



การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชน เพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน

Care for Frail Older People in Community for Sustainability of Well-being

สุดา หันกลาง¹

Suda Hanklang¹

บทคัดย่อ

จากสถิติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 บ่งชี้ว่าประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีความต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง มีโรคหรือความผิดปกติ ตั้งแต่สองระบบขึ้นไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ความต้องการการดูแลสุขภาพและทรัพยากรจึงเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาและบริการสุขภาพที่มีราคาสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุเปราะบางที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัวที่พร้อมให้การสนับสนุน ผลกระทบทางสุขภาพที่พบบ่อยและเพิ่มขึ้น ได้แก่ การพลัดตกหกล้มทำให้กระดูกหักและพิการ ภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นเหตุให้ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนหลายประเด็น

ปัจจุบันประเทศไทยหน่วยงานที่มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุยังมีจำนวนจำกัด การให้บริการมีราคาสูง แม้ความต้องการบริการจะเพิ่มขึ้นดังที่ได้กล่าวข้างต้น แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถจ่ายราคาได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยจะรู้สึกขาดชีวิตชีวา

การดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในชุมชนจึงมีความสำคัญมากและต้องการแนวทางที่เหมาะสม แนวทางหนึ่งที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่า ได้แก่ ให้การอบรมที่จำเป็นแก่พยาบาลชุมชนที่ต้องปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และสร้างเครือข่ายจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อีกแนวทางหนึ่ง ได้แก่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและการดึงศักยภาพชุมชนมาใช้เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ การใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือช่วยระบุปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และใช้สื่อสารกับทีมสุขภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและชุมชน การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแนวทางในการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและประเทศชาติ

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ เปราะบาง ชุมชน การมีสุขภาพอย่างยั่งยืน

¹ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

¹ Lecturer, Community Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University

Corresponding author, Email: suda_han@vu.ac.th

Abstract

Statistics since 2015 have indicated that Thailand's society is aging. The numbers of elderly persons becoming dependent and needing long-term care are ever increasing. This is particularly true among those who are considered to be frail, having two or more medical conditions and being decrease to perform activities of daily living independently. As their numbers continue to increase, the demand for health care and resources will also increase. At the same time, this negatively affects their quality of life since many are unable to afford the treatment and care needed. This is especially true for those not living with a supportive family. Within this population, some frequent issues arising are increased falls resulting in fractures and disability, dementia, and premature death. As a result, Thailand is facing many complex health care issues.

Currently, Thailand has a limited number of health care facilities caring for the elderly, but the cost is expensive. Although more are needed due to the increasing demand, as mentioned before, many cannot afford it. In addition, the elderly who do not live with family in familiar environment will feel unlively.

Caring for the frail elderly in community is very important and solutions are needed. Some cost-effective solutions are to provide necessary training for community nurses who will work in primary care units with multidisciplinary teams and create a network between stakeholders. Another solution is to incorporate community participation and potential resources for preparation to enter the elderly. Technology is also a useful tool that will be beneficial in identifying health problems and needs of the elderly and in communicating with health care teams, stakeholders, and the community. The use of empirical evidence will also serve as an important guide in providing quality and cost-effective health care service for the elderly in the community and nation.

Keywords: Older people, Frail, Community, Sustainability of well-being

บทนำ

ปัจจุบันแนวคิดสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไป ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน ซึ่งในบทความนี้จะมุ่งเน้นไปที่การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางซึ่งอยู่ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลชุมชน มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการจัดการให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ สร้างเครือข่ายการดูแลจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนพร้อมกับการดึงศักยภาพของชุมชนมาใช้เพิ่มเติมที่ การใช้ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีมาช่วยในการระบุปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์นวัตกรรมการดูแลให้เข้ากับบริบทของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนอยู่อย่างมีความสุข

การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชน เพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืน

ผู้สูงอายุที่เปราะบาง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของร่างกาย หรือการเจ็บป่วยได้ง่ายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย ทำให้มีพลังงานสำรองลดลงจากวัยที่เพิ่มขึ้น (Grundy, 2006) เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน จากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ง่าย จากความเสื่อมสภาพของร่างกายไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น (ชลธิชา จันทสิทธิ์, 2559) ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ และประสาทสัมผัสลดลง ความบกพร่องของการได้ยินและการมองเห็น สติปัญญา การรู้คิดลดลง และความสามารถในการสื่อสารลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ได้ง่ายกว่าวัยหนุ่มสาว (Centers for Disease Control and Prevention, 2012) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง ยังสามารถระบุได้ว่าประกอบด้วยสภาวะทางกาย 5 ด้านที่บ่งชี้ความเปราะบาง ซึ่งบุคคลจะถูกบ่งชี้ว่ามีภาวะเปราะบางเมื่อมีอาการเหล่านี้ตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไป ได้แก่ การมีน้ำหนักลดลงอย่างไม่ได้ตั้งใจ มีอาการเหนื่อยง่าย มีอาการอ่อนเพลีย เดินได้ช้าลง และการมีกิจกรรมทางกายลดลง สำหรับคนที่มีเพียง 1 หรือ 2 อาการ เรียกว่าอยู่ในภาวะก่อนเปราะบาง (Pre-frail) ส่วนบุคคลที่ไม่มีอาการข้อใดข้อหนึ่งเลยถือว่าเป็นไม่มีภาวะเปราะบาง แม้อายุจะเพิ่มขึ้นก็ตาม (Kojima, Liljas, & Liffie, 2019) สรุปลักษณะเปราะบาง (frailty) มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานด้านร่างกาย เป็นความอ่อนแอของร่างกายที่เพิ่มขึ้นส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้สุขภาพเสื่อมลง

สถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหราชอาณาจักร (The NHS Constitution, 2014) ได้แบ่งระดับความเปราะบางทางสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อการจัดการ หรือ การสนับสนุนดูแลที่เหมาะสม ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางเล็กน้อย (Mildly frail) เป็นกลุ่มที่ต้องการให้มีการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management) ที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อธำรงรักษาภาวะสุขภาพให้อยู่ในระดับที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลให้นานที่สุด

2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางปานกลาง (Moderate frail) เป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางสุขภาพที่ต้องการการสนับสนุนดูแลที่เหมาะสมจากบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น การออกค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่เริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพ (Case finding) หรือ เมื่อพบแล้วมีการจัดการวิธีการดูแลโดยใช้จัดการรายกรณีอย่างเหมาะสม (Case management) เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละบุคคลมีความซับซ้อนของปัญหาด้านสุขภาพที่แตกต่างกันจึงต้องออกแบบการดูแลรายกรณี

3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางขั้นสูง (Advance frail) เป็นกลุ่มที่ต้องมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่เหมาะสม (Anticipatory care planning) และเป็นกลุ่มที่ต้องเตรียมให้การดูแลประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิต (End-of-life care) เนื่องจากปัญหาของกลุ่มนี้จะเป็นที่ทราบชัดเจนอยู่แล้ว

ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่ม 'เปราะบาง' เป็นผลกระทบที่จัดว่าร้ายแรงที่สุดของบุคลากรด้านสุขภาพ (Clegg, Young, Liliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013) มีความต้องการการดูแลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงตามระดับความเปราะบาง ข้อจำกัดและภาวะสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องพิจารณาเลือกการจัดการที่เหมาะสม ปัจจุบัน แม้จะมีความพยายามของหลายฝ่ายในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้การดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered medicine) หรือการบริการที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) เพิ่มมากขึ้น แต่สถานการณ์จริงในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนดำเนินงานไปตามนโยบาย ซึ่งกำหนดและถ่ายทอดการปฏิบัติจากบนลงล่าง และยังประสบปัญหาการปฏิบัติหลายประการ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชน **สิ่งแรกที่พยาบาลชุมชนต้องปฏิบัติ** คือ การทำความเข้าใจกับความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่ซับซ้อนหลากหลายมิติในชุมชน เพื่อนำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับปัญหาที่ซับซ้อนได้

ปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่ซับซ้อนหลากหลายมิติในชุมชน มีดังนี้

1) ด้านตัวผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง ญาติและครอบครัว ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง มีพลังสำรองของระบบอวัยวะลดลง และเกิดปัญหาเชื่อมโยงกันในหลายระบบ เกิดกลุ่มอาการเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ (geriatric syndrome) ที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ทั่วไป (Wakefield & Holman, 2007) ความสามารถในการทำ

หน้าที่ในกิจวัตรประจำวันเสื่อมถอย (functional decline) อาจพบภาวะเพ้อ (delirium) และผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน (ปีติพร สิริทิพากร และคณะ, 2562) ซึ่งปัจจุบันครอบครัวและเครือญาติมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด แม้ว่าจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความรักและเต็มใจ แต่ก็มีอุปสรรคต่อการดูแล คือ ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลเพราะต้องไปประกอบอาชีพ ครอบครัวมีทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลไม่เพียงพอ เช่น ไม่มีรถเข็น ที่นอนลม กระจกชำระ หรือผ้าอ้อมสำเร็จรูป ผู้สูงอายุรับการรักษาโรคไม่ต่อเนื่อง เพราะไม่สะดวกในการเดินทางไปพบแพทย์หรือรับบริการทางสุขภาพ มีความลำบากในการเดินทางไปรับยั้งชีพผู้สูงอายุ ขาดความเข้าใจในระยะของโรค ปัญหาและผลกระทบจากโรคและสุขภาพที่ซับซ้อน ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางกลุ่มนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงระยะยาว รวมทั้งญาติและครอบครัว ยังประสบกับปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น เครียด เหนื่อย ท้อแท้ หงุดหงิด เป็นต้น ดังนั้น จึงต้องให้ความสำคัญในการประเมินปัญหาและความต้องการของญาติและครอบครัวที่มีผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางด้วย

2) ด้านการบริการปฐมภูมิและทรัพยากรสุขภาพ พบปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ และขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และไม่ลงลึกหรือจำเพาะเจาะจงในการดูแลด้านจิตใจ จากผลการประเมินความต้องการจำเป็นในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า มีปัญหาเรื่องความพร้อมของสถานที่ งบประมาณ อุปกรณ์ รวมถึงบุคลากรทางสุขภาพในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอกับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลของเครือข่ายทางสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลผู้สูงอายุ (สมจินต์, วิไลวรรณ, และสมชาย, 2556)

3) ด้านการบริหารจัดการ ระบบบริหารงานในองค์กรภาครัฐที่มีการแยกส่วนสุขภาพและสังคมออกจากกันอย่างชัดเจน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทางสุขภาพที่ไม่ครอบคลุม ไม่ครบวงจร อาทิเช่น การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่มีแผนงานพัฒนาผู้สูงอายุอย่างเด่นชัด กล่าวคือ การดูแลระยะยาวและการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลให้หลายครั้งไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

4) ด้านการสื่อสาร การจัดการข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้ ปัญหาคือ มีช่องว่างของการสื่อสารและการประสานงานเพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่องกัน เช่น ระบบการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุสู่บ้านและชุมชนที่ยังมีข้อบกพร่องบางประการ ทำให้อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ

เปราะบาง (Garcia-Perez et al., 2011) เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลยังไม่ถูกมาใช้ในการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างจริงจัง เพื่อให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างกันในทุกระดับบริการ ตลอดจนองค์ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเปราะบาง และการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางยังไม่ถูกนำมาปรับหรือประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลอย่างแท้จริง ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนยังไม่ได้รับประสบการณ์ในการดูแลที่ดีและเหมาะสมอย่างที่ควรจะเป็น

สถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนในปัจจุบัน ปรากฏชัดว่า เกิดช่องว่างที่ใหญ่มาก (Gap) ของสภาพปัญหาจริง (Reality) กับสิ่งที่ควรจะเป็นในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชน (Vision) แนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในระดับชุมชนจึงต้องเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ

แนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในระดับชุมชนเพื่อการมีสุขภาวะอย่างยั่งยืน

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางมาจากหลายปัจจัย หลายมิติและมีความซับซ้อน และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพชุมชน คือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน บุคลากรจากภาคส่วนต่างๆ ร่วมกันคิดวิเคราะห์สถานการณ์ ออกแบบวางแผนกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน นำไปสู่การรับผลประโยชน์และการประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน การแก้ไขปัญหาโดยใช้การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน จะทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของ เกิดการตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพในชุมชนที่แท้จริง นั่นคือ แนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนจึงควรมีจุดเริ่มต้นจาก “การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง” ดังนี้

3.1) การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation) การมีส่วนร่วมเป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบของชุมชนต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางของชุมชน ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม คือ ความรู้ความเข้าใจในปัญหา และตระหนักในปัญหา การมีส่วนร่วมที่ดี ความไว้วางใจ และการยอมรับซึ่งกันและกัน โดยประชาชนต้องมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน คือ จะต้องเห็นคุณค่า และผลของพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ เจ้าหน้าที่สุขภาพควรทำหน้าที่ในการเอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ (Facilitator) และสนับสนุนให้เกิดทักษะการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สนับสนุนให้ชุมชนเกิดความสำนึก และพันธสัญญาต่อส่วนรวม และการเสริมสร้างให้ชุมชนลงมือทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง องค์กรชุมชนจึงควรมีการพัฒนาโครงสร้าง และกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยจุดเริ่มต้นของการสร้างการมีส่วนร่วม คือ การสร้างความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเปราะบางในชุมชน ได้แก่

3.1.1) การสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน (Understanding) ในเรื่องของสถานะเปราะบางของผู้สูงอายุ ว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดสุขภาพ ความเสื่อมเกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และรวมถึงสิ่งแวดล้อมในการดำรงชีวิต ความเปราะบางในทุกด้านนั้น หากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันหรือช่วยชะลอเวลาความเสื่อมของสุขภาพที่ดีพอ แม้การเจ็บป่วยหรือเหตุกระตุ้นเพียงเล็กน้อยก็สามารถนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพทุกด้านที่ซับซ้อนได้ ซึ่งปัจจัยกระตุ้นเพียงเล็กน้อยที่เรามองข้ามนั้นสามารถเปลี่ยนชีวิตของผู้สูงอายุที่ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ (Independent) กลายเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง (Dependent) และต้องการการดูแลระยะยาว (Long-term condition)

ตัวอย่างวิธีการสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน อาจเริ่มต้นโดยจัดกิจกรรมกลุ่มย่อย เช่น การสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเล่าประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจเห็นภาพปัญหาที่จะเกิดขึ้นอย่างชัดเจน การสำรวจชุมชนร่วมกัน เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติต่างๆ แบบเป็นองค์รวม เช่น มิติของการช่วยเหลือตนเอง มิติทางสังคม มิติด้านสมองและจิตใจ และมิติการเชื่อมถอยตามธรรมชาติ เช่น การมองเห็น การได้ยิน สุขภาพฟัน การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกแบบคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ (2558) เพื่อการคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน ภาวะหลงลืมและภาวะซึมเศร้า ภาวะเปราะบาง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ ความต้องการในการสนับสนุน ต้องทำไปพร้อมกับการค้นหาศักยภาพที่มีอยู่ของผู้สูงอายุและครอบครัวไปด้วยไม่ควรประเมินเฉพาะปัญหาเท่านั้น

ทั้งนี้การที่ประชาชนในชุมชนมองไม่เห็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางเป็นประเด็นปัญหาของชุมชนอาจเนื่องมาจากขาดข้อมูล หรือขาดความมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับปัญหาได้ หรือการยอมรับกับสภาพปัญหา ดังนั้น ชุมชนควรร่วมเรียนรู้วิธีการจัดการข้อมูลของชุมชนตนเองอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ง่ายต่อการนำมาใช้และสามารถทำความเข้าใจสถานะสุขภาพคนในชุมชนได้จากข้อมูลจริง ให้

ข้อมูลย้อนกลับแก่ชุมชนเพื่อให้ทุกคนเห็นปัญหาหรือเห็น โอกาสในการพัฒนาร่วมกัน การประชุมชี้แจง การจัดอบรม และการประกาศทางหอกระจายข่าว เป็นต้น

3.1.2) การนำเข้ามาสู่การมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Engagement) โดยการทำงานเป็นทีม ซึ่งองค์กรชุมชนต้องมีการพัฒนาโครงสร้าง และกลไกการจัดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชน มีขั้นตอนการมอบหมายหน้าที่และกำหนดบทบาทการทำงานของชุมชนที่ชัดเจน กระตุ้นให้ชุมชน ร่วมกันคิด และร่วมกันลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Community action) โดยยึดหลักการพึ่งตนเอง (Self-Reliance) และใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local wisdom) ส่งเสริมการพัฒนาทักษะสุขภาพชุมชนตนเอง เช่น การช่วยให้ชุมชนเรียนรู้ และเห็นความสำคัญเรื่องการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในระยะยาว ทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่ของทุกคน เป็นการเพิ่มสมรรถนะ (Enabling) ให้ประชาชนสามารถควบคุมสถานะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง รู้จักคิด รู้จักแก้ปัญหา โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ทำการสร้างภาพฝันของชุมชนร่วมกัน กำหนดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาสุขภาพชุมชนร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกัน (วิริยา, หทัยชนก, และชินวูดี, 2558) สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และองค์กรต่างๆในชุมชน อาจร่วมกันเปิดเวทีการอภิปรายสภาพปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางส่งเสริมการดูแลซึ่งกันและกัน ลักษณะการประชุมกลุ่มจะคล้ายการทำเวทีประชาคมในการระดมความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพชุมชน หากแต่ในที่นี้ควรเน้นการอภิปรายให้เกิดบรรยากาศที่ทำให้ทุกคนได้มีความรู้สึกว่าจะได้รับการดูแลและไม่ถูกทอดทิ้ง ทุกฝ่ายในชุมชนจะคอยสนับสนุน และมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุเปราะบางตามบทบาท สร้างบรรยากาศและข้อตกลงให้ทุกคนเป็นเจ้าของเรื่องนี้ร่วมกัน

3.1.3) สร้างเครือข่ายการดูแล เป็นความร่วมมือของครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน ชุมชน และนักวิชาชีพทางสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน เครือข่ายการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม เครือข่ายมีหลากหลายรูปแบบ แบ่งตามวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครแต่ละชุมชน มีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อสร้างความร่วมมือ ความเข้าใจ ทศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย เจ้าหน้าที่สุขภาพช่วยอำนวยความสะดวกให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยการประสานงานกับองค์กรต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ชมรมสุขภาพต่างๆ คลินิกแพทย์แผนไทย และชุมชนเครือข่ายต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนสำหรับเป็นที่ศึกษาดูงาน และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ชาวบ้านเกิดความมั่นใจ มีการปรึกษาหารือร่วมกัน

เพื่อการสร้างพลังอำนาจและความแข็งแกร่งแก่ชุมชน นอกจากนี้ยังได้เปิดโอกาสให้องค์กรท้องถิ่น ได้ร่วมคิดและร่วมทำงานกับชาวบ้านมากขึ้น ทำให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้ และเอื้ออาทรต่อกัน เกิดพลังในชุมชน และสามารถแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้

ตัวอย่าง รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เรียกว่า DSHH Model ซึ่งย่อมาจาก 1) การพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ Development knowledge (D) โดยเน้นการสร้างระบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 2) การพัฒนาเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ Stakeholder co-operation (S) โดยการใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายในชุมชนดำเนินงานโครงการ พัฒนาชมรมผู้สูงอายุ 3) การจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ Health promotion (H) โดยสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเห็นปัญหาและโอกาสในการพัฒนาร่วมกัน และ 4) การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับเครือข่ายชุมชน Home visit (H) ส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง ผ่านโครงการเยี่ยมยามถามไถ่คู่หูคู่ใจผู้สูงวัย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามมาตรฐานด้วย (ทัศนีย์, สงครามชัย, และชาญชัยณรงค์, 2559) หากต้องการสร้างให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมและยั่งยืน จะต้องทำการสร้างเครือข่ายให้หลากหลาย ได้แก่ การจัดทำแผนสุขภาพร่วมกับชุมชน การร่วมจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน การร่วมดำเนินการศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน การร่วมดำเนินการ โรงเรียนผู้สูงอายุ การสนับสนุนชมรมเพื่อสุขภาพต่างๆ เป็นต้น และทำงานเชื่อมประสานจากจุดเล็กและขยายไปสู่หน่วยงานใหญ่ เสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันพัฒนากิจกรรมและความเคลื่อนไหวในการพัฒนาสุขภาพชุมชนให้ยั่งยืนต่อไป

3.2 สร้างประสบการณ์ของการได้รับการดูแลที่ดี (Care experience) ควรมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ดีจากชุมชน ซึ่งลักษณะการดูแลที่ดีนั้น ผู้สูงอายุควรรับทราบได้ว่าการประสานงานที่ดีต่อกันขององค์กรที่ดูแลอย่างสม่ำเสมอ เป็นระบบ มีรูปแบบปฏิบัติชัดเจน และมีความยั่งยืน โดยรูปแบบการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน แบ่งเป็น 2 รูปแบบใหญ่ ได้แก่

3.2.1) กิจกรรมการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ คือบริการที่จัดกันภายในครอบครัวและชุมชน ภาคไม่เป็นทางการ ซึ่งอาจเป็นการดูแลโดยเพื่อนบ้าน ครอบครัว เพื่อป้องกันหรือชะลอการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักหมายถึงการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ เพื่อให้เขาดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ (สัมฤทธิ์, กนิษฐา, ศิริพันธ์, และขวัญใจ, 2552) บทบาทเจ้าหน้าที่สุขภาพ คือ การ

กระตุ้นสนับสนุน และเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมหลักในการดูแลและจัดการปัญหา เช่น การแวะเยี่ยมเยียนพูดคุยให้กำลังใจ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือเรื่องการเจ็บป่วย การดูแลด้านจิตใจของอาสาสมัครและชุมชน หรือการเยี่ยมเยียน โดยกลุ่มอาสาสมัครของชุมชนที่มีจิตอาสา สามารถทำได้อย่างอิสระ และจะช่วยลดภาระของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งนี้ ปัจจุบันพบว่า งานดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยจิตอาสา มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนมากขึ้น

3.2.2) กิจกรรมการดูแลอย่างเป็นทางการ คือ การเข้าไปดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับอาสาสมัครกลุ่มต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การจัดสรรเบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ การดูแลด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัย การดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง การดูแลฟื้นฟูสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพร่างกาย สามารถแบ่งออกเป็น

1) ด้านการเยี่ยมเยียน เป็นกระบวนการเชิงรุก สามารถค้นหาปัญหาผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางได้แต่ระยะแรกๆ เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ง่ายในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ เช่น การเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคม โดยพยาบาลวิชาชีพคิดนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมเสริมสร้างความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย (ร่างกาย) สุขสนุก (ทำกิจกรรมร่วมกัน) สุขสง่า (สร้างความรู้สึกรักคุณค่า) สุขสว่าง (เน้นความจำไม่หลงลืม) และสุขสงบ (รู้จักปล่อยวาง/ทำสมาธิ) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีวิธีการในการดูแลตนเองและดูแลผู้สูงอายุคนอื่นในชุมชน (ชฎารัตน์, นภัทร์, พรพรรณ และอารีวรรณ, 2558) หรือสร้างรูปแบบการเยี่ยมออนไลน์ เช่น การจัดช่องทางรับคำปรึกษาหรือรับนัดหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้ ได้แก่ การจัดทำ Web application หรือระบบโทรศัพท์รับคำปรึกษา เป็นต้น หรือการนำเทคโนโลยีการสื่อสารมาใช้ในทีมเยี่ยมบ้านในการสนับสนุนการตัดสินใจให้กับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เช่น การจัดตั้ง Line group สำหรับทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น

2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับอายุและโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ มีความเสี่ยงในการหกล้ม เกิดความพิการ จำต้องเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวและชุมชนได้ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง จึงต้องทำทั้งด้านร่างกาย จิตใจ โภชนาการ และด้านนันทนาการต่างๆ ผ่านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ การจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย การมีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพในชุมชน และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว

ตลอดจนการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ความรอบรู้สำหรับประชาชนผ่านแอปพลิเคชัน เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

3) ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การฟื้นฟูสุขภาพตลอดจนการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัยกับผู้สูงอายุในระยะฟื้นฟูเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มต้องการการฟื้นฟูที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน และกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเต็มที่ เช่น การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านติดเตียง ไม่จำเป็นเป็นการออกกำลังกาย เพื่อช่วยฟื้นฟูกล้ามเนื้อให้แข็งแรง ช่วยให้ไหลเวียนเลือดได้ดี ที่สำคัญเป็นการบริหารข้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้สดชื่นแข็งแรง สามารถบริหารร่างกายเองได้ นอกจากนี้แต่ละชุมชนสามารถร่วมมือกันส่งเสริมความปลอดภัย พัฒนาปรับปรุงคุณภาพและความสะดวกสบายของผู้สูงอายุที่บ้าน ตลอดจนสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในครอบครัวร่วมกันได้ (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2558)

4) ด้านระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางของชุมชน การจัดระบบเครือข่ายการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ศูนย์งานบริการระดับตติยภูมิและปฐมภูมิ และเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง อาจมีการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว และคาดเดาได้ยาก ดังนั้น ควรมีระบบการดูแลสุขภาพฉุกเฉินของชุมชนด้วย เรียกว่า Community EMS ซึ่งอาจเป็นกลุ่มจิตอาสาช่วยประสานงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุน เป็นหน่วยรับแจ้งและประสานงานกับหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งเสริมฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในพื้นที่ให้สอดคล้องกับบริบททำเลที่ตั้ง การคมนาคมขนส่งของชุมชน ความห่างไกล/ระยะทางจากชุมชนถึงสถานบริการสุขภาพในกรณีฉุกเฉิน ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั้งหมดต้องอาศัยการพัฒนาาร่วมกันทั้งระบบ (Tansirithikul & Srithamrongsawat, 2012)

5) ด้านการบริการต่อเนื่อง ควรเริ่มตั้งแต่การวางแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพที่โรงพยาบาล เช่น การมีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุเป็นสื่อกลาง ที่ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล โดยมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การติดต่อสื่อสารประสานความร่วมมือภายในวิชาชีพพยาบาลและระหว่างวิชาชีพ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลในชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัวด้วย (ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ, 2556) สำหรับตัวชี้วัดของงานบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องของ รพ.สต. ได้แก่ การจัดการบริการสำหรับผู้ป่วยที่บ้าน (Homeward) ประกอบด้วย 1) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อตรวจเยี่ยมอาการ หรือให้คำปรึกษาเพิ่มเติมตามอาการของผู้ป่วยที่บ้าน 2) การบริการทำหัตถการให้กับผู้ป่วยที่บ้าน เช่น การทำ

แปล การเปลี่ยนสายให้อาหารทางจมูก เป็นต้น 3) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ การดูแลให้ออกซิเจนที่บ้าน 4) บริการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) และสนับสนุนให้ ครอบครัวร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วย มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home health care) จากสถานบริการชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายुरายบุคคล (Care plan) สำหรับภาคชุมชน ในส่วนของการดูแลอย่างต่อเนื่อง ควรมีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรืออนุกรรมการกองทุนการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน (Long-term care: LTC)

3.3 การประเมินสถานการณ์การดูแล การใช้ผลการวิจัย และการนำความรู้ลงสู่การปฏิบัติ (Knowledge translation: KT) ผู้ให้การดูแลต้องมุ่งค้นหาองค์ความรู้ และใช้องค์ความรู้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือเรียกว่าควรใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวทางในการปฏิบัติเสมอ และต้องเรียนรู้จากประสบการณ์หลังจากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ เพื่อให้การตอบสนองและปรับปรุงการดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแล การให้บริการเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง บุคลากรในพื้นที่จำเป็นต้องมีบทบาทอย่างมาก งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา ส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่าไม่จำเป็นต้องรอผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในทางตรงกันข้าม ถ้าให้การดูแลผู้สูงอายุโดยบุคลากรทางสุขภาพในพื้นที่ แม้บุคลากรเหล่านี้จะไม่มีความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ แต่หากใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เข้ามาช่วยอ้างอิงการปฏิบัติย่อมเกิดผลดี เพราะบุคลากรในพื้นที่มีความเข้าใจปัญหา บริบทชุมชน ง่ายต่อการสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วม โดยทุกเครือข่ายร่วมกันเป็นเจ้าของในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีชีวิตชีวา ป้องกันการเจ็บป่วย/ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะสอดคล้องกับหลักการพัฒนาที่เน้นการเข้าใจ-เข้าถึง-มีความต่อเนื่อง เพราะเป็นคนที่สามารถให้การดูแลโดยมองสถานการณ์และการแก้ไขอย่างเป็นองค์รวม ผสมผสานประสานการบริการ และต้องส่งเสริมให้บุคลากรในพื้นที่เหล่านี้ได้มีโอกาสนำผลการประเมินมาเผยแพร่ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

3.4 การใช้ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีมาช่วยในการระบุปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุเปราะบาง (Information technology: IT) ควรมีฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกระบวนการดูแล และผลลัพธ์ของการดูแลอย่างเป็นระบบ นำข้อมูลที่ได้รวบรวมไว้มาใช้ประโยชน์ ข้อมูลทุกอย่างที่รวบรวมไว้ในฐานข้อมูลจะต้องได้มาจากการเข้าถึงแหล่งข้อมูลอย่างแท้จริง รายงานผลที่เป็นไป

ตามจริง ประชาสัมพันธ์การมีฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชน ประสานงานทุกเครือข่ายการดูแลเข้ามาใช้ข้อมูลและรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดไป ให้มีความเชื่อมโยงกันของข้อมูลทุกระดับ อันจะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงการให้การดูแลในระยะยาว นอกจากนี้ ข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางของชุมชนควรมีการส่งไปยังหน่วยงานภาครัฐหรือผู้กำหนดนโยบาย เพื่อให้มีการวางแผนนโยบายทางสุขภาพและระบบการให้บริการ ตลอดจนตั้งสนับสนุนทุกด้านให้มีความเฉพาะเจาะจงต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนให้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพ ต้องมีองค์ความรู้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบหรือปัจจัยกำหนดที่ก่อให้เกิด “ความเปราะบาง” ที่สามารถป้องกันได้ และควรประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการปฏิบัติงาน เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่มีความซับซ้อน เฉพาะเจาะจง และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่เจ็บป่วยแล้ว ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่อยู่บ้าน ซึ่งจะช่วยป้องกัน หรือยืดระยะเวลาของความเสื่อมร่างกายออกไป สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนพึ่งพาตนเองในการให้การดูแลผู้สูงอายุของชุมชน

2. ด้านองค์กรวิชาชีพ ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตการทำงานของพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางให้ชัดเจน มีการกำหนดมาตรฐาน แนวทาง ตลอดจนตัวชี้วัดผลลัพธ์การทำงานที่ชัดเจน เพื่อ อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานด้านนี้แก่พยาบาลชุมชนและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติ

3. ด้านการบริหารจัดการของภาครัฐ ควรกำหนดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางโดยตรง เพื่อให้มีแผนงาน การดำเนินงาน การควบคุม และการกำกับ การดำเนินงานให้เป็นไปอย่างครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางทั่วประเทศ และบรรลุเป้าหมายของแผนงานที่กำหนดขึ้น ควรมีการจัดระบบการส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน และจากชุมชนไปยังโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน และทันที่ นอกจากนี้ ภาครัฐควรให้การสนับสนุนให้งานบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่

บ้าน (Home health care) เป็นงานที่สามารถปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เป็นการบริหารให้มีการจัดบริการ เดิมรูปแบบที่เหมาะสมรายกรณี โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บ้าน การประสานงานกับทีมรักษา ว่าจะรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาล หรือส่งต่อ การมอบหมายให้หน่วยงานหรือแผนกต่างๆ รับผิดชอบหน้าที่ใดบ้างเพื่อการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆร่วมกัน การประเมินความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่จะสามารถ ปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ (Levine, Boal, & Boling, 2003)

4. ด้านการศึกษา ระบบการศึกษาและหลักสูตรการเรียนการสอน สถาบันการศึกษาและหน่วยงาน สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดหลักสูตรเพื่อพัฒนาความรู้ เช่น เวชปฏิบัติผู้สูงอายุ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน เป็นต้น หรือในการจัดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี ควรเน้นประเด็นเพื่อการส่งเสริมความพร้อมแก่นักศึกษาพยาบาลที่จะปฏิบัติงานในชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวคิด หลักการ การประเมินความเสี่ยง/การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่เหมาะสม ในอนาคตควรมีการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการที่สูงขึ้น เพื่อแก้ปัญหาผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่มีความซับซ้อน ขาดความเป็น “วิชา” ของแต่ละศาสตร์ออกไป เป็นหลักสูตรที่มีเค้าโครง หรือ โจทย์ หรือประเด็นปัญหาที่วางไว้ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ และแสวงหาแนวทางการแก้ปัญหา โดยผ่านกิจกรรมและการศึกษาค้นคว้าที่หลากหลาย

5. ด้านนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ ด้วยระยะเวลาในการเตรียมตัวรับมือกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางในทุกๆ ด้านมีจำกัด ปัจจุบันผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกอยู่ในคลินิกและโรงพยาบาลซึ่งเน้นการรักษาคนไข้ ซึ่งถ้ามีบุคลากรเพียงพอ โรงพยาบาลมีพื้นที่เพียงพอก็จะไม่เกิดปัญหาในการดูแล แต่ในสภาพความเป็นจริงทุกอย่างมีข้อจำกัด ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องเน้นหนักไปที่การให้การดูแลเชิงรุก และการพัฒนานวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการดูแลที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ของทุกฝ่าย ร่วมกันทำงาน โดยไม่แบ่งแยก ทั้งฝ่ายการศึกษา ปฏิบัติ และวิจัย ทุกศาสตร์วิชาที่เกี่ยวข้องในการ ดำรงชีวิตของผู้สูงอายุต้องทำลายกำแพงระหว่างอาชีพเพื่อทำงานในเป้าหมายเดียวกัน และต้องทำการ เริ่มต้นอย่างจริงจังทันที และมีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาที่ชัดเจน ประเทศไทยอยู่ในระหว่างการพัฒนา นวัตกรรมทางเทคโนโลยี เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นอิสระมากที่สุด ลดการ พึ่งพา พร้อมทั้งช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุไทยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (วิราภรณ์ โพธิศิริ และ คณะ, 2559) มีนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพจิต เช่น นวัตกรรม “ห้องสมุดติดล้อ” เพื่อใช้เป็นแหล่งเรียนรู้ นำ หนังสือไปให้ผู้สูงอายุอ่านหรือจิตอาสาเป็นผู้อ่านให้ฟัง ซึ่งช่วยให้ได้ทั้งความรู้ เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ตลอดจนสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าให้แก่ผู้สูงอายุ หรือ นวัตกรรม “เลี้ยวสุขภาพ” ในชุมชน โดยการจับคู่เพื่อน

สูงวัยใจเดียวกัน เพื่อช่วยกันดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ซึ่งกันและกัน เป็นต้น (ชลธิชา จันทศิริ, 2559)

การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางไม่ใช่เรื่องใหม่ในการทำงานด้านการดูแลสุขภาพ เพราะผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางแท้จริงแล้วก็เป็นกลุ่มผู้รับบริการที่ใกล้ชิดกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนมาก โดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเรียกว่าใกล้บ้าน ใกล้ใจ พยาบาลชุมชนควรมีบทบาทในการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ มีภาวะผู้นำในการเปลี่ยนแปลงโดยเน้นวิธีการทำงานที่จะนำไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง ซึ่งเป็น “สิ่งท้าทาย” และต้องมีการทำงานเชิงรุกมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี หัวใจสำคัญของการดูแล คือ การสร้างการมีส่วนร่วม ใช้เทคโนโลยีและประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ให้เหมาะสมกับชุมชน การสร้างเครือข่าย และทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ บุคลากรทางสุขภาพควรให้การสนับสนุนผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางนี้ให้ดูแลรักษาสุขภาพของตนเองตามศักยภาพ เพื่อให้คนกลุ่มนี้ได้ใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุขให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ควรมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่วัยหนุ่มสาว พิจารณาปัจจัยกำหนดความเสี่ยงทางสุขภาพ ประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม พร้อมกับดึงศักยภาพของชุมชนมาใช้ที่เหมาะสม พัฒนานวัตกรรมการดูแล ลดความซ้ำซ้อน และลดช่องว่างของการบริการ ผลลัพธ์ที่ดีคือผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ชุมชนเข้มแข็ง สามารถพึ่งพาตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- ชฎารัตน์ เกื้อสุข, นภัทร์ ยาอินดา, พรพรรณ ทรัพย์ไพฑูลย์กิจ และอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. (2558). รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 42(Suppl.), 187-192.
- ชลธิชา จันทศิริ. (2559). การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เปราะบาง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(2), 1-13.
- ทัศนีย์ อนันทวัน, สงครามชัย ลีทองดี, และชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี. (2559). รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ กาฬสินธุ์. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*. 23(2), 60-68.

- ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, สมทรง จุไรทัศน์, สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัก, วิลาวัณย์ ประสารอริคม, ปาริชาติ พรสวัสดิ์ชัย และนิชฌิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์. (2556). การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *รวมารชิบตีพยาบาลสาร*, 19(2), 194-205.
- ปิติพร สิริทิพากร, วิรศักดิ์ เมืองไพศาล, คุณปรารถนา พิศาลสารกิจ, เพ็ญศรี เขาว่าพานิชย์เวช, ไพฑูรย์ เหล่าจันทร์, สุทิศา ปิติญาณ และนภาพร เฟื่องสอน. (2562). ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 20-29.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2558). ผู้สูงอายุและความปลอดภัยในชีวิต: ความท้าทายของสังคมไทย. *วารสารสาทรานศุขศาสตร์*. 45(3), 225-229.
- วิราภรณ์ โปธิศิริ, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, วรเมศม์ สุวรรณระดา, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว, และชนตติ มลิณทรานุกร. (2559). *โครงการศึกษาดัชนีแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิริยา จันทร์จำ, หทัยชนก บัวเจริญ และชินวูฒิ อาสน์วิเชียร. (2558). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง กรณีศึกษา : องค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อำเภออินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่*, 7(3), 22-41.
- ถัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ. (2552). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 1(2), 22-31.
- สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และสมชาย วิริภิมย์กุล. (2556). การประเมินความต้องการจำเป็นในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(4), 13-22.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2012). *Identifying Vulnerable Older Adults and Legal Options for Increasing Their Protection during All-Hazards Emergencies*. Retrieved August 13, 2019, from <https://www.cdc.gov/cpr/documents/aging.pdf>.
- Clegg, A., Young, J., Lilliffe, S., Rikkert, M.O., Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381 (1), 752-762.
- Garcia-Perez, L., Linertova, R., Lorenzo-Riera, A., Vazquez-Diaz, J.R., Duque-Gonzalez, B., & Sarria-Santamera, A. (2011). Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM: An International Journal of Medicine*, 104(8), 639-51.



- Grundy, E. (2006). Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Aging and Society*, 26(1), 105-134.
- Kojima, G., Liljas, A.E.M. & Liffie, S. (2019). Frailty syndrome: Implications and challenges for health care policy. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12(2), 23-30.
- Levine, S.A., Boal, J., & Boling, P.A. (2003). Home Care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 290(9), 1203-1207.
- Tansirithikul, R. & Srithamrongsawat, S. (2012). An assessment on Thai emergency medical services performance: The patient perspective. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(1), 111-118.
- The NHS Constitution. (2014). Safe, compassionate care for frail older people using an integrated care pathway. Retrieved August 3, 2019, from <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/02/safe-comp-care.pdf>
- Wakefield, B.J., & Holman, J.E. (2007). Functional trajectories associated with hospitalization in older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 178-182.