

บทเรียนรู้จากเรื่องเล่าที่ 4.2 คือ ฐานข้อมูลที่ครอบคลุม และการคืนข้อมูล จะช่วยในการตัดสินใจวางแผนของเจ้าของข้อมูล และการตัดสินใจต้องการ “หลักเกณฑ์ที่ชัดเจน และโดยการมีส่วนร่วม”

- ฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชน คือ ทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง และมีผลกับสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
- การคืนข้อมูลให้กับผู้สูงอายุและชุมชน การประชาคม การจัดทำแผนชุมชนมีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
- การพิจารณาตัดสินใจกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการจัดบริการ ต้องมีแม่บทให้ยึดถือในการพิจารณา
- การพิจารณาาร่วมกันของภาคีเครือข่าย นำสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการร่วมกันในการให้บริการ

2. การนำใช้ชุดการให้บริการ

ชุดการให้บริการ (service package) ในที่นี้ หมายถึง บริการต่าง ๆ ที่ดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะหรือเป้าหมายของการบริการผู้สูงอายุ ดังนั้นการนำใช้ชุดบริการจึงสามารถจัดการได้หลายลักษณะ เช่น อาจจัดบริการเป็นรูปแบบการบริการ โครงการบริการ และโปรแกรมการบริการ และบริการต่าง ๆ ตามชุดการให้บริการนั้น อาจเป็นบริการที่ดำเนินการได้โดยลำพังของ รพ.สต. เอง หรือต้องมี**เชื่อมต่อกับ**ภาคีด้านสุขภาพ หรือ**เชื่อมโยง**กับชุมชน แกนนำชุมชน ท้องถิ่น องค์กรอื่น ๆ หรือแม้แต่กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุเองในการให้บริการสุขภาพและสังคม อีกทั้งเป็นชุดการให้บริการที่อาจเป็นเพียงเชิงรับหรือรุกอย่างเดียว หรือมีทั้งสองรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชนหรือตามต้นทุนเงินและต้นทุนสังคมของแต่ละพื้นที่ ที่สำคัญคือต้องตามปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มในชุมชน ที่ย่อมต้องการการส่งเสริม ป้องกัน เยียวยาและฟื้นฟู ในระดับที่แตกต่างกัน

การนำใช้ชุดการให้บริการในที่นี้จะให้ภาพการนำใช้ชุดบริการตามภารกิจของ รพ.สต. ซึ่งแต่ละเรื่องเล่าจะมีตัวชูโรงและจุดเด่นของการดำเนินการที่มาจากพื้นที่จริง ที่เชื่อว่าจะทิ้งประเด็นให้คิดขยายนำไปในพื้นที่ต่อไปได้

2.1 ชุดการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ

เรื่องเล่าที่ 4.3 ชมรมผู้สูงอายุ : คิดเป็น ทำเป็นของบ้านโสก อำเภอลำสนัก จังหวัดเพชรบูรณ์

เล่าเรื่องโดย เตือนใจ สิงห์นนท์ ประธานชมรมผู้สูงอายุบ้านโสก อำเภอลำสนัก จังหวัดเพชรบูรณ์ และหัวหน้า รพ.สต. น้ำก้อ (การสัมภาษณ์)

ชมรมผู้สูงอายุบ้านโสก ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2546 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข สถานที่ทำการอยู่ที่ รพ.สต. เริ่มแรกมีสมาชิก 40-50 คน ปัจจุบันมีสมาชิกประมาณ 500 คน ชมรมผู้สูงอายุมีศักยภาพและมีความเข้มแข็ง ส่วนหนึ่งด้วยการที่ประธานชมรมเคยเป็นข้าราชการครู จึงทำให้การดำเนินงานมีทิศทาง โดยเฉพาะการนำความต้องการของสมาชิกมาประมวลเป็นโครงการ เสนอขอรับการสนับสนุน และการประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้มีผู้สนับสนุนกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่อง

แหล่งสนับสนุนกิจกรรมของชมรมนี้มีหลากหลาย ได้แก่ พม. สสส. อบจ. อบต. พมจ. ตัวอย่างโครงการที่ทางชมรมผู้สูงอายุจัดทำ ได้แก่ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบยั่งยืน (สสส.) โครงการเรียนรู้กฎจราจรในการขับซึร์ดจักรยาน (พม.) โครงการอบรมศึกษาดูงานการฟื้นฟูดูแลและพิทักษ์ผู้สูงอายุของคนสามวัย และโครงการประกวดแผนไทย เป็นต้น

จุดเด่นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การมีกิจกรรมหลากหลายให้คนเข้าถึงการมีชมรมย่อยถึง 7 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุใส่ใจสุขภาพ ชมรมจักรยานลุยหมอก ชมรมกีฬา (เปตอง ฟุตบอล)

ชมรมบ้านไม้รัฐโรย (คาราโอเกะ) ชมรมภูมิปัญญาท้องถิ่น ชมรม นวดแผนไทย ชมรมสืบสานศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน ตัวอย่าง การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสร้างสุขภาพ อาทิ กลุ่มจักรยานลุยหมอก กลุ่มฤๅษีตัดต้น กลุ่มไต่แก๊ก กลุ่มรำไม้พลอง กลุ่มเซิ้งทรรษา กลุ่มออกกำลังกาย ทำภูมิปัญญาท้องถิ่นและทำ ประยุกต์ และการละเล่นแมงต๊อบเต่า เป็นต้น “การกระจายงานและ มีการจัดตั้งชมรมย่อย ทำให้การขับเคลื่อนของชมรมดีขึ้น” (ประธาน ชมรมผู้สูงอายุ)

ตัวอย่างกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ ภูมิใจ และดูจะเข้าตาพาทองงานรับแขกที่มาเยือนได้คือ **จักรยาน ลุยหมอก** ที่ผู้สูงอายุบ้านโสภโกล รวมกลุ่มปั่นจักรยานตั้งแต่เช้าตรู่ (05.30 น.) เริ่มต้นจากบ้านประธานชมรมฯ ปั่นจักรยานไป-กลับ ร่วม 20 กม. เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ ยกเว้นวันพระและวันฝนตก ซึ่งผลพลอยได้นอกจากออกกำลังกายแล้วยังได้งานสังคมพบปะ ทักทายกันอย่างทั่วถึงด้วย

อีกตัวอย่างคือ **การออกกำลังกายทำภูมิปัญญาท้องถิ่นและทำ ประยุกต์** ที่มีผู้นำกลุ่ม 3-4 คน แต่ละคนมีสไตล์เฉพาะตัว อาทิ ทำ ออกกำลังกายผสมผสานการนำเสนอข่าวคราวทันสมัย หรือเกร็ด ความรู้ เป็นภาษากลอนนำฟังระหว่างการออกกำลังกาย กลุ่มนี้มักจะรวมกันที่ลานเอนกประสงค์ของ รพ.สต. เป็นประจำทุกวัน และ ในวาระพิเศษอื่นๆ เช่น เมื่อมีผู้มาเยือน รพ.สต. เป็นต้น ผลลัพธ์ที่ได้ คือ สมาธิ พลังสมอง พลังกาย ได้รับรู้ข่าวสาร รวมถึงมีจิตใจ ที่เบิกบาน ด้วย

ชมรมผู้สูงอายุบ้านโสภโกลไม่เพียงแต่สร้างเสริมสุขภาพตนเอง เท่านั้น ยังสร้าง **คุณค่าในสังคม** โดยการเป็น **จิตอาสา : อาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)** โดยการที่ พมจ. ได้เห็นถึงความเข้มแข็งของ ชมรมผู้สูงอายุ จึงจัดให้เป็นพื้นที่นำร่อง อบรบ อผส. จำนวน 100 คน โดยร่วมกับ **รพ.สต.บ้านโสภ** ทำการสำรวจผู้สูงอายุ นำข้อมูลที่ได้ มาแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสีแดง และกลุ่มสีเขียว โดย “เริ่มแรก อผส. 100 คน ไปอบรมที่จังหวัดเพชรบูรณ์ จากนั้นก็มา สำรวจผู้สูงอายุในหมู่บ้านทุกหมู่บ้านว่ามีกี่คน แล้วมาแบ่งกลุ่ม เป็นกลุ่มสีแดง และกลุ่มสีเขียว

กลุ่มสีแดงหมายถึง ผู้สูงอายุที่ขาดแคลน ยากจนช่วยเหลือ ตัวเองไม่ได้ ขาดคนดูแลหรือคนดูแลไม่เอาใจใส่ เพิกเฉย ส่วนกลุ่ม สีเขียวหมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้

มีผู้ดูแล อผส. บางคนเป็นญาติพี่น้องของผู้สูงอายุกลุ่มสีแดง จะนำไปอบรมด้วยเพื่อให้กลับมาเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่ ผ่านการอบรมจะมีเกียรติบัตรจากสาธารณสุขจังหวัดทุกคน หลังจาก อบรมก็จะออกปฏิบัติงานในพื้นที่ บางครั้งก็สลับเปลี่ยนหมู่บ้านกัน ดูแลผู้สูงอายุเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เช่น อผส. หมู่ที่ 1 ไป ดูแลผู้สูงอายุหมู่ที่ 3 อผส. หมู่ที่ 3 ดูแล หมู่ที่ 2 สลับกันไปเรื่อยๆ แบบนี้ เพื่อแลกเปลี่ยนกันบางเดือนก็ออกหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน **พร้อมกัน”**

บทบาท รพ.สต. : การสนับสนุนศักยภาพผู้สูงอายุ และ อผล.
 “ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง สามารถช่วยตนเองได้ดี มีศักยภาพ
 ทางเรา (รพ.สต.) เพียงแต่คอยช่วยเหลือและสนับสนุน ท่านก็
 สามารถทำได้เอง” และ“การทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุจะคิดว่า
 ทำอย่างไรให้สุขภาพผู้สูงอายุดีขึ้น คิดโครงการสัจจร กลุ่มผู้สูงอายุ
 ที่ติดบ้าน ติดเตียง จะมีการเยี่ยมบ้าน ให้บริการการดูแล ประเมิน
 สุขภาพผู้สูงอายุ สนับสนุนอุปกรณ์ ให้กำลังใจ กรณีส่งต่อก็จะ
 ประสาน รพ.หล่มสัก และประสาน อบต. ในการนำส่ง ถ้าไม่มีญาติ
 ก็จะประสาน อผล. ไปเป็นเพื่อน” (หัวหน้า รพ.สต.)



บทเรียนรู้อาจจากเรื่องเล่าที่ 4.3 คือ

1) “สัมพันธ์ดี มีการสนับสนุน สร้างทุนสังคม”

เป็นพลังแห่งความสำเร็จ

2) รพ.สต. ทำหน้าที่สร้างเสริมพลังอำนาจผู้สูงอายุ

ให้“สูงวัยอย่างมีคุณค่า” และ “จิตอาสาคือทางเลือก”

- การส่งเสริมการรวมกลุ่มสร้างสุขภาพโดยผู้สูงอายุเอง
 เป็นสิ่งที่ทำได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการสร้างเสริมพลังอำนาจ
 มีการสนับสนุนโดย รพ.สต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 กิจกรรมจะต่อเนื่องและยั่งยืน
- การสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ต้องมีหลากหลายกิจกรรมให้เลือกตามนัด
 ต้องจัดให้สนุกทุกคนร่วมได้
 - การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ระหว่างชมรมผู้สูงอายุ
 และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. การประสานงานและได้รับการสนับสนุน
 จากหน่วยงานต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุสร้างเสริมสุขภาพได้
 อย่างมีความสุขและยังแผ่แผ่ความสุขให้กับชุมชน
 ด้วยการเป็นจิตอาสา อันเป็นทุนทางสังคมที่มีค่ายิ่ง

เรื่องเล่าที่ 4.4 จิตอาสาสูงวัย ใช้ความรู้ดูแลชุมชน
ของ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
เล่าเรื่องโดย วารี ระกิด จิตอาสา ข้าราชการบำนาญ

ที่มาของจิตอาสา หลังเกษียณอายุราชการ ปี พ.ศ.2548 จากกรุงเทพฯ เพื่อกลับมาดูแลคุณแม่วัย 94 ปี ตั้งปณิธานว่าหลังเกษียณแล้วจะกลับมาดูแลคุณแม่ และจะ**ใช้ปัญญาช่วยเหลือชุมชน**บ้านเกิด ตามความรู้ที่มีอยู่จากประสบการณ์เป็นครูพยาบาล ชุมชนกว่า 23 ปี

มหันตภัยของผู้สูงวัยคือ โรคเรื้อรัง “เมื่อมองซ้าย-ขวา หน้าหลัง เพื่อหาตัวพื้ร่อง (ชุมชนบ้านเรา) ยังขาดโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพอะไรบ้าง มีสิ่งใดที่จะพอทำได้บ้าง” และ “เมื่อมองดูแล้วเห็นว่า กลุ่มที่น่าเป็นห่วง คือ รุ่นวัยราว คราวเดียวกัน หรือวัย 60 บวก/ลบ 5 ปี หรือ 55 - 80 ปี เป็นวัยที่กำลังเดินเข้าสู่ภาวะโรคเรื้อรัง ไม่โรคใดก็โรคหนึ่ง ถ้าหากปล่อยให้เจ้าโรคเรื้อรังเหล่านี้มากुकคามโดยตั้งตัวไม่ติดแล้ว ไม่ได้แน่ๆ จะต้องเข้าประชิด ป้องกันส่งเสริมและฟื้นฟูให้เจ้าโรคเรื้อรังเหล่านี้ตั้งตัวเป็นพระเอกได้ง่ายๆ”

ขจัดภัยได้อย่างไร “ความคิดวิงกระตุกว่า ต้องทำอย่างหนึ่งอย่างใดแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรวมพลพรรคผู้สูงวัย ให้ออกจากบ้านมาร่วมมือร่วมใจ ใกล้ชิดขจัดเจ้าโรคเรื้อรังที่มาเยือนและที่ยังไม่ได้เสนอหน้ามา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภูมิด้านทานของแต่ละคนว่า

มีต้นทุนกันคนละเท่าใด คนทำบุญมากจะมีต้นทุนมาก คือ กาย ใจ จิตสังคัม จิตวิญญาณ มีพลังส่งเสริมปกป้องโรคเรื้อรังได้ดีกว่าคนทำบุญมาน้อย คือ กินๆ นอนๆ กินไม่เลือก หมกมุ่นไม่ใส่ใจตนเอง ไข่มั่นสูง ไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น ครั้นพอตรวจประจำปีแล้วสารพัดปัญหา บางครั้งยากที่จะแก้ไขด้วยวิธีการง่าย ๆ ต้องพึ่งพาคุณโอสถ (ยา) ไม่รู้จักชนิด หนักยาเป็นของ ๆ อะไรปานนั้น”

ทำให้คิดว่า “ทำอย่างไรละ จะรู้ว่ามียักก็คนที่จะต้องปฏิบัติ การเชิงรุกให้ได้ผล จะทำชนิดที่ดีหัวแล้วเข้าบ้านได้ผลทันที คงเป็นไปได้ยาก และจำต้องหาเทคนิคเฉพาะอย่างของแต่ละชุมชนว่า ประสงค์จะปฏิบัติอย่างไรจึงจะยั่งยืน”

โครงการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และการออกกำลังกาย “กระทรวงสาธารณสุข มีโครงการคัดกรองสุขภาพ กำหนดเกณฑ์คนไทยไร้พุงไว้ ชายบ้านเราประเมินหลายรอบก็ดูเหมือนว่าจะไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง ดังนั้นในปี พ.ศ. 2550 จึงลองเริ่มชวนกันว่าจะออกมาใหม่ (ออกกำลังกาย) มีแต่ผู้สูงวัยทั้งนั้น มีสิ่งจูงใจใหม่ละ บางคนกลัวๆ กลัวๆ อายๆ เพราะเวลาออกกำลังกาย จะมีอุปกรณ์สวมรองเท้า ถุงเท้า เสื้อยืด กางเกงขายาว เป็นต้น สำหรับสี่สี่ไม่จำเป็นต้องตามวันตามสบาย แต่ก็มียกลุ่มยืดใส่เสื้อยืดสีตามวันเป็นส่วนใหญ่ หากใครใส่สีแปลกก็จะกระเซ้าเย้าแหย่พอให้ได้หัวเราะกัน ไม่โกรธกัน สรุปการมาออกกำลังกายจะได้รรถรสหลาย ๆ อย่าง เป็นความสุขทั้งกายและใจ สารเอ็นโดฟิน สารแห่งความสุขหลั่งออกมาเป็น สารฮา เขียวหละ เรียกว่าไม่มีใครโกรธกันเลยละ และคน

สูงอายุกลุ่มนี้ ประมาณ 40 คน มาบ้างและหยุดบ้าง เหลือ 25-30 คนทุกวัน มีทั้งออกกำลังกายประจำ ขอลาหยุดบ้างตามโอกาส เช่น ไปงานบวช ไปงานศพ เลี้ยงหลานเหล่านี้มีให้เห็นบ่อยๆ”

ประเมินสุขภาพได้แล้ว ยังต้องให้และใช้ข้อมูลเป็น “การประเมินภาวะสุขภาพง่าย ๆ คือ วัดดัชนีมวลกาย โดยวัดส่วนสูง น้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต ตรวจหาน้ำตาล การเต้นของชีพจรหายใจ และสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ความยาวหนึ่งหน้ากระดาษ โดยจัดคำถามง่าย ๆ ไม่จุกจิก เช่น พฤติกรรมการกินอยู่ที่สัมพันธ์กับสุขภาพ วิธีการก็ง่าย ๆ ให้ อสม.ที่เป็นจิตอาสาช่วยทำฐานข้อมูล คือ วัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องมือวัดดิจิตอล ง่ายหน่อยเพราะที่บ้านมีใช้อยู่ วัดแล้วจดใส่มือไป ส่วนสูงก็ใช้เทปตลับติดกับท่อพีวีซี ขนาด 2 เมตร ก็สามารถวัดได้ ไม่ต้องยืมจากโรงพยาบาล ทุกอย่างชุมชนทำเองได้ ส่วนรอบเอวและชั่งน้ำหนัก อสม. ก็วัดให้ได้ เมื่อรวบรวมเสร็จก็จะแปลผล หากไม่สนใจเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอลก็จะนัดวัดอีกครั้ง โดยเครื่องวัดธรรมดา ผลจะไม่ได้ผิดพลาด นักกีฬาวิ่งสูงอายุท่านก็พึงพอใจได้รู้ว่าตัวเองสถานะสุขภาพเป็นเช่นไร แต่ละรายก็ได้รับคำแนะนำ ให้ความรู้ อย่างไม่ต้องปิดบัง หากผิดปกติ จะแนะนำไปโรงพยาบาลอีกต่อไป ซึ่งมีพยาบาลช่วยดำเนินการต่อ”

“ปี พ.ศ. 2553 จากการประเมินภาวะสุขภาพสมาชิกที่มาออกกำลังกายทุกวัน จำนวน 40 คน พบ ผล BMI พบว่า ปกติ (28 คน) น้ำหนักเกิน (10 คน) โรคอ้วน (2 คน) ความดันโลหิต

ปกติ (30 คน) ผิดปกติ (10 คน) น้ำตาลในเลือด (หลังรับประทานอาหารแล้ว) ผลมากกว่า 200 มก.ต่อดล. (5 คน) น้อยกว่า 200 มก.ต่อดล. (35 คน) โรคประจำตัว โรคความดันโลหิต (14 คน) โรคเบาหวาน (4 คน) โรคหัวใจ (2 คน) โรคไขมันในเลือดสูง (1 คน) โรคหลอดเลือดสมอง (1 คน) ภาวะสุขภาพทั่วไป แข็งแรงดีมาก (28 คน) แข็งแรงดี (19 คน) พอใช้ (3 คน) ผลการประเมินภาวะสุขภาพ มีผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหนึ่งคน ที่มีน้ำตาลในเลือดสูงถึง 528 มก.ต่อดล. ตรวจซ้ำหลังคนข้างคอาหาร 6 ชั่วโมง ได้ 256 มก.ต่อดล. จึงส่งต่อแพทย์และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวาน”

เคล็ดลับในการทำงานชุมชนรักษสุขภาพ “ในการประเมินภาวะสุขภาพแต่ละครั้ง หากต้องการความพร้อมเพรียง อย่าลืมสิ่งจูงใจ แทรกกัน เช่น เลี้ยงขนมจีน ผัดหมี่ ส้มตำ แกมผลไม้คนละ 1 ผล และน้ำต้มใบเตยน้ำแข็งแค้นี้ก็สุขใจไม่ใช่หรือ การเก็บข้อมูลไม่น่าจะยาก ทำแบบจิตอาสา ไม่ใช่แข่งขันกับใคร เพียงแต่ได้ข้อมูลพื้นฐาน และนำไปปฏิบัติเบื้องต้นก็เพียงพอแล้ว... สำหรับชุมชนรักษสุขภาพ”

ผลพลอยได้ “การออกกำลังกาย มีบรรยากาศงดงาม ผู้สูงอายุจะไหว้ทักทายผู้สูงวัยกว่าทุกวัน ซึ่งถือว่าเป็นวัฒนธรรมที่งดงามจริงๆ ยังมีเพลงมาร์ชประจำชุมชนอีกด้วย ร้องเล่นเต้นกันสนุกทุกวัน” และ “การออกกำลังกายนั้น ใน 7 วันก็จะมีให้เลือกตามมติของสมาชิก คือ รำวงมาตรฐาน 10 ท่า กายบริหารลมปราน: ที่กึ่ง 18 ท่า และรำไม้พลองประยุกต์ 24 ท่า วันไหนอยากลีลาดีก็เปิดเพลงลีลาดีได้ เมื่อจบการบริหารร่างกายแล้วจะมีการแผ่เมตตา

และนั่งพักผ่อน กิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรึกษาให้ความรู้ด้านสุขภาพ ตรวจวัดสัญญาณชีพ หลังการออกกำลังกาย ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ตามอรรถาศัยจนพอใจ จึงแยกย้ายกันกลับ เวลาทำการระหว่าง 17.00 – 18.00 น. โดยประมาณ หลังจากจบแล้วจะมีสมาชิกวัยหนุ่มสาวขอใช้สถานที่ออกกำลังกายแอโรบิก 1 ชั่วโมง หากยังไม่เหนื่อยก็เดินต่อชนิดผู้สูงวัยทำได้ ถึงอย่างไรทั้งสองวัยไปไหนไปด้วยกัน ศึกษาดูงาน สังสรรค์งานปีใหม่ เข้าพรรษา ออกพรรษาพากันไปได้ทั้งนั้น วัยหนุ่มสาวจะช่วยเหลือผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี”



บทเรียนรู้จากเรื่องเล่าที่ 4.4 คือ
พัฒนาสุขภาพผู้สูงวัย
“ต้องตามอรรถาศัย ใช้กลยุทธ์หยุดโรค”
• สูงวัยใกล้ชิดกับโรคเรื้อรัง
ต้องรักษาร่างกายอย่าให้เพลิงพลาต่อโรค
• จัดอาสาสมัครมีปัญญา เพิ่มมูลค่างาน
ใช้ปัญญาช่วยเหลือชุมชน . . .
ต้องปฏิบัติการเชิงรุก . . .
ใช้การประเมินสุขภาพเป็นแรงจูงใจ
ให้ถึงเป้าหมาย
• เเคล็ดลับ คือ กิจกรรมยืดหยุ่น
หนุนเสริมความรู้ รวมหมู่สนุกล้านาน

2.2 ชุดการให้บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

การเยี่ยมบ้านในหนังสือเล่มนี้ จะเป็นบริการต่อเนื่องที่บ้านที่จัดให้กับผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน กลุ่มจิตอาสา หรืออาสาสมัครเข้าร่วมการดูแล หรือโดย รพ.สต. และ/หรือร่วมกับทีมสหสาขาที่มาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นบริการช่วยเหลือเบื้องต้นด้านสุขภาพและสังคม โดยไม่มีหัตถการดูแลที่ต้องการทักษะเฉพาะ เป็นการประเมินติดตาม เฝ้าระวังหรือให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุรายนั้น และครอบครัว

2.3 ชุดการให้บริการการดูแลที่บ้าน (Home Health Care)

การดูแลที่บ้าน (Home Health Care) เป็นบริการต่อเนื่องที่บ้าน ที่จัดให้กับผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ/หรือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่มาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยเป็นหัตถการดูแล หรือการปฏิบัติการดูแลโดยตรง และอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวมที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุและครอบครัว

การดูแลที่บ้านเป็นงานเชิงรุกของ รพ.สต. ที่เป็นโอกาสของการบูรณาการบริการทั้งด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน เรื่องเล่าที่ 4.5 - 4.7 เป็นการเชื่อมต่อและเชื่อมโยงโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้การดูแลอย่างเฉพาะเจาะจงกับปัญหา และอย่างต่อเนื่อง

เรื่องเล่าที่ 4.5 Home Health Care

ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน : อยู่กับภาวะไตวาย...ได้อย่างมีสุข

เล่าเรื่องโดย สุจิตรา หงษ์ยนต์ พยาบาล

สถานีนอนามัยพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ไตวายเรื้อรัง... เป็นแล้วตายไว รักษาไม่หาย ทุกข์ทรมาน มีค่าใช้จ่ายสูง และเป็น โรคคนตาย-ชายคนเป็น นี่คือเสียงสะท้อนของโรคไตวาย ตามประสบการณ์ที่ได้รู้ได้เห็นของชาวบ้าน และเมื่อสปสข. เพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนสามารถเข้าถึงการรักษาเพิ่มมากขึ้น ที่สำคัญชุดการให้บริการ Home Health Care ช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่กับภาวะไตวายกับครอบครัวที่บ้านและในชุมชนของตนอย่างมีความสุข และยาวนานขึ้น

คุณยายนามสมมุติ อยู่กับโรคเบาหวานมานาน 10 ปี รักษาเป็นประจำ ที่สถานีนอนามัย เมื่อถึงวันที่เบาหวานลงไต คุณยายต้องไปรักษาที่ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นด้วยการส่งต่อของแพทย์ที่ออกตรวจที่สถานีนอนามัย แพทย์วางแผนให้คุณยายทำ CAPD ที่โรงพยาบาลและก่อนทำ มีการประสานเชื่อมต่อไปให้เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุและญาติในการทำ CAPD

การดูแลสุขภาพที่บ้าน ครั้งแรก เป็นการประเมินความพร้อม การดูแล CAPD ที่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ต้องประเมินสุขภาพ คุณยาย ครอบครัว และประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมที่บ้าน บริบทที่เล่าสู่ คือ

คุณยายและสามีนั่งอยู่ใต้ถุนบ้านไม้ 2 ชั้น ความที่คุณยายมี

สายตามัวมองเห็นไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง จึงต้องมีสามีคอยดูแล เมื่อคุยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ คุณตาสะท้อนว่า “สงสารยาย ไม่รู้จะช่วยอย่างไร สุดแท้แต่หมอ ตาเป็นได้ คือ (แคะ) กำลังใจและช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ แทนลูกที่ต้องไปทำมาหากิน” ส่วนคุณยายที่ค่อนข้างเจ็บ พูดด้วยเสียงสั่นเครือเบาๆ “ยายไม่ยากรักษาหรอก เพราะอย่างไรก็ไม่หาย เวลาไปฟอกเลือด ทั้งเหนื่อย ทั้งเจ็บ ซึ่งยายได้ไปถามคนที่เขาไปฟอกเลือดในหมู่บ้าน ต้องไปโรงพยาบาลทุกสัปดาห์ ค่าใช้จ่ายสูง ยายไม่มีปัญหาหาเงินมารักษาหรอก ไม่อยากเป็นภาระของลูกๆ และสามีอย่างไรยายก็จะอยู่ไปอย่างนี้”

คุณยายและครอบครัว รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ และสิ้นหวังในการที่จะเยียวยาเพื่อที่จะยึดื้อคุณยายต่อไป โดยเฉพาะคุณยายที่เคยมีบทบาทเป็นแม่เลี้ยงดูลูก ทำอะไรด้วยตัวเองมาตลอด กลับจะต้องมาเป็นภาระให้ลูกและสามีมาคอยดูแล รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดกำลังใจ ที่จะต้องอยู่เป็นภาระของครอบครัว เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยจึงวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปเพื่อพูดคุยกับลูกสาว และสามีคุณยายในอีก 2 วันข้างหน้า

การดูแลสุขภาพที่บ้าน ครั้งที่สอง การออกเยี่ยมในตอนบ่าย ได้พบบุตรสาว 2 คนที่ไม่ได้ไปทำงาน อยู่รอพร้อมคุณตา และญาติๆ อีก 3 คน เมื่อเจ้าหน้าที่อธิบายเกี่ยวกับการเป็นโรคไตวายที่คุณยายเป็นอยู่ว่า อาการแต่ละคนไม่เหมือนกันและแนวทางการรักษาก็ไม่เหมือนกัน กรณีของคุณยายต้องรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้อง โดยได้อธิบายการทำ ข้อดี-ข้อเสีย ข้อควรระวังในการทำ และที่สำคัญให้คำมั่นว่า เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยจะเป็นพี่เลี้ยงคอย

ให้คำปรึกษาตลอด ซึ่งทำให้ ทั้งคุณตา บุตรสาว และญาติได้ ซักถามข้อสงสัยด้วยความกระตือรือร้น ด้วยเริ่มเห็นทางที่จะรักษา คุณยายให้อยู่กับครอบครัวได้นานๆ เมื่อครอบครัวคุณยายมองเห็น แสงสว่างที่จะรักษาเยื่อเยา เจ้าหน้าที่จึงได้ประสานงานหน่วยไตเทียม ของโรงพยาบาลในการเตรียมคุณยายและผู้ดูแลต่อไป

การดูแลสุขภาพที่บ้าน ครั้งที่สาม เป็นการเยี่ยมหลังจาก คุณยายทำ CAPD แล้วและกลับมาอยู่ที่บ้าน ในระยะแรก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านคุณยาย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง นาน 2 สัปดาห์ เพื่อให้การดูแลและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ต่อมาปรับเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตาม ประเมินสภาพ ร่างกายและจิตใจ พร้อมให้คำปรึกษาในทุกประเด็นจนคลายข้อสงสัย เข้าใจและมั่นใจในการทำ CAPD สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

สำหรับบุตรสาวคนเล็กที่ได้รับการฝึกหัดเปลี่ยนน้ำยาจาก หน่วยไตเทียม เพื่อมาทำให้แม่ที่บ้านนั้น มีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด จนสามารถเปลี่ยนน้ำยาได้ คล่องแคล่ว ต่อมาได้สอนต่อให้พี่สาวและหลานสาวเปลี่ยนน้ำยา ให้คุณยายได้อย่างถูกต้อง เกิดมีการบริหารจัดการการดูแลคุณยาย ได้อย่างลงตัว โดยไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละ บุคคลและโดยครอบครัวไม่ขาดรายได้

การดูแลสุขภาพที่บ้าน ต่อเนื่อง ในปัจจุบันเมื่อไปเยี่ยมคุณยาย ที่บ้านพบรอยยิ้มบนใบหน้าของทั้งสองตา-ยาย ทักทายด้วยน้ำเสียง ที่สดชื่น มีความสุข คุณยายช่วยคุณตาเลี้ยงหลานๆ คุณตาบอกว่า ถึงแม้คุณยายจะช่วยอะไรไม่ได้ แต่ก็ดีใจ มีความสุขที่มีคุณยาย



อยู่เป็นเพื่อน เป็นกำลังใจ ลูกๆ บอกว่าทำงานหนักไม่เป็นไร ขอ ให้แม่อยู่ด้วยนานๆ คุณยายนั่งยิ้ม บอกกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ว่า “จะไม่ยอมตายอีกแล้ว จะอยู่กับลูกหลานๆ ไปนานๆ”

บทเรียนรู้จากเรื่องเล่าที่ 4.5
คือ การดูแลสุขภาพที่บ้าน
เป็นการให้บริการสุขภาพที่ต้องอาศัยความรู้
และทักษะของวิชาชีพ เป็นกิจกรรมที่ต้องการ
การประเมินข้อมูลทุกด้านอย่างองค์รวม
ต้องการความสามารถในการตัดสินใจวิเคราะห์
ที่อาศัยข้อมูลรอบด้านและหลักวิชาการ
และต้องมีการวางแผนการดูแลที่บ้านอย่างเป็นระบบ
โดยให้ทักษะวิชาชีพตามประเด็นปัญหา
ทั้งการปรับความเชื่อและการให้ทางเลือก
ที่สำคัญต้องเป็นพี่เลี้ยงต่อเนื่อง
จนผู้สูงอายุและครอบครัว
สามารถดำเนินการต่อได้



เรื่องเล่าที่ 4.6 Home Health Care ผู้สูงอายุที่พิการและ

ติดบ้าน : คุณแลลิ่งแวดล้อม ซ่อมเสริมการดำรงชีพ

เล่าเรื่องโดย ผ่องพิศ แก้วตา พยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ศูนย์บริการคนพิการครบวงจร โรงพยาบาลเสลภูมิ ถูกตั้งขึ้น เพื่อให้บริการคนพิการแบบครบวงจรและแบบเบ็ดเสร็จที่จุดเดียว (One stop service) หน้าที่หนึ่ง คือ มีการจดทะเบียนคนพิการ และตรวจรับรองคนพิการ ผู้ที่ขึ้นทะเบียนจะได้รับเบี้ยความพิการ เดือนละ 500 บาท กรณีคนพิการเป็นผู้สูงอายุ จะได้รับทั้ง 2 เบี้ย รวมของผู้สูงอายุ เป็นเงินเดือนละ 1,000 บาทไปตลอดชีวิต

การค้นหาผู้สูงอายุพิการที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ นั้นเป็นงาน ส่วนหนึ่งของศูนย์ ยังมีผู้สูงอายุอีกเป็นจำนวนมากที่เครือข่ายของ ศูนย์แจ้งเข้ามาว่า “พามาจดทะเบียนไม่ได้หรือคุณหมอ แก้อันตราย ไม่ได้ ไม่มีใครอุ้มขึ้นรถ ลูกเต๋าก็ไม่อยู่ แต่คิดว่าพิการแน่ๆ” ทำให้ ต้องเพิ่มกระบวนการค้นหาคนพิการ เพื่อขึ้นทะเบียน โดยการลงสำรวจพื้นที่

ใช้วิธีสำรวจคนพิการที่ขึ้นทะเบียนแล้วและค้นหาคนที่สงสัย จากผู้นำชุมชน คือ ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้ดูแลคนพิการหรือตัวคน พิการเอง ว่ายังมีคนที่สงสัยว่าจะพิการแต่ยังไม่ได้รับการจดทะเบียน อยู่หรือไม่ พบว่าปัญหาของคนสูงอายุและพิการนั้นยังมีอีกมาก และซับซ้อนมากเกินกว่าที่จะแก้ปัญหา หรือช่วยเหลือเพียงการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์หรือการให้เงินสงเคราะห์เท่านั้น

กรณีตัวอย่างของ คุณยายพี่ และคุณยายน้อง สองพี่น้องวัย 82 ปี และ 79 ปี อยู่ด้วยกันตามลำพัง คุณยายพี่นั้น ตามอดสนิท และมือกุดทั้ง 2 ข้างจากโรคเรื้อน ส่วนคุณยายน้องมีสายตาเลือนราง นิ้วมือและข้อติดแข็ง ทำผิดรูปจากโรคเรื้อนเช่นกัน ไม่ต้องพูดถึงการ หุงหาอาหาร เพียงแค่การหยิบข้าวเข้าปากก็เป็นเรื่องไม่ง่ายแล้ว

การดูแลสุขภาพที่บ้าน ครั้งแรก ทีมเยี่ยมจากศูนย์ฯ และจาก สถานีอนามัย พบคุณยายทั้ง 2 คนอยู่บ้านชั้นเดียว ใต้ถุนโล่ง ห้องน้ำ อยู่นอกตัวบ้าน กลางวันจะนั่งอยู่ใต้ถุนบ้าน กลางคืนจะขึ้นนอนชั้นบน

คุณยายพี่แทบไม่เคลื่อนไหวไปไหนเลย นั่งอยู่ตรงไหนก็อยู่ ตรงไหนเกือบทั้งวัน ในขณะที่คุณยายน้องเป็นผู้จูงและคลำทางกัน ไปในบริเวณบ้าน เมื่อถามถึงข้าวปลาอาหาร คุณยายน้องก็สาธิต ให้ดูว่า “เวลาหิวก็ทำแบบนี้ . . . ทูบแคร์ที่นั่งอยู่ บังๆ แล้วก็ตะโกนว่า หิวข้าว . . . เอาข้าวมาให้กินหน่อย . . . จนมีคนได้ยิน เขาก็จะเอาข้าวมา ให้กิน” คุณยายเล่าให้ฟังว่า น้องสาว (อีกคน) มีครอบครัวอยู่บ้าน ใกล้ๆ กัน แต่คุณยายทั้งสองเป็นโสดจึงอยู่บ้านนี้ด้วยกัน ที่กลัวมาก คือ กลัวเวลาฝนตก เพราะมีเสียงดัง ก็จะไม่นั่งกอดกัน บางทีก็ร้องไห้ เพราะกลัว

ทางศูนย์ฯ จึงได้ประสานกับน้องสาวคุณยายและทีมผู้นำ ชุมชน มาพูดคุยปรึกษากันเรื่องการดูแลคุณยายทั้งสอง เนื่องจาก คุณยายได้รับเงินสงเคราะห์จากสถาบันราชประชาสมาสัยถึงเดือน ละกว่าสามพันบาท น่าจะมีการปรับสภาพบ้านเพื่อให้คุณยายได้ใช้ ชีวิตอย่างสะดวกและปลอดภัยขึ้น

ครั้งที่ 2 ทีมเยี่ยมจากสถานีอนามัยและจากศูนย์ฯ ได้ไปเยี่ยมคุณยาย พบว่า มีการต่อเติมบ้านชั้นล่าง มีห้องน้ำภายในบ้าน และมีแคร่ให้คุณยายทั้งสองนอนอยู่ที่ชั้นล่างด้วย และที่สำคัญ จากความคิดของญาติคนหนึ่ง ได้มีการผูกเชือกโยงจากแคร่ที่คุณยายนอนไปยังห้องน้ำให้คุณยายใช้เป็นเครื่องมือนำทางและพยุงตัวเดิน

คุณยายสาธิตให้เราดูวิธีการเข้าห้องน้ำ คุณยายน้องจะลงจากแคร่ก่อนเพื่อมาขึ้นเป็นหลักอยู่ที่พื้น หลังจากนั้นคุณยายพี่ก็ลงจากแคร่แล้วก็เกาะเอวของคุณยายน้องซึ่งเป็นคนจับเชือก เดินตามกันไปห้องน้ำ คุณยายน้องบอกทิศทางให้คุณยายพี่นั่งลงและเป็นคนทำความสะอาดให้คุณยายพี่หลังเสร็จภารกิจ

ในรอบนี้ทีมเยี่ยมฯ ได้แนะนำให้ญาติตัดขาแคร่นอนให้เตี้ยลงเพื่อให้คุณยายขึ้นลงได้สะดวก ลดเหลี่ยมมุมของแคร่เพื่อป้องกันการเกิดบาดแผล เนื่องจากคุณยายใช้วิธีการเลื่อนตัวขึ้นลง ซึ่งครั้งนี้คุณยายทั้งสองดูสับสนขึ้น บอกว่าไม่กลัวฝนตกอีกแล้ว เนื่องจากอยู่ในบ้านที่มิดชิด แต่มีข้อเสียก็คือเสียงตะโกนของคุณยายไปยังบ้านใกล้เคียงหรือคนที่เดินผ่านไปมาข้างขึ้น ทีมเยี่ยมฯ จึงได้แนะนำให้ใช้การสั่นกระดิ่งเพื่อลดการใช้แรงในการตะโกน ซึ่งก็ได้ผลดี

จากนั้นมา ทีมเยี่ยมจากสถานีอนามัย และจากศูนย์ฯ ได้แวะเวียนไปเยี่ยมติดตามการใช้ชีวิตและความเป็นอยู่ของคุณยายทั้งสองบ่อยครั้ง บางครั้งพาสื่อมวลชนไปถ่ายทำรายการ บางครั้งพาทีมผู้บริหารไปด้วย ผลที่ได้คือ ทั้งญาติ และผู้นำชุมชน จำเป็นต้องมาดูแลคุณยายทั้งสองอย่างใกล้ชิดเนื่องจากไม่ทราบว่าจะเมื่อไหร่

ผู้หลักผู้ใหญ่หรือสื่อมวลชนจะแวะเวียนมา

การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและคนพิการนี้ ไม่สามารถทำได้โดยลำพังบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง เนื่องจากปัญหาของแต่ละคนซับซ้อนและมีหลายด้าน การทำงานอย่างจริงจังเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้เข้ามามีส่วนร่วมจะก่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนได้

บทเรียนรู้อาจได้จากเรื่องเล่าที่ 4.6 คือ
ชุดการดูแลสุขภาพที่บ้าน
 โดย รพ.สต. นั้น ไม่ใช่การให้การดูแลสุขภาพ
 ประเด็นเดียว ต้องแสวงหาเชื่อมต่อ
 หน่วยงานที่มีศักยภาพ และต้องเชื่อมโยงภาคี
 ตลอดจนครอบครัว เพื่อนบ้านแวดล้อมใกล้ชิด
 ให้มีส่วนร่วมในการดูแลด้วย
 และต้องให้บริการเชิงรุก
 และมีกลยุทธ์ทำให้ยั่งยืน

เรื่องเล่าที่ 4.7 Home Health Care ผู้สูงอายุที่ติดเตียง:

ประสานบริการ บริหารจนไม่ติดเตียง

เล่าเรื่องโดย สุจิตรา หงษ์ยนต์

สถานีอนามัยพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

คุณตาบุญช่วยผู้สูงวัยชาวแปดริ้ว แต่งงานกับชาวขอนแก่น แต่ไม่มีบุตรด้วยกัน คุณตาเป็นช่างซ่อมรถจักรยานยนต์ 6 ปีก่อน ภรรยาคุณตาได้รับอุบัติเหตุเสียชีวิต คุณตาจึงได้ย้ายมาอยู่บ้านเช่ากับเพื่อนรุ่นน้องที่เป็นช่างซ่อมรถจักรยานยนต์ด้วยกันเพื่อลดค่าใช้จ่าย เมื่อเลิกงานจะตั้งวงดื่มสุรากับแก้มมีบ้างไม่มีบ้าง ตั้งวงวันเว้นวันหรือแทบทุกวัน เพื่อนรุ่นน้องจะนอนในบ้านส่วนคุณตาจะนอนที่แคร่หน้าบ้าน

ต้นปี (2552) หลังเลิกงานลาวงเหล้าได้แยกกันนอน ตามปกติ ตกกลางคืน คุณตามีอาการเกร็ง ชักกระตุก ตกแคร่ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง จนรุ่งเช้าคนข้างบ้านจึงนำส่งโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น หลังรักษานาน 6 เดือน อาการดีขึ้นแต่ยังมีร่องรอยโรคหลงเหลืออยู่ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง นิ่งนานๆไม่ได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านโดยได้กลับมาอยู่ที่บ้านเช่าหลังเดิม

การดูแลสุขภาพที่บ้าน สถานีอนามัยเมื่อได้รับประสานเชื่อมต่อ เพื่อให้การดูแลคุณตาต่อเนื่อง พยาบาลประจำสถานีอนามัยจึงได้ออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุ พร้อมนักกายภาพบำบัด พบคุณตามีรูปร่างผอม แขนขาซ้ายลีบเล็ก นอนที่แคร่หน้าบ้านเช่า ถ้วยชามมีทั้งสะอาดและใช้แล้วและยังไม่ล้างวางอยู่ข้างล่างแคร่ เสื้อผ้าพับไว้ด้านข้าง

ผ้าห่มผืนบางเก่า ๆ วางพับอยู่ คุณตาอยู่บ้านคนเดียว เพื่อนต้องไปรับจ้างที่หมู่บ้านใกล้เคียง ขณะพูดคุยมีกลิ่นปัสสาวะโชยมา ประเมินอาการคุณตา พบยังไม่สามารถนั่งนาน ๆ ได้ การวางแผนการดูแลที่บ้านเพื่อการฟื้นฟูจึงเริ่มขึ้น

สัปดาห์แรกๆ ที่ทีมเจ้าหน้าที่ นักกายภาพบำบัด และ อสม. ที่รับผิดชอบจะร่วมให้การดูแลที่บ้าน นักกายภาพเริ่มการฟื้นฟูโดยการฝึกให้นั่ง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะให้การดูแลที่บ้านสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล และคุณตายังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ตักอาหารเข้าปากได้ลำบาก

การให้การดูแลที่บ้านสัปดาห์ละ 2 ครั้ง บางครั้งเจ้าหน้าที่จะไปโดยไม่มีนักกายภาพบำบัด การไปเยี่ยมทุกครั้งมี อสม. ที่รับผิดชอบพื้นที่ร่วมเข้าเยี่ยมด้วย

เมื่อคุณตาแข็งแรงดีขึ้น จึงเริ่มฝึกเดินโดยนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ประเมิน และเริ่มสอนการฝึกและสอนให้ผู้ป่วยฝึกกายภาพตนเองไปด้วย ต่อมาการดูแลที่บ้านจึงห่างขึ้นสัปดาห์ละครั้ง และสองสัปดาห์ต่อครั้ง เมื่อประเมินการฝึกเดินและให้กำลังใจ จนคุณตาสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น เช่น ซักผ้า ล้างถ้วยจานเองได้ การดูแลที่บ้านจึงห่างมากขึ้น

การดูแลสุขภาพที่บ้าน บทบาทสังคม ด้วยคุณตามีความพิการ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่จึงได้ประสานเพื่อขอรับสิทธิผู้พิการ เนื่องจากคุณตามีที่อยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่นจึงได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เดือนละ 500 บาท ทุก 3 เดือนได้รับรวม 1,500 บาท ซึ่งทุกครั้งที่ต้องไปรับเงิน จะต้องจ่ายค่าธรรมเนียม

รับจ้างครั้งละ 50 บาท คุณตาใช้ชีวิตอยู่อย่างยากลำบาก รู้สึกเสียใจที่ต้องอาศัยเพื่อนอยู่ และไม่ได้ช่วยเรื่องค่าใช้จ่าย บางครั้งเมื่อเพื่อนเมาเหล้า จะไล่คุณตาออกจากบ้าน แต่ด้วยความที่ไม่รู้จะไปไหน จึงต้องทนฟังคำบ่น-ดูตำหนิ โดยไม่ได้ตอบ ทั้งที่อยากไป แต่ไม่มีที่ไป เพราะยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า หดหู่ใจ บางครั้งคิดว่าไม่รู้จะอยู่ไปทำไม ต้องทนเอา พอเพื่อนหายเมา เพื่อนเขาก็พูดดีด้วย ยังโชคดีที่มีเพื่อนบ้านยังเอื้ออาทรแบ่งปันอาหาร ผลไม้ ขนม กาแฟ ให้ตามบุญบ่อยๆ ด้วยความสงสาร

เมื่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไปเยี่ยมในเวลาต่อมา จึงได้ขอเอกสารเพื่อประสานงานเทศบาลนครขอนแก่น ในการขอรับเบี้ยผู้พิการเพิ่มอีก เดือนละ 500 บาท ซึ่งสวัสดิการเบี้ยผู้พิการ จะได้รับในปีงบประมาณ 2554 เป็นต้นไป ทำให้คุณตาก็ยิ้มรับข่าวดีพร้อมยกมือไหว้ขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่ออกเยี่ยม คุณตาได้บอกเจ้าหน้าที่ว่า “คุณหมอบเป็นคนอื่นยังช่วยผมมากขนาดนี้ เพราะฉะนั้นผมต้องช่วยตัวให้มากเช่นกัน ซึ่งแต่ก่อนผมนั่งได้ไม่นาน แต่เดี๋ยวนี้ผมกำลังหัดเดินแล้ว ผมจะพยายามช่วยตัวเองเพิ่มขึ้น”

การเยี่ยมครั้งต่อๆ มาพบว่า คุณตาฝึกออกกำลังกายด้วยตนเอง และทุกครั้งไปเยี่ยมจะอวดเจ้าหน้าที่ว่า วันนี้ทำอะไรได้บ้าง ทำให้เจ้าหน้าที่และนักกายภาพบำบัด มีกำลังใจในการดูแลต่างคนต่างให้กำลังใจกันและแบ่งปันความสุขเป็นผลบุญของการทำงานสร้างสุขภาพในชุมชน



บทเรียนรู้จากเรื่องเล่าที่ 4.7 คือ ขุดการให้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุนั้น แม้ รพ.สต. จะเป็นเจ้าภาพ แต่สามารถประสานเชื่อมต่อผู้เชี่ยวชาญการฟื้นฟูสภาพในการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะเจาะจงต่อปัญหา และสามารถประสานเชื่อมโยงภาคีทางด้านสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิผู้สูงอายุและผู้พิการที่พึงได้

การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นงานที่ทำทนายและใช้เวลา แต่เวลาที่ใช้ปรับเปลี่ยนได้ตามสภาพของปัญหา และเป็นขุดการให้บริการที่ได้ผล ใต้ใจผู้สูงอายุ และเกิดสุขทั้งผู้ให้และผู้รับ



2.4 ชุดการให้บริการใช้บ้านเป็นเรือนนอน (Home Ward)

เป็นบริการต่อเนื้อที่บ้านที่จัดให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง-ระยะสุดท้าย มุ่งประโยชน์ที่พึงเกิดแก่ผู้สูงอายุเป็นหลัก มิใช่ตัวโรคหรือความเจ็บป่วย เป็นการให้บริการเพื่อประคับประคองอาการ (palliative care) และส่งเสริมให้การเสียชีวิตเป็นไปอย่างสงบสุข (good death)

ผู้ดำเนินงานก็ยังเป็นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ/หรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่มาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และที่ทีมบริการทางสังคม โดยการดูแลของทีมบริการสุขภาพนั้น มีทั้งหัตถการดูแลและการประสานงานเพื่อให้การดูแลระยะสุดท้ายนั้นตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว และเป็นไปอย่างดีที่สุดตามบริบทนั้น เรื่องเล่าที่ 4.8 เป็นการเชื่อมต่อและเชื่อมโยงโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อให้การดูแลอย่างเฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุเพื่อลดความทุกข์ทรมานและให้เป็นไปตามปรารถนาชีวิตที่ต้องการ

เรื่องเล่าที่ 4.8 Home Ward

ผู้สูงอายุติดเตียง-ระยะสุดท้าย: การจัดการความปวด

เล่าเรื่องโดย ทีมงานสังเคราะห์ ฯ

ผู้สูงอายุหญิงวัย 63 ปี อาชีพทำนา เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้นำในการสวดมนต์และการทำพิธีการต่างๆ ทางศาสนาในหมู่บ้าน เป็นที่เคารพของคนในชุมชน ประมาณ 5 เดือนก่อน ปวดต้นคอด้านขวาร้าวลงมาไหล่และแขนขวา รักษาด้วยยาเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ทำการนัดแผนไทยให้กับผู้สูงอายุตามที่ได้อบรมมา อาการปวดไม่ดีขึ้น จึงส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน แพทย์บอกเป็นกระดูกเสื่อม รักษาด้วยยาและดิงกระดูกคอ อาการยังไม่ดีขึ้น แดงมีอาการปวดแน่นท้องข้างขวาก็ด้วย จึงส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์

ผลเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่าเป็นมะเร็งที่กระดูกต้นคอและมะเร็งงูน้ำดีระยะแพร่กระจาย ญาติไม่ให้ออกการวินิจฉัยโรคมะเร็งกับผู้สูงอายุ แต่ให้รักษาแบบประคับประคอง ช่วงแรกญาติได้พาผู้สูงอายุไปรับการรักษาทุกที่ที่มีคนบอกว่าดี ผู้สูงอายุอาการดีขึ้นและไม่ปวดมากไประยะหนึ่ง

ต่อมาผู้สูงอายุมีอาการทรุดลง มีความปวดมาก ช่วยเหลือตัวเองและกินได้น้อยลง ญาติประสานการดูแล รพ.สต. ส่วนด้านกำลังใจนั้นมีลูกๆ หลานๆ และญาติให้การดูแลอย่างใกล้ชิด มีเพื่อนบ้าน คนที่รู้จักทั้งในหมู่บ้านและต่างหมู่บ้าน (รู้จักเมื่อครั้งไปปฏิบัติธรรมที่วัดต่าง ๆ) มาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ และมี

พระภิกษุมหาทำพิธีกรรมสะเดาะเคราะห์และถวายสังฆทานให้ผู้สูงอายุที่บ้านด้วย

ในการประสานงานนั้น มีเส้นทาง คือ เมื่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เยี่ยมบ้านและพบผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย จะประสานการดูแลกับ อสม. เพื่อติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ และหาก อสม. พบปัญหาในการดูแลจะประสานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ซึ่งพยาบาล รพ.สต. จะประสานการดูแลกับศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลแม่ข่ายเสลภูมิ ซึ่งพยาบาลที่เป็นผู้จัดการดูแลรายกรณีของศูนย์ฯ จะติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม.

การดูแลที่บ้าน ในช่วงแรก มีการประเมินปัญหาของผู้สูงอายุและญาติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคัมและจิตวิญญาณ และให้การดูแลตามปัญหาที่เกิดขึ้น ปัญหาสำคัญที่พบคือ มีอาการปวดมาก วัดความปวดได้อยู่ในช่วง 5-10 คะแนน (เต็ม 10) กินอาหารได้น้อย สอบถามความคาดหวัง ในช่วงแรกผู้สูงวัยคาดหวังว่าตนเองจะหาย แต่เมื่อมีความปวดมากขึ้นเรื่อยๆ เริ่มยอมรับว่าจะรักษาไม่หาย แต่ไม่ได้คิดว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง คิดว่าเป็นเพราะปวดจากโรคกระดูกเสื่อม พยาบาลผู้จัดการดูแลรายกรณีของศูนย์ฯ ได้ทำการประสานเชื่อมต่อกับแพทย์และเภสัชกรจากโรงพยาบาลชุมชนในการจัดการความปวด ได้รับการรักษาโดยใช้ยาควบคุมความปวดชนิดเม็ดและยารักษาอื่นๆ ตามอาการ ก็พอจัดการอาการปวดได้บ้าง

การดูแลที่บ้าน ในช่วงหลัง พยาบาลผู้จัดการดูแลรายกรณีของโรงพยาบาล ติดตามให้ชุดการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกับพยาบาลและ อสม. ของ รพ.สต. พบผู้สูงอายุทรุดลงมาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย นอนติดเตียงตลอด ซึม มีอาการปวดรื้อวงจรดวงตลอด กลืนอาหารลำบาก ไม่สามารถกลืนยาเม็ดได้ จึงได้ประสานเชื่อมต่อนักแพทย์และเภสัชกรในการจัดการความปวด ได้ยาควบคุมความปวดชนิดน้ำไซริบ ซึ่งยานี้ทำเป็นกรณีพิเศษ โดยจะผลิตจากยาฉีดให้ผู้สูงอายุเฉพาะรายตามความจำเป็น ในกรณีที่ได้รับประทานยาเม็ดแล้วไม่ได้ผล จำเป็นต้องใช้ยาน้ำไซริบเสริม ร่วมกับยาฉีด เช่นในผู้สูงอายุท่านนี้

เมื่อต้องดูแลที่บ้านใกล้ขีดขึ้น จึงมีการประสานเชื่อมต่อนพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. เพื่อให้ยาฉีดให้ผู้สูงอายุ เมื่อมีอาการปวดมากแล้วรับประทานยาแล้วไม่ดีขึ้น ญาติผู้สูงอายุดีใจมากที่มีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. และพยาบาลของโรงพยาบาลมาเยี่ยมและประสานเชื่อมต่อการดูแลกับแพทย์และเภสัชกรของโรงพยาบาล โดยผู้สูงอายุไม่ต้องเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่ยังสามารถรับบริการแบบประคับประคองที่บ้านตามความต้องการของผู้สูงอายุและญาติ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุทุเลาจากความทุกข์ทรมานจากอาการปวด แม้อยู่ในระยะที่ยังโรคร้ายไว้ไม่ได้



บทเรียนรู้จากเรื่องเล่าที่ 4.8 คือ Home ward ที่ใช้บ้านเป็นเรือนนอนของผู้สูงวัย ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้ายนั้น เป็นบทบาทที่ รพ.สต. สามารถทำได้ ทั้งในระยะแรกคือ การส่งต่อหน่วยงาน ที่มีศักยภาพ ระยะต่อมาคือ การร่วมดูแลบรรเทา ความปวด ความทุกข์ทรมานระยะสุดท้าย ของชีวิต ทั้งนี้เพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ ท่ามกลางครอบครัวที่อบอุ่น

3. การนำใช้ชุดการพัฒนาศักยภาพ

ชุดการพัฒนาศักยภาพ เป็นภารกิจหนึ่งของ รพ.สต. และในหนังสือนี้ หมายถึง บริการต่างๆ ที่ดำเนินการโดยเชื่อมต่อและเชื่อมโยงกับภาคี เพื่อการพัฒนาบุคลากรทุกระดับของ รพ.สต. ที่มีบทบาทในการให้บริการ รวมถึงอาสาสมัคร จิตอาสา แกนนำท้องถิ่น ชุมชน ผู้สูงอายุและครอบครัว

ชุดการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการเยี่ยมบ้าน (home visit) ที่นำเสนอนี้ มาจากพื้นที่ที่ผู้ทำงาน “ใส่ใจ” ผู้สูงอายุและด้วยความตั้งใจให้ “ยั่งยืน”

เรื่องเล่าที่ 4.9 ชุมชนพัฒนาศักยภาพ อสม.

ในการเยี่ยมบ้าน (home visit)

เล่าเรื่องโดย จริญญา ทองเอนก นักวิชาการสาธารณสุข
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาว

“สวัสดิ์ครับคุณหมอ” เสียงของคุณตาชาย (นามสมมุติ) ป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ อสม. ประสานงานขอให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ขาว ไปดูคุณตาที่มีอาการเจ็บปวดมาก เมื่อได้ออกไปเยี่ยมบ้านกับ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้เห็นสภาพและความเป็นอยู่ที่แท้จริงของคุณตาและครอบครัว จากที่เคยรับรู้เพียงว่า ญาติๆ ของคุณตาจะแวะเวียนไปขอยาแก้ปวดที่ รพ.สต. ขาว โดยที่เจ้าหน้าที่ไม่เคยรู้และเห็นเลยว่า สภาพที่แท้จริงของครอบครัวคุณตามีความยากลำบากอย่างมาก ทำให้ (เจ้าหน้าที่) ต้องจุกใจคิดว่า นี่เป็นเพียงแค่คุณตาหนึ่งคนที่ได้ไปเจอ แท้จริงแล้วยังมีผู้ป่วยและผู้สูงอายุอีกมากในชุมชนที่ยังต้องการการดูแลที่บ้านเนื่องจากไม่สามารถมาพบแพทย์ได้เอง

ดังนั้นเพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จึงได้ประชุมปรึกษาหารือกันในการที่จะพัฒนางานเชิงรุกให้ชัดเจน คือ งานเยี่ยมบ้านในชุมชน ซึ่งที่ประชุมมีความเห็นตรงกันว่า เจ้าหน้าที่ไม่สามารถที่จะออกเยี่ยมบ้านกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงได้ทั้งหมด เนื่องจากมีบุคลากรจำนวนจำกัด และภาระงานในสถานบริการมีมาก ทั้งนี้เห็นว่าผู้ที่เหมาะสม

ที่สุด คือ อสม. ของแต่ละหมู่บ้าน เพราะเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เป็นผู้ที่รู้ถึงสภาพบริบทต่างๆในพื้นที่เป็นอย่างดี ดังนั้นการเพิ่มบทบาท อสม. ในการเป็นทีมเยี่ยมบ้าน จึงเป็นวิธีการพัฒนาศักยภาพ อสม. และยังเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระงานของเจ้าหน้าที่ได้ด้วย

รพ.สต. ขาว ได้จัดตั้งเครือข่ายประสานดวงใจ-ทีมห่วงใยเยี่ยมบ้าน โดย อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่ขึ้นจากการประชุม อสม. พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดในการจัดทำโครงการฯ ให้ อสม. ฟังอย่างชัดเจน ซึ่ง อสม. ทุกคนคิดเห็นร่วมกันว่า สามารถทำได้และจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในหมู่บ้านของตน ทำให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพในชุมชนได้รับการดูแลจาก อสม. และจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง แบบถึงบ้านและใกล้ใจ

การดำเนินงาน มีการจัดตารางเวรให้มี อสม. หมุนเวียนกันมาอยู่เวรในแต่ละเดือน ซึ่ง อสม. 1 คน จะได้มาอยู่เวร 1 วัน/ เดือน ตามวันเวลาราชการและตามบริบทของชุมชน เป็นการทำงานเชิงรุกแบบ “ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ” โดยเป็นการเยี่ยมและให้คำปรึกษาแนะนำเฉพาะรายตามหลักวิชาการแก่ญาติและผู้ที่ถูกเยี่ยม ในการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจและในการออกเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้จะเป็นการดูแลสุขภาพแล้วยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว/ชุมชน ให้เกิดความรัก/ ความสามัคคี/ การช่วยเหลือแบ่งปัน และยังสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. กับชุมชน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชนด้วย

ขั้นตอนในการสร้างเครือข่ายประสานดวงใจ-ทิมห่วงใย
เยี่ยมบ้าน ที่ทุกคนพร้อมร่วมแรงร่วมใจ ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อนด้วย
ขั้นตอนต่อไปนี้

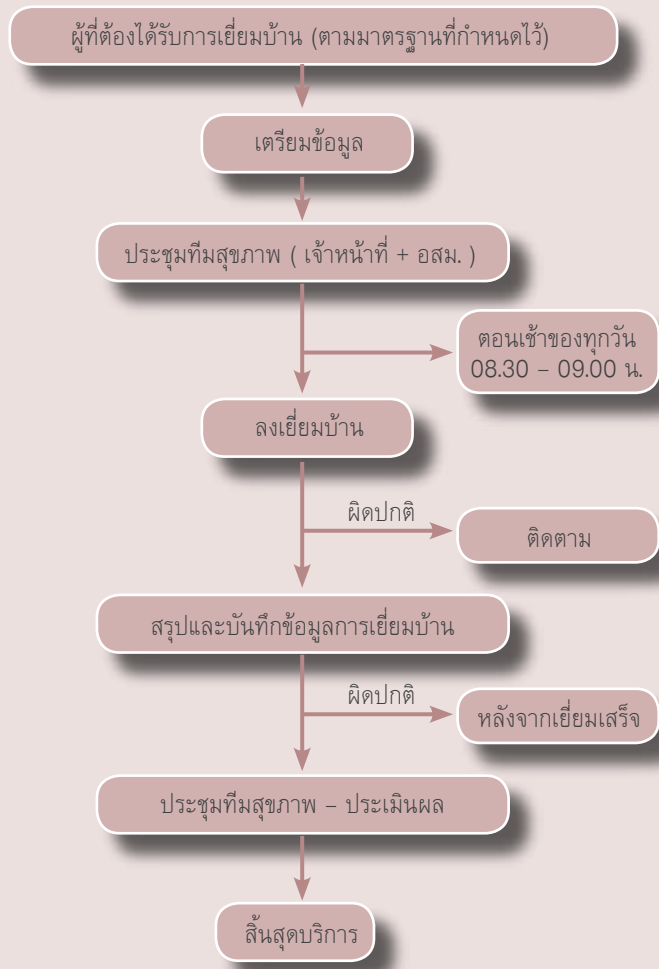
1. ประชุมวางแผนหาแนวทางดำเนินงานร่วมกันของ
เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อกำหนดบทบาทในการทำงาน
ร่วมกันที่ชัดเจน
2. จัดเตรียมเอกสารในการเยี่ยมบ้านที่ออกแบบโดย
เจ้าหน้าที่ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการเยี่ยม จัดทำคู่มือให้
สุขศึกษารายบุคคลในชุมชน พร้อมกับจัดทำทะเบียน
รายชื่อกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ในชุมชน (ได้แก่ ทะเบียนผู้สูงอายุ
ทะเบียนคนพิการ ทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรัง และทะเบียน
กลุ่มเสี่ยงต่างๆ)
3. จัดเวทีประชาคม อสม. เพื่อหาแนวทางร่วมกันระหว่าง
เจ้าหน้าที่ กับ อสม. ในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีการลงมติ
เป็นเสียงเดียวกันว่า อสม. รพ.สต. ชาวบ้าน มีความพร้อม
ที่จะทำโครงการนี้
4. มีการจัดทำตารางเวรให้ประธาน อสม. แต่ละหมู่บ้าน
นำไปแจ้งสมาชิกให้มาอยู่เวรตามวันที่กำหนด พร้อมลง
ลายมือเพื่อตรวจสอบชื่อในวันที่มาทำงาน
5. ภายหลังจากปฏิบัติงาน 2 เดือน มีการจัด “โครงการ
พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการทำงานขั้น” เพื่อนำ
ประสบการณ์และปัญหาที่ได้จากการทำงานมาสรุป
อภิปราย หาแนวทางพัฒนางานร่วมกัน และเป็นการเพิ่มพูน

ความรู้/ศักยภาพของ อสม. ซึ่งหลังการจัดอบรมแล้วเสร็จ
ได้มีการปรับปรุงเอกสารแบบฟอร์มเยี่ยมบ้าน
(ภาคผนวกที่ 4.3) เพื่อให้ง่ายและครอบคลุมยิ่งขึ้น

6. มีการสรุปผลการปฏิบัติงานร่วมกันทุกวันและทุกเดือน
ระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต. กับ อสม.
7. พัฒนาศักยภาพและอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับ อสม. ทุกปี
โดยแบ่งเป็นระยะตามปัญหาที่พบจากการทำงาน
8. และเพื่อให้ชัดเจน เน้นด้วยผังไหล ที่ง่าย ๆ ไม่ยุ่งยาก
ดังหน้า 184

ผลงานที่ได้ 1) ผู้ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีความพึงพอใจที่มี
คนเฝ้าระวังสุขภาพให้ และตื่นตัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง
2) อสม. มีความภาคภูมิใจจากการปฏิบัติงานของตนเอง และมีการ
พัฒนาศักยภาพในการติดตามเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
ในชุมชน โดยคนในชุมชนที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม 3) สร้างระบบ
การทำงานเชิงรุกแบบต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และ
ประหยัดงบประมาณอย่างแท้จริง

กระบวนการเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลชวา อำเภอสกลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด



สิ่งที่ทำให้การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้ทำงานด้วยใจนั้น คือ เคล็ดลับในการสร้างแรงจูงใจในการทำงานแบบไม่ใช้เงิน

การที่เราอยากทำในสิ่งที่เขาไม่อยากทำ อย่าไปบังคับ ทำแล้วชาวบ้านต้องได้รับสิ่งที่ทำอย่างชัดเจน ใจของผู้ที่จะนำต้องเกินร้อย พูดครั้งเดียวไม่จบแน่นอนต้องป้อนแต่ความคิดดีให้เขาฟัง อย่าดีร้ายหากตกลงกันไม่ได้ ชื่นชมยินดีเมื่อเขาทำดีและมีรางวัล การสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งไม่ได้ทำแค่เดือนเดียว มีมาตรการที่มาจากเขาเราอย่าไปกำหนด อย่าพูดปดเพราะชาวบ้านเก่ง สิ่งที่เราไม่รู้ไม่ได้ดี และถูกที่สุด สิ่งที่เราไม่รู้ไม่ได้ดีและถูกที่สุด ต้องเอาสองอย่างมารวมกัน ถึงจะดีและถูกที่สุดในสังคมนั้น งานสาธารณสุขเป็นแค่ส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งถูกล้อมรอบด้วยสภาพแวดล้อม วัฒนธรรม และสิ่งต่างๆ มากมาย เราต้องมองรอบด้าน ท้ายที่สุด คือ ความสุขของมนุษย์ “จากที่เราคิดว่าทำอย่างไรถึงจะรวย ให้ช่วยกันคิดวิธีทำความดี และแบ่งปัน สร้างสรรค์สังคม อย่าจมปลักกับสิ่งที่มองเห็นและไม่ยั่งยืน”

บทเรียนรู้
 จากเรื่องเล่าที่ 4.9 คือ การจัดชุด การให้บริการเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. โดย รพ.สต. ที่เข้าใจและเข้าถึง ดึงพลังอำนาจ มารวมใช้ ย่อมดำรงอยู่ได้อย่างยั่งยืน

สรุป

กรณีตัวอย่างของการนำใช้แนวปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุในชุมชน โดย รพ.สต. นั้น ยังมีเรื่องเล่าดีๆ อีกมาก ที่เป็นตัวแบบที่ดีของการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งที่ได้มีการตีพิมพ์และนำเสนอในสื่อ และเอกสารต่างๆ สำหรับกรณีตัวอย่างที่เสนอที่นี้ เป็นเพียงประสบการณ์ตรงส่วนหนึ่งของผู้เขียนตั้งใจเรียบเรียงให้เห็นว่า ชุดการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่นำเสนอในเล่มนี้ เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชน ต้องการเพียงแต่จัดปรับให้สอดคล้องกับเป้าหมายการให้บริการผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ตามภารกิจใหม่ของ รพ.สต. +

บทที่ 5

การเชื่อมต่อและเชื่อมโยงงาน
การให้บริการผู้สูงอายุ
ในชุมชนโดย รพ.สต.





กลวิธี “เชื่อมต่อ และเชื่อมโยง”

เป็นหัวใจของการดำเนินงานของ รพ.สต. ในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป้าหมายอยู่ที่ต้องบูรณาการทั้งงานและคน โดยหวังผลให้บริการผู้สูงอายุนั้นเป็นองค์รวม มีส่วนร่วมโดยภาคีทุกภาคส่วนของชุมชน และครอบคลุมทั่วถ้วนทุกกลุ่มผู้สูงอายุ

การเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายทุกภาคีในชุมชนที่นำเสนอ เป็นตัวอย่างเล็กๆ ในการดำเนินงานประสานกับภาคีสู่สภาพเพื่อให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุห้วยเกี๋ยง และ “อพล. น้อย” ซึ่งต้องการเชื่อมโยงภาคีในชุมชนที่มีศักยภาพ ให้สร้างทุนทางสังคมในชุมชนของตนเอง โดยที่ รพ.สต. มีบทบาทในการสร้างเสริมพลังอำนาจ ให้ชุมชนทำได้

เส้นทางการประสานเชื่อมต่อและเชื่อมโยงที่นำเสนอไว้ เป็นแผนภาพนั้น เป็นการประมวลการเชื่อมต่อ และเชื่อมโยงในภาพรวมไว้ให้เข้าใจโดยง่าย เพื่อ รพ.สต. จะนำไปใช้ต่อก่อให้เกิดผลงานบริการอย่างบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มวัยในชุมชนอันเป็นเป้าหมายหนึ่งในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ทั่วทั้งประเทศ

องค์ประกอบที่จะทำให้การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุเป็นไปได้จริงนั้น ต้องการการประสานเชื่อมต่อและเชื่อมโยง ในที่นี้ หมายถึง การเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายทุกภาคีในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นภาคประชาชน ภาครัฐ และเอกชนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และต้องมีกลวิธีในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบท อันหมายถึง ต้นทุนคนและต้นทุนเงิน จึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายของการจัดบริการได้

1. การเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือสถาบันให้บริการด้านสุขภาพ

ภาคีสำคัญที่จะให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้ตรงเป้า คือโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่ง รพ.สต. ต้องเชื่อมต่อเพื่อให้เกิดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง เหมาะสมและทันเหตุการณ์ การเชื่อมต่อนั้นมีหลากหลายวิธีการ ทั้งโดยสายงานปกติ ที่มีอยู่ และการริเริ่มเสริมให้เกิดใหม่

การเชื่อมต่อที่ชัดเจน สะดวกไว ต้องใช้เทคโนโลยีการสื่อสารมาเป็นเครื่องมือ การพัฒนาเส้นทางการประสานกันระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มีประสิทธิภาพและใช้งานได้จริง ทั้งนี้ทั้งฝ่ายเชื่อมและฝ่ายต่อต้องตระหนักว่า ความร่วมมือร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นงานที่ต้องร่วมสร้าง จึงจะช่วยให้งานบริการสุขภาพในชุมชนโดย รพ.สต. บังเกิดผล สำหรับรูปแบบการเชื่อมต่อนี้มีได้หลากหลาย เช่น การร่วมทำการสำรวจ

ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ การจัดระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมต่อ ทั้งในระบบปกติเดิมหรือระบบใหม่ที่ใช้เทคโนโลยี

ตัวอย่างหนึ่ง คือ “บริการสุขภาพเชื่อมต่อของหล่มสัก” ที่เป็นเรื่องเล่าการนำใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อเชื่อมต่อบริการสุขภาพของเครือข่าย หรือโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ในเครือข่ายที่สร้าง “ผลดีทั้งสองฝ่าย” โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ประโยชน์ ผู้รับบริการไม่ทรมาน ได้ดูแลเจ็บป่วยที่จำเป็นจริง ส่วน รพ.สต. ได้เพิ่มศักยภาพในการบำบัดรักษา โดยเป็นปฏิบัติการที่ใช้ความรู้ และหลักวิชา

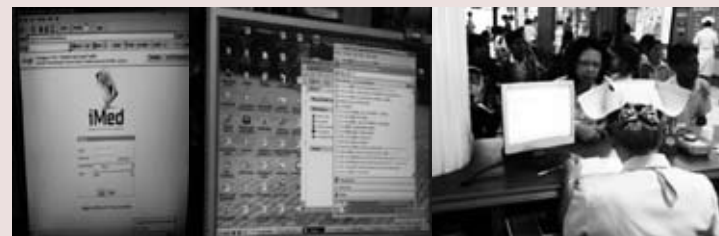
ส่วนเรื่องเล่า “โครงการตรวจตา ตรวจฟันในผู้สูงอายุ” นั้น เป็นการนำเสนอ การนำปัญหาสำคัญที่ได้จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุของตำบลหนึ่งสู่เวทีแห่งการแก้ไข และการแก้ไขให้การเชื่อมต่อกับสถาบันให้บริการด้านสุขภาพหลายแห่ง จึงได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

รูปแบบการเชื่อมต่อที่นำเสนอนี้ เป็นตัวอย่างการปฏิบัติการกิจกรรมประสานงานของรพ.สต. ที่มุ่งสร้างความร่วมมือจากสถาบันหรือองค์กรด้านสุขภาพ เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เรื่องเล่า “บริการสุขภาพเชื่อมต่อของหล่มสัก”
 เรื่องเล่าที่ 5.1 Tele-medicine ระบบเชื่อมต่อ รพ.สต.
 และโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่ได้ผล
 เล่าเรื่องโดย ทีมงานสังเคราะห์ ฯ

Tele-medicine เป็นระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่โรงพยาบาลหล่มสัก นำมาเชื่อมโยงการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลแม่ข่าย กับ รพ.สต. และสถานีอนามัยทุกแห่งในเครือข่ายเดียวกัน “ผมทำให้ รพ.สต. เปรียบเสมือนห้องตรวจหนึ่งของแพทย์ที่โรงพยาบาลหล่มสัก สมมุติที่ รพ.สต. เกิดปัญหาต้อง consult สามารถทำได้ทันที โดยใช้โปรแกรม tele-medicine โปรแกรมที่วันที่ 4 ก.ค. 52 ที่นายกอภิสิทธิ์ มาคุยกับคนไข้ สามารถพูดคุยได้ เป็นเรื่องที่เราใช้ IT ราคาถูกๆ ADSL ราคา 490 บาท/เดือน และความคมชัดก็ใช้ได้ ประโยชน์มหาศาล และถ้าที่ไกลๆ ไม่มีโทรศัพท์ถึงเราก็ใช้จานดาวเทียม” (นพ.พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี)

การติดต่อทางอินเทอร์เน็ตที่ได้เห็นภาพและเสียง ที่ รพ.สต. ต้องการปรึกษาแพทย์นั้น ถูกส่งเข้าไปที่จุดคัดกรองและส่งต่อของโรงพยาบาลหล่มสัก ที่นี้พยาบาลเวชปฏิบัติประจำการ รับข้อมูลและประสานกับแพทย์ให้ทำการตรวจรักษา ซึ่งในการตรวจทางอินเทอร์เน็ตนี้ สามารถซักประวัติ พูดคุยกันได้เหมือนจริงเพียงแค่ผ่านจอ แม้แต่การตรวจร่างกายเพิ่มเติมก็สามารถทำได้โดยประสานผ่านทางเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ส่งปรึกษา ข้อมูลที่ได้จากการประเมินเหมือนนั่งอยู่ต่อหน้าต่อตานั่น ทำให้ผู้ใช้บริการมีความมั่นใจใน



OPD “รพ. หล่มสัก”

การบริการที่ รพ.สต. มากขึ้น และลดการเดินทางมาโดยไม่จำเป็น “คำว่าโรงพยาบาล (ชุมชน) คนเยอะ รอนาน จะไป รพ.สต. เพราะดูแลได้เหมือนๆ กัน และมีระบบจอทีวี (tele-medicine) ติดต่อกับหมอใหญ่ได้ถ้ามีปัญหา อีกทั้งพยาบาล รพ.สต. ก็ได้ไปอบรมให้สามารถตรวจรักษาได้เท่าๆ กับคุณหมอแล้ว” (ผู้สูงอายุ)

“Tele-medicine ช่วยได้มาก ส่งคัดกรอง การตอบกลับทุกรายในเวลาที่เหมาะสม ไม่เก็บไว้ ส่งข้อมูลไปให้ครบและเขา (รพ.สต.) เกิดการเรียนรู้ เราต้องทำงานร่วมกันเพราะเป็นส่วนหนึ่งของคนและกัน” (นพ.พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี) และระบบนี้ “มีแบบฟอร์มใน Tele-medicine ทุกแบบฟอร์ม” (นพ.พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี) อีกทั้งสมรรถนะของระบบนี้ โรงพยาบาลแม่ข่าย “สามารถทำ tele-conference ได้พร้อมกันได้ 31 แห่ง” (พยาบาลเวชปฏิบัติโรงพยาบาลหล่มสัก)

Tele-medicine ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ปรึกษา ให้คุณประโยชน์ต่อแนวคิดการให้บริการ ณ จุดเดียว (one stop service) เกิดการบริการอย่างต่อเนื่องและมีการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงของ รพ.สต. อันเป็นรูปแบบใหม่ของการบริการที่ท้าทาย รพ.สต. ให้ประสานเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการพัฒนาให้เกิดขึ้น



OPD “รพ.สต. น้ำก้อ”

เรื่องเล่าที่ 5.2 ระบบส่งต่อ ที่รอไม่ได้ เรียก ใช้บริการ EMS

เล่าเรื่องโดย ทีมงานสังเคราะห์ ฯ

ระบบบริการ EMS เป็นระบบบริการที่เชื่อมต่อระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลหล่มสัก ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน เพื่อส่งต่อไปสถานบริการระดับสูง และเป็นระบบเสริมที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้ที่ไม่มียานพาหนะหรือผู้ที่มีปัญหาค่าใช้จ่าย

เมื่อเจ้าหน้าที่รพ.สต. ประเมินผู้ป่วยและพบว่า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉิน หรือได้รับอันตรายที่อาจถึงแก่ชีวิต หรือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อ ในกรณีเร่งด่วน รพ.สต. โทรเรียก 1669 (เป็นศูนย์เรนทรของแต่ละจังหวัด) ศูนย์จะทำการประเมินระดับเกรดของผู้ป่วยเพื่อจัดรถและทีมที่ไปรับผู้ป่วยให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย เช่น **ใช้รถโรงพยาบาล** กรณีผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือมีภาวะวิกฤติ จะต้องใช้รถ advance ที่มีพยาบาลอบรมด้านการกู้ชีพระดับสูง เครื่องมือในรถครบถ้วน **ใช้รถมูลนิธิ** กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว **ใช้รถ EMS ตำบล** กรณีเจ็บป่วยทั่วไป เจ็บป่วยเล็กน้อย พอช่วย

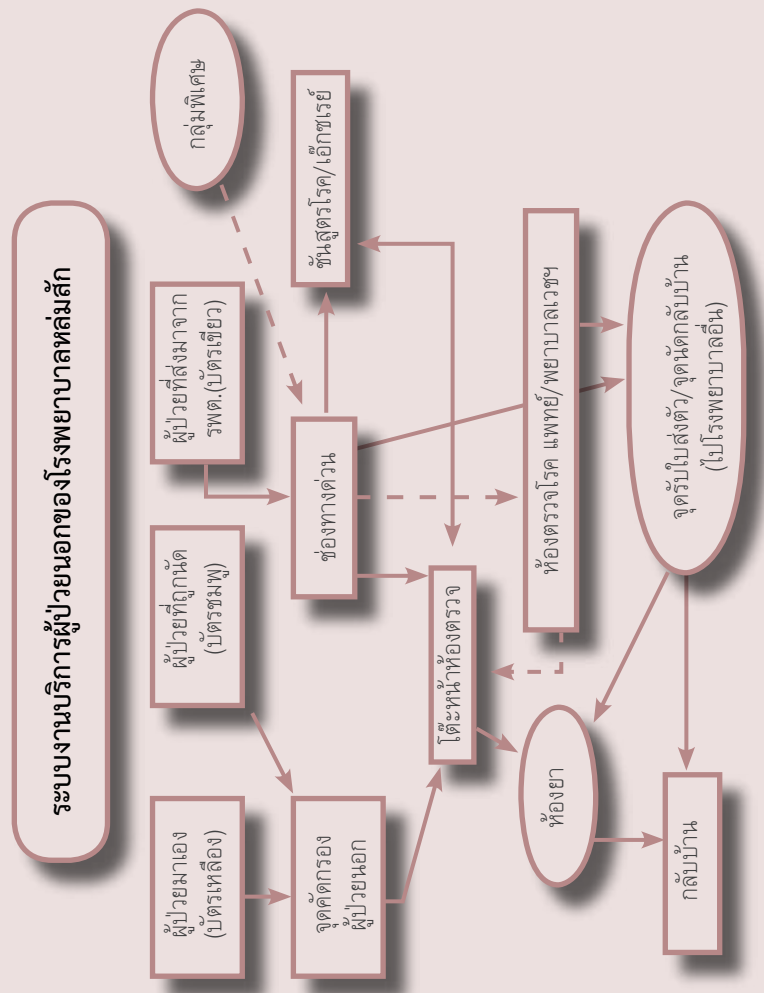
ตัวเองได้ หรือผู้ที่ไม่มียรถ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

กรณีไม่เร่งด่วนจะ**ปรึกษา (consult) ผ่านระบบ Skype กับหน่วย Green channel** (หน่วยที่รับเรื่องต่างๆ ของผู้ป่วยที่รพ.หล่มสัก และ รพ.สต.) ซึ่งหน่วย Green channel มีพยาบาลเวชปฏิบัติ 2 คน ประจำหน่วย ระดับของการปรึกษาจะผ่านพยาบาลเวชปฏิบัติก่อน แล้วจึงประสานกับแพทย์ที่อยู่ห้องตรวจ ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาอาจเป็นการให้สังเกตต่อหรือมีการสั่งให้ยา หรือสั่งให้ทำการรักษาเบื้องต้นต่างๆ ต่อ โดยการสั่งปากเปล่าก่อน จากนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติจะพิมพ์คำสั่งการรักษาส่งผ่านโปรแกรมมาให้ และอาจมีคำสั่งให้ส่งต่อ หรือไม่ต้องส่งต่อ

ส่วนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะเขียนคำสั่งการรักษาไว้ใน family folder สำหรับกรณีที่ไม่ต้องส่งต่อ จะให้การดูแลและรักษาตามคำสั่งการรักษา กรณีที่ต้องส่งต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะทำการแจ้ง 1669 ระหว่างที่รอการประสานงานเรือรถส่งต่อ ซึ่งใช้เวลาไม่เกิน 10 นาทีนั้น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดูแลผู้ป่วยตามปัญหา และตามคำสั่งการรักษา เฝ้าระวังและประเมินสภาพอาการผู้ป่วย

เมื่อรถในบริการ EMS มารับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. รายงานกรณีของผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ที่มารับผู้ป่วยรับทราบ โดยมีการรายงานทั้งด้วยวาจาและส่งแบบฟอร์มการปรึกษาต่างๆ ด้วย ซึ่งรถในบริการจะนำส่งผู้ป่วยไปยัง รพ.หล่มสัก ที่มีการเตรียมรับผู้ป่วยตามสภาพปัญหาไว้พร้อมแล้ว

สำหรับการประสานเชื่อมต่อบริการผู้ป่วยนอกของ รพ.สต. ถ่ายทอดเป็นแผนภูมิง่าย ๆ ไว้ประจำ รพ.สต. ดังนี้



เรื่องเล่าที่ 5.3 การประสานเชื่อมต่อ ขอความร่วมมือ เพื่อแก้ปัญหาตาและฟันของผู้สูงอายุ
 เล่าเรื่องโดย พรรณิภา ไชยรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุในชุมชน (เรื่องเล่าที่ 1 ในบทที่ 3) พบว่าผู้สูงอายุตำบลสะอาด มีปัญหาด้านสายตา และสุขภาพช่องปาก คณะกรรมการโครงการ CTOP จึงวางแผนจัดทำโครงการใหญ่ 2 โครงการ คือ โครงการตรวจคัดกรองตาในผู้สูงอายุตำบลสะอาด และโครงการคัดกรองและดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในตำบล

โครงการตรวจคัดกรองตาในผู้สูงอายุตำบลสะอาด มีการดำเนินการที่เรียกว่าประสานเชื่อมต่อกับหลายหน่วยงานและมีการเชื่อมโยงกับภาคีต่างในชุมชน หลากหลายรูปแบบ การดำเนินงานในโครงการ CTOP นั้นต้องการการสุมผู้สูงอายุจำนวน 100 คน จากผู้สูงอายุทั้งสิ้น 986 คน เข้าโครงการมาตรวจคัดกรองเรื่องตา โดยเชื่อมต่อกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากประเทศญี่ปุ่น ร่วมกับสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จักษุแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น นั้นใช้การเชื่อมโยงกับ อบต. ขอใช้ทั้งสถานที่และขอประสานรายชื่อ และทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อบต. ได้ร่วมกันติดตามโดยใช้รถของ อบต. และของโรงพยาบาลน้ำพองรับ-ส่งผู้สูงอายุตามหมู่บ้าน มี อพสภ.(อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและ

ผู้พิการ) แต่ละหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้านทำหน้าที่ประสานประชาสัมพันธ์ และติดตามผู้สูงอายุ พร้อมนัดหมายจัดรับ-ส่งในหมู่บ้าน

หลังการประสานมีผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองตา 74 คน ส่วนอีก 26 คน ให้เหตุผลว่า 1)ไม่ต้องการตรวจเพราะคิดว่าตนเองไม่มีปัญหา 2) ไม่เข้าใจเป้าหมายของโครงการ เมื่อตรวจคัดกรองเสร็จ ข้อมูลที่น่าสนใจ คือ มีผู้สูงอายุที่ต้องส่งต่อทันที 8 คน อีก 17 คน ต้องได้รับการรักษาภายใน 3 เดือน ต้องได้รับการรักษาแต่ไม่เร่งด่วน 49 คน และมีผู้สูงอายุ ตาบอด 2 คน จึงประสานเชื่อมต่อบริการทางสังคมในฐานะผู้เข้าข่ายได้รับสิทธิผู้พิการทางสายตา

การประสานเชื่อมต่อเพื่อการแก้ปัญหาตานั้น พยาบาลชุมชนประสานให้โรงพยาบาลน้ำพองจัดทำเอกสารส่งต่อผู้สูงอายุไปรับการรักษาที่ รพศ. ขอนแก่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากรพ.สต. ทำหน้าที่สร้างความเข้าใจกับผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการส่งตัวไปรับรักษาต่อ ผู้สูงอายุส่วนที่เหลือมีการติดตามการรักษาในลักษณะส่งต่อโดยใช้ใบส่งตัวตามระบบของโรงพยาบาลน้ำพอง โดยการประสานงานเชื่อมต่อของพยาบาลชุมชน (แต่เนื่องจากมีปัญหาคาดขีดเชื้อหลังผ่าตัดตาของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จึงต้องหยุดดำเนินการไว้ก่อน)

การเชื่อมต่อที่ รพ.สต. ต้องดำเนินการต่อเนื่องอีก คือการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เพื่อการคัดกรองตาของผู้สูงอายุนอกจากที่ได้ทำในโครงการโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นงานต่อเนื่องเริ่มด้วยการคัดกรองตาเบื้องต้น โดยใช้แบบคัดกรองตา

เบื้องต้นที่ออกแบบโดยพยาบาลเวชปฏิบัติจักษุ (ภาคผนวกที่ 5.1) ก่อนการคัดกรองมีการฝึกการใช้แบบคัดกรองให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และให้ร่วมสร้างความเข้าใจกับชุมชน งานนี้มีผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการคัดกรองรวม 593 คน จากผู้สูงอายุทั้งสิ้น 986 คน ผลการคัดกรองเบื้องต้น มีผู้สูงอายุ 224 คน ที่มีปัญหาเร่งด่วนต้องส่งต่อไปรับการรักษา (แต่ทางพื้นที่ยังมีปัญหาในการชะลอการส่งต่อเพื่อรับการรักษา เนื่องจากต้องรอให้กลุ่มเดิมรับการส่งต่อก่อน ซึ่งกรณีนี้ควรมีกิจกรรมในการประสานเชื่อมต่อแหล่งประโยชน์อื่นร่วมด้วย)

การประสานงานเมื่อพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตา จะมีการเฝ้าระวังอาการรุนแรงโดย อพสก. และแนะนำให้ตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานได้เชื่อมต่อให้ติดตามตรวจจอประสาทตาในโครงการคัดกรองตาผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

โครงการคัดกรองและดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เป็นอีกโครงการที่ตอบสนองปัญหาของผู้สูงอายุที่ได้จากการสำรวจชุมชน ซึ่งแน่นอนการดำเนินการต้องการประสานการเชื่อมต่อหน่วยงานอื่นมาร่วมลงขัน ร่วมกันดำเนินงาน โดยการดำเนินการมี 2 แนวทาง คือ 1) การคัดกรองภายใต้โครงการ CTOP Project และ 2) การคัดกรองภายใต้ พื้นที่รับผิดชอบของงานทันตกรรมชุมชน ของโรงพยาบาลชุมชน

1) การคัดกรองภายใต้โครงการ CTOP Project เริ่มงานด้วยการคัดกรองสุขภาพช่องปาก (ภาคผนวกที่ 5.2) โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และคัดเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันและ

ต้องการทำฟันเทียม จากนั้น มีการประสานงานเชื่อมต่อกับกับหน่วยทันตกรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ทำการเตรียมช่องปากผู้สูงอายุและจัดทำฟันเทียมรวม 3 รอบๆ ละ 30 คน โดยแต่ละรอบให้บริการ 4 ครั้ง คือ (1) เตรียมช่องปาก (2) พิมพ์ฟัน (3) ทดลองใส่ฟันเทียม (4) ติดตามและประเมินการใช้ฟันเทียม มีผู้รับบริการและได้ฟันเทียมทั้งสิ้น 76 ราย ผลลัพธ์จากการได้ฟันเทียมผู้สูงอายุบางคนมีสุขภาพดีขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น แต่มีผู้สูงอายุบางคนถอดฟันเทียมเก็บไว้เพราะใส่แล้วหลวมหรือเจ็บ

2) การคัดกรองและดูแลช่องปากสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้พื้นที่ความรับผิดชอบของงาน ทันตกรรมชุมชนโรงพยาบาลน้ำพอง มีการจัดบริการทันตกรรมเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยทันตภิบาล 1 คนมีพื้นที่ดูแล 1-2 ตำบลต่อคน โดยการจัดทำแผนปฏิบัติการเชื่อมต่อโดยร่วมกับกลุ่มพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ (รพ.สต.) งานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากได้รับการสนับสนุนงบประมาณบางส่วน จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ และมีบริการ คือ (1) ตรวจคัดกรองช่องปาก และให้ความรู้ผู้สูงอายุแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม (2) พัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุต้นแบบในการดูแลสุขภาพช่องปาก และ (3) บริการชุดหินปูน ส่งต่อการรักษา กรณีต้องถอน อุดฟัน และ รักษาโรคช่องปาก

การทำงานของ รพ.สต. เป็นการทำงานรูปแบบใหม่ ที่เน้นเชิงรุกเข้าถึงชุมชนอย่างครอบคลุม เชื่อมต่อเครือข่ายสุขภาพเพื่อ การบริการที่มีประสิทธิภาพ และเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายที่

เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรทุกด้าน ทั้งนี้เพื่อ สุขภาวะของผู้สูงอายุ ดังนั้นกลยุทธ์ในการทำงานเชิงรุก การเข้าถึง แหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ และเชื่อมต่อให้เกิดการบริการ จึงเป็น ส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดำเนินงานเพื่อการแก้ไขปัญหา สุขภาพที่เกิณกำลังคนของ รพ.สต.

2. การเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายทุกภาคีในชุมชน

งานให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต้องการการเชื่อมโยงกับบริการด้านอื่น ๆ ในชุมชนที่ดำเนินการโดยองค์กร หน่วยงาน ท้องถิ่น แกนนำ ชุมชนหรือแม้แต่กลุ่มผู้สูงอายุเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพและระดับความเข้มแข็งของภาคีต่าง ๆ ตัวอย่างเรื่องเล่า **ศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุห้วยเกียง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่** ที่บอกว่า ด้วยวิสัยทัศน์ของผู้นำทางศาสนา “วัด” จึงใช้ประโยชน์ ประกอบกิจกรรมทั้ง “ทางโลกและทางธรรม” ได้อย่างลงตัว และ **“อผล.น้อย”** ในโครงการขับเคลื่อนสิทธิและสุขภาวะของผู้สูงอายุ จังหวัดสกลนคร ที่เน้นที่แกนนำที่มีวิสัยทัศน์ ย่อมพัฒนางานและ สร้างเสริมพลังชุมชน นำคนตัวน้อยมาเป็น “ต้นทุนทางสังคม” ทั้ง สองเรื่องนั้น เป็นการเชื่อมโยงภาคีที่มีศักยภาพ ที่ผลลัพธ์เกินค่า และน่าจะเป็นการยืนยันว่าการเชื่อมโยงในชุมชนนั้น เป็นหนทางสู่ “พลังจากชุมชน ไม่อับจนหนทาง”

เรื่องเล่าที่ 5.4 ศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุห้วยเกียง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ เชื่อมโยงบริการของวัดกับบริการสุขภาพ เล่าความโดย ตู๋ลุง ชัย เจ้าอาวาสวัด และพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์

ศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ห้วยเกียง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2537 มีสมาชิกเริ่มต้น 37 คน ปัจจุบันนี้มีสมาชิก 800 คน ในระยะเริ่มต้นไม่ได้เป็นศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ เป็นเพียงแหล่งทำกิจกรรมของชุมชนทั่วไป

วิสัยทัศน์ผู้นำและการใช้วัดเป็นกุศโลบายขยายความคิด

แนวคิดการจัดทำศูนย์เริ่มต้นจากการที่มีผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย อัมพาตจำนวนมาก แล้วโรงพยาบาลรับภาระนี้ไม่ได้ จึงต้องการขยายมาอยู่ในชุมชน ประกอบกับตูลุง เจ้าอาวาสวัดมีแนวคิด ต้องการให้วัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรม ศูนย์รวมคนให้เกิดประโยชน์ มากกว่า เป็นสถานที่ทำกิจแห่งสงฆ์เท่านั้น

เมื่อมีแนวคิดอยากให้คนเข้าวัดและต้องคืนกำไรให้กับชุมชน วัดจึงขานรับโครงการของหน่วยงาน ต่าง ๆ “วัดมีที่ทางอยู่มาก อยากให้คนมาทำกิจกรรมในวัด เพื่อให้มีอาชีพ และคิดว่าจะทำกิจกรรมอะไร ให้เข้ามาทำในวัด ให้ได้ใช้ประโยชน์เต็มที”

การดำเนินการศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในช่วงแรก เป็นความร่วมมือของวัดและโรงพยาบาลสันทรายได้รับสายป่านการสนับสนุนจาก สปสช. “โดยทางวัดคิดว่าให้วัดเป็น“ที่จอด” และวัดจะจัดสรรให้ทุกอย่างเท่าที่จะมีให้ ตูลุง (เจ้าอาวาส) จะเป็นผู้เบิก

ทางความคิด โดยเสนอแนวคิดกับชุมชน ชักจูงชุมชนให้เกิดความคิด จิตสาธารณะ และเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อสร้างความสุขให้คนในชุมชน”

ในระยะแรก (ปี 49) ทางวัดต้องต่อสู้กับคำถาม “รักษาไปทำไม กิจนี้ไม่ใช่ของสงฆ์” เจ้าอาวาสต้องทำความเข้าใจชุมชน **“ต้องทำให้เห็นความสำคัญ** เริ่มที่ เมื่อเจ็บป่วยจะรู้ว่าวัดมีความสำคัญ เยียวยาดูแลได้ ช่วงแรก ง้อ ชาวบ้าน เมื่อคนเจ็บป่วยได้รับการดูแลดีขึ้น ก็ได้ใจชาวออกไปชาวบ้านอยากเข้ามามีส่วนร่วมชาวบ้านมีความเป็นเจ้าของ. . . การประสานความร่วมมือระหว่างวัดและโรงพยาบาลที่เข้มแข็ง ทำให้ดึงชาวบ้านมาร่วมได้ ในรูปแบบอาสาสมัคร (คนของชุมชน) เริ่มต้นต้องขอร้องชาวบ้าน นานเข้าชาวบ้านร้องขอ” และเพื่อให้สุขภาพเป็นสมบัติของทุกคน พระเองหรือเจ้าอาวาสต้องเป็น “ตัวอย่างในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดยการปฏิบัติดีดี ไขมันในเลือด”

ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมแบบบูรณาการ และโดยการเชื่อมโยงภาคีเครือข่าย โรงพยาบาล วัด ชุมชน อาสาสมัคร เทศบาล พมจ. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยราชภัฏ และอายุรเวชฯ “โรงพยาบาลสันทราย สนับสนุนพยาบาล เจ้าหน้าที่ให้มาประจำที่ศูนย์ โดยเข้าดูแลที่ศูนย์ บ่ายออกชุมชน และเข้าไปทำงานที่โรงพยาบาลบางวัน. . . เทศบาล สนับสนุนงบประมาณบางส่วน. . . ชุมชน : อาสาสมัคร ชาวบ้านสนับสนุนร่วมทำกิจกรรม. . . อายุรเวชฯ มาฝึกอาสาสมัครเพื่อให้การบำบัด”

ลักษณะการดำเนินงานในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพนี้มี 2 ส่วน คือ **กรรมการของวัดและกรรมการตามงานกิจกรรมบริการ** ในกิจกรรม

การฟื้นฟูสภาพนั้น “เจ้าหน้าที่สุขภาพรับภาระเรื่องการอบรมการฝึก การดูแล การจัดการเชิงปฏิบัติการทั้งหมด ตู้อรับดูแลด้านจิตใจ และขยายแนวคิด ดึงชุมชนเข้ามาร่วม”

กิจกรรมของพระที่ได้ให้ นั้น ดูจะเป็นการเติมเต็มมิติจิตวิญญาณให้กับผู้ที่ทุกข์ร้อน “ทำให้ผู้เจ็บป่วยเข้าใจธรรมชาติ เป็นโรคเป็นธรรมดา ไม่หายก็ตาย สำหรับผู้ป่วยใช้คำว่า “หาย” เพื่อให้อกำลังใจ โดยทั่วไปส่วนใหญ่ทำใจไม่ได้ เพราะโรคมาเร็ว จึงรับสภาพไม่ได้ ต้องการการปรับจิตใจรับสภาพ ซึ่งตุ้อจะรับผิดชอบส่วนนี้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่า ไม่ถูกทอดทิ้ง แต่สำหรับครอบครัวและญาติต้องเน้น ทำอย่างไรที่จะช่วยให้เขาพึ่งพาตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพามาก และสอนให้ครอบครัวทำการบริหารให้ได้”

และอีกหน้าที่ของพระที่สำคัญคือสร้างคนให้เป็นคน ... อาสา “สร้างสัมพันธ์ภาพคนทุกวัย ผ่านสังฆทาน อาหารในตู้เย็น เสียตามสาย” กลยุทธ์ที่ใช้ “ชักจูงเด็กเข้าวัดเมื่อเด็กมาผู้ใหญ่อย่างน้อย 2 คนจะตามมา แล้วค่อย ขยายความคิดนำมาร่วมกิจกรรม” และการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งมั่นที่ “สร้างกลุ่มดำเนินงานตามธรรมชาติ ไม่ได้บังคับจัดตั้ง”

หรือแม้แต่การให้ข้อคิด สะกิด เจ้าหน้าที่ที่ทำงาน ให้ได้ใจ ผู้คน “ทำงานตามเวลาได้ค่าจ้าง ทำงานนอกและยามว่างได้ใจ จะทำงานกับชาวบ้านต้องได้ใจ” “อย่างนี้หัวเขา ให้นั่งในใจเขา” “ไม่ทำเฉพาะตัว ต้องหาเครือข่าย ต้องร่วมกันด้วย ต้องช่วยกัน” “การทำงานไม่เอาเงินนำ ทำเท่าที่ทำได้ ท้อได้แต่อย่าถอย” “ให้พูดแต่สิ่งที่ได้กำไร ถ้าพูดอะไรไปแล้วขาดทุนอย่าพูด” พยาบาลและ

ทีมงานที่นี้ จึงมีหน้าที่รู้จักชาวบ้านทุกคน สามารถจดจำชาวบ้านได้ และจำบ้านได้ทุกบ้าน

ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุแห่งนี้ แม้เป็นศูนย์กลางการดูแล คนอัมพฤกษ์ อัมพาต แต่มีกิจกรรมประจำ คือ “ข่าวหมู่บ้าน การสร้าง อาชีพ โดย พมจ. และมหาวิทยาลัยราชภัฏ การรณรงค์ลดโลกร้อน กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมสุขภาพนั้น มีการฟื้นฟูสภาพ เป็นงานหลัก”

การฟื้นฟูสุขภาพที่มีหลักการดูแลเป็นการผสมผสานการรักษาทางกายและใจ ด้วยการให้กำลังใจ ด้วยการทำให้ เรียกว่า **“มิตรภาพบำบัด”** คนที่มาต้องได้ความสุข ดัชนีที่ชี้วัดได้ คือ “ยิ้ม” การดูแลนั้น **“มีการผสมผสานการรักษาแผนปัจจุบัน การรักษาทาง อายุรเวช กายภาพบำบัด จิตบำบัด ลักษณะเป็นกายภาพบำบัด การนวด การประคบ การแช่ร้อนด้วยสมุนไพรเป็นส่วนใหญ่”**

“ผู้รับบริการต้องเอาญาติมาด้วย มาช่วยกันดูแลฟื้นฟู ไป กลับไม่มีที่พัก ถ้ามาไกลก็ต้องเช่าที่หอพักอยู่ ผู้ให้บริการมี 1) เจ้าหน้าที่รัฐที่มาจากรงพยาบาล คือ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ขยายมาจาก โรงพยาบาล 2) อาสาสมัคร กลุ่มนี้ได้รับเงินประจำตามงานที่ทำ 3) จิตอาสา กลุ่มนี้มาทำงานโดยไม่ได้ค่าตอบแทน แต่ได้รับเงิน จากการอุดหนุน บริจาคหรือตอบแทนจากการให้บริการ เป็นคน ทุกวัยที่อยากทำงาน”

“ผู้รับบริการที่ถือว่าเข้ามารักษาจะต้องได้รับการตรวจโดย หมอประจำศูนย์และเจ้าอาวาส. . . กลุ่มนี้จ่ายเงินสนับสนุน 20 บาท

ต่อครั้งโดยไม่กำหนดระยะเวลาการดูแล เอาความพึงพอใจและการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นหลัก แต่ถ้าใครเข้ามาใช้บริการโดยไม่ผ่านการตรวจของ 2 ท่านดังกล่าว (มาใช้บริการเอง) จะต้องจ่าย ครั้งละ 50 บาท”

“การรักษาฟื้นฟู เมื่อแพทย์และสุขภาพประเมิน ดูแลสุขภาพพร้อมแล้วจะตัดสินใจแผนการรักษาให้ อาสาสมัครที่มาให้บริการ ทำกายภาพบำบัด บำบัดตามโปรแกรม และผู้รับผิดชอบผู้สูงอายุ จะคอยตรวจสอบความก้าวหน้า โดยทั่วไปจะประเมินความก้าวหน้า 2 สัปดาห์ครั้ง แล้วเปลี่ยนแผนหรือกิจกรรมการฟื้นฟูตามศักยภาพที่เป็น”

นอกจากนี้ยังมีการฝึกคนดูแลผู้ที่เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต ระยะการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ การคัดเลือกผู้ดูแลในการฟื้นฟูนั้น เน้นให้ได้คนที่รับผิดชอบจริง มีแรงจูงใจในการทำหน้าที่เป็น อาสาสมัคร ช่วยดูแลผู้ด้อยโอกาสด้วย

จุดดีของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่ผู้รับบริการสะท้อนให้ คือ ผู้รับบริการมีอิสระเสรี มีความสุข ไม่ต้องอยู่ใต้กติกาของ โรงพยาบาล มีโอกาสได้พบแพทย์ พยาบาลและพระ ได้พูดคุย อย่างไม่เร่งรีบ ได้รับการดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติ ได้รับการให้ คำปรึกษาใกล้ชิดและต่อเนื่อง ได้ทั้งธรรมทางโลกและโรค

3. “เชื่อมต่อ เชื่อมโยง” กลวิธีในการดำเนินงาน

กลวิธีในการดำเนินงานเพื่อให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ของ รพ.สต. คือ รพ.สต. ต้องเป็นเจ้าภาพในการประสานเชื่อมต่อและเชื่อมโยงให้เกิดการบริการตามเป้าหมาย แต่เส้นทางการเชื่อมต่อและเชื่อมโยงของแต่ละ รพ.สต. นั้นย่อมแตกต่างกัน เป็นไปตามต้นทุนของ รพ.สต. เอง และต้นทุนทางสังคมของ รพ.สต. แต่ละแห่ง อย่างไรก็ตาม **มีตัวอย่างเส้นทาง**ที่ต้องการนำเสนอเพื่อให้เห็นภาพการดำเนินงาน ที่เชื่อว่าน่าจะให้เค้าร่างในการปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของ รพ.สต. ต่อไปได้

แนวปฏิบัติตามหนังสือนี้ เส้นทางการให้บริการผู้สูงอายุ เริ่มต้นที่การสร้างทีมบูรณาการ ที่มาจากภาคีชุมชนท้องถิ่น ภาคีบริการสังคม และภาคีบริการสุขภาพ เพื่อดำเนินกิจกรรม

1) การจัดกลุ่มหรือจำแนกผู้สูงอายุในชุมชนเป็น 3 กลุ่มใหญ่ การดำเนินการนี้ รพ.สต. ร่วมกับ อสม. เป็นเจ้าภาพในการประสาน **เชื่อมต่อ**โรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อการตรวจคัดกรองสุขภาพ และ **เชื่อมโยง**กับท้องถิ่น แกนนำ อาสาสมัครอื่น และแม้แต่ผู้สูงอายุ และครอบครัวในการสำรวจผู้สูงอายุ

ผลการคัดกรองและการสำรวจผู้สูงอายุ นั้น รพ.สต. จะเป็นเจ้าภาพนำเข้า วางแผนกับทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การวางแผนชุมชน และมีเวทีประชาคมให้ชุมชนรับรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการในขั้นนี้ คือ แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน ผังไหลในการดำเนินการ และแม่บทในการจำแนกกลุ่ม

กลวิธีที่ใช้คือ การสร้างการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลร่วมกัน การคืนข้อมูลและการจัดแผนชุมชน

2) การจัดการบริการให้ผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ เป้าหมายในการจัดบริการให้ผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ นั้นเป็นตัวกำหนดชุดการให้บริการที่ รพ.สต. ควรจัดการให้กับผู้สูงอายุ แต่ รพ.สต. แต่ละแห่งจะมี **ชุดการให้บริการ**สำหรับผู้สูงอายุแตกต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมาย และปัญหาของผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนที่ รพ.สต. นั้นๆ รับผิดชอบ

ชุดการให้บริการ ที่ รพ.สต. เป็นเจ้าภาพในการจัดให้กับผู้สูงอายุนั้นเป็นไปตามบทบาทหลักของ รพ.สต. คือ การส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ และแบ่งคร่าวๆ ออกเป็น 1) ชุดการให้บริการที่เป็นบทบาทโดยตรงของ รพ.สต. โดยภาคีอื่นเป็นผู้ร่วม ได้แก่ ชุด “4 H” คือ การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ชุดการเยี่ยมบ้าน (home visit) ชุดการให้การดูแลที่บ้าน (home health care) และ ชุดการใช้บ้านเป็นเรือนนอน (home ward) และ 2) ชุดบริการเสริมที่บูรณาการงานสุขภาพและสังคม ที่ รพ.สต. เป็นผู้ร่วมกับภาคีด้านสังคม เช่น ชมรม/กลุ่มจิตอาสา/อาสาสมัคร ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation center) และศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center) เป็นต้น

การจัดการชุดการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุนั้น บทบาทหลักจะอยู่ที่ รพ.สต. ในฐานะผู้ให้บริการ และต้องการการ **เชื่อมต่อ**ด้านการบำบัดรักษา ด้านวิชาการ ด้านทรัพยากรสนับสนุนจาก

โรงพยาบาลแม่ข่าย ในรูปแบบต่างๆ อาทิ การใช้ tele medicine หรือ tele care รวมทั้งต้องเชื่อมโยงภาคีทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการสุขภาพและสังคม และชุมชน

สำหรับชุมชนนั้น การเชื่อมโยงประสานเพื่อค้นหาผู้นำโดยธรรมชาติ ให้ดำเนินกิจกรรมให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับ รพ.สต. นั้นนับว่ามีความสำคัญ และในกรณีที่ รพ.สต. เสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนได้ รพ.สต. จะมีเครือข่ายในการดำเนินงานโดย รพ.สต. มีหน้าที่เพียงให้การสนับสนุนเท่านั้น และนั่นคือ ความเข้มแข็งของชุมชนที่ต้องการ

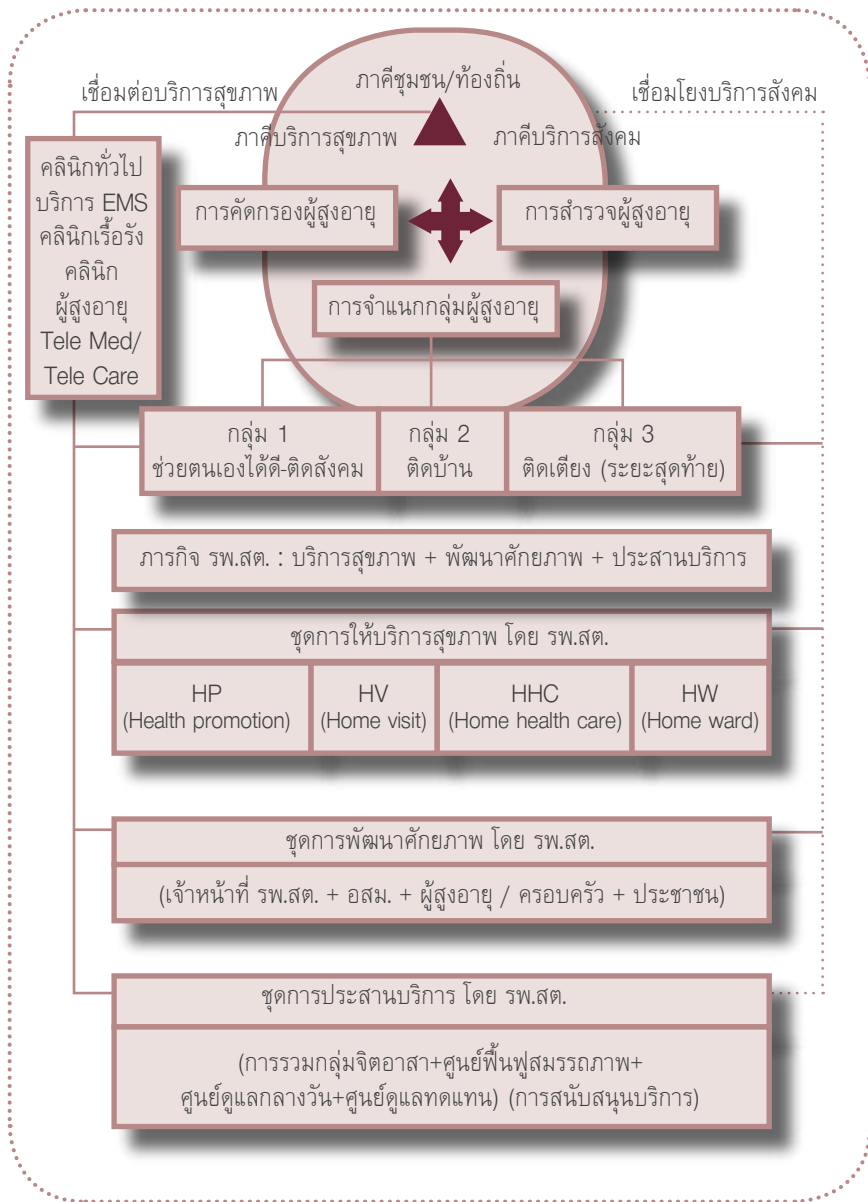
การเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสังคมในชุมชนนั้น ที่มีความชัดเจนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือ พมจ. ท้องถิ่นและแกนนำชุมชน องค์กรของผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ศูนย์อเนกประสงค์ และกลุ่มบุคคลทางสังคมเหล่านี้สามารถให้สนับสนุนชุดการให้บริการ ผู้สูงอายุได้หลากหลายวิธีการ และเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการดำเนินงานในพื้นที่ เพียงแต่ต้องมีการประสานเชื่อมโยง แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำศักยภาพมาบูรณาการเสริมงานซึ่งกันและกันเท่านั้น

แผนภูมิที่ 5.1 แสดงเส้นทางการจัดบริการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ที่ให้ความสำคัญกับการบูรณาการภาคีทั้งหมด เพื่อการให้บริการผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่ม โดยใช้ชุดบริการต่างๆ และโดยการเสริมสานพลังด้วย ชุดเสริมการบริการที่เป็นงานร่วมของภาคีบริการสุขภาพและสังคม

สรุป

การจัดบริการอย่างบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดย รพ.สต. เป็นเจ้าภาพนั้น ความสำเร็จไม่เพียงแต่ การมีแนวปฏิบัติการให้บริการเท่านั้น แต่ต้องการความเข้าใจแนวคิดในการให้บริการ ผู้สูงอายุตลอดจนการมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุและความสูง อายุ และส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ คือ การสร้างสรรคให้มีการเชื่อมต่อและเชื่อมโยงกับภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

การมีเส้นทางเดินที่ชัดเจนทำให้ รพ.สต. รู้ว่าต้องเชื่อมต่อเชื่อมโยงอะไรกับใครนั้น ดูจะเป็นบทเริ่มต้นของ รพ.สต. ว่าจะดำเนินการอย่างไรให้เกิดการเชื่อมต่อและเชื่อมโยงที่มุ่งหมาย +



แผนภูมิที่ 5.1 เส้นทางการจัดบริการอย่างบูรณาการสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนที่เชื่อมต่อและเชื่อมโยงภาคีบริการสุขภาพและสังคม