

The Study of Age-Friendly Primary Health Care: Case Study of  
Primary Care Cluster, Ban Si Muat Klao Sub District Health Promoting Hospital,  
Mueang District, Lampang Province

Srisang WannaKul\*

**Abstract**

This research aimed to study service conditions, problems and needs including guidelines for age-friendly primary health care systems at primary care cluster, Ban Si Muat Klao sub-district health promoting hospital, Mueang, Lampang. The participants were community committee, village health volunteers, elderly and their family, the staff of Ban Si Muat Klao sub-district health promoting hospital 21 people. Data were collected by in-depth interviews, focus group discussions and document reviews. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The finding of this study revealed that 1) primary care cluster services that are friendly to the elderly: respect and acceptance of value, social participation, community support and health services, proactive service equality and equality. The problems and needs for development, including 1.1) providing services specifically for the elderly such as providing additional proportional locations, creating a safe environment in clinics and at home, the transportation system is conducive to service. 1.2) providing health knowledge appropriate to the elderly to reduce dependency 1.3) demand for fund and grants. 2) Development guidelines include 2.1) should plan the development of a service system that is specific to the elderly with a proper physical environment adjustment, peace, close to nature. 2.2) providing transportation systems for elderly vehicles can conveniently travel to get services easily. 2.3) adjusting housing conditions for some families with problems 2.4) education health information including the introduction of innovation using local wisdom to apply to the elderly in groups that are not healthy and there are physical limitations to reduce dependency. 2.5) Provision of funds additional help welfare as well as the necessary equipment or increase employment to earn income. Under the awareness of service policy that is friendly to the elderly with participation from all sectors in the community, increasing the empowerment of the elderly and encouraging the positive attitude of the working group in the community by focusing on the management that is based on the benefits of participation as the location, to create a health service system that is friendly to the elderly continuously and sustainably

**Keywords:** Primary health care systems, Age-friendly service, Primary care cluster

---

\* *Plan and Policy Analyst, Expert Level, Lampang Provincial Health Office*

**การศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ:  
กรณีศึกษาคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า  
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง**

ศรีสอางค์ วรรณกุล\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการ รวมถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ตามแนวคิดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและครอบครัว บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า จำนวน 21 คน และการศึกษาเอกสาร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) การบริการคลินิกหมอครอบครัวที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีความครอบคลุมหลายด้าน ได้แก่ การให้ความเคารพและยอมรับในคุณค่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ การให้บริการเชิงรุก การให้ความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน โดยมีปัญหาและความต้องการพัฒนา ได้แก่ 1.1) การจัดบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดสถานที่เพิ่มเติมที่เป็นสัดส่วน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในคลินิกและที่บ้าน การจัดระบบขนส่งที่เอื้อต่อการเดินทางมารับบริการ 1.2) การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อลดการพึ่งพา 1.3) ความต้องการด้านการจัดหากองทุนและเงินช่วยเหลือ 2) แนวทางการพัฒนา ประกอบด้วย 2.1) ควรวางแผนการพัฒนาระบบบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุด้วยการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมให้เป็นสัดส่วน มีความสงบ ใกล้เคียงธรรมชาติ 2.2) การจัดระบบขนส่งยานพาหนะให้ผู้สูงอายุสามารถสะดวกเดินทางมารับบริการได้สะดวก 2.3) การปรับสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับบางครอบครัวที่มีปัญหา 2.4) การให้ความรู้ ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ รวมถึงการนำนวัตกรรม การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่สุขภาพไม่แข็งแรงและมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายเพื่อลดการพึ่งพาให้น้อยลง 2.5) การจัดหากองทุน สวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติม ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นหรือเพิ่มการจ้างงานเพื่อหารายได้เสริมภายใต้การสร้างความตื่นตัวในเรื่องนโยบายการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น และส่งเสริมการมีทัศนคติในเชิงบวกของคณะทำงานในชุมชนโดยเน้นการบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

**คำสำคัญ:** ระบบสุขภาพปฐมภูมิ, ความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ, คลินิกหมอครอบครัว

\* นักวิเคราะห์นโยบายและแผน เชี่ยวชาญ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

## บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัย” (Aged society) ตั้งแต่ปี 2548 คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 และตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดและในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (Department of Health, 2011) ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมีปัญหาเรื่องการเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง โรคเหล่านี้อาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมของคนไทยตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุจนเป็นผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ปัญหาทางด้านสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุไทยยังประสบปัญหาทางด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ในรอบหลายปีที่ผ่านมา 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทย มีรายได้อยู่ใต้เส้นความยากจน แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากบุตร ร้อยละ 34.7 มากที่สุด รองลงมา คือ จากการทำงานของสูงอายุเอง ร้อยละ 31 และได้รับจากเบี้ยยังชีพของทางราชการ ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้พิการ ร้อยละ 20 โดยผู้สูงอายุชายมีรายได้เฉลี่ยต่อปี สูงกว่าหญิง และความเพียงพอของรายได้ ที่ได้รับ โดยให้ผู้สูงอายุประเมินความรู้สึกของตนเองโดยไม่ใช้จำนวนเงินมาเป็นเกณฑ์วัด พบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่งร้อยละ 50.3 ผู้สูงอายุตอบว่ามีรายได้เพียงพอ และมีร้อยละ 18.5 ที่ตอบว่ามีรายได้ไม่เพียงพอในการดำรงชีพ (Department of Health, 2011) ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ตามลำพังคนเดียว มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 6 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 11 ในปี 2560 สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 21 ในปี 2560 ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเหล่านี้อาจจัดอยู่ในกลุ่ม “ประชากรเปราะบาง” ได้

การปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพ ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพใหม่ เพราะเป็นระบบบริการขั้นพื้นฐานที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุดสามารถเข้าถึงสุขภาพของประชาชนได้ง่ายและใช้ต้นทุนต่ำ ที่มุ่งให้บริการเชิงรุกการเสริมสร้างความเข้มแข็งและพลังอำนาจให้แก่บุคคลรวมทั้งชุมชนให้สามารถรับมือกับโรคภัย และสามารถเชื่อมระหว่างชุมชนและการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อรวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เข้มแข็งโดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เป็นการตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – พ.ศ. 2564) ที่เสนอให้มีการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) รวมถึงการส่งเสริมการให้ความสำคัญของมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้ทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัวซึ่งเป็นการจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมির่วมกันดูแลประชาชนที่รับมือกับโรค เสริมศักยภาพของคนในชุมชนเพิ่มความรู้เพิ่มทักษะและเพิ่มการดูแลตนเองให้ถูกต้อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญที่จะได้ใช้ประโยชน์จากคลินิกหมอครอบครัวสามารถลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและได้รับบริการแบบผสมผสาน ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับแนวความคิดการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

สำหรับการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกซึ่งการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิดที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ภายใต้ระบบการดูแลที่ดี

ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ คือ 1) ผู้ให้บริการที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly health care providers) 2) ระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly service system) และ 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly environment) โดยมีองค์ประกอบย่อย 8 ประการ ได้แก่ อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces & buildings) ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation) ที่อยู่อาศัย (Housing) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation) การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment) การสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศ (Communication & Information) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services) (WHO, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นประเทศไทยโดยมีหลักการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหาซึ่งพบว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนมีปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนา คือ 1) ทักษะคติในเชิงบวกของทีมผู้ร่วมวิจัย 2) การบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ร่วมกัน 3) ทูตทางสังคมในพื้นที่ที่ศึกษา และ 4) การมีพยาบาลเฉพาะทางผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านผู้สูงอายุเข้าสู่ชุมชน และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้มีการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hoontrakul D., et al., 2008)

สถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดลำปาง พบว่า จำนวนประชากรมีแนวโน้มลดลง แต่จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนประชากร 746,547 คน และจำนวนผู้สูงอายุ 155,241 คน คิดเป็นร้อยละ 20.79 แสดงว่า จังหวัดลำปางเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ (UN) จากการศึกษาสำรวจของผู้อยู่อาศัยถึงการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในคลินิกหมอครอบครัวศรีหวมดเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมืองที่มีความหลากหลายของคนที่มีอายุในชุมชน รวมทั้งสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด 9,586 คน มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 2,300 คน คิดเป็นร้อยละ 23.99 (HDC, 2562) ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหว และโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้บริการผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โดยมีการจัดคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียง การส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ แต่ทั้งนี้การดำเนินการยังไม่มีความชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุ การบริการส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการที่หน่วยบริการมากกว่าการให้บริการที่บ้านหรือในชุมชน (เชิงรับมากกว่าเชิงรุก) ทำให้เกิดความแออัดในหน่วยบริการ ใช้เวลานานในการรอรับบริการ เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถมารับบริการที่หน่วยบริการได้ และการบริการยังมุ่งเน้นที่การดูแลเฉพาะโรค เช่น โรคเรื้อรังมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหวมดเกล้า, 2562) ดังนั้น ในระบบบริการสาธารณสุข จึงต้องมีการจัดระบบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่จะต้องเผชิญ โดยคลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) และการจัดระบบบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นตามหลักแนวคิดขององค์การอนามัยโลก

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงได้มีศึกษาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหวมดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปางขึ้น เพื่อศึกษาสภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและหาแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดย

นำหลักการบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิและหลักการเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle) มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจเพื่อให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ได้รับการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ที่ยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอมือง จังหวัดลำปาง

### คำถามการวิจัย

1. สภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอมือง จังหวัดลำปาง เป็นอย่างไร
2. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพพระดํปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอมือง จังหวัดลำปาง ควรมีการดำเนินการอย่างไร

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้านคือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งเพื่อศึกษาสภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการ รวมถึงแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพพระดํปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพ จำนวน 21 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ คลินิกหมอครอบครัว รพ.สต.บ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอมือง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2561 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2562

### นิยามศัพท์

การบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้ อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ในยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป

การบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ หมายถึง บริการสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ บนพื้นฐานของแนวคิดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การให้ความเคารพและการยอมรับ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก ระบบขนส่งและ

ยานพาหนะ ที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน การสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศ การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตพื้นที่การให้บริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

คลินิกหมอครอบครัว หมายถึง การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นกลุ่มบริการ โดยการจัดให้มีทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆ ร่วมกันดูแลประชาชนที่รับผิดชอบ โดยจัดให้มีจำนวนประชากร 10,000 คน/ทีม ทำหน้าที่ดูแลประชาชนแบบญาติมิตรใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน และให้ทีม 3 ทีมมารวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่เรียกว่า “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ Primary Care Cluster (PCC) เท่ากับ 1 cluster ร่วมกันดูแลประชาชนประมาณ 30,000 คน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 10 คน ได้แก่ กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและครอบครัว บุคลากร รพ.สต.บ้านศรีหมวดเกล้า ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีส่วนร่วมดำเนินการ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง สามารถให้ข้อมูลที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย

2. การสนทนากลุ่ม (Focus Group discussion) จำนวน 11 คน โดยคัดเลือกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในพื้นที่

3. การศึกษาเอกสาร (Document reviews) เป็นการศึกษาโดยการทบทวนแนวความคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการศึกษาข้อมูลจากเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ผ่านมาในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ได้แก่ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการการดำเนินงานสำหรับผู้สูงอายุ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เอกสารที่เกี่ยวกับบทบาทและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานผู้สูงอายุ เป็นต้น

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล คือ กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและครอบครัว บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้าที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 21 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและประเด็นแนวคำถามการสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ บทบาทหน้าที่ในชุมชน เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ สถานที่สัมภาษณ์และ วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพของการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน และสิ่งที่ต้องการพัฒนาให้เกิดขึ้นในระบบบริการเพื่อการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ในด้านวิจัยเชิงคุณภาพและความรู้ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ สภาพการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ปัญหาความต้องการและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความเหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีการตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงด้านข้อมูลว่ามีความครบถ้วน และมีหลักฐานสนับสนุนอย่างเพียงพอ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า โดยได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้ผลการศึกษามีความถูกต้อง เที่ยงตรง เชื่อถือได้ไว้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. การตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงด้านข้อมูลว่ามีความครบถ้วน พอเพียงของข้อมูล โดยผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) (Denzin, 1970) ด้านข้อมูล โดยนำข้อมูลทั้งในรูปแบบเอกสารและผลการสัมภาษณ์ที่บันทึก เก็บรวบรวมมาได้จากแหล่งต่างๆ ที่มีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านเวลา สถานที่และจากตัวบุคคล ด้านผู้วิจัยโดยการเปลี่ยนตัวผู้สัมภาษณ์หากมีสถานการณ์วิกฤตหรือไม่ได้รับความร่วมมือ ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล โดยจัดให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่มาจากแหล่งที่มาต่างๆ โดยวิธีการวิเคราะห์เอกสาร หรือใช้วิธีการสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์แบบ แล้วนำผลการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบซึ่งกันและกัน

2. การตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงในการสรุปและตีความข้อมูลผู้วิจัยจะดำเนินการโดยประมวลผลข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาเอกสาร และการจดบันทึกผลการสัมภาษณ์มาเขียนอธิบายสถานการณ์อย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งจัดทำข้อสรุปผลการศึกษา และนำข้อมูลที่ได้จากการตีความนี้ไปทำการสอบถามแหล่งข้อมูลอีกครั้งหนึ่งในระหว่างการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ทั้งนี้เพื่อยืนยันความถูกต้องของผลการวิเคราะห์

3. การตรวจสอบความถูกต้อง เที่ยงตรงตามกรอบแนวคิดทฤษฎี โดยพยายามรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดต่างๆ ทั้งในส่วนของประเด็นวิเคราะห์และข้อมูลความคิดเห็น

### การพิทักษ์สิทธิของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ยึดหลักจริยธรรมในทุกขั้นตอนของการศึกษาโดยโครงร่างการศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เพื่อพิจารณาขออนุญาตในการทำการศึกษ หลังจากรับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาได้ดำเนินการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารับทราบถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการศึกษา การบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อและจะใช้วิธีการทำเป็นรหัสแทน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกวิเคราะห์ในภาพรวม เป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับการชี้แจงว่า สามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้กำหนดแนวทาง ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเอกสารทางวิชาการ ข้อมูลของพื้นที่ในคลินิกครอบครัว การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม โดยมีขั้นตอน ได้แก่ 1) ทำหนังสือราชการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2) เตรียมการสัมภาษณ์ ขอความร่วมมือในการวิจัย แจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์และประเด็นที่จะสัมภาษณ์ แจ้งวัตถุประสงค์ การให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ 3) ตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่สมบูรณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบตามที่กำหนด 4) รวบรวมข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจัดกลุ่มเนื้อหาหลักที่มีความหมายสอดคล้องใกล้เคียงกันตัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนออกเพื่อนำมาเรียบเรียงตอบคำถามตามประเด็นปัญหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำไปสู่การเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน ดังนั้น ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการตอบประเด็นสัมภาษณ์ (Interview Research) และข้อมูลจากเอกสารต่างๆ (Document Research) ถูกนำมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในแง่ต่างๆ ตามข้อเท็จจริง ทั้งในเชิงเหตุและผลและนำไปสู่คำตอบในการศึกษา

### ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ทุนและศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุจากการ วิจัยเอกสารของคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ รายจ่าย แหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน การวางแผนเรื่องการเงินระยะยาว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ แสดงดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ รายจ่าย แหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน การวางแผนเรื่องการเงิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรฯ การมองเห็น การได้ยิน โรคประจำตัว (n=917)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
เพศ	หญิง	510	55.62
	ชาย	407	44.38
อายุ	60-69	482	52.56
	70-79	314	34.24
	80-89	109	11.89
	90 ปีขึ้นไป	12	1.31
สถานภาพสมรส	โสด	33	3.60
	คู่สมรส	547	59.65
	หม้าย	27	2.94
	หย่าร้าง	310	33.81



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>การศึกษาสูงสุด</b>		
ประถมศึกษา	599	65.32
มัธยมศึกษา	45	4.91
ปริญญาตรีและสูงกว่าขึ้นไป	28	3.05
ไม่ได้เรียนและไม่รู้หนังสือ	245	26.72
<b>รายได้ต่อเดือน(บาท)</b>		
2,000-4,000	524	57.14
4,001-8,000	105	11.45
>8,001 บาทขึ้นไป	79	8.62
ไม่มีรายได้	209	22.79
<b>รายจ่ายต่อเดือน(บาท)</b>		
2,000-4,000	508	55.40
4,001-8,000	88	9.60
>8,001 บาทขึ้นไป	50	5.45
ไม่มีรายได้	271	29.55
<b>แหล่งช่วยเหลือด้านการเงินมาจากหลายแหล่งพร้อมๆ กัน</b>		
คู่สมรส	181	13.45
บุตร/หลาน	628	46.66
สวัสดิการจากรัฐ	460	34.18
บำเหน็จ/บำนาญ	40	2.97
อื่น ๆ (ซื้อหวย/ลงทุน ฯลฯ )	37	2.75
<b>การวางแผนเรื่องการเงินระยะยาว</b>		
ไม่มีการวางแผน	635	68.43
มีเงินฝากธนาคาร	180	19.40
ทำประกันชีวิต	45	4.85
สลากออมสิน/กองทุน	68	7.33
<b>ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</b>		
ช่วยเหลือตัวเองสังคมได้	630	68.70
ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน	261	28.46
ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	26	2.84
<b>ความสามารถในการมองเห็น</b>		
มองเห็นชัดเจน	755	82.33
มัว มองไม่ชัดเจน	158	17.23
มองไม่เห็น	4	0.44

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>ความสามารถในการได้ยิน</b>		
ชัดเจนดี	806	87.90
ไม่ชัด	98	10.69
ไม่ได้ยิน	13	1.42
<b>โรคประจำตัว</b>		
ความดันโลหิตสูง	202	22.03
เบาหวาน	39	4.25
ไขมันในเลือดสูง	10	1.09
ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน	226	24.65
โรคหัวใจ	26	2.84
อื่นๆ (หอบหืด, มะเร็ง, จิตเวช)	72	7.85
ไม่มีโรคประจำตัว	342	37.30

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (44.38%) เป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี มากที่สุดถึง 482 คน (52.56%) สถานภาพสมรส คู่สมรส จำนวน 547 คน (59.65%) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา จำนวน 599 คน (65.32%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพที่ก่อเกิดรายได้เลี้ยงชีพ 514 คน (56.05%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 2,000 – 4,000 บาท จำนวน 524 คน (57.14%) มีรายจ่ายเฉลี่ย ต่อเดือน ระหว่าง 2,000 – 4,000 บาท จำนวน 508 คน (55.39%) ผู้ดูแลพักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับ ผู้สูงอายุ 771 คน (84.07%) แหล่ง/ผู้ช่วยเหลือด้านการเงินได้รับมาจากบุตรหลาน 628 คน (46.66%) ไม่มีการวางแผนเรื่องการเงินเพื่อดูแลตัวเองในระยะยาว สูงถึง 635 คน (68.43%) สำหรับด้านสุขภาพ จากตาราง แสดงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่พร้อมช่วยเหลือ ตนเองได้และสามารถช่วยผู้อื่นและสังคม 630 คน (68.70%) รองลงมาคือช่วยเหลือได้บ้างบางส่วน จำนวน 261 คน (28.46%) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 202 คน (22.03%)

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล ประเภทความพิการ อุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพา การเข้าถึงบริการรักษา ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ และประเภทผู้ดูแล (n=917)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>สิทธิด้านรักษาพยาบาล</b>		
สิทธิบัตรทอง	740	80.70
สิทธิเบิกได้จากข้าราชการ	123	13.41
ประกันสุขภาพของเอกชน	17	1.85
ไม่มี/ไม่ทราบ	37	4.03
<b>ประเภทความพิการ</b>		
ทางการเคลื่อนไหว	42	4.58
ทางหู	25	2.73
ทางตา	7	0.76
ทางสมอง	4	0.44
ไม่มีความพิการ	790	86.15
ไม่ยอมให้ข้อมูล	49	5.34
<b>อุปกรณ์ที่ต้องพึ่งพา</b>		
แวนตา	114	12.43
พินปลอม	76	8.29
อุปกรณ์ช่วยเดิน(ไม้เท้า/สี่ขา)	41	4.47
พินปลอมและแวนตา	20	2.18
เครื่องช่วยฟัง	16	1.74
รถเข็น	8	0.87
ไม่ได้ใช้	642	70.01
<b>การเข้าถึงบริการรักษา</b>		
ไปด้วยตนเอง	218	23.77
คนในครอบครัวไปส่ง	696	75.90
หน่วยงานไปส่ง	2	0.22
เพื่อนบ้านไปส่ง	1	0.11
<b>ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
คนในครอบครัว	771	57.49
รพ.สต.	507	37.81
เพื่อนบ้าน	50	3.73
อปท.(อบต./เทศบาล)	9	0.67
ไม่มีผู้ดูแลหลัก	4	0.30
<b>ประเภทผู้ดูแล</b>		
อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน	771	84.08
ไม่ได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกัน	142	15.49
ไม่มีผู้ดูแล	4	0.44

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสิทธิด้านรักษาพยาบาล (การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิที่รัฐดูแล คือบัตรทอง จำนวน 740 คน (80.69%) ประเภทความพิการพบว่าไม่มีความพิการ จำนวน 790 คน (80.70 %) แต่กลุ่มที่มีความพิการส่วนใหญ่เป็นความพิการทางการเคลื่อนไหวถึง 42 คน (4.58%) สำหรับวัสดุอุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยพึ่งพาในชีวิตประจำวัน มากที่สุด คือ แวนตา จำนวน 114 คน (12.43%)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม จากกรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและครอบครัว บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ได้ผลการศึกษา ดังนี้

1. สภาพการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ผ่านมาจนถึงในปัจจุบัน พบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมา มีประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

1.1 กิจกรรมงานประเพณีของหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีประเพณีการทำกิจกรรมตามงานประเพณีของชุมชน ที่ควรทำอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะ สร้างสัมพันธ์ภาพต่อกัน คลายความเหงา และกิจกรรมต่างๆ ก็เป็นการให้เกียรติให้คุณค่าและเคารพผู้สูงอายุ ดังที่ประธานชุมชน พูดว่า

“กระผมเองเป็นประธานชุมชนมา 5 ปีแล้ว ที่ผ่านมาก็ได้คิดค้นอะไรหลายๆอย่าง มีบางอย่างก็เป็นคนรุ่นใหม่นำมาดำเนินงานร่วมบ้าง สิ่งดีๆ ในชมรม เช่น งานประจำปีประเพณีวันพ่อและวันแม่เป็นหลัก ไม่มีงบ ผ่าป่า คนเฒ่าเป็นขอเลยว่าจะอย่าให้ล้มหาย เป็นมาเป็นม่วน เป็นได้รางวัล พบปะคนในชุมชนเดียวกัน ต่างคนต่างอยู่ก็เหงา บางคนลูกก็ไม่ได้อยู่ด้วย อยากให้มาพบปะกัน เราก็มีความสุขที่เห็นท่านยิ้ม”

“งานประเพณี รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ เราทำทุกปี มิให้ขาด เป็นการแสดงออกถึงการเคารพผู้สูงอายุ และทำให้ท่านมีความสุข และเราก็มีความสุขไปด้วย”

“จะมีการทำกิจกรรมทุกวันพฤหัสบดี เดือน หลังวัดศรีปงชัย เรียนรู้ด้วยกัน มีอะหยักก็ช่วยกัน ในชมรมมีสมาชิก 55 คน อดีตเก็บเงินในชมรมเดือนละ 10 บาท เอาไว้เยี่ยมเมื่อยามเจ็บป่วย ถ้าตายให้ 1000 บาท”

นอกจากนี้ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ยังได้พูดถึงการให้คุณค่าผู้สูงอายุไว้ว่า

“มีประกาศนียบัตรให้คนที่มอบเงินให้ผู้สูงอายุมากที่สุด เป็นตัวอย่างชื่นชมคนทำดีให้กับผู้สูงอายุ ตกน้ำไม่ไหล ตกไฟไม่ไหม้ ซึ่งปี 61 ทำให้ได้เงินมากขึ้น มีความซื่อสัตย์ ในการชี้แจงสมุดรายรับ รายจ่ายในที่ประชุมใหญ่ประจำปี ให้เกียรติ เคารพ ซึ่งกันและกัน”

“วันพระมีการปฏิบัติธรรม ส่วนเงินรายได้ต่างๆ จะเน้นเรื่องการดูแลผู้เสียชีวิตมากกว่าเรียกเก็บเงินสมาชิกรายละ 20 บาทสมาชิกมีประมาณ 748 คน ได้ทั้งหมดหมื่นกว่าๆ จะหักเข้าชมรม 10% ใช้บริหารชมรม”

1.2 กิจกรรมการเยี่ยมผู้สูงอายุสัญจร การออกกำลังกายและการปฏิบัติธรรมวันพระ ซึ่งพบว่า ที่ผ่านมามีโครงการหลักและกิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกปี โดยตัวแทนผู้สูงอายุพูดว่า

“โครงการหลักๆ ของที่นี่ คือ เยี่ยมผู้สูงอายุสัญจรของชมรมเองโดยเน้นนักในวันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันแม่ 12 สิงหาคม และวันพ่อ 5 ธันวาคม รวมถึงมีการออกกำลังกายรูปแบบรำวงย้อนยุค การประกอบเพลงต่างๆ ไทยเก๊ก รำไม้พอง วันพระมีการปฏิบัติธรรม ชุมชนมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จัดงานผู้สูงอายุแห่งชาติประจำปี จัดงานสิ้นปี มีการขอต้นเงินคนละต้นๆ ประมาณ 10 ต้น เอาไปรวมกันที่จัดงาน ถึงเวลาก็รวบรวมให้พระมาทำพิธีถวายทาน ความดีของประธานผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมอื่นๆ แล้วแต่วาระโอกาส กิจกรรมหลักๆ

ของหมู่บ้านคือ รดน้ำดำหัวทำเป็นประจำทุกปี ซึ่งทำต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2547 เริ่มแรกไม่ได้มีงบประมาณใดๆ ชาวปลาอาหารก็ช่วยๆกันเอามาแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งในปัจจุบันได้งบจากการทำโครงการ สปสช.”

2. ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในคลินิก หมอครอบครัว พบว่า มีปัญหาและความต้องการใน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านความร่วมมือในการทำงาน ด้านความต้องการพัฒนากองทุนและความช่วยเหลือด้านสิ่งของและอุปกรณ์ต่างๆ ดังที่ ตัวแทนกรรมการชุมชนให้ข้อมูลว่า

ด้านสุขภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุคือไม่แข็งแรง อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,อสม. มาดูแลช่วยเหลือ ให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อลดการพึ่งพา

“ต้องการความช่วยเหลือความรู้ด้านสุขภาพ จากอสม./รพ.สต. เนื่องจากผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บไข้ เจ็บขา ไม่สบาย จะได้มีความรู้ในการดูแลตนเอง”

“ที่นอนลมได้ล่าช้า ตายไปได้ใช้สัปดาห์”

“อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้ ข้อมูลด้านสุขภาพเยอะๆ เท่าที่ทำอยู่ก็ดีแล้วครับ แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ยังต้องการความช่วยเหลืออยู่อีกเยอะต้องขอบคุณด้วย”

“อยากได้แว่นสายตา เพื่ออ่านหนังสือ”

“อยากย้ายเครื่องออกกำลังกายในชุมชน บางพื้นที่ตากแดดไม่ได้ใช้ประโยชน์ น่าจะมีหลังคา”

ด้านความร่วมมือในการทำงาน พบว่าขาดความร่วมมือในการทำกิจกรรม และการทำงานในชมรมของผู้สูงอายุ อยากให้ชมรมเข้มแข็งเพราะยังไม่สามัคคีกัน อยากให้คนอายุน้อยเข้ามาช่วยในชมรมผู้สูงอายุ

“มีผู้สูงอายุมาก แต่ชมรมไม่ค่อยสามัคคี มีกลุ่มเดิมๆที่ทำกิจกรรม อยากขอคำแนะนำว่าจะทำให้ชมรมเข้มแข็ง”

“ผู้สูงอายุมีมาก คนร่วมกิจกรรมน้อย ยังไม่สามัคคีกัน”

“ปัญหาความร่วมมือ แบ่งพรรค แบ่งพวก โครงการไหนถูกใจก็มา ไม่ถูกใจก็ไม่มา การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงขอให้หมอช่วยไปก่อน คุยไว้ว่าจะไปเยี่ยมเดือนละครั้ง แต่ยังไม่เยี่ยมสักครั้ง เนื่องจากทีมเยี่ยมไม่พร้อม เงินบริจาคเน้นไปลงที่ป่าช้ามากกว่า ไม่ได้เน้นคนอยู่ คงต้องมาช่วยเรื่องที่นอนลมบ้าง กองทุนสาธารณสุขประโยชน์ได้ไปช่วยทางวัดมากกว่า ปีต่อไปน่าจะเอามาช่วย รพ.สต.ซื้อกายอุปกรณ์”

“ส่วนมากจะอยู่ต่างบ้าน เป็นเจ้าของหอพัก ไม่ได้อยู่ประจำ ชุมชนอ่อนแอ จะทำกิจกรรมก็ไม่ค่อยสะดวก ลำบาก เน้นทำกิจกรรมในงานประเพณี เน้นความสามัคคี ห่อข้าวไปกินด้วยกัน “อยากกินหยัง กะท้อ ไปกินโดยกันแต่” เงินสมาชิกเก็บคนละ 20 บาท มีสมาชิก 120 กว่าคน บางคนไม่เข้าใจเป็นสมาชิกมานาน ทำไม่ได้เงินน้อย ปัจจุบันเก็บคนละ 30 บาท คนในชุมชนมีน้อยทำให้ยากต่อการพัฒนา การเยี่ยมสมาชิกผู้สูงอายุ ถ้าระยะทางไกลๆไปได้ ถ้าไกลๆไปไม่ถึง จะลาออกเนื่องจากอยากเอาคนหนุ่มๆมาเป็นแทน ประธานชุมชนขอให้อยู่ต่ออีกสัก 1-2 ปี ออกกำลังกายมีส่วนน้อย เนื่องจากไปลำบาก เป็นอุปสรรค เนื่องจากปวดหัวเข่า ไปฟังหมอให้ความรู้เรื่องสุขภาพกาย และจิต เขาก็ยังมาอยู่”

ทุกภาคส่วนในชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มองค์กรชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ก็พบปัญหาการมีส่วนร่วมของผู้ผู้นำจะพบในบางกลุ่ม ในบางพื้นที่ ดังตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้าพูดว่า

“ในเรื่องความร่วมมือในการทำงาน ทุกๆ คนช่วยเหลือกันดี เพียงแต่อยากให้ผู้นำบางท่านในพื้นที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มอีกหน่อยจะดีมาก จริงๆ มีเพียงส่วนน้อยนะ ไม่ใช่ส่วนใหญ่ รวมถึง

ประชาชนบางคนในพื้นที่ด้วย บางคนมองเฉย แต่ถ้ามีการกระตุ้นและปรับมุมมองผู้นำหรือประชาชนบางคนให้มีทัศนคติที่ดีกับการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ก็จะมีดีมากขึ้น”

ด้านความต้องการพัฒนากองทุนและความช่วยเหลือด้านสิ่งของและอุปกรณ์ต่างๆ เงินกองทุนยังมีไม่เพียงพอและความช่วยเหลือด้านสิ่งของและอุปกรณ์ต่างๆยังมีไม่ครอบคลุมกับความต้องการของผู้สูงอายุ ดังที่ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ พูดว่า

“อยากให้เงินช่วย 10-20 บาท ค่าเสียเวลาในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง”

“อยากได้เบี้ยผู้สูงอายุเพิ่ม”

“จริงๆ สิ่งที่ต้องการคือ การมีเงินกองทุนหมุนเวียนช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผมเองอยากจะลาออกจากการเป็นประธานชุมชนแต่ก็ยังไม่มีความพร้อมเป็น ชาวบ้านรักผม ผมมีคุณงามความดี มีสวัสดิการ มีเงินมีทองในการจัดงานมีเงินกองทุนให้กับผู้สูงอายุประมาณ 70,000-80,000บาท มีสวัสดิการช่วยเหลือครอบครัวผู้สูงอายุด้วย ผู้ป่วยติดเตียง การรักษาพยาบาล นอน 3 คืนขึ้นไป จ่าย 300 บาท จ่ายค่าเป็นเจ้าภาพในงานศพ 1 คืน มีการช่วยเหลือผู้สูงอายุสิ้นปีในการประชาสัมพันธ์ต้อนรับปีใหม่ แต่บางทีก็ควรจะมีกองทุนเพื่อหมุนเวียนให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ด้วย”

“ผมเองในฐานะผู้นำก็พาคณะกรรมการผู้สูงอายุไปทัศนศึกษา ดูงาน โดยเก็บเงินกัน เก็บเงินเป็นหลังคาเรือนละ 20 บาท มี 160 หลังคาเรือน เนื่องจากสมาชิกในชุมชนมีจำนวนน้อย มีสมาชิกในชมรมประมาณ 55 คน ปัจจุบันมีเงินในชมรมประมาณ 50,000 บาท มีประเพณีรดน้ำดำหัว โดยเลื้อยหม้อฮ่อมให้ผู้ชาย ผู้หญิงเป็นชั้นผ้าถุง ดำหัวผู้สูงอายุ วันที่ 1 มกราคม ของทุกปี จะจัดผ้าป่า เก็บจากเงินผู้สูงอายุ 100 บาท คนที่ไม่ได้เข้าร่วมชมรมแล้วแต่บริจาค”

“ทุกวันนี้มีเงินซื้อสลากออมสินไว้ 130,000 บาท เงินสดสำรองไว้ 25,000 บาท ได้รับเงินสนับสนุนจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง”

“ชุมชนต้องการเก้าอี้ เต็นท์ ก็บริจาคให้ในนามชมรมผู้สูงอายุ โดยผ่านการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุก่อน”

3. แนวทางพัฒนาระบบบริการ ที่ประชุมได้นำเสนอแนวทางในการพัฒนา ดังนี้

3.1 การปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเอื้อต่อผู้สูงอายุ พบว่า ชุมชนมีพื้นที่ของแต่ละชุมชนในการจัดกิจกรรมสาธารณสุขประโยชน์และบางกิจกรรมส่วนใหญ่จะใช้วัดเป็นจุดศูนย์กลางในการดำเนินงาน และมีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุบางกิจกรรมในคลินิกหมอครอบครัว ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพฯ จะมีการจัดมุมและพื้นที่บางส่วนสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุอยู่แล้วและวางแผนจะพัฒนาพื้นที่ที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

แต่สำหรับที่สาธารณสุขประโยชน์ที่ชุมชนมีนั้น ยังขาดในเรื่องการมีราวจับสำหรับผู้สูงอายุ การมีรถเข็นที่บริการอย่างเพียงพอ และทางลาดที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ดังที่ประธานชุมชนได้พูดว่า

“ส่วนใหญ่มีกิจกรรมก็จะใช้ศาลาอเนกประสงค์ และมีที่ออกกำลังกาย แต่อาจจะมีปัญหาเรื่องห้องน้ำ ชักโครก โดยเฉพาะราวจับในห้องน้ำ และรถเข็นสำหรับผู้สูงอายุและที่สำคัญทางลาดไม่มีสักวัด”

“พื้นที่สาธารณะความจริงควรมีอุปกรณ์ที่ช่วยพยุงหรือจับยึดสำหรับผู้สูงอายุ มันมีความจำเป็นมาก แต่ก็หาค่อนข้างยาก ส่วนใหญ่จะมีแต่อุปกรณ์ออกกำลังกาย ถ้ามีรถเข็น ทางลาด ราวจับ จะเป็นประโยชน์มากๆ”

3.2 การจัดระบบขนส่งยานพาหนะให้ผู้สูงอายุสามารถสะดวกเดินทางมารับบริการได้สะดวก ซึ่งระบบการเดินทางและการขนส่งกรณีเจ็บป่วยหรือต้องเดินทางมารับรักษา พบว่า ยังประสบปัญหาในเรื่องการรับส่ง ส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวในการจัดหาบริการ ดังมีกรรมการชุมชนได้พูดว่า

“เวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจะเดินทางมาลำบาก บางทีก็คิดว่าจะมายังไง สุดท้ายก็ลูกหลานมาส่ง จ้างรถสามล้อ 20 บาท รถกัญญ์อัมรินทร์บ้าง”

“เวลาต้องไปทำกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุ จะลำบาก ความจริงก็อยากจะไป แต่ติดตรงที่ไม่มีรถรับส่ง”

“อยากมีรถรับส่งเวลาต้องไปทำกิจกรรม ถ้ามีจะดีมาก ๆ สำหรับผู้สูงอายุ”

ระบบการเดินทางและการขนส่งกรณีเจ็บป่วยหรือต้องเดินทางมารับการรักษา โดยสรุปว่า

“เรื่องการเดินทางและระบบขนส่ง สำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ การมีระบบโดยสารสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้การเดินทางไปร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งกรณีที่เจ็บป่วย ก็จะไม่ต้องเป็นภาระสำหรับลูกหลาน”

3.3 การปรับสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับบางครอบครัวที่มีปัญหา ดังที่ตัวแทนครอบครัวผู้สูงอายุพูดว่า

“เรื่องสภาพบ้าน สภาพห้องน้ำภายในบ้านผู้สูงอายุก็มีความสำคัญ ส่วนใหญ่บ้านที่มีฐานะ ก็พอจะจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้เป็นราวจับเวลาเข้าห้องน้ำแต่บางบ้านที่ยากจนก็จะมีอุปกรณ์ที่ว่ามี”

“บางบ้านประสบปัญหาจริงๆ โดยเฉพาะห้องน้ำภายในบ้านผู้สูงอายุ บางบ้านไม่มีที่จับเพื่อความปลอดภัย มีความเสี่ยงสูงมากที่จะเกิดการหกล้ม ควรมีการจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้เป็นราวจับเวลาเข้าห้องน้ำเพื่อความปลอดภัย”

3.4 การจัดหากองทุน สวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติม ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นหรือเพิ่มการจ้างงานเพื่อหารายได้เสริม ซึ่งที่ประชุมมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนของผู้สูงอายุ คือ ควรมีการประชาสัมพันธ์ที่ดีในการร่วมบริจาคเงินเข้ากองทุนผู้สูงอายุให้เพียงพอเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในบางรายที่ประสบปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้มีเงินกองทุนเพิ่มมากขึ้น ดังที่ประธานชุมชน พูดว่า

“สำหรับปัญหาหลักๆ ก็น่าจะเป็นเรื่องการมีกองทุนหรือเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาก็มีเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เสียชีวิต ในอดีตได้เงินมาปนกิจศพได้ศพละ 2,000 บาท จากเทศบาลเมือง มีแบบฟอร์มมาให้กรอก ในอดีตได้ทุกฐานะ แต่ช้า 3 เดือน 5 เดือน แล้วก็หายไปเลย หนังสืออีกฉบับออกมาต้องไม่มีญาติหรือคนจนถึงจะได้ โดยมีหลักฐานประธานผู้สูงอายุ/ประธานชุมชนเซ็นรับรองถึงจะได้เงิน แต่ปัจจุบันเงินในส่วนนี้จะจ่ายก็มีขั้นตอนการพิจารณาจากรายได้ครอบครัวด้วย (จปฐ.) และคนที่ได้มีคิยาวตามงบประมาณที่ได้มา จริงๆ แล้วถ้ามีการประชาสัมพันธ์ดีๆ อาจจะได้เงินเป็นกองทุนเพิ่มขึ้นได้ การประชาสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ดีในชุมชน ต้องประชาสัมพันธ์ด้วยตนเอง ต้องประชุมบ่อยๆ มีการหาเงินทอดผ้าป่าเพื่อใช้เป็นสวัสดิการก็เป็นช่องทางหนึ่งที่น่าสนใจ”

แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาของผู้สูงอายุที่ผ่านมาสรุปว่า

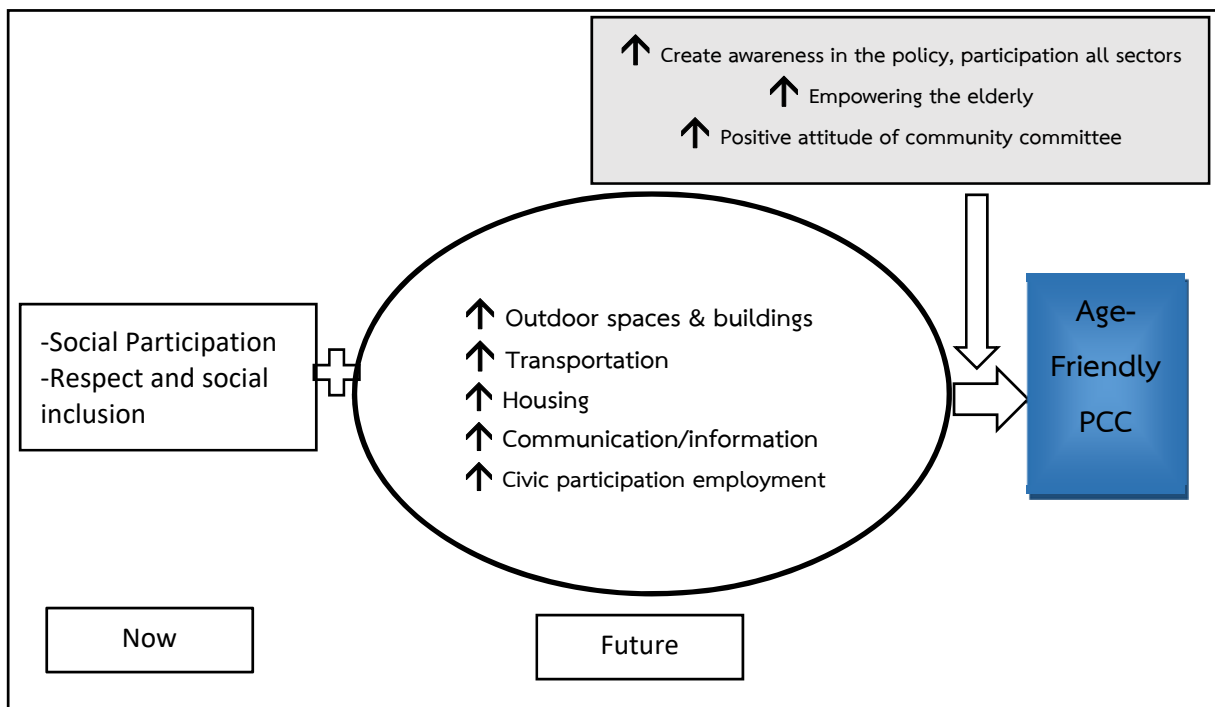
“จริงๆ แล้วพื้นที่สาธารณสุขประโยชน์ ก็สามารถมาใช้พื้นที่ของ รพ.สต. ได้ ในอนาคตคาดว่าจะมีการวางแผนการสร้างตึก อาคารเฉพาะสำหรับการบริการที่เป็นมิตรผู้สูงอายุซึ่งอยู่ด้านหลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แต่ก็ต้องมาดูแลเรื่องระเบียบการขออนุญาตและการบริหารจัดการต่อไป แต่สำหรับตอนนี้ก็มีกิจกรรมผู้สูงอายุบางกิจกรรมที่มาจัดที่ รพ.สต. นอกเหนือจากการจัดที่วัด เช่นเดียวกัน และสำหรับที่สาธารณสุขประโยชน์ที่ชุมชนมีนั้น คงต้องยอมรับจริงๆ ว่ายังขาดในเรื่องการมีอุปกรณ์สำหรับช่วยพยุงผู้สูงอายุในพื้นที่สาธารณะ เช่น ราวจับ ทางลาดที่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่ครบทุกพื้นที่ รวมถึงการมีรถเข็นที่ให้บริการอย่างเพียงพอ”

ทุกภาคส่วนในชุมชนมีวัตถุประสงค์หลักร่วมกันและมีการสนับสนุนซึ่งกันและกันในระบบการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ดังที่ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้พูดสรุปว่า

“เท่าที่ฟังจากการสนทนา ก็พบว่า ผู้สูงอายุแต่ละท่านที่มาเป็นตัวแทนในวันนี้ ทุกท่านที่มาทำงานในจุดนี้ก็มีวัตถุประสงค์หลักๆ 3 ข้อ ก็คืออันที่ 1) ให้สมาชิกมีสุขภาพดี 2) ก็คือมีหลักประกันความมั่นคงซึ่งก่อนหน้านี้เราพูดถึงเรื่องการเงินเรื่องของการมีคนดูแล แล้วก็ 3) ก็คือการมีส่วนร่วมของชุมชนในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันแม่ เป็นต้น ชุมชนก็จะมีกิจกรรมเยอะที่จะทำให้คุณพ่อคุณแม่ที่อยู่ในชมรมนี้มีสุขภาพดี มีหลักประกัน มีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่ง 3 ข้อนี้ เป็นปัจจัยที่ทำให้ชมรมประสบความสำเร็จได้”

“เมื่อ รพ.สต สนับสนุนเพิ่มเติมทำให้ชมรมเข้มแข็งแล้ว ก็ช่วงหลังก็ดำเนินการเป็นเครือข่าย มีการสื่อสาร ช่วยเหลือกัน สามารถให้บริการได้เต็มที่ เทศบาลก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ชมรมให้เกิดความเข้มแข็ง เช่น การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ไม่ใช่เฉพาะด้านสุขภาพอย่างเดียว เป็นการใช้ทักษะชีวิตสมัยใหม่ สนับสนุนชมรม เกิดความเชื่อมั่น ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รพ.สต. ก็มีบริการสุขภาพที่ทำให้พ่อแม่มีความสุข การส่งเสริมสุขภาพ ฉีดวัคซีน (ไขว้ใหญ่) ถือว่าเป็นบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การคัดกรองการมองเห็น คัดกรองภาวะสมองเสื่อม การคัดกรองความสามารถการทำงานของร่างกาย”

จากผลการศึกษาไปสู่การสรุปประเด็นข้อค้นพบและนำเสนอเป็นแผนภาพได้ ดังนี้



ภาพแสดงการศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

จากภาพอธิบายได้ว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิควรพัฒนาระบบบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมให้เป็นสัดส่วน การจัดระบบขนส่งยานพาหนะให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางมารับบริการได้สะดวก การปรับสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับบางครอบครัวที่มีปัญหา การให้ความรู้ ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ รวมถึงการนำนวัตกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในกลุ่มที่สุขภาพไม่แข็งแรงและมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายเพื่อลดการพึ่งพาให้น้อยลง การจัดหากองทุนสวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติม ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นหรือเพิ่มการจ้างงานเพื่อหารายได้เสริม ทั้งนี้ต้องมียุทธศาสตร์ประกอบในเรื่องการสร้างความตื่นตัวในเรื่องนโยบายการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้วยการมี



ส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น และส่งเสริมการมีทัศนคติในเชิงบวกของคณะทำงานในชุมชนโดยเน้นการบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ส่วนร่วมเป็นที่ตั้ง เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1 สภาพการบริการ ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบว่า มีปัญหาและความต้องการในหลายประเด็น ได้แก่

1.1 การจัดบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดสถานที่เพิ่มเติมที่เป็นสัดส่วน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในคลินิกและที่บ้าน การจัดระบบขนส่งที่เอื้อต่อการเดินทางมารับบริการ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า การให้บริการในคลินิกหออกรับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านศรีหมวดเกล้า ควรมีการปรับและเพิ่มเติมในส่วนของการบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้นและเพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพราะการจัดบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุและการให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องผสมผสานทั้งศาสตร์ทางการแพทย์เข้ากับความรู้ทางสังคมและศิลปะการเข้าใจมนุษย์ เป็นงานที่ต้องใส่ใจสุขภาพในหลายมิติ ทั้งทางกาย ใจ สังคม และมิติทางจิตวิญญาณ โดยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นงานที่มีเอกลักษณ์ที่เป็นจุดแข็ง มีบริการที่เป็นมิตร ใกล้ชิดและเข้าใจชุมชน สามารถทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชนเพื่อสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนได้ (Chuengsatiansup K., 2008) นอกจากนี้ความครอบคลุมของบริการสาธารณสุขจะต้องเป็นการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ให้ได้รับการบริการฟื้นฟูและบรรเทาความเจ็บป่วยควบคู่กันไป รวมถึงการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล เช่น รถเข็นผู้สูงอายุ เครื่องช่วยพยุงเดิน ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ในการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO's Active Ageing framework) ซึ่งรัฐบาลมีการวางแผนในด้านการพัฒนาประเทศและการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (Rungmuangthong W., 2010) ได้แก่ การบริการด้านที่พักอาศัย (Congregate and shelter care services) เป็นการให้การดูแลอย่างเหมาะสมซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข รวมถึงการบริการทางด้านป้องกันและรักษาความปลอดภัย (Protective services) การบริการทางด้านอำนวยความสะดวกในการดูแลรักษา (Care facilities and services) โดยมีจุดมุ่งหมายในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้ได้รับความสะดวกในด้านการรับบริการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ควรมีการพัฒนาชุมชนด้วยการใช้กระบวนการ 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย โดยด้านที่มีความสำคัญไม่แพ้ด้านอื่น คือ ด้านที่อยู่อาศัยและการปรับสภาพแวดล้อม (Yukalung S., and Srisaenpang P., 2017) กอปรกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุก็เป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการให้บริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขุนทะเล จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พบว่า การให้บริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการบริการที่และการจัดบริการที่ครอบคลุมด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย (Kumanjan W., 2017)

1.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อลดการพึ่งพาโดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ระบบบริการปฐมภูมิต้องดำเนินการเพราะเป็นการให้บริการสาธารณสุขที่เน้น

ความสัมพันธ์แบบแน่นกับชุมชน เป็นการนำความรู้และบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสู่ประชาชนคล้ายกับหมอประจำตัวที่รู้จักคุ้นเคยเหมือนญาติสนิทและเข้าถึงได้โดยง่าย ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ถือว่าเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีความเท่าเทียม ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหัวใจในการดำเนินงาน (Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2016) โดยบทบาทหน้าที่ของหมอครอบครัว (Family medical care team) ในการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจะเป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพและวิธีการปรับตัวให้เข้ากับวัยที่เป็นอยู่ ซึ่งนอกจากจะเป็นไปตามแนวคิดการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกแล้ว ในทางกลับกันควรจัดให้มีโครงการที่ให้ผู้สูงอายุเป็นครูหรือเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ รวมถึงวัฒนธรรม ประเพณี ศิลธรรม กลับสู่คนในชุมชนด้วย และควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายใจเป็นที่พึ่งของลูกหลาน และสานต่อกิจภูมิปัญญา และเป็นผู้สูงอายุที่มีความรู้ทันกระแสและร่วมสมัยโดยยึดหลักที่ว่า เรียนรู้ มีความสามัคคี และมีสุนทรียะอย่างสมดุล (Lorka T., 2018)

1.3 ความต้องการด้านการจัดหาเงินทุนและเงินช่วยเหลือ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความต้องการรับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ ซึ่งการจัดกองทุนและเงินช่วยเหลือเป็นนโยบายหรือหลักการในการจัดสวัสดิการอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุและตอบสนองความต้องการของหรืออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข (Ngamsri C., 2007) ทำให้ผู้สูงอายุยังคงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นานที่สุด ทั้งนี้ผู้สูงอายุควรได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะความมั่นคงทางด้านรายได้และการจ้างงาน รัฐควรมีหลักประกันรายได้ขั้นต่ำสำหรับผู้สูงอายุซึ่งอาจจะดำเนินการโดยออกกฎหมายประกันสังคมหรือมาตรการอื่นๆ (Yotphet S., 2007) นอกจากนี้ควรมีการร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับนายจ้าง องค์กรลูกจ้างหรือคนงานเพื่อจัดทำมาตรการที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานต่อไปภายใต้สภาพการที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาล ตำบลโนนไทย อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ที่ศึกษาความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุและเพื่อเสนอแนวทางในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุของเทศบาลได้รับสวัสดิการการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพอย่างทั่วถึง แต่ต้องการให้เพิ่มวงเงินเบี้ยยังชีพ เป็นเดือนละ 1,000 บาท ความต้องการอื่นที่สำคัญ คือ ต้องการพัฒนาตนเอง และต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และต้องการการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย ต้องการให้มีศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน และควรจัดให้มีศูนย์บริการชุมชนเอนกประสงค์แก่ผู้สูงอายุ จัดให้มีบุคลากรของเทศบาลที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส) และสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน (Kaichaiyaphum P., and Sirichot P., 2011)

## 2. แนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุประกอบด้วย

2.1 การวางแผนการพัฒนาระบบบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุด้วยการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมให้เป็นสัดส่วน มีความสงบ ใกล้ชิดธรรมชาติ การจัดระบบขนส่งยานพาหนะให้ผู้สูงอายุสามารถสะดวกเดินทางมารับบริการได้สะดวก ตลอดจนการปรับสภาพที่อยู่อาศัยสำหรับบางครอบครัวที่มีปัญหา ซึ่งการพัฒนาบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุด้วยการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมนั้นมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในเรื่องรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในญี่ปุ่นและในประเทศไทย โดยศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวดังกล่าว พบว่า ประเทศญี่ปุ่นนอกจากจะมีกฎหมายพระราชบัญญัติการประกันดูแลระยะยาวเป็นตัวขับเคลื่อนแล้ว ยังพบว่ารูปแบบที่ให้บริการนั้นมีความชัดเจนในการแบ่งประเภทและจัดบริการให้ตรงกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายอีกด้วย ซึ่งถ้าเป็นผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงจะได้รับบริการการดูแลระยะยาวเต็มรูปแบบและบริการที่หลากหลาย แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและสามารถช่วยเหลือตนเองได้จะมุ่งเน้นที่มาตรการป้องกัน รวมถึงสิทธิประโยชน์การป้องกันรูปแบบใหม่เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเป็นโรคและป้องกันก่อนเกิดโรคไม่ให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะทุพพลภาพหรือพิการ (Sarye K., 2017)

สำหรับการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ (Active Ageing) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโรคเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตและเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุก็มีใช้เพียงเพื่อผู้สูงอายุเท่านั้นแต่ยังรวมถึงตัวอาคารและสภาพแวดล้อมที่ไร้สิ่งกีดขวาง ช่วยให้คนทั่วไปและคนพิการหรือผู้สูงอายุที่พิการสามารถใช้ได้อย่างสะดวกสบาย มีความปลอดภัยในชุมชนทำให้เด็ก คนชราสามารถออกมาเข้าร่วมกิจกรรมหรือเดินเล่นได้อย่างมั่นใจ หากในชุมชนมีสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุก็จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวหายกังวล ในขณะที่เดียวกันหากผู้สูงอายุในชุมชนได้ออกมาเป็นอาสาสมัครช่วยงานชุมชนหรือรับจ้างทำงานในชุมชนก็จะทำให้ชุมชนได้ประโยชน์ ดังนั้นความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุจึงควรได้รับการปฏิบัติทั้งในเชิงสังคมและกายภาพ ซึ่งการจะทำให้เมืองที่อาศัยอยู่เป็นเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุจะต้องมีความครอบคลุมถึงโครงสร้างเมือง สภาพแวดล้อม บริการสาธารณะและนโยบายของเมือง ในเรื่องเอกลักษณ์ของชุมชน ได้แก่ พื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคาร การคมนาคมขนส่งและที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยและความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ความปลอดภัยจากอาชญากรรม พุทธิกรรมด้านสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมในสังคม (Department of Health, Ministry of Public Health., 2014).

นอกจากนี้การปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมยังสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับบริบทของชุมชนในประเทศไทย โดยพบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (พึ่งตนเองได้) คือ จัดให้เข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างต่อเนื่องในรูปของชมรมผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ดูแลตนเองได้บ้าง) คือ จัดการดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยเหลือกิจวัตรบางอย่าง ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้) คือ จัดให้มีผู้ดูแลซึ่งมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการประกันบริการทางสังคมขั้นต่ำที่ผู้สูงอายุควรได้รับในชุมชน (Poonpanich Y., and Uthaisaengphaisan S., 2014) ทั้งนี้ผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมตามความต้องการ และให้ผู้สูงอายุได้รับผลในทางลบน้อยที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐาน ที่จำเป็น ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือ การให้กำลังใจ การให้ความรัก ความอบอุ่น การจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม (Yotphet S., 2007) และมีความมั่นคงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ควรให้สูงอายุได้อยู่อาศัยในบ้านของตนเองอย่างมีอิสระให้มากที่สุด

2.2 การให้ความรู้ ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ รวมถึงการนำนวัตกรรม การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่สุขภาพไม่แข็งแรงและมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายเพื่อลดการพึ่งพาให้น้อยลง ด้วยเหตุที่การดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับ พัฒนพลังผู้สูงอายุซึ่งเป็นกระบวนการที่สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงระบบสาธารณสุข การได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการวางนโยบายการบริหารจัดการต้องคำนึงถึงความหลากหลายของการเป็นแหล่งทรัพยากรของผู้สูงอายุ และควรมีความรู้เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดำเนินชีวิตทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องและการประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เป็นข้อมูลด้านสารสนเทศที่สำคัญต่อผู้สูงอายุในเรื่องระบบการให้บริการ รวมทั้งการมีระบบบริการทางโทรศัพท์เกี่ยวกับข้อมูลสาธารณสุขล้วนเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกั่ว จังหวัดนครปฐม ที่พบว่า (1) ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การขาด

ความรู้ในการรับประทานยา มีความเชื่อในการใช้ยาไม่ถูกต้อง ญาติผู้ดูแลขาดความรู้ในการประกอบอาหารให้กับผู้สูงอายุ และ (2) ความต้องการได้รับการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การได้รับความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การให้มีแพทย์ประจำมารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการมีองค์กรบริหารส่วนตำบลมาเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เป็นต้น (Tapasee W., Danpradit P., and Rattanawijit S., 2017) แต่อย่างไรก็ตามการให้ความรู้และการให้ข้อมูลสารสนเทศควรต้องคำนึงถึง บริบทหรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการแสวงหาสารสนเทศ เช่น ไม่ทราบแหล่งสารสนเทศ การศึกษา และ ภาษา (Upatum P., 2016) นอกจากนี้การสื่อสารและการให้ข้อมูลจากชุมชนและบริการสาธารณสุข ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับฟังก์ชันประกอบหลักอื่นๆ ตามแนวคิดการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กล่าวคือ หากไม่มีช่องทางติดต่อสื่อสารก็จะทำให้ผู้คนไม่สามารถไปมาหาสู่หรือติดต่อกันได้ ไม่สามารถใช้บริการหรือสาธารณูปการต่างๆ ของเมืองได้ (Department of Health, Ministry of Public Health., 2014). ซึ่งการพัฒนากระบวนการปฏิรูปภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญในประเด็นของการให้ความรู้ การสื่อสารและสารสนเทศที่จำเป็นกับผู้สูงอายุด้วย

2.3 การจัดหางบประมาณ สวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติม ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่คลินิกหอออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ยังมีปัญหาและความต้องการในเรื่องดังกล่าว ซึ่งการจัดหางบประมาณและสวัสดิการก็เป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ แม้ว่าพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) จะเป็นกฎหมายที่ให้การคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุให้ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆ โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผลักดันให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และสิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติดังกล่าว (Department of Health, 2011) ได้แก่ ด้านการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการศึกษา (ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนและมีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ) ด้านการประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพ ให้ข้อมูล คำปรึกษา ข่าวดาร ตลาดแรงงาน การจัดหางาน รับสมัครงาน บริการข้อมูลด้านอาชีพ ด้านการฝึกอาชีพ การจัดหาตลาดรองรับสินค้า อบรมการจัดการ การตลาด และนำสินค้าร่วมจำหน่ายในงานต่าง ๆ และที่สำคัญคือ ด้านการช่วยเหลือเบี้ยยังชีพ ช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุเป็นรายเดือน จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะครอบครัวผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

2.4 การสร้างความตื่นตัวในเรื่องนโยบายการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน ซึ่งการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการสร้างความตื่นตัวในเชิงนโยบายร่วมกัน เพราะการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ร่วมพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เน้นการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของบุคคลในทีมเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เป็นการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรม ติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันอย่างมีอิสรภาพและเสมอภาค และนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาของผู้สูงอายุและชุมชนและพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สำหรับการดำเนินงานด้านการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมทั้งในเรื่องของการรับรู้ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น การประชาสัมพันธ์ การลงประชามติ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพราะการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนมีความสำคัญเป็นอย่างมากกับการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค ที่ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนมี 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม

ของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม นั้นๆ (Sittipreechachan P., and Priyatruk P.. 2014) นอกจากนี้การศึกษาในเชิงนโยบายในเรื่องรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศและในประเทศไทย มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน โดยมีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดตั้งในทุกพื้นที่เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยรูปแบบระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ คือ การใช้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือหน่วยบริการ และใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Sarye K., 2017)

2.5 การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นและส่งเสริมการมีทัศนคติในเชิงบวกของคณะทำงานในชุมชนโดยเน้นการบริหารจัดการที่ยึดผลประโยชน์ส่วนร่วมเป็นที่ตั้ง เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพราะจากผลการศึกษาการสนทนากลุ่มในครั้งนี้พบว่า บุคคลที่มีส่วนสำคัญในการเนิ่นการจะเป็นประธานชุมชนเป็นส่วนใหญ่ และมีความต้องการให้กรรมการในชุมชนบางท่าน หรือแกนนำผู้สูงอายุในพื้นที่เข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการดำเนินการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ หรือยังขาดการมีส่วนร่วมจากแกนนำอื่นๆ เพราะแกนนำบางคนอาจจะยังขาดทัศนคติในเชิงบวกหรือการทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม หากมีการสร้างทัศนคติที่ดีในเชิงบวกและการเสริมพลังอำนาจในกลุ่มบุคคลต่างๆ เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยศึกษาในศูนย์สุขภาพชุมชนสังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนา คือ ทัศนคติในเชิงบวกของทีมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการพัฒนาระบบการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดการที่ยึดผลประโยชน์ร่วมกันของพื้นที่ (Hoontrakul D., et al., 2008). นอกจากนี้การเสริมสร้างทัศนคติในเชิงบวกของทีมแกนนำแล้ว การเสริมสร้างพลังอำนาจยังมีส่วนช่วยให้ทุกคนมีความสามารถที่จะไปถึงเป้าหมายของงานและเสริมสร้างให้กับผู้อื่นให้มีความสามารถที่จะไปถึงจุดหมายเช่นกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนา และการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคล และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและก่อให้เกิดความรู้สึกรับประกันใจว่าตนเองมีอำนาจและความสามารถที่จะควบคุมหรือแก้ปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเองและมุ่งเน้นไปที่การหาทางออกและแนวทางในการแก้ไขปัญหา (Gibson, 1991, :355-356) ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจควรส่งเสริมทั้งในตัวผู้สูงอายุ และในส่วนของคณะผู้ทำงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งในบริบทของโครงสร้าง กระบวนการ การสร้างความสัมพันธ์และการปฏิบัติที่ดีเพื่อนำไปสู่การสร้างแรงจูงใจหรือเสริมสร้างให้มีพลังอำนาจในงานที่รับผิดชอบอยู่จะทำให้งานประสบความสำเร็จและเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่ดูแล สอดคล้องกับศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยศึกษารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วม ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐ พบว่า การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อระบบบริการ (Wirojratana V., et al., 2014) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีทัศนคติที่ดีเชิงบวกจะส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะ

1. เจริญวิชาการ สามารถนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์เพื่อการสอนและนิเทศบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ให้บริการในคลินิกหมอครอบครัว ในประเด็นการให้ความรู้ ทักษะสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ข้อมูลด้านสุขภาพและสารสนเทศต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2. เจริญนโยบาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำแนวทางการพัฒนาจากผลการวิจัยไปกำหนดเป็นมาตรการในการวางแผนการให้บริการที่เอื้อต่อผู้สูงอายุให้เกิดความครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. เจริญการบริหารจัดการ สามารถนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาความต้องการและการจัดรูปแบบการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมทั้งในด้าน (1) การปรับสภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมให้เป็นสัดส่วน (2) การจัดระบบขนส่งยานพาหนะให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางมาทำกิจกรรมหรือมารับบริการได้สะดวก (3) การให้ความรู้ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพที่ตรงกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาอย่างชัดเจน (4) การจัดหากองทุนสวัสดิการช่วยเหลือเพิ่มเติมและการสร้างรายได้ เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง

- Chuengsatiansup K., (2008). Primary Health Philosophy. *Sukasala Magazine*, 1(1), 42-47. (in Thai)
- Davis, L.E.(1995). *Enhancing the quality of working life: developments in the United States*. Department of Health, Ministry of Public Health. (2014). *Global Age - Friendly Cities: A Guide*. Bangkok: Office of the War Veterans Organization Printing House. (in Thai)
- Department of Health. (2011). Rights under the Elderly Act. Friends Newsletter, *Sangsuk*. 6 (60), 6-7. (in Thai).
- Gibson, C.H.(1991).A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advance Nursing*, 16, 354-361.
- Hoontrakul D., et al., (2008). Development of Age-Friendly Primary Health Care: Case Study of One Primary Care Unit. *Journal of Nursing Research*. 12 (2), 131-141. (in Thai)
- Kaichaiyaphum P., and Sirichot P.. (2011). *Welfare needs of the Elderly in Nonthai Municipality Nonthai District, Nakhon Ratchasima Province*. Humanities & social science. 28 (1),85-100. (in Thai)
- Kumanjan W., (2017). Age Friendly Service in Tambon Health Promoting Hospital of Khuntalae, Suratthani Province. *Journal of the Ministry of Public Health*. Vol 27: Special Issue December 2017 (in Thai)
- Lorga T., (2018). *Group discussion on the development of primary care systems that are friendly to the elderly*. Direct experience. March 22, 2018. (in Thai)
- National Statistical Office. (2007). *Report of the Survey of the Elderly Population in Thailand 2007*. Bangkok: Bureau of Social Economic Statistics and Referendum 1, National Statistical Office. (in Thai)

- National Statistical Office. (2009). *Summary of results for the management of Thai mental health survey year 2009*. [Online], Available: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/mentalHealthExec52.pdf> . (2019, 26, February). (in Thai)
- Ngamsri C., (2007). *Work conditions of elderly care volunteers at home. Case study of the Development Office Society and Welfare, Bangkok 7 (Taling Chan)*. Master of Art Thesis, Loei Rajabhat University. (in Thai)
- Poonpanich Y., and Uthaisaengphaisan S., (2014). Community Healthcare Promotion: Preparing for Aged Society. *Journal of Health Science*. 23(2), 161-171. (in Thai)
- Rungmuangthong W., (2010). *Assessment of the elderly care volunteer project at home: A case study of Phetchaburi Province*. Faculty of Social and Environmental Development National Institute of Development Administration. (in Thai)
- Sarye K., (2017). *Study of long-term care models for the elderly in Japan and Thailand*. The 9th National Symposium on Disabilities 2017. Development Master Plan Committee. (in Thai)
- Sittipreechachan P., and Priyatruk P.. (2014). Community Health Care System Development Process: 14 Case Studies of Communities in Central Region. *Journal of Public Health Nursing*. 28(1) 1-15. (in Thai)
- Sittipreechachan P., Priyatruk P., and Chotkakam Y.,(2012). Community Participation in the Process of Care of Elderly at MABCARE Subdistrict. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 13(2),8-17. (in Thai)
- Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (2016). *Strategic plan. Ministry of Public Health: Office of the Permanent Secretary*. (in Thai)
- Tapasee W., Danpradit P., and Rattanawijit S., (2017). Health Care Service Model for Elderly by Community Participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province. *Kuakarun Journal of Nursing*. 24(1), 42-54. (in Thai)
- Upatum P., (2016). Health Information Seeking Behavior of Elderly. *Parichart Journal*. . 29(2); 71-87. (in Thai)
- Wirojratana V., et al. (2014). Improvement of Healthcare Services for Dependent Elders. *Thai Journal of Nursing Council*. 29 (3) : 104 – 115. (in Thai)
- Yotphet S., (2007). Long-term care model in families and communities. *Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine*. 8(3), 1-9. (in Thai)