การดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไป
Health Care and Quality of Life for the Older Adults in Next Normal

ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง
Parinyaporn Thanaboonpuang
Corresponding Author: Email: thanaboonpuang.p.8354@gmail.com
(Received: March 14, 2022; Revised: April 14, 2022; Accepted: April 27, 2022)

บทคัดย่อ

ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมจากการระบาดของโรค Covid 19 ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ปรับเปลี่ยนจากยุคปกติเป็นยุคปกติใหม่ และกำลังก้าวสู่ยุคปกติถัดไป การดูแลสุขภาวะจึงต้องเปลี่ยนแปลงตามไปเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน ปัจจุบันการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลแบบเฉียบพลัน การดูแลฟื้นฟูระยะกลาง การดูแลระยะยาว และการดูแลแบบประคับประคอง โดยปัญหาการดูแลสุขภาวะมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความเสื่อมด้านร่างกาย การปรับตัว ด้านเศรษฐกิจ การเข้าถึงระบบสุขภาพ การขาดความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ และการระบาดของโรค Covid 19 เป็นต้น ความเปลี่ยนแปลงของการดูแลสุขภาวะในยุคปกติใหม่ที่ผ่านมาเน้นป้องกันเกิดผู้ป่วยรายใหม่ด้วยการใช้มาตรการลดการเดินทาง มาตรการ DMHTT และการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้วยการรับวัคซีน ซึ่งยังไม่สามารถควบคุมโรคโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไปจึงต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตที่โรค Covid 19 กลายเป็นโรคประจำถิ่น ด้วยการลดการสัมผัสและส่งเสริมการประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศรวมทั้งปัญญาประดิษฐ์ช่วยในกระบวนการบริการผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และแกนนำชุมชนเพื่อร่วมสร้างสุขภาวะดีแก่ผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไป

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาวะ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ยุคปกติถัดไป

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
Registered nurse (Senior Professional level), Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi

Abstract

The social changes influenced Covid-19 outbreak affects older adults' lifestyle and quality of life adjusted from the normal era to the new normal one. Health care must be changed consequently in order to solve health problems within the context of communities. At present, the continuous health care for elderly is divided into 4 forms; acute care, medium term rehabilitation car, long term care, and supportive care. The health care problems are caused by many factors, including physical deterioration, adaptation, economy, accessibility to health systems, and Covid-19 outbreak. Health care changed in the new normal era has focused on preventing the new cases by implementing measures of reducing transportation, DMHTT, and vaccination which cannot control the disease, especially among older adults. Health care for those older adults in the next normal era must be adjusted accordingly to their lifestyles relating Covid-19 becoming an endemic disease by reducing disease contacts and promoting application of information technology and artificial intelligence providing care to the older persons in care services and communities. There should be promotions of self-care efficacy of the older persons, families, and community leaders so that they can cooperate in promoting well-being of the older persons in the next normal era.

Keyword: Health care, Quality of life, Older adults, Next normal

สถานการณ์ผู้สูงอายุในสังคมไทย

การก้าวสู่สังคมสูงวัยของประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีนิยามที่แตกต่างดันตามบริบทการดำเนินชีวิต โดยกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ผู้สูงอายุ คือ 65 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยใช้เกณฑ์ผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 3 นิยามผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป จากสถิติผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2562-2564) พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 11,136,059 คน, 11,627,130 คน และ 12,241,542 คน ตามลำดับ (Department of older persons, 2022) เมื่อพิจารณาพบแนวโน้มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างทางสังคมส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงจากการเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการและความจำเป็นในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ (World Health Organization, 2019) จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2564 โรคที่พบบ่อย 5 ลำดับในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคเบาหวานและความผิดปกติของต่อมไร้ท่อฯ กลุ่มโรคเรื้อรังของระบบหายใจ กลุ่มโรคความผิดปกติ ทางกระดูกและกล้ามเนื้อ และกลุ่มโรคความผิดปกติทางระบบย่อยอาหาร (National Statistical office, Ministry of Digital Economy and Society, 2020) และยังพบปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการพึ่งพาตนเอง เช่น การพลัดตกหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งภาวะดังกล่าวนี้เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ครอบครัว รวมทั้งชุมชน

โดยเฉพาะช่วงหลังการระบาดของโรค Covid 19 ที่ส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงทางสังคมทั้งด้านสภาพเศรษฐกิจ สังคม และการดำเนินชีวิตที่ทำให้ทุกคนรวมทั้งผู้สูงอายุต้องปรับตัวจากการดำเนินชีวิตแบบดั้งเดิมเป็นแบบชีวิตวิถีปกติใหม่และกำลังก้าวสู่ ยุคปกติถัดไป โดยข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ ณ วันที่ 14 มีนาคม 2565 พบว่า ผู้สูงอายุติดเชื้อสะสม จำนวน 170,861 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Department of older persons, 2022) ดังนั้นระบบการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตามยุคสมัยเพื่อตอบโจทย์การดูแลสุขภาวะที่สอดคล้องกับบริบทสังคมสูงอายุในยุคปกติถัดไป

ปัญหาการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากความเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและความเสื่อมถอยทั้งด้านกระบวนการคิด การเรียนรู้และสมรรถนะทางร่างกายส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่มีความเชื่อมโยงกันทั้งในยุคปกติ ยุคปกติใหม่ แลยุคปกติถัดไป ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยมีดังนี้

1. ปัญหาด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัจจุบันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั้งที่สามารถป้องกันได้หากมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จากสถิติ 5 อันดับกลุ่มโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2564 ประกอบด้วย 1) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ เป็นต้น กลุ่มโรคของระบบต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม เช่น เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ และภาวะอ้วน กลุ่มโรคเรื้อรังของระบบหายใจ เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น กลุ่มโรคความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ข้อเข่าเสื่อม และโรคกระดูกพรุน เป็นต้น และความผิดปกติทางระบบย่อยอาหาร เช่น กลืนลำบาก ปวดท้อง เลือดออกจากทางเดินอาหาร ท้องผูก นิ่วในถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2564) นอกจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) และโรคมะเร็งต่างๆ ที่กำลังเป็นปัญหาของผู้สูงอายุแล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562–2565 พบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อที่สำคัญในผู้สูงอายุ ได้แก่ Covid 19 ที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างทั่วโลก (Pandemic) ในประเทศไทยตลอดปี พ.ศ.2564 มีผู้สูงอายุติดเชื้อ จำนวนทั้งสิ้น 141,401 คน และในช่วง 28 กุมภาพันธ์ – 7 เมษายน 2565 มีผู้สูงอายุติดเชื้อ Covid 19 จำนวนทั้งสิ้น 147,686 คน (Department of older persons, 2022) ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุการพิการ ทุพพลภาพ และเสียชีวิตของผู้สูงอายุไทย นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านกระบวนการคิดความจำและสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงและอารมณ์แปรปรวนจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันทั้งด้านลักษณะครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว การแต่งงานเร็วและแยกครอบครัวของบุตรหลาน การหย่าร้าง และการเสียชีวิตของคู่สมรสที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น รวมทั้งสถานการณ์การระบาดของโรค Covid 19 ที่ส่งผลให้เกิดระยะห่างทางสังคม (Khakhuen, Kongmaha & Thasanoh, 2020)

2. ปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์และความร่วมมือทางสังคม โดยวัยสูงอายุมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว การทรงตัวลดลงส่งผลให้การเดินทางไปพบปะเพื่อนฝูงหรือการเข้าสังคม การไปรับยาและตรวจตามแพทย์นัดจึงไม่สะดวก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงต้องอาศัยครอบครัวช่วยในการเดินทาง ซึ่งปัจจุบันโดยเฉพาะในชุมชนเมืองสมาชิกในครอบครัวล้วนมีภาระในการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวจึงมีเวลาในการพาผู้สูงอายุไปรับยาหรือพบปะกับเพื่อนในวัยเดียวกันน้อยลง ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางสังคมของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (Thaithae, Thanaboonpuang Mahaprom, 2021) ปัญหาที่พบ คือ การพบปะเข้าร่วมกิจกรรม

ของชุมชนน้อยลงเนื่องจากความสามารถทางร่างกายและสถานการณ์การระบาดของโรค Covid 19 ความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับยาและการตรวจตามนัด การขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การดูแลสุขภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไปจึงควรเริ่มต้นจากการส่งเสริมสมรรถนะที่จำเป็นในการติดต่อสื่อสารและสร้างโอกาสความร่วมมือทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยการมีปฏิสัมพันธ์และส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุจะสามารถสร้างความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย (Health) สุขสนุก (Recreation) สุขสง่า (Integrity) สุขสว่าง (Cognition) และสุขสงบ (Peacefulness) (Suwancheep, 2011)

ปัญหาด้านการเข้าถึงข้อมูลและระบบสุขภาพ เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคมระบบการดูแลสุขภาพจึงตำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตามเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตในสถานการณ์การระบาดของโรค Covid 19 ที่ต้องประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการช่วยสื่อสารข้อมูลและติดตามดูแลสุขภาวะชุมชน แต่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทั้งด้านร่างกายในการเดินทางรวมทั้งขาดทักษะทางเทคโนโลยีสารสนเทศจึงพบปัญหาในการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ การเข้าถึงสิทธิด้านการรักษาและสวัสดิการ รวมทั้งการเข้าถึงระบบสุขภาพ เป็นต้น

ด้านคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยการวัดประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้ (Beadle-Brown, Murphy, & DiTerlizzi, 2009)

1. ด้านสุขภาวะทางกาย (Physical well-being) การที่บุคคลมีความสุขสมบูรณ์หรือพึงพอใจทางสุขภาพ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพที่ดี ด้านอาหารและโภชนาการต่างๆ ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้านกิจกรรมชีวิตประจำวัน ด้านเวลาพักผ่อน ด้านสันทนาการ และด้านความปลอดภัย

2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและมีมิตรภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในยุคปัจจุบันมีทั้งแบบออนไลน์ผ่านแอพลิเคชันต่างๆ ที่กำลังได้รับความนิยม ได้แก่ ไลน์ (Line) เฟสบุ๊ค (Facebook) และติ๊กต๊อก (TikTok) อินสตาแกรม (Instagram) ทวิสเตอร์ (Twitter) และแบบออฟไลน์ที่ต้องเดินทางไปพบปะกันตามสถานที่ต่างๆ ในชุมชน

3. ด้านวัตถุ (Material well-being) การที่บุคคลมีความมั่นคงในชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ลักษณะที่อยู่อาศัย ความปลอดภัย ระบบคมนาคมขนส่ง และระบบบริการสุขภาพ

4. ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional well-being) การที่บุคคลมีความสุขสมบูรณ์หรือพึงพอใจในคุณลักษณะและสถานะของตนเอง ได้แก่ ภาพลักษณ์แห่งตน อาชีพ ลักษณะที่อยู่อาศัย การได้รับความช่วยเหลือ ความพึงพอใจในชุมชนของตนเอง การไม่มีภาวะเครียด และมีความสุขในการดำเนินชีวิต

5. ด้านการกำหนดตนเอง (Self-determination) การที่บุคคลมีความเป็นอิสระทางการตัดสินใจ การควบคุมตนเอง การกำหนดแนวทางดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

6. ด้านการพัฒนาตนเอง (Personal development) การที่บุคคลมีความรู้ การศึกษา และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตและพึ่งพาตนเอง ได้แก่ ทักษะในการปฏิบัติตน ความสามารถส่วนตัว การบรรลุสิ่งที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้ และความก้าวหน้าในพัฒนาทักษะต่างๆ ที่ตนเองต้องการ

7. ด้านสิทธิ (Rights) การที่บุคคลมีสิทธิพื้นฐานส่วนบุคคล สิทธิมนุษยชน สิทธิและความรับผิดชอบในฐานะความเป็นพลเมือง และกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนหรือรัฐบาล รวมทั้งเคารพในสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้อื่น

8. ด้านความครอบคลุมทางสังคม (Social inclusion) การที่บุคคลมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม สถานะทางสังคม บทบาทในการดำเนินชีวิต (เช่น วิถีชีวิต การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเพื่อความเหมาะสม รวมทั้งพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิต) รวมทั้งการเข้าถึง การให้ความช่วยเหลือ และระบบบริการทางสังคม

จากการศึกษาปัญหาการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสามารถสรุปได้ว่า ปัญหาสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์และความร่วมมือทางสังคม ปัญหาด้านการเข้าถึงข้อมูลและระบบสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย (Physical well-being) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) ด้านวัตถุ (Material well-being) ด้านสุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional well-being) ด้านการกำหนดตนเอง (Self-determination) ด้านการพัฒนาตนเอง (Personal development) ด้านสิทธิ (Rights) ด้านความครอบคลุมทางสังคม (Social inclusion)

ความเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติใหม่

จากสถานการณ์การระบาดของโรค Covid 19 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นระยะๆ ตั้งแต่เปลี่ยนจากแบบดั้งเดิมเป็นการดำเนินชีวิตในแบบปกติใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid 19 จนรัฐบาลได้ประกาศให้โรค Covid 19 เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) ซึ่งต้องเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตให้สามารถดำเนินต่อไปภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคจึงปรับจากแบบปกติใหม่ (New Normal) เป็นแบบปกติถัดไป (Next Normal) ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ได้แก่ การศึกษา การดูแลสุขภาพ การจ้างงาน การเติบโตของธุรกิจออนไลน์ และนวัตกรรมขับเคลื่อนสังคมสูงวัย นอกจากนี้ยังพบรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การเปลี่ยนที่อยู่อาศัยเป็นสถานที่ทำงาน (Stay-at-home Economy) การดำเนินชีวิตแบบลดการสัมผัส (Touchless Society) รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เน้นความปลอดภัยและลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Regenerative Organic) (ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2563) จากความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตหลายด้านให้สอดคล้องกับบริบทยุคปัจจุบัน ที่เน้นประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อลดการสัมผัสโรค ประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านที่อยู่อาศัย ด้านยานพาหนะ (Smart Vehicle) ด้านการสื่อสารด้วยการใช้โซเชียลมีเดีย ด้านสินค้าอุปโภคบริโภค ด้านการเงิน ด้านเครื่องนุ่งห่ม ด้านยา ด้านพลังงาน และด้านโทรศัพท์มือถือ (Smartphone) รายละเอียดดังนี้

1) ด้านอาหาร ปรับเปลี่ยนจากการรับประทานอาหารตามความต้องการเป็นเน้นการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและไม่ก่อให้เกิดผลเสียระยะยาว เช่น การรับประทานอาหารคลีน ผักปลอดสารพิษ อกไก่ เนื้อปลาขนมปังโฮสวีตผสมธัญพืช เป็นต้น

2) ด้านที่อยู่อาศัย บ้านหรือที่อยู่อาศัยในปัจจุบันเน้นประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ผ่านฟังก์ชันต่างๆ ใน Smart home เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกและสร้างความปลอดภัยภายในบ้าน เช่น อุปกรณ์ทำความสะอาด การสั่งงานอุปกรณ์ต่างๆ ในบ้านด้วยระบบเสียง การใช้หุ่นยนต์ทำสวน (Rachio) การติดตั้งกล้อง วงจรปิดในการรักษาความปลอดภัย และหลอดไฟเปิด-ปิดอัตโนมัติ เป็นต้น

3) ด้านยานพาหนะ (Smart Vehicle) ยานพาหนะมีความเปลี่ยนแปลงจากยานพาหนะที่ใช้น้ำมัน เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ เรือ และรถสาธารณะเป็นยานยนต์ไร้คนขับ และยานยนต์ไฟฟ้า เช่น รถยนต์ไฟฟ้า เรือไฟฟ้า หรือรถเมล์ไฟฟ้า

4) ด้านการสื่อสารด้วยการใช้โซเชียลมีเดีย ระบบโซเชียลมีเดียมีการปรับเปลี่ยนฟีเจอร์ใหม่ๆ ที่มีความดึงดูดผู้ใช้งานเกิดขึ้นอย่างหลากหลาย ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนและผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องสื่อสารผ่านโซเชียลมีเดียมากขึ้น

5) ด้านสินค้าอุปโภคบริโภค แนวโน้มการเลือกใช้สินค้าเปลี่ยนแปลงจากความนิยมสินค้าที่ปรุงแต่งเป็นสินค้าที่ผลิตจากธรรมชาติ ปราศจากสารปรุงแต่งเป็นสูตร Natural หรือ Organic แทน เนื่องจากกระแสความนิยมเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง

6) ด้านการเงิน การใช้จ่ายเงินมีความเปลี่ยนแปลงจากการจ่ายเงินสดเป็นการใช้จ่ายผ่านระบบ e-Payment เพื่อความสะดวกและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินชีวิตปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วยรูปแบบ e-money, Card Payment และ Internet & Mobile Banking เป็นต้น

7) ด้านเครื่องนุ่งห่ม จากการดำเนินชีวิตที่มีมุมมองและความพยายามใช้ชีวิตควบคู่กับการรักษาสิ่งแวดล้อมเพื่อลดภาวะโลกร้อน จึงมีความเปลี่ยนแปลงด้านเครื่องนุ่งห่มจากวัสดุอุปกรณ์ที่ผลิตจากใยสังเคราะห์มาเป็นวัสดุและกระบวนการผลิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

8) ด้านยา แนวโน้มการรักษาสุขภาพปรับเปลี่ยนเป็นการรับประทานยาหรืออาหารเสริมเพื่อชะลอความเสื่อม ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค แทนการรับประทานยาเพื่อการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว

9) ด้านพลังงาน การใช้พลังงานปรับเปลี่ยนจากการใช้พลังงานที่หมดไป ได้แก่ น้ำมัน ก๊าซ ธรรมชาติเป็นพลังงานทดแทน พลังงานหมุนเวียนมากขึ้น โดยเฉพาะพลังงานจากแสงอาทิตย์ และเชื้อเพลิงขยะ

10) ด้านโทรศัพท์มือถือ (Smartphone) โทรศัพท์มือถือกลายเป็นอุปกรณ์สำคัญและจำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวันทั้งการสื่อสาร การศึกษา การซื้อสินค้า การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การเดินทาง เป็นต้น

จากความเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติใหม่ข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลงที่ครอบคลุมทุกๆ ด้าน ทั้งด้านปัจจัย 4 ด้านรูปแบบการดำรงชีวิต ด้านการสื่อสาร ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องปรับตัวด้วยการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้สามารถเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและปรับวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับบริบทยุคปกติถัดไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งมีชีวิตที่มีความสุขอย่างยั่งยืน

ระบบการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนยุคปกติถัดไป

การดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) ที่ผ่านมามีความพยายามเน้นการปฏิบัติงานเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ แต่เนื่องจากปัญหาหลายด้านทั้งอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ สถานการณ์การระบาดของโรค Covid 19 และพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุและครอบครัว การปฏิบัติงานเชิงรุกจึงยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก 1) การจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการ (Institutional care) ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ (primary prevention) ทุติยภูมิ (secondary prevention) และตติยภูมิ (tertiary prevention) โดยสถานบริการระดับปฐมภูมิเน้นการคัดกรองและการรักษาเบื้องต้น รวมทั้งการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สถานบริการระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) และตติยภูมิ (tertiary prevention) เน้นการดูแลแบบเฉียบพลัน (acute care model) แต่เนื่องจากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนที่มีสาเหตุจากหลายโรค (multiple diseases and multiple episodes)

การรักษาจึงมีความยุ่งยากต้องอาศัยความชำนาญจากแพทย์เฉพาะทาง และเมื่อรักษาจนอาการทุเลาแล้ว ร่องรอยความเจ็บป่วยอาจไม่หายขาดจึงต้องเข้าสู่ระบบการบริการฟื้นฟูระยะกลาง (Intermediate Care) ต่อไป และ 2) การจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชน (Community care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) ประกอบด้วย การดูแลฟื้นฟูระยะกลาง (Intermediate Care) การดูแลระยะยาว (Long Term Care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) (Suthamchai., Keskpichayawattana, & Kaeowichian, 2015) การจัดบริการทั้ง 3 รูปแบบนี้ เป็นการดูแลภายหลังการจำหน่ายที่เน้นความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยเริ่มกระบวนการตั้งแต่การประเมินความต้องการจำเป็นในการดูแลต่อเนื่อง การวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล การประเมินผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การเตรียมความพร้อมและกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกัน การติดตามให้การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การให้คำแนะนำ ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล รวมทั้งการติดตามประเมินผลด้วยการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

การดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนยุคปกติถัดไปมีความเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการที่เน้นการทำงานเชิงรุกมากขึ้นร่วมกับประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ที่กำลังกลายเป็นปัจจัยที่ 5 ของชีวิตเข้ามาช่วยในกระบวนการบริการ เช่น การให้ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ทั้งเว็บไซต์ของโรงพยาบาล หน่วยงานราชการ และผ่านแอพพลิเคชันที่ประชาชนให้ความนิยมต่างๆ เช่น ไลน์ (Line) เฟสบุ๊ค (Facebook) ติ๊กต๊อก (TikTok) อินสตาแกรม (Instagram) และทวิสเตอร์ (Twitter) การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบออนไลน์ เช่น การนัดตรวจ การนัดรับยา และการให้คำปรึกษาต่างๆ การรักษาพยาบาล เช่น การใช้หุ่นยนต์ผ่าตัด การใช้หุ่นยนต์ดินสอ (Dinsow) ช่วยดูแลผู้ป่วยการรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาผ่านระบบทางไกล การส่งข้อมูลการรักษาแบบออนไลน์ เป็นต้น และการติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องผ่านการสื่อสารด้วยโซเชียลมีเดีย (Preechakoon, Molek, Chuwongin, Gongmuang & Sombutboon, 2020) ซึ่งเป็นที่ยอมรับด้านระสิทธิภาพและเป็นประโยชน์อย่างมากในยุคที่โรค Covid 19 เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) การปรับเปลี่ยนระบบดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนยุคปกติถัดไป (Next Normal) สามารถจัดกลุ่มตามแนวคิดของ Kleinman (1980) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของสังคม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน (Popular Sector of Health Care) ที่เน้นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพและทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน ซึ่งจะสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้นำชุมชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น ลดการพึ่งพา และมีความสามารถช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันอันนำไปสู่ชุมชนพึ่งพาตนเองและพื้นที่สุขภาวะ (Health space) 2) ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional Sector of Health Care) มีบทบาทสร้างต้นแบบสุขภาวะดี การส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค การให้ความรู้และข้อมูลทางสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุที่ประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือช่วยในการสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว และการติดตามให้การชี้แนะ (Coaching) รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมตามสภาพจริงของผู้สูงอายุ ตัวอย่างระบบบริการสุขภาพ เช่น การให้วัคซีนในชุมชน การจัดบริการให้วัคซีนโดยแจ้งวันนัดผ่านระบบออนไลน์ การบันทึกข้อมูลวัคซีนในระบบหมอพร้อม และการจัดบริการ Home Isolation เป็นต้น 3) ระบบการดูแลสุขภาวะแบบแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of Health Care) จากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงในยุคปกติถัดไปที่เน้นความปลอดภัยและลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Regenerative Organic) การดูแลแบบแพทย์พื้นบ้านจึงมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้

สมุนไพรและแพทย์ทางเลือกในการส่งเสริมป้องกันโรคเห็นได้จากความนิยมรับประทานผักผลไม้ปลอดสารพิษ การรับประทานพืชผักสวนครัวที่เป็นสมุนไพรไทย และการเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยในการบรรเทาอาการเจ็บป่วย เมื่อพิจารณาการจัดบริการสุขภาวะทั้ง 3 ส่วน พบว่า แต่ละส่วนมีความแตกต่างกันในเชิงแนวคิดและกระบวนการรักษาแต่ทั้ง 3 ส่วน มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงและมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุและครอบครัวเช่นกัน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน

จากการศึกษาและทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เพศ สามารถที่บ่งชี้ความแตกต่างทางสรีระ บุคลิกภาพ บทบาทหน้าที่ที่มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และมีความสำคัญต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน (Nakasaney, 2018) 2) อายุ เป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกันตามวัย โดยวัยเด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยเนื่องจากร่างกายยังพัฒนาไม่เต็มที่ ส่วนวัยสูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจากความเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย ส่งผลให้บทบาทและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพลดลง ดังนั้นจึงต้องการความช่วยเหลือดูแลจากบุคคลในครอบครัวและชุมชนมากขึ้น (Uchmanowicz, Jankowska-Polanska, Mazur, & Sivarajan, 2017) 3) สถานภาพสมรส เนื่องจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือการอยู่โดดเดี่ยวตามลำพังจ่างผลให้ผู้สูงอายุท้อแท้สิ้นหวังจากการดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสคู่จะมีผู้ดูแลเอาใจใส่ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตและการรักษาสุขภาพต่อไป ซึ่งส่งผลโดยตรง ต่อการดูแลสุขภาวะของผู้สูงอายุ (Karimy, Koohestani, & Araban, 2018) 4) การศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานทำให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ สามารถคิดวิเคราะห์ เข้าถึงข้อมูลและระบบสุขภาพส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะที่ดี (Tabrizi, Behghadami, & Saadati, 2018) และ 5) รายได้ของครอบครัว รายได้เฉลี่ยสูงเป็นต้นทุนของโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพดี ขณะที่รายได้เฉลี่ยต่ำเป็นข้อจำกัดในการแสวงหาและเข้าถึงระบบบริการสุขภาวะ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีสิทธิและสวัสดิการในการรักษาพยาบาล แต่ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องยังเป็นปัญหาสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำซึ่งต้องได้รับการแก้ไขต่อไป 6) ความรอบรู้ทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขถาพตนเอง เนื่องจากความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นการเข้าใจ เข้าถึง การตรวจสอบข้อมูล การสื่อสารทางสุขภาพ และการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ (Tachavijitjaru, 2018; Thaithae, Thanaboonpuang & Mahaprom, 2021) ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาวะ (Karimy, Koohestani & Araban (2018) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านสิ่งของ อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินคุณค่าจะช่วยอำนวยความสะดวกและลดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาวะ (Boonprakob & Sasat, 2019; Fivecoat, Sayer & Riegel, 2018)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่งผลต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนมี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาวะของผู้สูงอายุ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวนี้

ทักษะจำเป็นในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุยุค Next Normal

จากความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ส่งผลต่อการปรับวิถีการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องปรับตัวร่วมถึงรูปแบบการดำเนินงานและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทยุคปกติถัดไปที่เน้น “ลดการสัมผัส” ซึ่งทำให้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) กลายเป็นส่วนหนึ่งและปัจจัยที่ 5 ของชีวิต โดยทักษะที่จำเป็นในอนาคตซึ่งถือเป็นทักษะหลักที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน (Upskill) เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและแตกต่างจากการปฏิบัติงานดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในยุคดั้งเดิม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ทักษะด้านการเรียนรู้และการปรับตัว (Learning and adaptation) ได้แก่ การปรับตัวและความยืดหยุ่น (Adaptability and Flexibility) และทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) 2) ทักษะด้านดิจิทัล (Digital Skills) ได้แก่ ทักษะความเข้าใจเทคโนโลยี (Digital literacy) ทักษะการใช้ข้อมูล (Data Literacy) และทักษะเชิงดิจิทัล (Critical Thinking Digital) และ 3) ทักษะด้านนวัตกรรม (Innovation Skills) ได้แก่ ทักษะความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Creativity & Innovation) (Bernard Marr, 2020; ธนชาติ นุ่มนนท์, 2563) นอกจากทักษะทั้ง 3 กลุ่ม ยังมีทักษะและคุณลักษณะที่จำเป็นต้องคงไว้ เช่น ทักษะด้านกระบวนการคิด (Cognitive Skill) ภาวะผู้นำ (Leadership) และทักษะการสื่อสารและการร่วมมือ (Communication and Collaboration) และยังมีทักษะที่จำเป็นต้องได้เรียนรู้เพิ่มเติม (Reskill) เพื่อให้สามารถนำข้อมูลใหม่ๆ ที่แตกต่างจากผู้อื่นมาประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและบริหารจัดการงาน ประกอบด้วยกลยุทธ์การเรียนรู้ (Learning Strategies) ความมีเอกลักษณ์ (Originality) การคิดไอเดียใหม่ๆ (Fluency of Ideas) และการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ (Active Learning) (Bakhshi, Downing, Osborne, & Schneider, 2017) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรศึกษาและพัฒนาทักษะเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยในยุคปกติถัดไป

References

Bank of Thailand. (2020). Adaptive mind in the new normal. *BOT MAGAZINE*, 8(6), 8-10. (in Thai)

Bakhshi, H., Downing, J., Osborne, M. & Schneider, P. (2017). *The future of skills: employment in 2030*. London: Pearson and Nesta.

Beadle-Brown, J., Murphy, G., & DiTerlizzi, M. (2009). Quality of life for the Camberwell cohort. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*(4), 380-390.

Boonprakob T, Sasat S. (2019). Selected factors related to postoperative recovery in older person with total knee arthroplasty. *Royal Thai Navy Medical Journal, 46*(2):355-68. (in Thai)

Chayarut, P., Roojanavech, S., & Chatdokmaiprai, K. (2019). The effects of health risk communication program among diabetic retinopathy patients in a community Samut Sakhon Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *20*(3), 206-217. (in Thai)

Department of older persons. (2022). *Statistics of the older adult infected with covid 19 in Thailand*. Retrieved March 10, 2022 from https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1167.

Fivecoat HC, Sayers SL, Riegel B. (2018). Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs, 17*(7):598-604.

Karimy, M., Koohestani, H., R., & Araban, M. (2018). The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, *10*(86), 1-6.

Khakhuen, S., Kongmaha, H., & Thasanoh, P., E. (2020). Mental health and related factors among older adults. *Journal of Health and Nursing Research, 36*(3), 150-163. (in Thai)

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press

Kulprateepunya, K., Reungsit, W., Wongprasert, J. (2018). Factor and theory associated with health promotion behaviors of Thai elderly : A Literature review. *UMT Poly Journal*, *16*(1), 295-305. (in Thai)

Nakasaney, S. (2018). Self-healthcare behavior of the elderly in Bangkok. *Rajabhat Rambhai Barni Research Journal, 12*(1), 39-48. (in Thai)

National Statistical office, Ministry of Digital Economy and Society. (2020). *The 2021 health and welfare survey* (1st ed.). Bangkok: TANA PRESS & GRAPHIC COMPANY LIMITED.

Office of the Education Council, Ministry of Education .(2021). *Future skills to prepare for development of quality Thai people for all and Supporting rapid Disruption of the world in the 21st century: results and guidelines* (1sted.). Nakhon Pathom: Phetkasem Printing Group. (in Thai)

Pienjongkol, C., & Thaipisuttikul, P .(2020). Prospective cohort study of 1-ear incidence of cognitive impairment in patients with elderly depression at psychiatric outpatient unit, Ramathibodi Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand, 65*(1), 89-102. (in Thai)

Preechakoon, B., Molek, R., Chuwongin, D., Gongmuang, P., Sombutboon, M. (2020). Nursing in data technology era. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy, 3*(1), 19-39. (in Thai)

Suthamchai, B., Keskpichayawattana, J., & Kaeowichian, N. (2015).A synthesis of integrated care service model for Thai elderly**.** *Journal of Health Science, 24*(6), 1017-1029. (in Thai)

Suwancheep. (2011). *Transcript of interviews on the older adult care experiences. 2 December 2011*. At the meeting room of Bureau of the Mental Health Development, Department of Mental Health. (in Thai)

Tabrizi, J., S., Behghadami, M., A., Saadati, M. (2018). Self-care ability of older people living in urban areas of Northwestern Iran. *Iran J Public Health, 47*(12), 1899-1905.

Tachavijitjaru C. (2018).Health literacy: a key indicator towards good health behavior and health outcomes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19*(Suppl 1):1-11. (in Thai)

Thaithae, S., Thanaboonpuang, P., & Mahaprom, T. (2021). Factors affecting health care behaviors of the elderly among urban community in Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal*, *48*(2), 393-406. (In Thai)

Uchmanowicz, z., Polanska, B., J., Mazur, G., & Froelicher, E., S. (2017). Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1565-1572.