

การดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับปฐมภูมิเพื่อการสูงวัย อย่างมีสุขภาพดี

ชัยณภาค ขุนพิลึก*

บทคัดย่อ

ประชากรโลกกำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วจัดเป็นปัญหาทางประชากรศาสตร์ทางการแพทย์และสังคมที่สำคัญ วัยผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและความเสื่อมตามวัย มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพเนื่องจากจำเป็นต้องได้รับการดูแลบำบัดรักษาในระยะยาว ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขั้นสูงภายในทศวรรษหน้าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบค่อนข้างสูงจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ กาย เศรษฐกิจ ทางสังคมทำให้สูญเสีย ปี สุขภาวะ วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อนำเสนอแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางโดยเน้นความต้องการของผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับวัย อาศัยการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชนสอดคล้องกับนโยบายและแผนปฏิบัติการสำหรับสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก โดยเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี โดยประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความรู้เกี่ยวกับการสูงวัยและนวัตกรรมเชิงรุกมีการพัฒนาเครื่องมือการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People) โดยการประเมินการเสื่อมของสมรรถนะโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับแนวทางดูแลในระดับปฐมภูมิ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการรู้คิด 2) สมรรถนะการเคลื่อนไหว 3) พลังชีวิต 4) สมรรถนะการมองเห็น 5) สมรรถนะการได้ยิน 6) สมรรถนะทางจิตวิทยา โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับครอบครัวและการสนับสนุนนโยบายด้านสาธารณสุข ทางสังคม ชุมชน

คำสำคัญ : การดูแลแบบบูรณาการ ผู้สูงอายุ สุขภาพ

*โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
email : chainupak@gmail.com

Integrated care for the elderly in primary care for healthy aging

Chainupak Khunphiluek*

Abstract

The rapid aging of the world's population is an important demographic, medical and social problem. Elderly people have physical condition and deterioration with age. There is a risk of developing chronic diseases and increasing the risk of disability due to need to get long-term treatment care. Thailand is entering Advanced aging society within the next decade Elderly people are highly affected by Coronavirus disease 2019 epidemic compared to other age groups especially health, physical, economic, social causes loss of years of health. The purpose of this article is to present the concept. Integrated care is person-centered, focusing on the needs of the elderly. and access to services age appropriate It relies on close involvement with family and community. This is in line with the World Health Organization Policy and Action Plan for Aging Health. By increasing the competence within the person (Intrinsic capacity) and the ability to do daily activities (Functional ability) to help slow down the deterioration of the elderly with the goal of healthy aging. Thailand is the center of knowledge about aging and proactive innovation. Integrated Care for Older People has developed a tool that assesses performance deterioration on a person-centered basis. in conjunction with 6 aspects of care at the primary level, consisting of 1) cognitive competence 2) Movement performance 3) Life force 4) Visual performance 5) Auditory performance 6) Psychological performance through close engagement with families and support of public health, social and community policies.

Keywords : Integrated Care, Elderly, Health

* Lom Sak Hospital, Phetchabun Province

■ unku

การสูงวัยของประชากรโลกเป็นปัญหาทางประชากรศาสตร์ทางการแพทย์และสังคมที่สำคัญทั่วโลก ปี 2563 มีประชากรผู้สูงอายุ 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมดคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 กลุ่มประเทศอาเซียน มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก มีผู้สูงอายุเป็นอันดับสอง รองจาก สิงคโปร์ พบว่าประชากร 12 ล้านคนอยู่ในวัยผู้สูงอายุ คิดเป็น 10% ของประชากรทั้งหมด อีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้สูงอายุไทยเป็น 20.5 ล้านคน (ปี 2583) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมดกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขั้นสูงภายในทศวรรษหน้า สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบการรักษายาบาลทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้น จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น ความเสื่อมถอยของสุขภาพ ภาวะความเจ็บป่วยและความสามารถในการเรียนรู้ จิตใจ เช่น ความเครียด ความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมหลายด้านและเป็นกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ⁽¹⁾

เมื่อจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากวัยผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในขณะที่วัยทำงานลดลง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ ต้องดูแล ผู้สูงอายุ มากขึ้น โดยเฉพาะ

ที่ต้องการดูแลบำบัดรักษาในระยะยาว โดยโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เบาหวาน โรคไต อัมพาต ปอดอักเสบ และอุบัติเหตุ⁽²⁾ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทุพพลภาพ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เช่น โรคเกาต์ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (disability – adjusted life year) ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัว และร้อยละ 8.7 ที่อยู่บ้านคนเดียว ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมชุมชนดูแล นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่สูดตลาดแรงงาน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ขาดการดูแลที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ในส่วนความต้องการด้านสุขภาพบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องการการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว และให้เปล่าจากภาครัฐ เมื่อมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านสุขภาพ และความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะความพร้อมด้านบุคลากรที่จะต้องเพิ่มทักษะ ด้าน elderly care เนื่องจากปัจจุบัน ยังมีปัญหาด้านทักษะ และความพร้อมการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งปัจจุบันการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุไปได้ช้าเมื่อเทียบกับอัตราการสูงวัยของประชากร และอัตราของ healthy aging ต่ำกว่าเป้าหมาย⁽³⁾

เนื่องด้วยจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้เข้าสู่ภาวะความสูงวัยมากขึ้นร่วมกับมีโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น สอดคล้องกับรายงานสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย รายงานจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ Long term care (LTC) ปีงบประมาณ 2563–2566 พบว่ามีจำนวน 253,592 คน, 140,889 คน,

397,503 คน, 366,976 คน ตามลำดับ และร้อยละ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 89.42, 95.49, 93.44, 96.20 ตามลำดับ แสดงให้เห็นจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลมากขึ้น⁽⁴⁾ จากสถานการณ์การบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการจากภาครัฐ เอกชน และในชุมชนของไทยที่ผ่านมา ยังมีปัญหาขาดระบบบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ขาดระบบการดูแลระยะยาวและเรื้อรังที่จำเป็น การเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่แอบแฝงอยู่ในสถาบันต่างๆ เช่น วัด เรือนจำ ชุมชนห่างไกล ชนกลุ่มน้อย การขาดบุคลากรทำให้การดูแลกลุ่มนี้ยังไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานและแนวทางการดูแลที่ควรจะเป็น ส่วนภาคเอกชน สถานประกอบการ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลหรือแพทย์ดำเนินการ แต่มีข้อจำกัด ไม่มีกฎหมายด้านการดูแลระยะยาวให้เหมาะสมกับลักษณะประเภทสถานประกอบการ ปัญหาการจัดด้านโครงสร้างสถานที่และสิ่งแวดล้อม นโยบายหรือแนวทางการให้บริการแตกต่างกัน ด้านระบบบริหารมีปัญหาการประสานงานระหว่างภาคเอกชน-รัฐ-ชุมชน ในระดับครอบครัวมีแนวโน้มขาดผู้ดูแลที่มีคุณภาพ ส่วนในระดับชุมชน ยังขาดการเชื่อมโยงระบบดูแลบริการที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรที่เกี่ยวข้องขาดความรู้ ทักษะและการให้บริการเชิงลึก ขาดการกระตุ้นและส่งเสริมให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการด้านสวัสดิการเอง ขาดการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจเรื่องสวัสดิการ ขาดส่งเสริมฐานวัฒนธรรมหรือภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน⁽⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์เรียกว่า “Buriram

Elderly Seamless Care Model” ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจากจำนวน 5,210 คน เป็น 6,019 คน อัตราผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 96.36 (5,800/6,019 คน) และเพิ่มศักยภาพผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager: CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ให้ครอบคลุมในพื้นที่ผลลัพธ์มากขึ้นโดยเฉพาะ จำนวน CM:CG = 1:8.62 (มาตรฐาน 1:10) จำนวน CM:ผู้สูงอายุ = 1:30.05 (มาตรฐาน 1:35-40) จำนวน CG:ผู้สูงอายุ = 1:3.48 (มาตรฐาน 1:5) แต่ยังพบปัญหากระบวนการส่งต่อระหว่างคลินิกผู้สูงอายุซึ่งยังขาดการเชื่อมโยงในโรงพยาบาลแต่ละระดับ ส่วนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เปลี่ยนบ่อยทำให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษา การบริหารจัดการศูนย์ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลผู้สูงอายุ ยังมีความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ขาดบุคลากรและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดการบูรณาการให้ความร่วมมือการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สำหรับการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประเด็นกรอบอำนาจหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมและชัดเจน⁽⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษา บริการสุขภาพผู้สูงอายุ: ประเด็นทางกฎหมายที่ควรพิจารณาพบว่า การบริการสุขภาพไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการรักษาในโรงพยาบาลและสถานบริการต่างๆ ขาดการบริการที่เชื่อมโยงสู่ระยะฟื้นฟูสุขภาพ ขาดความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ยึดหลัก

ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนอกจากนี้ยังขาดแพทย์เฉพาะทางด้าน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ส่วนการประสานงานการบูรณาการ ระหว่างภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน⁽⁷⁾ การศึกษาเพิ่มเติม พบว่า สถานพยาบาลที่รองรับการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะทางของไทยยังมีน้อย ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุขาดแคลนบุคลากรที่มีความชำนาญด้านผู้สูงอายุถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่นำมาใช้กับผู้สูงอายุมากขึ้น⁽⁹⁾ จากการทบทวนระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่ามีช่องว่างในการพัฒนา บทเรียนจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา ส่งผลให้บุคลากรการแพทย์ที่ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต จากการสืบค้นบทความทางวิชาการงานวิจัยวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบันพบว่า องค์การอนามัยโลกมีแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติการสำหรับผู้สูงอายุและสุขภาพทศวรรษแห่งผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพดีปี 2563-2573⁽¹⁰⁾ ซึ่งประเทศไทยเป็นผู้นำตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อการสูงวัยและนวัตกรรมเชิงรุก (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI) วิจัยและศึกษาเกี่ยวกับการผลักดันกลยุทธ์ นโยบาย และนวัตกรรมเพื่อการสูงวัยแบบแอคทีฟตามหลักฐาน ACAI สอดคล้องกับนโยบายองค์การอนามัยโลกแนะนำประเทศสมาชิกจัดการข้อมูลติดตามภาวะสุขภาพตลอดช่วงชีวิตมีการพัฒนาเครื่องมือและคู่มือการจัดการเพื่อสุขภาพประชากรสูงวัยเพื่อใช้เป็นหลักในการทำงานและการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ

(Integrated Care for Older People)⁽¹¹⁾

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อนำเสนอแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางโดยเน้นความต้องการของผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับวัยซึ่งต้องอาศัยมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชน⁽⁸⁾ ตามความต้องการของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับนโยบายและแผนปฏิบัติการสำหรับสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก โดยเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) ช่วยชะลอความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีโดยประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความรู้เกี่ยวกับการสูงวัยและนวัตกรรมเชิงรุก⁽¹¹⁾ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสม และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบส่งเสริมสุขภาพ

■ การสืบค้นข้อมูล

บทความนี้เป็นบทความทั่วไปสืบค้นข้อมูลโดยรวบรวมบทความงานวิจัยต่างประเทศผ่านฐานข้อมูล MEDline Scopus, Embase, ScienceDirect, PubMed และ Google Scholar ร่วมกับฐานข้อมูลเว็บไซต์หน่วยงานราชการในประเทศไทย

■ คำนิยามและความหมาย

คำนิยามผู้สูงอายุ : สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ส่วนประเทศพัฒนาแล้วใช้ อายุ 65 ปีขึ้นไป พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 31 นิยามผู้สูงอายุ หมายความว่า

บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

ประชากรสูงอายุ หมายถึง ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

สังคมสูงอายุ และสังคมสูงวัย มีความหมายเหมือนกัน และใช้แทนกันได้⁽¹⁾

การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (Healthy ageing) หมายถึง กระบวนการพัฒนาและรักษาความสามารถในการทำงานที่ช่วยให้มีความเป็นอยู่ที่ดีในวัยสูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เรียนรู้ พัฒนา ตัดสินใจ เพื่อสร้างและรักษาความสัมพันธ์ และเพื่อช่วยเหลือสังคม⁽¹⁰⁾

การดูแลแบบบูรณาการ หมายถึง บริการที่ประสานการดูแลในระดับต่างๆ รวมถึงการดูแลสุขภาพ การดูแลระยะยาว การฟื้นฟู การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายที่ตรงกับความต้องการมีความซับซ้อนเฉพาะของแต่ละบุคคล⁽¹²⁾

สมรรถนะภายในตัวบุคคล หมายถึง การผสมผสานระหว่างร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคลรวมทั้งทางจิตวิทยาและสมรรถนะต่าง ๆ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การผสมผสานและปฏิสัมพันธ์ของสมรรถนะภายในกับสิ่งแวดล้อมบุคคลนั้นอาศัยอยู่⁽¹³⁾

■ เนื้อหา

นโยบายองค์การอนามัยโลก (WHO) และแผนพัฒนา ปี พ.ศ. 2563-2573

มีเป้าหมายการพัฒนา 10 ประการคือ 1) พัฒนาแพลตฟอร์มเพื่อสร้างนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลงจัดเก็บฐานข้อมูลแนวปฏิบัติที่เป็นนวัตกรรมใหม่ การสังเคราะห์หลักฐาน และมีการแบ่งปันอย่างมีประสิทธิภาพผ่านช่องทาง

สื่อสารที่หลากหลาย 2) สนับสนุนการวางแผนและกำหนดกลยุทธ์เพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีในระดับประเทศ 3) รวบรวมข้อมูลการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี แลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างประเทศ สมาชิก 4) ส่งเสริมการวิจัยที่ตอบสนองความต้องการในปัจจุบันและอนาคตของผู้สูงอายุ นำการวิจัยไปใช้เป็นนโยบายและการปฏิบัติ เน้นการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการเกิดโรคเพื่อป้องกันกระบวนการเกิดโรคและเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุ ส่วนการวิจัยทางคลินิกคำนึงถึงผู้สูงอายุมีโรคร่วมหลายโรค การตอบสนองต่อยาและมีผลแทรกซ้อนและสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ⁽¹⁴⁾ 5) จัดระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงวัย⁽¹⁵⁾ ฝึกอบรมและเครื่องมือที่เพียงพอในการประเมินความสามารถทางการแพทย์ ทางจิตใจ และการทำงานของผู้สูงอายุ การดูแลรักษาระยะยาว การป้องกันการส่งเสริม การรักษา การฟื้นฟู การดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้าย⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกแนะนำแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (ICOPE)⁽¹³⁾ และแนวทางสำหรับระบบบริการและสำหรับผู้ดูแลหลัก อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากทั่วโลกยังไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และยังขาดการเชื่อมต่อการดูแลบูรณาการระยะยาวโดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำ⁽¹⁷⁾ 6) วางรากฐานระบบการดูแลระยะยาวทุกประเทศ ผ่านนโยบายระดับโลก ภูมิภาค และท้องถิ่น สร้างระบบที่ยั่งยืนและเท่าเทียมตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 7) ดูแลทรัพยากรบุคคลในรูปแบบบูรณาการ มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาชุดเครื่องมือวิเคราะห์ด้านสุขภาพ การศึกษาและการฝึกอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พัฒนาความรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบ

องค์รวม การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม⁽¹⁸⁾
 8) ธรรมนูญระดับโลกเพื่อต่อสู้กับความชรา ประกอบด้วย ด้านกฎหมาย การศึกษา ทางสังคม และสื่อเพื่อเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมและความเข้าใจที่ถูกต้อง และจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ การละเลย การทารุณกรรม และการใช้ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในทุกสังคม เศรษฐกิจ ชาติพันธุ์ และภูมิศาสตร์ 9) พัฒนาเศรษฐกิจสำหรับการลงทุนโดยกำหนดรูปแบบเศรษฐกิจ สำหรับการจัดหาเงินทุนสำหรับระบบการดูแลระยะยาว สำหรับประชากรสูงอายุ 10) สร้างเครือข่ายทั่วโลก สำหรับเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้สูงวัย มีความปลอดภัย ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงพื้นที่สีเขียวและพื้นที่สาธารณะที่ปลอดภัย ในระดับสากล

ข้อสรุปแผนปฏิบัติการสำหรับสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก

เป็นการปรับการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เน้นความต้องการของบุคคลเป็นศูนย์กลางการเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสม อาศัยการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชน ร่วมกับนโยบายด้านสาธารณสุข โดยพิจารณาถึงความหลากหลายของสภาวะสุขภาพ และการทำงานที่ผู้สูงอายุประสบ ซึ่งการดูแลแบบบูรณาการจำเป็นต้องดำเนินการในระดับมหภาค (กฎหมาย เงินทุน) ในระดับเมโซ (สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่ออายุ) และในระดับจุลภาคทางคลินิก อย่างไรก็ตาม มีเพียงไม่กี่ประเทศที่สามารถจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการได้อย่างยั่งยืน และในบางประเทศประสิทธิผลของแนวทางการดูแลแบบบูรณาการยังคงไม่สอดคล้องกัน⁽¹⁸⁾

สำหรับประเทศไทยการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุที่ผ่านมา ยังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน แต่ละรัฐบาลมีนโยบายไม่ต่อเนื่อง การขับเคลื่อน

นโยบายให้บรรลุผลได้ล่าช้า เนื่องจากเกี่ยวข้องกับส่วนราชการ หน่วยงานหลายแห่งต้องบูรณาการกับทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ทั้งกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงอุดมศึกษา และกระทรวงวิทยาศาสตร์ ที่ผ่านมามีความพยายามผลักดันนโยบายไปยังภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนสู่การปฏิบัติ การอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดปรากฏการณ์ “การเข้าสู่สังคมสูงอายุที่รวดเร็วเกินคาด ประเทศไทยมีเวลาเตรียมตัวสั้นกว่าเมื่อเทียบกับหลายๆ ประเทศ โดยเฉพาะระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวมยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ประกอบกับคณะรัฐมนตรีมีมติให้สังคมสูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ โดยรัฐบาลให้ความสำคัญว่า หากไม่เตรียมความพร้อม จะทำให้ประเทศชาติหรือการทำงานของรัฐบาล หรือการทำงานของส่วนราชการมีปัญหาได้ในอนาคต⁽¹⁹⁾ ที่ผ่านมามีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ขับเคลื่อนกฎหมายโดยคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานไว้ 5 ประการ คือ (1) การเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ (2) การส่งเสริมผู้สูงอายุโดยการให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น (3) สร้างระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (4) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ (5) การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ⁽²⁰⁾ ซึ่งสิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2564 ปัจจุบันกำลังพัฒนาแผนฉบับที่ 3 เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ

20 ปี พ.ศ.2561 ถึง พ.ศ. 2580 โดยมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัย ให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติ ปัญญา มีพัฒนาการที่ครบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มัธยัสถ์ อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญที่ให้ความสำคัญการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชน ท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดินในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติ สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมที่มีคุณภาพสามารถพึ่งตนเองและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้นานที่สุด โดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง⁽²¹⁾ ร่วมกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 โดยมียุทธศาสตร์ ที่สำคัญคือการเสริมสร้างแนวทางการพัฒนาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และให้ทุกภาคส่วนส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางสุขภาพและโภชนาการที่เหมาะสมกับวัย ปรับปรุงมาตรฐานการทางกฎหมาย และการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ภาครัฐปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากร

ร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลทุกสังกัดในเขตพื้นที่สุขภาพ และพัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว⁽²²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับกฎหมายของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ออก พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ประกาศใช้ล่าสุด มีผลคุมกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เริ่มบังคับใช้ 28 ม.ค.64 ส่งผลให้กิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องมาขออนุญาตประกอบกิจการกับกรม สบส. โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ รายใหม่จะต้องมาขออนุญาตก่อนเปิดกิจการ ส่วนผู้ดำเนินการต้องผ่านการอบรมสอบและมีใบอนุญาตจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ส่วนผู้ให้บริการก็ต้องผ่านการอบรมและมาขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการก่อนจะปฏิบัติงาน สำหรับรายเก่าที่เปิดกิจการอยู่ก่อนแล้วหรือประกอบอาชีพนี้อยู่แล้ว ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ และขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการภายใน 180 วันนับแต่วันที่กฎกระทรวงใช้บังคับ⁽²³⁾ และในส่วนของประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดมาตรการควบคุมดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของ พ.ศ.2564 มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อควบคุมมาตรฐานผู้ดำเนินกิจการและผู้ให้บริการ 2) คุ้มครองผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุตามกฎหมาย มีมาตรการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ และมีความปลอดภัยจากการรับบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหลักเกณฑ์มาตรการในการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการในเขตพื้นที่รวมทั้งเป็นการยกระดับมาตรฐานการประกอบกิจการการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมกำกับดูแลการประกอบกิจการ

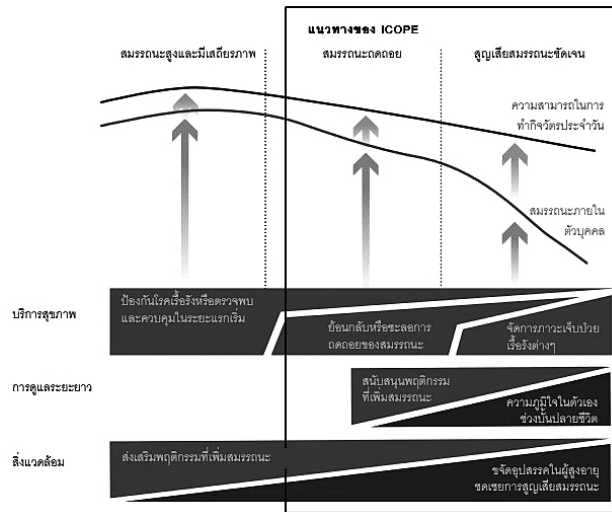
ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการนั้น⁽²⁴⁾ และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2561 ข้อ 11 กำหนดชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสนับสนุนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปตามชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีประโยชน์ในการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)⁽²⁵⁾

ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทยในฐานะผู้นำจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อการสูงวัยและนวัตกรรมเชิงรุก (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI) เป็นศูนย์ทรัพยากรการวิจัยและศึกษาเกี่ยวกับการผลักดันกลยุทธ์ นโยบาย และนวัตกรรมเพื่อการสูงวัยแบบแอคทีฟตามหลักฐาน ACAI ร่วมกับนโยบายองค์การอนามัยโลกทศวรรษแห่งผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพดี มีการพัฒนาเครื่องมือและคู่มือการจัดการสุขภาพประชากรสูงวัยเพื่อใช้เป็นหลักการในการทำงานและการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People) มีเป้าหมายคือ การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีสนับสนุนประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความรู้เกี่ยวกับการสูงวัยและนวัตกรรมเชิงรุก⁽¹¹⁾ ประเด็นสำคัญ คือ การเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) เป็นการช่วยชะลอความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุช่วยให้มีสุขภาพดี

องค์ประกอบการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (Healthy aging)

ความสามารถในการปฏิบัติงาน (Functional ability) หมายถึงความสามารถของคนที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานเพื่อให้มีมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอ เรียนรู้ เต็มใจ และตัดสินใจ มีความเคลื่อนไหว สร้างและรักษาความสัมพันธ์ และมีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงความสามารถภายในของแต่ละบุคคล สภาพแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ และวิธีการที่ผู้คนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

ความสามารถภายใน (Intrinsic capacity) ประกอบด้วยสมรรถภาพทางกายและจิตใจทั้งหมด รวมทั้ง การเคลื่อนไหวร่างกาย การมองเห็นและการได้ยิน ความมีชีวิตชีวา (พลังงานและความสมดุล) ความสามารถในการรับรู้และจิตวิทยา ซึ่งมีความสัมพันธ์กันและมีส่วนช่วยให้สามารถทำงานได้ เช่น การได้ยินช่วยให้การสื่อสาร รักษาความเป็นอิสระ และรักษาสุขภาพจิต และการรับรู้ไว้ได้สภาพแวดล้อม (Environments) กำหนดความสามารถภายในผู้สูงอายุได้แก่ บ้าน ชุมชน และสังคม รวมถึงผลิตภัณฑ์ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่เอื้อประโยชน์ต่อศักยภาพและความสามารถของผู้สูงอายุ อาจเป็นสิ่งแวดล้อมธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมที่ถูกสร้างขึ้น มา การสนับสนุนทางอารมณ์ ความช่วยเหลือและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสัตว์ รวมถึงทัศนคติ เนื่องจากพฤติกรรมเหล่านี้มีอิทธิพลทั้งในทางลบและในทางบวกต่อผู้สูงอายุ ระบบบริการต่างๆ และนโยบายอาจเป็นปัจจัยช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การช่วยให้สูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (Healthy ageing) ยังต้องอาศัยการกำหนดนโยบายที่มุ่งเน้น ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และทั่วโลก เชื่อมโยงระบบสุขภาพ (Health System) การดูแลระยะยาว (Long term



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการดำเนินงานทางสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุสุขภาพดี
ที่มา : WHO (2019)

care), สภาพแวดล้อม (Environments) ช่วยในการปรับความสามารถในการทำงาน (Functional ability) ให้เหมาะสมโดยการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ไม่มีการเลือกปฏิบัติและมีการยกระดับสภาพเศรษฐกิจและสังคมให้สูงขึ้น นำไปสู่เส้นทางของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี⁽²⁶⁾

การดำเนินงานทางสาธารณสุขโดยใช้หลักการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People)

สมรรถนะภายในตัวบุคคลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้นผลจากความชรา (ageing process) เช่นเดียวกับการมีโรคประจำตัว แบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่มีความสามารถสูงและมีเสถียรภาพ ช่วงที่มีความสามารถถดถอยลง และช่วงที่มีการสูญเสียความสามารถหรือสมรรถนะบางอย่างโดยแต่ละช่วงพิจารณาจากการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง สภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถนะภายในตัวบุคคล ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กันในหลายระดับ ตัวอย่างเช่น การ

สูญเสียการได้ยิน มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดที่ลดลง ปฏิสัมพันธ์เหล่านี้มีความสำคัญต่อการผสมผสานวิธีต่างๆ ในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินและการจัดการกับสมรรถนะภายในตัวบุคคลที่เสื่อมลง

บุคลากรการแพทย์ที่ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและในอนาคตต้องมีแนวคิดการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมเพื่อป้องกันการเสื่อมถอยสมรรถนะภายในตัวบุคคล สามารถตรวจคัดกรองติดตามภาวะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมลงของสมรรถนะภายในบุคคลร่วมกับการนำมาตรการต่าง ๆ มาช่วยชะลอหยุด หรือย้อนกลับความถดถอยป้องกันไม่ให้เข้าสู่ภาวะอ่อนแอหรือพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว ชุมชน รวมทั้งส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่แข็งแรง

สรุปการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและการพัฒนาแผนการจัดการดูแลให้เหมาะสมกับบุคคล

ลำดับภาวะที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมสมรรถนะของผู้สูงอายุ	การทดสอบ	ประเมินโดยการใส่เครื่องหมายอยู่ในช่องวงกลม
การรู้คิดที่ลดลง (COGNITIVE DECLINE) บทที่ 4	1. ให้จำคำ 3 คำ เช่น ดอกไม้ ประดู ข้าว 2. ถามเรื่องเวลาหรือสถานที่ เช่น วันมีวันเดือนปีที่เท่าไร หรือ ตอนมีคุณอยู่ที่ไหน (บ้าน คลินิก ชิงช้า) 3. ทวนคำที่ให้อ่าน 3 คำในข้อ 1. อีกครั้ง	<input type="radio"/> ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งผิดหรือไม่ทราบ <input type="radio"/> ไม่สามารถทวนคำ 3 คำที่ให้อ่านแรกได้
การเคลื่อนไหวที่จำกัด (LIMITED MOBILITY) บทที่ 5	การทดสอบการลุกนั่ง 5 ครั้ง ภายใน 14 วินาทีได้หรือไม่ ให้ผู้ทดสอบนั่งบนเก้าอี้ จากนั้นให้ลุกขึ้นยืน ทำซ้ำประมาณ 5 ครั้งโดยไม่ใช้แขนยื่นเก้าอี้หรือโต๊ะ	<input type="radio"/> ทำไม่ได้
ภาวะทุพโภชนาการ (MALNUTRITION) บทที่ 6	1. น้ำหนักตัวลดลง ใน 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านลดลงเกิน 3 กิโลกรัม โดยที่ท่านไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนักหรือไม่ 2. สูญเสียความอยากอาหาร; ท่านเคยรู้สึกเบื่ออาหารไม่ยากกับประทานอาหารหรือไม่	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ใช่
ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น (VISUAL IMPAIRMENT) บทที่ 7	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับตาหรือไม่ เช่น มองเห็นที่ไกลไม่ชัด อ่านหนังสือไม่ชัด มีโรคทางจักษุหรือปัจจุบันรักษาโรคอยู่ (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)	<input type="radio"/> ใช่
การสูญเสียการได้ยิน (HEARING LOSS) บทที่ 8	ทดสอบฟังเสียงกระซิบ หรือผลการคัดกรองโดยใช้เครื่องวัดสมรรถภาพการได้ยิน (audiometry) อยู่ที่ 35 เดซิเบลหรือต่ำกว่า หรือผ่านการทดสอบ automated app-based digits-in-noise test	<input type="radio"/> ไม่ผ่าน
อาการซึมเศร้า (DEPRESSIVE SYMPTOMS) บทที่ 9	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ - รู้สึกท้อ ซึมเศร้า หรือสิ้นหวัง - มีความสนใจหรือพอใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ น้อย	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Yes

ตารางที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองสำหรับการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (ICOPE SCREENING TOOL)

ที่มา : WHO (2019)

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองการเสื่อมของสมรรถนะภายในตัวบุคคลโดยใช้เครื่องมือคัดกรองการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE SCREENING TOOL)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในหน่วยปฐมภูมิ 2.1) ทำความเข้าใจชีวิตของผู้สูงอายุ 2.2) การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถนะภายในตัวบุคคลในเชิงลึก 2.3) การประเมินและการจัดการโรคประจำตัว โดยเฉพาะการใช้ยาหลายขนานร่วมกันทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และเพิ่มความเสี่ยงต่อผลกระทบด้านสุขภาพในทางลบ อาจส่งผลให้สูญเสียสมรรถนะภายในบุคคลโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยหลายโรค 2.4) การประเมินสภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพและความจำเป็นของการดูแลและสนับสนุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดเป้าหมายของการดูแลและพัฒนาแผนการดูแลส่วนบุคคล 3.1) เพิ่มประสิทธิภาพสมรรถนะภายในตัวบุคคลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 3.2) ออกแบบแผนการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางด้วยการพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบแนวทางการส่งต่อและการกำกับติดตามแผนการดูแลที่เชื่อมโยงกับการดูแลผู้สูงอายุโดยแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ (Geriatricians) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุและช่วยเหลือทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซับซ้อนในระยะยาว เช่น กลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ หกล้ม สับสน ฯลฯ) การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน

และโรคต่าง ๆ เช่น ภาวะสมองเสื่อมและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการเจ็บป่วยหลายอย่างเพิ่มขึ้นตามอายุ

ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในชุมชนและการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ผู้สูงอายุควรได้รับการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้เป็นอาสาสมัครสมาชิกในชุมชนที่มีอายุมากมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพื่อติดต่อผู้ช่วยวัยให้มีกิจกรรมร่วมกัน

ประเมินการเสื่อมของสมรรถนะโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและแนวทางดูแลในระดับปฐมภูมิ 6 ด้าน

1. สมรรถนะการรู้คิด (Cognitive capacity)

สมรรถนะการรู้คิดที่เสื่อมลงทำให้หลงลืมง่ายขึ้น ขาดความใส่ใจและความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ภาวะนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม (dementia) ได้ในภายหลัง ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ สภาวะขาดน้ำ ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อ ซึ่งสภาวะเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการรู้คิดที่เสื่อมลง ถ้าผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม สภาวะเหล่านี้ อาจหายไปได้

การทดสอบความจำและการรับรู้เบื้องต้นประกอบด้วย 1) การจำ 3 คำ โดยใช้คำที่เรียบง่ายและเป็นรูปธรรม เช่น “ดอกไม้” “ประตู” “ข้าว” 2) การรับรู้เวลาและสถานที่ “วันนี้ วันที่ เดือน ปีอะไร” และ “ตอนนี้คุณอยู่ที่ไหน” (บ้าน คลินิก ฯลฯ) 3) การนึกถึงคำ 3 คำตอนนั้นขอให้บุคคลนั้นพูดตามคำ 3 คำที่คุณกล่าวถึง หากบุคคลไม่สามารถตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งจาก 2 ข้อ

เกี่ยวกับการรับรู้ หรือจำคำทั้งสามคำไม่ได้ มีแนวโน้มที่จะมีการรู้คิดที่หน้าจะลดลง และต้องมีการประเมินเพิ่มเติม

ภาวะที่ต้องส่งตัวไปรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คือ เป็นโรคสมองเสื่อมและกำลังรักษาการมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วม เช่น อาการสับสนเฉียบพลัน และป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

การกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation) เป็นการทำให้การรู้คิดที่ถดถอยเกิดขึ้นช้าลงหรือเป็นการชะลอภาวะดังกล่าว มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นผ่านการทำกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลช่วยกระตุ้นความจำ ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งการกระตุ้นประสาทสัมผัสอื่น ๆ โดยอาจจะทำร่วมกับมาตรการการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการอื่นๆ ได้ เช่น การออกกำลังกายแบบผสมผสานหรือ multimodal exercise ซึ่งสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุ

2. สมรรถนะการเคลื่อนไหว (Locomotor capacity)

สมรรถนะของร่างกายในแต่ละบุคคลในการที่จะเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งจึงเรียกว่า สมรรถนะการเคลื่อนไหว (Locomotor Capacity) บุคลากรการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับชุมชน สามารถคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มจะสูญเสียความคล่องตัวโดยใช้การทดสอบอย่างง่าย ตัวอย่างเช่น การทดสอบลุกนั่งจากเก้าอี้ (CHAIR RISE TEST), การทดสอบสมรรถภาพทางกายแบบสั้น (SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY, SPPB) แนะนำให้ใช้แบบทดสอบนี้ เนื่องจากเป็นแบบทดสอบที่เหนือกว่าแบบทดสอบอื่นๆ เนื่องจากแบบทดสอบนี้สามารถวัดความสามารถของผู้เข้าทดสอบได้หลากหลายระดับ

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อสมรรถนะการเคลื่อนไหว เช่น ยาบางชนิดมีส่วนทำให้การเคลื่อนไหวมีปัญหาหรือรบกวนระบบสมดุล ได้แก่ ยาต้านอาการชักชนิด anticonvulsants ยาแก้ลมประสาทชนิด benzodiazepines ยาอนหลับชนิด Nonbenzodiazepine hypnotics ยาต้านการซึมเศร้าชนิด tricyclic antidepressants, อาการเจ็บปวดที่รุนแรง, ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ เนื่องจากสมรรถนะภายในของผู้สูงอายุที่เสื่อมลงสามารถทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ควรประเมินสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ค้นหาจุดเสี่ยงภัยและข้อเสนอแนะการแก้ไข ตัวอย่างเช่น จัดบ้านให้เป็นระเบียบ การปรับพื้นและบันไดให้เรียบ เป็นต้น

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดด้านความคล่องตัวทำได้ดังนี้

- การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านหรือเพื่อเพิ่มความแข็งแรง (strength/resistance training) เป็นการออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อหรือวางไว้ใต้สิ่งของที่มีน้ำหนัก จากนั้นใช้แรงต้านสิ่งนั้น เช่น การทำสควอท การลุกนั่ง เป็นต้น
- การออกกำลังกายแบบแอโรบิกหรือการเน้นการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (aerobic/cardiovascular training) เช่น การเดินเร็วหรือปั่นจักรยาน
- การออกกำลังกายแบบเน้นการทรงตัว (balance training) เป็นการฝึกทรงตัวได้ทั้งแบบอยู่กับที่หรือแบบเคลื่อนไหว เช่น การยืนด้วยขาข้างใดข้างหนึ่งเป็นระยะเวลาหนึ่งและการเดินต่อเท้าตามเส้นตรง
- การออกกำลังกายแบบเพิ่มความยืดหยุ่น (flexibility training) วิธีนี้จะช่วยให้เนื้อเยื่อต่างๆ อวัยวะต่าง ๆ เป็นต้นว่ากล้ามเนื้อ

ข้อต่อที่ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น การยืดเหยียดและโยคะและพิลาทิส (Pilates exercises คือโยคะแบบใช้เครื่อง)

3. พลังชีวิต (Vitality)

ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังชีวิตลดลงโดยเฉพาะ การขาดวิตามิน D และ B12 เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถบริโภคอาหารที่มีแคลอรีและสารอาหารที่เพียงพอ ดังนั้น การรับประทานอาหารเสริม (Oral supplemental nutrition) เป็นการเพิ่มโปรตีนที่มีคุณภาพสูงให้แก่ร่างกาย เพิ่มพลังงานและเสริมวิตามินและแร่ธาตุที่พอเพียง โดยการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการและข้อจำกัดทางกายภาพของแต่ละบุคคล บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุปรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ร่วมกับประเมินภาวะโภชนาการ โดยเครื่องมือแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini nutritional assessment หรือ MNA) ส่วนภาวะอื่นๆ ได้แก่ การตรวจเลือดสามารถระบุภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่ที่เฉพาะเจาะจงได้ นำไปสู่การรักษาโดยการรับประทานอาหารเสริมหรือการฉีดยาที่เฉพาะมากขึ้น เช่น การฉีดวิตามินดีและบี 12 เพื่อรักษาภาวะขาดวิตามินซึ่งพบได้ทั่วไป ส่วนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care-giver) และชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยให้ผู้สูงอายุเอาชนะภาวะทุพโภชนาการ เช่น องค์กรชุมชนอาจจัดงานเลี้ยงสังสรรค์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

4. สมรรถนะการมองเห็น (Visual capacity)

ความผิดปกติการมองเห็นทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและสังคมส่งผลกระทบต่อทรงตัว เสี่ยงต่อการหกล้ม การทำกิจวัตรประจำวัน อาจนำไปสู่ความวิตกกังวลและ

โรคซึมเศร้าได้ บุคลากรทางการแพทย์ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและในชุมชนสามารถประเมินเบื้องต้นได้ เช่น อาการตาแดง ขี้ตา ต่อเนื่อง ส่วนอาการปวดตาอย่างต่อเนื่อง แพ้แสง หรือมีต่อกระจก หรือตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง สูญเสียการมองเห็นอย่างรวดเร็วหรือกะทันหัน ให้ส่งต่อแพทย์ หรือจักษุแพทย์ และควรตรวจคัดกรองสายตาแบบง่ายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยใช้แผ่นทดสอบสายตาอย่างง่าย (WHO simple eye chart) เพื่อทดสอบการมองเห็นทั้งระยะใกล้และระยะไกล ส่วนปัจจัยที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมคือ โรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคจอประสาทตา และต้อหิน ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การใช้สเตียรอยด์เป็นระยะเวลานาน อาจเสี่ยงภาวะความดันในลูกตาสูง (intraocular pressure) หรือทำให้เป็นต่อกระจก ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมบางอย่างอาจทำให้เกิดอันตรายได้ เช่น การดูสื่ออิเล็กทรอนิกส์เป็นเวลานาน การมองระยะใกล้เป็นเวลานาน ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ควรแนะนำการปรับปรุงบ้าน เช่น เพิ่มแสงสว่าง การใช้สีที่ตัดกัน เพื่อป้องกันการหกล้ม

5. สมรรถนะการได้ยิน (Hearing capacity)

พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ หากไม่ได้รับการรักษาจะมีผลต่อการสื่อสารและนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม และส่งผลกระทบต่อสมรรถนะด้านอื่นๆ เช่น สมรรถนะการรับรู้คิดที่เสื่อมลง ทำให้เกิดผลเสียด้านการเข้าสังคม ยังเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การทรงตัวไม่ดี การหกล้ม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การตรวจคัดกรองการสูญเสียการ

ได้ยินด้วยอุปกรณ์พกพา หรือการทดสอบการฟังเสียงกระซิบ ทำได้ง่ายและสามารถทำได้ในบ้านและชุมชน ดังนั้นเมื่อมีการสูญเสียการได้ยินควรประเมินสมรรถนะการรับรู้คิดที่เสื่อมลง การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว หรือการสูญเสียความชำนาญในการใช้แขนหรือมือร่วมกัน

การลดผลกระทบของการสูญเสียสมรรถนะการได้ยินที่ทำได้โดยการใช้กลยุทธ์ทางการสื่อสาร ได้แก่ การพูดชัดถ้อยชัดคำ การคุยกับผู้สูงอายุโดยให้หันหน้า การลดเสียงรบกวนรอบข้าง ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนโดยการให้คำแนะนำแก่ผู้ที่สูญเสียการได้ยิน รวมทั้งครอบครัวในการสื่อสารที่สามารถช่วยทำให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น การฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์ เช่น เครื่องช่วยฟัง และควรส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง เมื่อมีหูน้ำหนวก, สูญเสียการได้ยินอย่างฉับพลันหรือเป็นมากขึ้น เวียนศีรษะและสูญเสียการได้ยินระดับปานกลาง ถึงรุนแรง การระบายของเหลวออกจากหู มีปัจจัยเสี่ยง เช่น การสัมผัสกับเสียงรบกวน และการใช้ยาที่อาจทำลายการได้ยิน

6. สมรรถนะทางจิตวิทยา (Psychological capacity)

อาการซึมเศร้า หรืออารมณ์เศร้าใช้กับผู้สูงอายุที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าพร้อมกัน 2 อาการขึ้นไป เกือบตลอดเวลาเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว ความโดดเดี่ยวทางสังคม หรือเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ที่ดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง นอกจากนี้สมรรถนะทางด้านอื่นๆ ที่เสื่อมลง เช่น การได้ยิน หรือการเคลื่อนไหว อาจทำให้เสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมทางสังคมที่ลดลงทำให้เกิดอาการ

ซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ การรู้จักเสื่อมลงและภาวะ
 สมองเสื่อมอาจเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าโดยทั้ง
 2 อย่างจะต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติม ซึ่งผู้ที่มี
 ภาวะสมองเสื่อมมักจะมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 ด้วยปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์หรือพฤติกรรม เช่น
 อาการเฉยเมย การควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หรือมี
 ความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้ง
 การทำกิจกรรมในบ้านหรือในสังคม ส่วนการ
 เสื่อมถอยของสมรรถนะด้านอื่นๆ เช่น ประสาท
 สัมผัส หรือความคล่องตัว ทำให้ความสามารถใน
 การทำกิจวัตรต่างๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมทาง
 สังคมลดลง ซึ่งอาจจะทำให้มีอาการซึมเศร้าได้
 สามารถคัดกรองได้โดย คำถาม 2 Q : ในช่วง 2
 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้าซึมหรือสิ้น
 หวังหรือไม่ หากผู้สูงอายุรายงานว่ามีอาการหลัก
 อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้าซึม หรือ
 สิ้นหวัง และมีความสนใจหรือมีความสุขในการทำ
 สิ่งต่าง ๆ น้อยลง ให้ทำการประเมินสภาวะทาง
 อารมณ์เพิ่มเติมด้วยคำถาม 9 Q ส่วนการจัดการ
 อาการซึมเศร้า มีมาตรการให้คำปรึกษาทาง
 จิตวิทยาที่มีโครงสร้างแบบย่อ ประกอบด้วย การ
 บำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive
 behavioral therapy), การบำบัดโดยการแก้
 ปัญหา (problem-solving therapy: PST), การ
 ออกกำลังกายแบบผสมผสาน, การฝึกสติ และอาจ
 ต้องพิจารณาตามสาเหตุ เช่น การใช้ยาร่วมกัน
 หลายขนาน โรคโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ
 ภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ ความเจ็บปวด ซึ่งต้อง
 มีการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางในการดูแลที่มี
 ความซับซ้อนมากขึ้น⁽¹⁵⁾

■ unasU

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์
 ของประเทศไทยภาพรวม ประกอบด้วย 1) บริการ

สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care)
 ครอบคลุม 4 มิติ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม
 2) บริการสุขภาพผสมผสาน (Integrated Health
 Care) ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู 3) บริการ
 สุขภาพต่อเนื่อง (Continuous Health Care) ทุก
 ช่วงเวลาของชีวิตด้วยการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ
 โดยตัวผู้สูงอายุ (Self Care) โดยสมาชิกใน
 ครอบครัว (Family Care) โดยชุมชน (Com-
 munity Care) และโดยบุคลากรสาธารณสุข⁽²⁷⁾
 ส่วนในสถานบริการของรัฐ ประกอบด้วย ระบบ
 คัดกรองการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ, การจัด
 บริการคลินิกผู้สูงอายุ, การจัดบริการผู้ป่วยในสำห
 รับผู้สูงอายุ, การจัดระบบการส่งต่อเชื่อมโยงการ
 ดูแลระหว่างเครือข่ายสุขภาพ, การเยี่ยมบ้าน
 (home health care/home visit), การจัดทีม
 สหสาขาวิชาชีพ, การจัดระบบการดูแลระยะยาว
 (long-term care), การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ
 ช่วงกลางวัน (day care), การจัดระบบการดูแล
 ผู้สูงอายุระยะสุดท้าย ส่วนในชุมชน ประกอบด้วย
 ตั้งชมรมผู้สูงอายุ, การสำรวจคัดกรอง/การตรวจ
 สุขภาพ การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในชุมชน, การ
 เยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส โดยเครือข่าย
 ในชุมชน, กิจกรรมส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพ
 ผู้สูงอายุ, จิตอาสา/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ, การ
 ถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ, กิจกรรมส่งเสริม
 ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น, กองทุนพัฒนา
 อาชีพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ⁽⁸⁾

โดยสรุปผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและ
 ความเสื่อมตามวัยทำให้สมรรถนะภายในตัวบุคคล
 และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะ
 เสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้นเป็นผลจากความชรา
 (ageing process) มีผลทำให้สมรรถนะภายในตัว
 บุคคลด้านอื่นๆ เสื่อมลงตามไปด้วย ทำให้มีความ
 เสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อ

ภาวะทุพพลภาพ จำเป็นต้องได้รับดูแลบำบัดรักษาในระยะยาว ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขั้นสูง ภายในทศวรรษหน้า บทเรียนจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ กาย เศรษฐกิจ ทางสังคม สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลกโครงการทศวรรษแห่งผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีการพัฒนาเครื่องมือการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People) เน้นการบูรณาการบริการสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางโดยเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ อาศัยการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกัน เนื่องจากผู้ที่สูญเสียสมรรถนะภายในบุคคล ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มักขึ้นอยู่กับ การได้รับการดูแล การสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้อื่น ความพร้อมและการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการมีชีวิตที่มีศักดิ์ศรีและมีความหมาย การได้รับการดูแลและช่วยเหลือทางสังคมช่วยในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) และการดูแลส่วนบุคคล การช่วยเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของชุมชนและที่สาธารณะ ทำให้ลดความโดดเดี่ยวและการแยกตัวออกจากสังคม การช่วยเหลือความมั่นคงทางการเงิน การจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัยการคุกคามและการล่วงละเมิดและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีความหมายได้ (1-3,9,11,17)

บทความนี้เป็นประโยชน์ต่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เป็น

แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิเพื่อช่วยป้องกันชะลอหยุดการเสื่อมถอยของสมรรถนะภายในตัวบุคคล หรือย้อนกลับความถดถอยป้องกันไม่ให้เข้าสู่ภาวะอ่อนแอ รวมทั้งส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่แข็งแรง มีสุขภาพดีเหมาะสม ลดการพึ่งพาการดูแลจากครอบครัวชุมชน

■ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานผู้สูงอายุ : ควรส่งเสริมพัฒนาศักยภาพนักวิจัยและพัฒนาการวิจัย ด้านนวัตกรรมงานวิชาการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดประชุมวิชาการระดับชาติด้านการส่งเสริมสุขภาพและนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับชาติเป้าหมาย 1 ครั้ง/ปี รวบรวมองค์ความรู้ นวัตกรรม การวิจัยเผยแพร่งานวิชาการผ่านสื่อต่างๆ เพื่อเป็นต้นแบบในการนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

2. กระทรวงสาธารณสุขควรเน้นการสนับสนุนการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ร่วมการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ในระดับจังหวัด/เขต/ประเทศเพื่อวางแผนดูแลส่งเสริมพัฒนาสนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุโดยผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care-giver) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยมีกำหนดตัวชี้วัดคือร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan มากกว่า ร้อยละ 95 ในระยะเวลา 12 เดือน

3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมและ

ประสานงานกับมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล แพทยสภา โรงเรียนแพทย์ ราชวิทยาลัยต่างๆ ในการผลิตบุคลากรเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมทุกวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์

พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุและสนับสนุนการผลิตแพทย์เฉพาะสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุขั้นสูง

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
2. สำนักการแพทย์ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.msdbangkok.go.th/BKT/home.html>
3. สุชาติ คำสุชาติ. ปัญหาและความต้องการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26(6):1156-64.
4. กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/agedcareplan/index?year=2023>
5. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) [อินเทอร์เน็ต] 2552 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/1228/2544>
6. มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณัฐิมา แก้วอำไพ, วิไลพร คลีกร. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2566;17(1):255-71.
7. ทศน์วรรณ สุมาลัย. ปัญหาการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุในกฎหมายไทย : ศึกษากรณีหน่วยบริการหรือศูนย์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารนิติศาสตร์และสังคมท้องถิ่น 2566;7(1):1-20.
8. เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญพัฒนา, นภััส แก้ววิเชียร. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24(6):1017-29.
9. จินตนา อากสันเทียะ, รัชณีย์ บ่อมทอง. แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19(1):39-46.
10. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Meczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy. Maturitas 2020;139(1):6-11.
11. World Health Organization. Thailand's leadership and innovations towards healthy Ageing [Internet]. 2023 [cited 2023 May 30]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>
12. Bousquet J, Illario M, Farrell J, Batey N, Carriazo M, Malva J, et al. The reference site collaborative network of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Transl. Med. UniSa 2019;19:66-81.
13. World Health Organization. Integrated Care for Older People (ICOPE) Implementation Network: Guidance for Systems and Services [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515993>
14. Bulamu NB, Kaambwa B, Ratcliffe J. Economic evaluations in community aged care: a systematic review. BMC Health Serv Res 2018;18(967):1-13.
15. Carvalho I, Jordan J, Pot A, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan J, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. Bulletin of the World Health Organization 2017;95(11):756-63.

16. Nicole A, Stadnick A, Sadler E, Sandall J, Turienzo C, Ian M, et al. Comparative case studies in integrated care implementation from across the globe: a quest for action. *BMC Health Serv Res* 2019;19(899):1–12
17. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019.
18. Nolte E, Pitchforth E. World Health Organization. Policy Summary 11: What Is the Evidence on the Economic Impacts of Integrated Care? [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 9]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332002>
19. นางลักขณ์ พะไถยะ, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, วาสนี วิเศษฤทธิ์. การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5280/hs2615.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. ธัญวรัตน์ แจ่มใส. นโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการของผู้สูงอายุในประเทศไทย Policy on Elderly Welfare in Thailand. *วารสาร มจร การพัฒนาสังคม* 2564;6(3):1–16.
21. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561 – 2580 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1539326153-138_0.pdf
22. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนปฏิบัติการราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/edit.MOPH_plan-66-for-web.pdf
23. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กฎหมายคุ้มครองกิจการดูแลผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=3643
24. กรมอนามัย สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข : เรื่อง มาตรการควบคุม กำกับดูแลการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ พ.ศ. 2564 สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://homecare.anamai.moph.go.th/th/doc2/download/?did=216629&id=98527&reload=>
25. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติ เรื่องการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการสาธารณสุขจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/05/คู่มือ%20LTC%20ฉบับสมบูรณ์%2061%20Web%20ครั้งที่%202.pdf>
26. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report – summary [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240023307>
27. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. การพัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557.