รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ : คำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน

รมย์ธนิกา ฝ่ายหมื่นไวย์ *
นิภา กิมสูงเนิน**
เขมศ์ณริณี รื่นฤดีภิรมณ์*

บทคัดย่อ

ปรากฏการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ท้าทายต่อการจัดการของแต่ละประเทศทั่วโลก รวมไปถึงประเทศไทยซึ่งมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทยได้มีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ในช่วงวัยทำงานเพื่อการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมไปถึงระบบการจัดการการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้สามารถเข้าถึงระบบการบริการได้อย่างครอบคลุมและเข้าถึง วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อนำเสนอความสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยศึกษาถึงรูปแบบการดำเนินการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละหน่วยงานในประเทศไทย จากการทบทวนข้อมูลจากเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าประเทศไทยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องโดยรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นการดำเนินการทั้งในรูปแบบภายในครอบครัว หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่ยังขาดความเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และการดำเนินการภายในชุมชน ดังนั้นควรมีการพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเชิงบูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่ชุมชนเพื่อความเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุ

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

The Elderly Care Model: The Answer is The Community Health System

Romthanika Faimuenwai*
Nipa Kimsungnuen**
Kheamnareenee Rueanrudipirom*

Abstract

The phenomenon of population aging is increasing and becoming a major concern for management in each country around the world. Thailand has a rapidly and continuously increasing proportion of the elderly. Over the past, the health care system has promoted health care of people from the working-age to the elderly with good quality of life. The health care management system for the elderly with chronic illnesses to have access to a comprehensive and accessible service system. The purpose of this paper is to present the importance of community health systems with the aging care model by studying the model of the implementation of the elderly care system of each agency in Thailand. It was found that Thailand has continuously driven the elderly operation related agencies and organizations but there is still a lack of linkage and collaboration between agencies and actions within the community. Therefore, cooperation between government and local government agencies should be developed for sustainable care for the elderly by developing a model of health service and social welfare for the elderly with integrated integration with agencies in the community area to suit the context of each area.

Keywords : The elderly care model, Community Health System, elderly

* Instructor, School of Nursing, Rangsit University.

** Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

■ บทนำ

แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ในปี 2562 จำนวนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนอยู่ที่ 1 พันล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 1.4 ล้านในปี 2573 และขึ้นเท่าตัวเป็น 2.1 พันล้านภายในปี 2593[1] ในขณะเดียวกันประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องไปในทิศทางเดียวกันกับทั่วโลก ในปี 2564 เป็นปีที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงถึง 15.7 ล้านคน[2] การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของหลายประเทศทั่วโลก นำมาซึ่งการกำหนดนโยบายในการวางแผนเพื่อการรองรับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ทั้งด้านปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม หน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

ประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้ประเทศไทยมีการดำเนินงานผู้สูงอายุภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 มีการจัดตั้งกรมกิจการผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2558 ทำหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ จัดสวัสดิการ และให้ความคุ้มครองพิทักษ์สิทธิแก่ผู้สูงอายุ และมีการผนึกกำลังกับกระทรวงต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงแรงงานทำหน้าที่หลักในการมุ่งสนับสนุนการจ้างงานผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพอนามัย กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่หลักในการจัดระบบสุขภาพรองรับสังคมผู้สูงอายุ ทำงานเชิงรุกและเตรียมความพร้อมของคนทุกวัยในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยงานระดับพื้นที่ในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ดูแลในเรื่องการปรับสภาพแวดล้อม ชุมชน แหล่งท่องเที่ยวให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ กระทรวงศึกษาธิการมุ่งเน้นให้การศึกษาสร้างความตระหนักในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ และกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีรับผิดชอบการสร้างนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นการทำความเข้าใจในบทบาทของแต่ละหน่วยงาน การทบทวนกระบวนการดำเนินงาน และผสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน จะทำให้สามารถดำเนินการอย่างเป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทยในระยะเวลาที่ผ่านมา วิเคราะห์และเชื่อมโยงระบบสุขภาพชุมชนที่มีเกี่ยวข้องกับการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ และเสนอแนวทางในการบูรณาการรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทการดูแลสุขภาพของประชาชน และปัญหาเชิงสังคม เพื่อเป็นแนวทางให้กับหน่วยงานของทั้งภาครัฐและเอกชน ในการร่วมกันพัฒนารูปแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด อันนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

■ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี ร้อยละ 42.4 มีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 38.3 มีสุขภาพดีมาก ร้อยละ 3.3 ผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 13.9 และร้อยละ 2.1

ตามลำดับ[3] ในส่วนของข้อมูลการจำแนกผู้สูงอายุตามศักยภาพ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558)[4] พบว่า ความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมร้อยละ 95 (ADL > 12) กลุ่มติดบ้านร้อยละ 4 (ADL 5–11) และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1 (ADL 0–4) ผู้สูงอายุแต่ละรายจะมีปัญหาแตกต่างกันในรายละเอียด แต่ที่มีปัญหามากที่สุดมักเป็นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงคือมีรายได้น้อย กลุ่มด้อยโอกาส ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง คนว่างงาน ถูกทอดทิ้ง และประสบภัยพิบัติ[5] ปัญหาด้านสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 72–80 มีโรคประจำตัวเรื้อรัง มีอาการปวดข้อต่าง ๆ (ร้อยละ 43–48) มีโรคความดันเลือดสูง (ร้อยละ 14–27) มีโรคเบาหวาน (ร้อยละ 3–9) มีอาการหลงลืมง่าย (ร้อยละ 8–12) มีปัญหาการได้ยิน (ร้อยละ 8–15) มีปัญหาการมองในระยะใกล้ (ร้อยละ 50–66) การมองในระยะไกล (ร้อยละ 22–36) จำเป็นต้องได้ยารับประทานเป็นประจำ (ร้อยละ 40–55) สูบบุหรี่เป็นประจำ (ร้อยละ 12–26) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 9–21) มีปัญหาเกี่ยวกับเท้าทำให้เดินไม่สะดวก (ร้อยละ 16) ปัญหาหกล้ม (ร้อยละ 10) โดยพบการหกล้มจากหลายสาเหตุทั้งปัจจัยภายนอก ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ ที่จับยึดไม่เหมาะสม และมีสิ่งกีดขวาง ปัจจัยภายในจากความสามารถในการทรงตัว[6] ทำให้เห็นได้ว่าปัญหาพื้นฐานของผู้สูงอายุประกอบด้วยปัญหาด้านสังคม ด้านโภชนาการ ด้านยารักษาโรค ด้านคำแนะนำทางกฎหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย มีที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี มีอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันท่วงที ต้องการได้รับบริการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ ต้องการการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ[7–8]

2) ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการการยอมรับ เคารพยกย่องนับถือ การแสดงออกถึงความมีคุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว ชุมชนและสังคม[7–8]

3) ด้านสังคม – เศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัดของตนเอง ต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ รายได้ บริการจากรัฐ ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยที่สุด ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร ต้องการการประกันรายได้ และประกันความชราภาพ[7–8] ต้องการมีความมั่นคงของรายได้ มีงานทำ อยากให้มีการจัดหางานที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุมากที่สุด[9] การส่งเสริมอาชีพและการสงเคราะห์ที่อยู่อาศัย[10] ต้องการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน[11] ต้องการบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน ต้องการให้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความสามารถในฐานะเป็นคลังสมอง

4) ด้านจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และต้องการทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ[8]

จากการทบทวนปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่านอกจากความต้องการในด้านต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นแล้ว

ยังพบว่าผู้สูงอายุต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและสังคม[8] ต้องการให้เปิดโอกาสให้แสดงความสามารถในฐานะเป็นคลังสมอง สอดคล้องกับ ยอร์จ เบอร์นาร์ด ที่กล่าวไว้ว่า "ความลับของการเกษียณที่ทำให้คนชราไม่มีความสุขคือการปล่อยตัวเองให้ว่างมากเกินไป ยาแก้คือต้องทำอะไรสักอย่าง การได้ทำงานที่ตนเองรักโดยไม่มีสิ้นสุดนั่นเอง" รัฐบุรุษของโลกหลายคนหัดงานใหม่ ๆ เมื่ออายุ 80 ปี เซอร์อเล็กซานเดอร์ เฟลมิง ศาสตราจารย์แพทย์ชาวอังกฤษ ค้นพบยาเพนิซิลลินเมื่ออายุ 70 ปี และ อับเบิร์ต ชไวท์เซอร์ ได้รับรางวัลโนเบล เมื่ออายุ 80 ปี[12] สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการในการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ควรให้ความสำคัญกับพลังความรู้ประสบการณ์ที่ถูกสะสมมาอย่างยาวนาน จะถูกดึงมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างไร

ดังนั้นจุดประสงค์สำคัญที่สุดในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือการพัฒนาระบบที่ทำให้ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีอิสระที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ ถึงแม้สภาพร่างกายจะเสื่อมถอยไป และมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ อยู่ก็ตาม ดังนั้นจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสมโดยหลักสำคัญคือ ต้องให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ในส่วนที่ต้องพึ่งพา ต้องจัดระบบการรองรับสนับสนุนให้เชื่อมโยง ส่งเสริมให้ใช้ศักยภาพที่สะสมมาอย่างยาวนาน เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความสุขกายสบายใจในบั้นปลายของชีวิต

■ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นการดูแลกันเองในครอบครัว การดูแลโดยหน่วยงานและองค์กร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการอยู่กับครอบครัว ซึ่งรูปแบบนี้มีข้อดี คือ บุตรหลานได้แสดงความกตัญญู ผู้สูงอายุได้รับความอบอุ่น[13] แต่ในสภาพสังคมปัจจุบันครอบครัวจำนวนมากไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เอง เนื่องจากลูกต้องย้ายถิ่นฐานเข้าสู่ตัวเมืองเพื่อทำงาน มีรายงานปัญหาการดูแลที่ไม่เหมาะสมทั้งที่เกิดจากการจงใจหรือไม่จงใจ ส่วนใหญ่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ได้แก่ การทำร้ายร่างกาย (Physical Abuse) เช่น ผลักให้ล้ม หยิก เขย่าตัว กระแทกกระทั้น การเพิกเฉยละเลย ทอดทิ้ง (Physical Neglect) คือ ไม่ดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ตามสมควร หรือสามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ตนเองได้อย่างเหมาะสม หรือจัดหาข้าวของเครื่องใช้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตได้ ไม่พาไปพบหมอเมื่อเจ็บป่วย การทำร้ายจิตใจ (Psychological Abuse) โดยการกระทำที่ทารุณจิตใจ เช่น ประชดประชัน กระทบกระเทียบเปรียบเปรย ด่าว่า ทำให้รู้สึกว่าไร้ค่า ทำท่าเบื่อหน่ายรำคาญ การโกงเงินผู้สูงอายุ (Financial Exploitation) โดยการรับเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ แต่กลับนำไปใช้เอง ขอยืมเงินหรือขอเงินโดยไม่คืน การเอาทรัพย์สินของผู้สูงอายุไปขายโดยไม่ได้รับความยินยอม การละเมิดสิทธิมนุษยชน (Violation of Rights) คือ การกระทำที่เพิกเฉย ไม่เคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จำกัดอิสรภาพ ทำลายข้าวของทรัพย์สินของผู้สูงอายุ การกระทำโดยไม่ถามความสมัครใจ[14-16] ในส่วนการดูแลโดยหน่วยงานและองค์กรนั้น พบว่าเป็นการดำเนินงานตามนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในมิติสุขภาพ เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนการดูแลในมิติสังคม ความเป็นอยู่ เป็นหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการ

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการจัดสวัสดิการตั้งแต่การจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา สวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในที่สาธารณะ และการลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งมวลชน มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ มีกลุ่มจิตอาสา ซึ่งโครงการที่ได้รับการตอบรับมักเป็นโครงการในรูปแบบการสนับสนุนทางด้านการเงิน[5,17]

แม้จะมีหน่วยงานและองค์กรดำเนินการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม แต่พบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยหน่วยงานและองค์กรมีการแยกส่วนสุขภาพและสังคมออกจากกันอย่างชัดเจน และขาดแคลนบุคลากรด้านพัฒนาสังคม[18] ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ[17] ที่ได้อธิบายว่า กลไกต่าง ๆ ทั้งองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาล (รพ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา วัด โรงเรียน ครอบครัวและคนในชุมชน ได้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่บ้างแล้วในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ เนื่องจากยังมีข้อจำกัด หรือช่องว่างในการดำเนินงาน เช่น อปท. ไม่มีแผนงานพัฒนาผู้สูงอายุเฉพาะด้านอย่างเด่นชัด เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงานด้านผู้สูงอายุ ไม่มีข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและทั่วถึง ปัญหาสถานบริการทางสุขภาพทั้ง รพ. หรือ รพ.สต. พบว่าบุคลากรไม่เพียงพอและขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ขาดภาคีเครือข่ายการทำงานร่วมกันในพื้นที่ และปัญหาระบบให้บริการสุขภาพ คือ ขาดการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง จุดอ่อนของชมรมผู้สูงอายุก็คือ บางแห่งไม่มีชมรมผู้สูงอายุ บางแห่งอยู่ระหว่างจัดตั้งใหม่ หรือถ้ามีก็ประสบปัญหาด้านต่าง ๆ ทั้งการจัดตั้งที่ซ้ำซ้อนระหว่าง รพ./รพ.สต. และ อปท. ไม่มีคณะกรรมการ ไม่มีกองทุน ขาดการประสานงาน/ประชาสัมพันธ์ ขาดการทำกิจกรรมที่หลากหลาย/ต่อเนื่อง ขาดแกนนำผู้สูงอายุในการขับเคลื่อน และขาดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเอง กลุ่มจิตอาสา (อสม./อผส.) ยังเข้าไม่ถึงการทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะไม่มีเวลาทำงานเนื่องจากรับผิดชอบงานหลายส่วน ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ และขาดปัจจัยสนับสนุนการทำงาน ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ความเครียด ขาดเงิน/ขาดอุปกรณ์ในการดูแลของผู้ดูแล และขาดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของคนในชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนระบบการดูแลผู้สูงอายุ และควรปรับเปลี่ยนหรือหารูปแบบใหม่ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีการบูรณาการและเหมาะสมกับสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น

■ ระบบสุขภาพชุมชน : คำตอบการดูแลผู้สูงอายุ

ปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้นไม่ว่าจะเป็นระบบการดูแลกันเองในครอบครัวที่อนาคตจะพบปัญหาไม่มีลูกหลานดูแล ระบบการดูแลโดยหน่วยงานและองค์กร ที่พบการทำงานตามหน้าที่ของตนเอง การทำงานแบบแยกส่วน ขาดการวางแผนเฉพาะด้านที่ชัดเจน ขาดฐานข้อมูล ขาดบุคลากรด้านสังคม ขาดทรัพยากร ขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดการจัดระบบงาน ขาดการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ ขาดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มติดสังคม ขาดภาคีเครือข่าย ฯลฯ อาจเนื่องมาจากแต่ละหน่วยงานต่างทำงานของตนเอง โดยที่

ปัญหาที่พบจะมีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่ ๆ มีลักษณะที่แตกต่างกัน การแก้ปัญหาต้องมองภาพทั้งระบบ ครอบคลุมทุกมิติ[17] ซึ่งต้องคำนึงถึงบริบทต่าง ๆ อย่างลึกซึ้ง ไม่สามารถใช้รูปแบบใด รูปแบบหนึ่งสำหรับการดูแลผู้สูงอายุทุกครอบครัวหรือทุกชุมชนได้

จากรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมามีข้อเสนอแนะว่า ตามนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นการวางแผนสำหรับผู้สูงอายุทั้งประเทศ การดำเนินการจึงอาจไม่เหมาะสมกับชุมชนต่าง ๆ ที่มีความหลากหลายทางภูมิสภาพ และวัฒนธรรม แต่ละชุมชนจึงต้องมีแนวทางของตนเอง[16] การพัฒนาในแต่ละพื้นที่จึงมีวิธีคิดและกระบวนการทำงานที่หลากหลายตามความต้องการ ทรัพยากร และศักยภาพ ในพื้นที่นั้น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดการกระจายงานด้านต่าง ๆ ให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของ อปท. และชุมชนให้มากที่สุด อาทิ การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และ อปท.ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ที่เน้นดำเนินงาน 4 เรื่อง คือ สร้างรูปแบบการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตผู้สูงอายุ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ป่วย และให้บริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่โดยชุมชนเป็นเจ้าภาพแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการพร้อมกัน[13,19] ในบางชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ก็จะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลที่ดีด้วย ได้แก่ ชุมชนเข้มแข็งและมีระบบสนับสนุนที่ดี การมีทุนทางสังคม การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการบทบาทในชุมชน และการมีฐานข้อมูลในชุมชน โดยกลวิธีการจัดการ ที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ก็คือ มีบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพ และมีการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง[20] การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ควรให้ รพ.สต. มีบทบาทหลักในการดำเนินงานโดยใช้หลัก “หัวใจการบริการผู้สูงอายุในชุมชน” 3 ส่วน คือ 1) ภาคีหลัก 3 ภาคีในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ ภาคีบริการชุมชน/ท้องถิ่น ภาคีบริการสุขภาพ และภาคีบริการสังคม 2) เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุ โดยขจัดเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ เสริมเจตคติทางบวกทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ เป็นพื้นฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ 3) รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ: รพ.สต. เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ ผู้ให้บริการที่มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ หน่วยบริการที่มีระบบการให้บริการที่นำความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาเป็นตัวชี้นำ มีกระบวนการให้บริการอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมเป้าหมาย สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เข้าถึงได้ และต้องใส่ใจทั้งสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการในชุมชน และที่บ้าน[21]

ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมาจะเห็นรูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุโดยระบบสุขภาพชุมชนที่เป็นรูปธรรม ที่สามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาและบูรณาการให้ต่อเนื่อง ดังเช่น การอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ส่งผลทำให้สมาชิกในครอบครัว รวมถึงเพื่อนบ้านได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนครอบครัว และก่อให้เกิดระบบการพึ่งพากันในชุมชน นอกจากนี้แล้ว การดำเนินงานระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้รับการดูแลช่วยเหลือกันของระบบสุขภาพชุมชนภายใต้แนวคิด “คนในชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน” และก่อให้เกิด

การบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยแนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุ ตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญของตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมในสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และนำมาซึ่งการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้าง ของคนภายในชุมชน

จากข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุข้างต้นสอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งถือเป็นคำตอบในการจัดการกับการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างยั่งยืน ด้วยเหตุผลที่ว่าในแต่ละชุมชนจะมีผู้สูงอายุในทุกกลุ่ม กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ซึ่งจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและต้องพึ่งพามากขึ้น มีเครือข่ายทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เครือข่ายเหล่านี้น่าจะเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดระบบบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น เนื่องจากเครือข่ายในชุมชนนั้นมีความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล จะมีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมนั้น ๆ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพนั้น มีความยั่งยืนโดยผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และองค์กรของรัฐมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการและมีความรับผิดชอบร่วมกัน[22] โดยที่แต่ละชุมชนจะมีระบบของตนเองมีทั้งส่วนที่เหมือน และส่วนที่แตกต่าง ถือเป็นระบบย่อยภายใต้ระบบใหญ่ของประเทศ เน้นการดูแลตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ใช่มุ่งแต่จะพึ่งพาภาครัฐ[23] เป็นระบบที่มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ของคนในชุมชนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ เป็นการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องเป็นวงจรไม่รู้จบ อีกทั้งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายผ่านการปฏิบัติ (Interactive learning through action) โดยบุคลากรภาครัฐเป็นผู้ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก เป็นพี่เลี้ยงในการเรียนรู้และปฏิบัติ เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากที่สุด[24] เป็นระบบที่ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันที่ทำให้เกิดสุขภาวะของประชาชนในชุมชน โดยความร่วมมือกันของสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพดีทุกมิติ โดยชุมชนเป็นเจ้าของและเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่[25] การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็นการทำให้กลุ่มคนในชุมชนมีสุขภาวะดีขึ้น และมีการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน เป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน อยู่ที่การปรับกระบวนทัศน์ของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทุกภาคส่วนต้องเป็นหุ้นส่วนกันในการดูแลระบบสุขภาพของชุมชน โดยสร้างการมีส่วนร่วมและการเป็นภาคีเครือข่ายของสมาชิกและองค์กรกลุ่มต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพึ่งตนเองด้านการดูแลสุขภาพชุมชน[26] โดยทุกภาคส่วนร่วมกันออกแบบการจัดระบบ และเปิดพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มให้เชื่อมโยงและเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน

กลุ่มติดสังคม ซึ่งมีถึงร้อยละ 95 ควรเน้นเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้แสดงออกถึงศักยภาพ สร้างคุณค่าให้ตัวเอง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนสร้างคลังปัญญาผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการปัญหาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ลดทอนศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ[16] เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าสังคม คลายเหงา และรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีมากพอที่จะดูแลตนเองหรือช่วยเหลือสังคมได้ตราบเท่าที่สุขภาพจะเอื้ออำนวย กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด มีพลังมากที่สุด ประสบการณ์จากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะเป็นประโยชน์มหาศาลกับคนรุ่น

ต่อไป ระบบจะต้องเพิ่มกิจกรรมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ วางแผนการจัดการทางด้านเศรษฐกิจ และบูรณาการการดูแลร่วมกับภาคีเครือข่าย

กลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีปัญหาโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีข้อจำกัดเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่บ้าง สิ่งสำคัญที่ต้องให้ความใส่ใจเป็นพิเศษในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก็คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพพลภาพ ความพิการ และการเพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ การเตรียมสภาพแวดล้อมที่พร้อมและช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มหรืออุบัติเหตุอื่น ๆ ให้ความรู้แก่ครอบครัวให้ดูแลเรื่องยา อาหาร และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งเสริมการเข้าถึงธรรมะ ตามความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนาที่นับถือ

กลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคเรื้อรังหลายโรค มีภาวะแทรกซ้อน มีภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จึงต้องดูแลให้เกิดความสบายตามสภาพร่างกายในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่าง ๆ ลดทอนภาวะทุพพลภาพ และประคับประคองอาการเจ็บป่วย รวมไปถึงต้องเตรียมความพร้อมเรื่องสภาพจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีลมหายใจสุดท้ายที่สงบสุขที่สุด เตรียมครอบครัวให้มีความเข้าใจสภาพที่เป็นจริง ไม่คาดหวังการรักษาที่จะยืดหรือยื้อชีวิตโดยไร้ประโยชน์และขัดธรรมชาติ ขณะเดียวกันควรเน้นให้เห็นถึงการเป็นผู้สร้างและผู้ให้มาตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ การได้มีโอกาสดูแลผู้สูงอายุเปรียบเสมือนนาบุญให้ลูกหลานได้มีโอกาสเก็บเกี่ยวบุญ เป็นเวทีแห่งการถ่ายทอดการเรียนรู้เรื่องความกตัญญูได้อย่างงดงาม มีความสุขทั้งผู้สูงอายุที่จะจากไป และญาติผู้ดูแล

ดังนั้นกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนของแต่ละพื้นที่ จึงมีวิธีคิดและกระบวนการทำงานที่หลากหลายตามทรัพยากร ศักยภาพที่มี และความต้องการเฉพาะแต่ละพื้นที่[27] ประกอบด้วย 1) การค้นหาและใช้ต้นทุนทางสังคม 2) การประเมินความต้องการของชุมชน 3) การออกแบบวิธีการ/กิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรม และ 4) การสร้างนโยบายสาธารณะ[27] ผ่านการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ อปท. และประชาชนในพื้นที่ โดยทุกฝ่ายจะทำหน้าที่ที่แตกต่างกันแต่จะสอดคล้องและเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน โดย รพ.สต. ร่วมกับ อสม. จะมีบทบาทสำคัญเชิงรุกในการสร้างความเข้าใจเรื่องระบบสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุ เป็นกระบอกเสียงที่จะทำให้ประชาชนในชุมชนได้รับรู้ถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ เกิดการมีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือดูแลและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งสร้างระบบแกนนำ/สร้างอาสาสมัครและเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่วน อปท. จะมีหน้าที่สำคัญเป็นแรงหนุนเสริมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดนโยบาย และงบประมาณเป็นเครื่องมือ เช่น การทำนโยบายสวัสดิการสังคม การช่วยเหลือทางการเงิน การสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ และสนับสนุนงบประมาณสำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและยั่งยืน นอกจากการทำงานแบบมีส่วนร่วมของ 3 ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องแล้ว สิ่งสำคัญคือ ต้นทุนทางสังคมที่เป็น ทุนคน จะเป็นหลักในการดำเนินการ มีทุนเงินและทุนสิ่งแวดล้อม

เป็นตัวสนับสนุน[27] โดยที่พลังสำคัญในการขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จคือความรู้สึกเป็นเจ้าของเป็นส่วนหนึ่ง มีความรักผูกพันร่วมกัน และต้องการพัฒนาชุมชนของตนเองทำให้เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่มีการพัฒนาอย่างยั่งยืน ระบบสุขภาพชุมชนจึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ถ้าเราทำให้ดีจะเป็นระบบที่ทำให้เกิดสุขภาวะอย่างทั่วถึง มีคุณภาพที่ดี และได้ผลคุ้มค่า

■ อภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลหลากหลายมากกว่าคนอื่นทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุจากการดูแลของครอบครัว มาเป็นชุมชนและมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลทั้งด้านสุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุ ชุมชนที่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีการดูแลที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นารีรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ[28] พบว่าตัวชี้วัดการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชน คือ การมีผู้นำเข้มแข็ง และการทำงานเป็นทีม มีระบบสนับสนุนจากหลายภาคส่วน และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ[29] พบว่าความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนจะนำมาซึ่งการพัฒนารูปแบบแนวทางหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล และการศึกษาของ ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และคณะ[30] พบว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง

ระบบสุขภาพชุมชน ถือเป็นคำตอบในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน โดยชุมชนจะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ร่วมเป็นส่วนหนึ่ง และเกิดความผูกพันร่วมกัน ที่จะพัฒนาชุมชนของตนเอง จึงควรมีการพัฒนาศักยภาพทั้งตัวบุคคล ชุมชน โดยมีหน่วยงานท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌัชชภัทร พานิช และคณะ[31] พบว่าปัจจัยด้านคน ทุน และความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพในชุมชน จะนำไปสู่ความสำเร็จ ความยั่งยืน และการขยายผลการจัดการระบบสุขภาพชุมชน ที่จะนำไปสู่สุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน

■ สรุป

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในประเทศไทยเป็นสิ่งที่ท้าทายระบบการจัดการเป็นอย่างมาก รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาอาจถูกจำกัดอยู่เพียงการดูแลกันเองในครอบครัว สภาพปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การลดลงของผู้ดูแลในครอบครัว 2) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง 3) ความต้องการการดูแลที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และ 4) ปัญหาการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ฐานชุมชนเป็นหลักเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน จะเป็นการส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ในรูปแบบการดำเนินงานในชุมชนโดยชุมชน และเพื่อชุมชน จะทำให้เข้าใจปัญหา วิธีการจัดการกับปัญหา การดำเนินการแก้ไขโดยเน้นการมีส่วนร่วมและสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในท้องถิ่น สถานบริการทางสุขภาพ องค์กรชุมชน และองค์กรอื่น ๆ ของภาครัฐ

มีบทบาทในการสนับสนุนทรัพยากรในการทำงานและส่งเสริมการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนทำให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานอันนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

■ ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานควรมีการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทางสังคมและวัฒนธรรมร่วมด้วยเพื่อความเหมาะสมกับวิถีชุมชนในแต่ละท้องถิ่น

องค์กรภาคีต่าง ๆ ควรมีการบูรณาการการทำงานและส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานเพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Aging [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 15]. Available from : https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
2. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01. Aspx
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาศักยภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.
5. สายฤดี วรกิจโภคาทร, ประภาพรรณ จูเจริญ, กมลพรรณ พันพึ่ง, สาวิตรี ทยานศิลป์ และดวงใจ บรรทัพ. ระบบการดูแลของผู้สูงอายุปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงวัย: การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
6. เยาวลักษณ์ คุมขวัญ, อภิรดี คำเงิน, อุษณีย์ วรรณลัย, นิพร ขัดตา. แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ บริบทของประเทศไทย. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561;28(3):10-22.
7. จิณณ์ณิชา พงษ์ดี และปิยะธิดา คูหิรัญญรัตน์. ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558;3(4):561-76.
8. ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ฆนรส อภิญญาลังกร, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ, นิมัสตูรา แว. บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561;5(3):300-10.
9. อุทุมพร ศตะกูรมะ, ผ่องลักษณ์ จิตการุญ, ชุมพล เสมาขันธ์. ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม 2556;7(1):129-38.
10. ปรารถนา มะลิไทย, คทารัตน์ เฮงตระกูล และเกียรติพงษ์ มีเพียร. ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารความหลากหลายทางวัฒนธรรม 2553;7(18):101-13.
11. วีรยุทธ คำแก้ว, ราเชนทร์ นพณัฐวงศกร. ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุเขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์ 2564;21(1):15-28.
12. วิมล บ้านพวน, จุฑาภัค เจนจิตร, วัลภินันท์ สืบศักดิ์. รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/webupload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/202106/m_news/35025/204975/file_download/e0ef8e6372619a7f81ce89c473809e72.pdf
13. นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, สาวิตรี ทยานศิลป์. ตัวแบบการดูแล ผู้สูงอายุเขตเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2554;29(3):67-74.

14. Swagerty Jr DL, Takahashi PY, Evans JM. Elder mistreatment. American family physician Journal 1999;59(10):2804-8.
15. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. การดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน : ข้อเสนอเชิงนโยบายบูรณาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php/for-elderly/utility/94-info-03.
16. วัชริน สินธวานนท์. พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุคำตอบอยู่ที่ชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2552;1(2):48-51.
17. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
18. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวณิชย์ และธนิกานต์ ศักดาพร. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2552;10(3):13-24.
19. ไพจิตร์ วราชิต. สธ. จับมือ พม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนารูปแบบดูแลผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://media.thaigov.go.th/pageconfig/viewcontent/viewcontent1.asp?pageid=471&directory=1829&contents=58941.
20. วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง; 2553.
21. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม และจิณณ์สิธา ณรงค์ศักดิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น.วารสารสภาการพยาบาล 2557;29(3): 104-5.
22. วิจารณ์ พานิช. การจัดการความรู้กับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. ใน: สุพัตรา ศรีวณิชชยากร, สุมาลี ประทุมนันท์, บรรณาธิการ. มองมุมใหม่จัดการใหม่ในระบบสุขภาพชุมชน: เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ 2 จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จบ. กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง; 2554 หน้า 68-73.
23. ประเวศ วะสี. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน: สุขภาพชุมชนรากฐานของสุขภาวะทั้งมวล. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2549.
24. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทัศนีย์ ญาณะ, มธุรพร ภาคพรต และพฤกษา บุกบุญ. "สู่ชุมชน สุขภาพดี" คู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง; 2558.
25. ขนิษฐา นันทบุตร. ระบบสุขภาพชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบใหญ่ในชุมชน. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2553.
26. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และปนัดดา ปริยฑฤฆ. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2557;28(1):1-15.
27. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปนัดดา ปริยฑฤฆ, และญาณิศา โชติกะคาม. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบ้านแค. วารสารพยาบาลทหารบก 2555;13(2):8-17.
28. นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, สาวิตรี ทยานศิลป์. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2554;29(3): 67-74.
29. รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาลิมา สาแดงสาร, ดลปภัฏ ทรงเลิศ. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้ 2561;11(1):231-8.
30. ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, ยุวดี รอดจากภัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2015;9(2):13-20.
31. ณัชชภัทร พานิช, มาฑะ ขิตตะสังคะ, ประจวบ แหลมหลัก, จินต์ กล้าวิกรณ์. ยุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน จังหวัดน่าน. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ 2558;8:169-89.

HEALTH