



การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ Primary Health Care Services to prepare for Well-Being of the Older Adult

ปริญญารณ ธาระบุญปวง¹
Parinyaporn Thanaboonpuang
กนิพนธ์ ปานณรงค์^{2*}
Kanipun Pannarong
จิรียา อินทนา³
Jiriya Intana

*Corresponding author E-mail: bkanipun@hotmail.com

(Received: November 24, 2024; Revised: December 29, 2024; Accepted: December 30, 2024)

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุโดยไม่มีความพร้อมอาจนำไปสู่ปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิต การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิถือเป็นจุดเริ่มต้นและกลไกสำคัญที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน โดยมีบทบาทในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยการจัดบริการสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่เน้นตอบสนองความต้องการและสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ ปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล โดยแนวทางจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพภาคประชาชน เป็นการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เน้นการพัฒนาศักยภาพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน 2) การดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ เป็นการจัดบริการสุขภาพที่เน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพหรือแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ และ 3) ระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพโดยเน้นทุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพซึ่งแนวทางจัดบริการดังกล่าวมุ่งเน้นเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติที่ดี และพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาวะ

คำสำคัญ: การบริการสุขภาพปฐมภูมิ การเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ สุขภาวะ

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

Instructor, Faculty of Nursing, Chalermkarnchana University

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Abstract

Transitioning into older adults without adequate preparation can result in various challenges that impact well-being and overall quality of life. It plays a crucial role in promoting the well-being and quality of life of older adults by offering health services designed to prepare individuals for old age. These services focus on addressing the specific needs of the service recipients and aligning with their lifestyle context. The primary factors associated with readiness for entering old age include knowledge and attitudes toward aging, social support, and individual characteristics. The primary health care service guidelines to prepare for entering the older adults group are divided into 3 main parts: 1) Public health care is the provision of primary health care services that emphasize the development of competency at the individual, family, and community levels. 2) Professional health care is the provision of health care services that emphasize the development of health care systems or practices in prepare for entering the well-being of older Adults. 3) The Folk sector health care system is the promotion of participation in health care by emphasizing social capital in health care. This health care service aims to raise awareness, enhance knowledge, and develop the skills essential to ensure that individuals experience older adults with quality health and well-being. The service approach emphasizes the enhancement of knowledge, positive attitudes, and the development of skills essential for well-being of older adult.

Keywords: Primary health care services, Prepare to the older adult, Well-being

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพทั้งด้านการบริการ ทรัพยากร งบประมาณ และบุคลากร จากข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า ปี พ.ศ.2565-2567 มีผู้สูงอายุ จำนวน 12,525,629, 13,064,929 และ 13,444,127 คน ตามลำดับ ร้อยละ 19.31, 20.08 และ 20.69 ตามลำดับ (Department of Older Persons, 2024) และในอีก 10 ปี ข้างหน้าจะเริ่มเข้าสู่สังคม สูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society) ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 (Department of Older Persons, 2020) โดยผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่นๆ เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเสี่ยงของร่างกายตามวัยและการดำเนินชีวิต จึงมีความต้องการการดูแลสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ โดยมักพบปัญหาพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม การขาดผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพและเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ การไม่วางแผนชีวิตจึงเกิดความไม่มั่นคง การถูกทอดทิ้ง และปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Thanaboonpuang, 2022) ปัญหาดังกล่าวนี้นี้จึงต้องได้รับการแก้ไขด้วยการอาศัยความเชื่อมโยงกันอย่างบูรณาการระหว่างภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังขาดแนวทางเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งประชาชนยังขาดความตระหนักในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่จะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป



การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิถือเป็นจุดเริ่มต้นและกลไกสำคัญที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน จึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่มีความทันสมัยจึงเป็นกลไกขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบด้วย การให้ความรู้ความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัย การดูแลสุขภาพ การวางแผนด้านความมั่นคงในชีวิต การออมเงิน และสิทธิสวัสดิการต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้ใหญ่อ่อนวัยปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแนวทางการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุต้องได้รับความร่วมมือจากภาครัฐและภาคประชาชนที่มีส่วนร่วมกระตุ้นให้เห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อม และจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง

1. การบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care) เป็นการบริการระดับแรกที่ดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะปกติ เจ็บป่วย และหลังเจ็บป่วย โดยครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นประเด็นสำคัญ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การบริการสุขภาพอย่างบูรณาการเน้นบริการสุขภาพปฐมภูมิและการสาธารณสุข 2) การนโยบายนโยบายไปสู่การปฏิบัติด้วยการบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย โดยเน้นจัดการปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ และ 3) การเสริมพลังประชาชนและชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง (World Health Organization, 2020) การจัดบริการปฐมภูมิต้องครอบคลุมตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นบริการทางการแพทย์ซึ่งครอบคลุมสุขภาพแบบองค์รวม คือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องทุกช่วงวัย (Primary Health Care System Act, 2019) ความท้าทายสำคัญในการจัดระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ระดับบุคคลเป็นการขาดการเตรียมความพร้อมในการก้าวสู่วัยสูงอายุที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2) ระดับชุมชนเป็นการขาดความร่วมมือในการร่วมดูแลสุขภาพ และขาดศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของชุมชน และ 3) ระดับนโยบายเป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งทำให้บริการปฐมภูมิระดับตำบลและบริการทุติยภูมิระดับอำเภอ อยู่ภายใต้สังกัดหน่วยงานที่ต่างกัน ที่อาจส่งผลให้บริการสุขภาพขาดความเชื่อมโยงกันในการจัดบริการสุขภาพ ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาวะจึงต้องคำนึงถึงประเด็นดังกล่าวและดำเนินการเชื่อมโยงบริการให้มีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการต่อไป

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ

2.1 ความหมาย

สุขภาวะเป็นความต้องการพื้นฐานและเป็นเป้าหมายของบุคคลทุกเพศทุกวัยที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาวะของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามบริบท มุมมอง และตามความรู้สึกรับรู้พอใจในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลและใส่ใจเป็นพิเศษ ซึ่งนักวิชาการให้ความหมายสุขภาวะไว้อย่างหลากหลาย โดยแบ่งสุขภาวะตามการรับรู้และมุมมองของบุคคล แบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) การรับรู้สุขภาวะจากเกณฑ์ภายนอก (external criteria) เป็นมุมมองความพึงพอใจของบุคคลในการบรรลุความสำเร็จโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของสังคม (Riff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) 2) การรับรู้

สุขภาวะจากการประเมินความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) เป็นมุมมองการประเมินภาพรวมคุณภาพชีวิตของบุคคลโดยเปรียบเทียบจากความรู้สึกและมาตรฐานของตนเอง (Bradburn, 1969; Lawton, 1983)

3) การรับรู้สุขภาวะจากการประเมินความพึงพอใจทางอารมณ์ (Emotionally satisfied) เป็นมุมมองความสมดุลของความรู้สึกทางจิตใจระหว่างด้านบวกและด้านลบ การมองสภาพแวดล้อมในแง่ดี (Bradburn, 1969)

4) การรับรู้สุขภาวะจากการประเมินแบบผสมผสานความพึงพอใจในชีวิต (Satisfaction of life) และกฎเกณฑ์ภายนอก (external criteria) เป็นมุมมองและรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตอย่างสมดุล การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมกับชุมชน (Jarsozeh et al., 2023; World Health Organization, 2001)

5) การรับรู้สุขภาวะจากการประเมินแบบองค์รวม (Holistic) เป็นมุมมองและการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และการมีสัมพันธภาพที่ดีและการปรับตัวเข้ากับสังคมได้ (World Health Organization, 1986; ประเวศ วะสี, 2545)

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ

จากความหมายของสุขภาวะ (Well-being) ที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบแนวคิดทฤษฎีที่สอดคล้องกับบริบทการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุที่ได้รับความนิยม ได้แก่ สุขภาวะด้านความสุขในชีวิต (Hedonic well-being) สุขภาวะด้านความเจริญรุ่งเรืองในชีวิต (Eudaimonic well-being) สุขภาวะแบบองค์รวม (Holistic well-being) รายละเอียดดังนี้

2.2.1 สุขภาวะด้านความสุขในชีวิต (Hedonic well-being) เป็นสุขภาวะตามมุมมองที่เน้นความสุข ซึ่งมีรากฐานมาจากปรัชญาเฮโดนิคส์ ที่กล่าวว่า เป้าหมายชีวิตของมนุษย์เป็นต้องการความพึงพอใจมากที่สุด (ความรู้สึกทางบวก) และลดความเจ็บปวดให้เหลือน้อยที่สุด (ความรู้สึกทางลบ) โดยที่แต่ละบุคคลอาจมีเกณฑ์การประเมินแตกต่างกัน (Henderson & Knight, 2012) จากแนวคิดนี้จึงกำหนดโครงสร้างสุขภาวะเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-Being or Hedonic Well-Being) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการรู้คิด (Cognitive) หรือความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) 2) อารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก (Positive Affects) และ 3) อารมณ์ความรู้สึกเชิงลบ (Negative Affects) บุคคลที่พึงพอใจในชีวิตสูงจะมีอารมณ์เชิงลบน้อย และอารมณ์ทางบวกมีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับความสุขรุ่งเรือง (Seligman, 2002)

2.2.2 สุขภาวะด้านความเจริญรุ่งเรืองในชีวิต (Eudaimonic well-being) เป็นสุขภาวะตามมุมมองที่เน้นความเจริญรุ่งเรืองในชีวิต มีรากฐานมาจากปรัชญาอริสโตเติล กำหนดโครงสร้างสุขภาวะตามทฤษฎีอัตลิติต (Self-Determination Theory) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) ความต้องการมีความสามารถ (Competence) และความต้องการมีความสัมพันธ์ (Relatedness) กำหนดองค์ประกอบของสุขภาวะด้านความเจริญรุ่งเรืองในชีวิต เรียกว่า PERMA แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ อารมณ์เชิงบวก (Positive Emotion) ความยึดมั่นผูกพัน (Engagement) สัมพันธภาพ (Relationships) ความหมาย (Meaning) และความสำเร็จ (Accomplishment) (Seligman, 2011)

2.2.3 สุขภาวะแบบองค์รวม (Holistic well-being) เป็นสุขภาวะตามมุมมองที่เน้นความครอบคลุมทุกมิติที่ส่งผลให้มีสุขภาพดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล สุขภาวะแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุคนไทยเป็นสุขภาวะแบบองค์รวมที่เน้นอุดมการณ์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย แบ่งเป็น 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ (Wasi, 2002)



3. ปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพและการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พบบ่อย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและให้ความช่วยเหลือ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพองค์รวม ด้านการดำเนินชีวิต และด้านความมั่นคงในชีวิต รายละเอียดดังนี้

3.1 ด้านสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic) เป็นปัญหาหลักที่พบบ่อยจากความเสื่อมตามวัย ซึ่งการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.5 และสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 8.6 (National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society, 2024) ปัญหาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical well-being) เป็นปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมซึ่งส่งผลเกิดการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน และภาวะพึ่งพิงตามมา ตัวอย่างกลุ่มโรคที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มโรคไม่เจ็บป่วยเรื้อรัง (NCD) กลุ่มโรคติดเชื้อ และกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ 2) ด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นความเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่ไม่สมดุลในร่างกายร่วมกับสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงจากการเกษียณอายุ บางรายคู่ครองหรือเพื่อนฝูงเสียชีวิตจึงส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้เกิดความเหงา รู้สึกสูญเสีย และซึมเศร้าได้ 3) ด้านสังคม (Social well-being) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสถานะทางสังคมมีความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านหน้าที่การงาน ด้านเศรษฐกิจ และความสามารถในการเดินทางลดลงทำให้ไม่สะดวกไปพบปะสังสรรค์พูดคุยกับกลุ่มเพื่อน หากผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังมักจะเกิดภาวะซึมเศร้า รู้สึกเหงา และรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และ 4) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) การไม่ยอมรับความเปลี่ยนแปลงหรือขาดการวางแผนชีวิตจะทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงจนนำไปสู่ความท้อแท้และหมดกำลังใจในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะบริบทชุมชนเมืองที่โครงสร้างทางสังคมเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย จึงพบผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพทางจิตวิญญาณที่ไม่ดี (ร้อยละ 58.3) (Tupanich et al., 2019)

3.2 ด้านการดำเนินชีวิต (Lifestyle) ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งเรื่องการขาดผู้ดูแล การสื่อสาร ค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งปัญหาในการดำเนินชีวิตที่พบบ่อย ได้แก่ 1) การเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม (Accidental Fall) จากความไม่แข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ การมองเห็นลดลง และความคิดความจำที่บกพร่อง เป็นต้น การล้มในผู้สูงอายุอาจมีอาการตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อยจนมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม จำนวน 1,258 คน (Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. Information report of Health Personnel, 2018; Srenaul & Kanokthet, 2021) 2) ปัญหาความคิดความจำ ความเสื่อมจากวัยสูงอายุจะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลงจนเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ส่งผลกระทบโดยตรงกับการรู้คิด ความจำ พฤติกรรม บุคลิกภาพ การดำเนินชีวิตประจำวันและการอยู่ร่วมกันในสังคม (Dekhtyar, 2015; Anundilokrit, 2021) 3) การขาดผู้ดูแล จากวิถีการดำเนินชีวิตและสภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปผู้สูงอายุต้องอยู่อาศัยตามลำพัง โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี 2567 (National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society, 2024) และ 4) การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ความเสื่อมทางด้านร่างกายทำให้ความสามารถในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพลดลง ต้องอาศัยผู้ดูแลที่เป็นครอบครัวให้ความช่วยเหลือจึงมีปัญหาด้านการเข้าถึงระบบบริการ นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การนัดตรวจหรือเลื่อนนัด

แบบออนไลน์ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หรือการขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น เนื่องจากผู้สูงอายุขาดทักษะทางเทคโนโลยีสารสนเทศจึงจำเป็นต้องใช้บุตรหลาน ครอบครัวช่วยเหลือ

3.3 ด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต (Life Security) พบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนยังขาด

การวางแผนเรื่องเศรษฐกิจ การออมเงิน หรือหารายได้ชดเชยเมื่อเกษียณอายุ การวางแผนเรื่องที่อยู่อาศัย และการป้องกันทรัพย์สินจากโจรผู้ร้าย สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งจำเป็นด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุต้องหารายได้เลี้ยงครอบครัวหรือตนเอง ร้อยละ 43.5 ด้านรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับ พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้พอเพียงเป็นบางครั้ง ร้อยละ 26.0 รายได้ไม่พอเพียง ร้อยละ 16.3 และมีรายได้เหลือออม ร้อยละ 5.8 (National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society, 2024) นอกจากนี้ยังพบผู้สูงอายุถูกทำร้ายและถูกหลอกลวงผ่านทางโทรศัพท์และโซเชียลมีเดียซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

ปัจจุบันการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุยังถูกละเลยไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร จึงเกิดปัญหาตามมาในวัยสูงอายุ เมื่อพิจารณา พบว่า ปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและมีความแตกต่างกันตามบริบทของบุคคล เบื้องต้นสามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยเป็นประเด็นหลักๆ ดังนี้

4.1 ความรู้และทัศนคติต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดี

เป็นจุดเริ่มต้นของรับรู้ การเปิดใจและเกิดการคล้อยตามต้นแบบหรือการชักนำของบุคลากรทางการแพทย์/สังคม จนเกิดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior – TPB) (Ajzen, 1991) จากความเข้าใจเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงสู่วัยสูงอายุและทัศนคติที่ดี สะท้อนความจริงที่ตนเองต้องพบเจอเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบัน กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจึงมีแนวโน้มที่จะเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ซึ่งทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ (Nopnarin, 20202)

4.2 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียม

ความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ (Nopnarin, 20202) โดยการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านทรัพยากร ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมิน โดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นสิ่งจำเป็นในการส่งเสริมให้บุคคลเล็งเห็นความสำคัญและนำไปสู่การปฏิบัติ แต่ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังขาดการสนับสนุนและการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะทำให้กลุ่มเป้าหมายและครอบครัวได้รับการกระตุ้นเตือน แต่การสนับสนุนและประชาสัมพันธ์ดังกล่าวยังไม่มีประสิทธิภาพจึงทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่เล็งเห็นความสำคัญ

4.3. ปัจจัยส่วนบุคคล บุคคลมีคุณลักษณะส่วนบุคคลและอาศัยอยู่ในบริบทที่แตกต่างกัน

โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ ประกอบด้วย โรคประจำตัว ระดับการศึกษา สภาพเศรษฐกิจ จำนวนสมาชิกที่อาศัยร่วมกัน สถานภาพสมรส ความพร้อมของผู้ดูแล เป็นต้น (Chiewchan, 2021; Keawhuai et al., 2022) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันเห็นได้หากไม่มีการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจตั้งแต่วัยผู้ใหญ่จะทำให้เมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุจะเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีที่อยู่อาศัย รายได้ไม่เพียงพอทำให้ลดโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพและเกิดความไม่มั่นคงในชีวิตตามมา



5. แนวทางจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาพะ

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาพะ ควรเน้นการจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและบริบทในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม โดยเริ่มตั้งแต่การศึกษาความต้องการจำเป็นที่เป็นเครื่องมือช่วยในการค้นหาปัญหาและความต้องการตามสภาพจริง การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การดูแลสุขภาพภาคประชาชน (Popular sector) การดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional sector) การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Folk sector) ทั้ง 3 ส่วน มีความสัมพันธ์กัน แนวทางจัดบริการสุขภาพฯ สามารถสรุปได้ดังนี้

5.1 การดูแลสุขภาพภาคประชาชน (Popular sector) เป็นการจัดบริการสุขภาพระดับ

ปฐมภูมิที่ทีมสหวิชาชีพเน้นการพัฒนาศักยภาพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยผู้ใหญ่อยู่ระหว่าง 45-59 ปี เน้นสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก และทักษะที่จำเป็นสำหรับการเป็นผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำไปสู่สุขภาพะ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัย การดูแลสุขภาพตนเอง ความรอบรู้ทางสุขภาพ การจัดการกับความเครียด การเข้าถึงสิทธิสวัสดิการของผู้สูงอายุ การวางแผนด้านการเงิน ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น ซึ่งควรเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้มีความเข้าใจและเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับอนาคตร่วมกัน ซึ่งจะทำให้มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ลดช่องว่างระหว่างวัย และสร้างเข้มแข็งภายในครอบครัว ส่วนผู้นำชุมชนควรสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะเช่นเดียวกัน โดยเพิ่มการส่งเสริมความสามารถในการเป็นพี่เลี้ยงเพื่อให้สามารถติดตามดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้

5.2 การดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional sector) เป็นการจัดบริการสุขภาพ

ระดับปฐมภูมิโดยทีมสหวิชาชีพที่เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพหรือแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีความเฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพ เริ่มจากการวิเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพเพื่อค้นหาสิ่งที่ขาดและจำเป็นต้องปรับเปลี่ยน ตัวอย่างแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพมีดังนี้

- แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of A Health System)

(World Health Organization, 2010) ได้แก่ 1) การจัดบริการ (Service Delivery) หลักการสำคัญ คือ มุ่งเน้น “คน” เป็นศูนย์กลาง จึงต้องวิเคราะห์การจัดบริการเตรียมความพร้อมในปัจจุบัน แล้วจึงออกแบบและพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนบริการ จึงต้องวิเคราะห์ความเพียงพอของอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ 3) ระบบสารสนเทศ (Information System) มีความสำคัญในการเชื่อมโยงการสื่อสารข้อมูลต่างๆ จึงต้องวิเคราะห์ความครอบคลุม ความถูกต้อง แม่นยำ และการ update 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Medical Products, Vaccines & Technologies) วิเคราะห์ความเพียงพอและความสามารถในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ยา วัคซีน และเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพที่จำเป็นมีความปลอดภัยและคุณภาพ 5) การบริหารจัดการงบประมาณ/ การเงินการคลัง (Financing) วิเคราะห์ความเพียงพอในการจัดสรรงบประมาณที่ใช้ในซื้อยาและเวชภัณฑ์ การสร้างขวัญ กำลังใจ/ แรงจูงใจของบุคลากร ความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพที่จำเป็น และ 6) ภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบ (Leadership/Governance) วิเคราะห์บทบาทผู้นำในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวัง และการกำกับดูแล

- แนวคิด Six Building Block Plus One ได้แก่ ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (Leadership and Governance) ระบบบริการสุขภาพ (Service Delivery System) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information System) การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น (Access to Essential Medicines and Health Technology) การเงิน การคลังและการแบ่งปันทรัพยากร (Financing System) ระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) (Sirilak, 2021) ซึ่งข้อมูลที่ได้จาก 2 แนวคิดนี้ จะมีความเฉพาะเจาะจงกับพื้นที่และสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

- แนวคิด PEST Model (Political Economic Sociocultural Technological) เป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทสังคมปัจจุบันที่มีปัจจัยที่หลากหลาย ซึ่งส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการเมือง (Politics) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (Economics) ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-Cultural) และปัจจัยด้านเทคโนโลยี (Technology) เพื่อค้นหาโอกาส (Opportunity) และภาวะคุกคามที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน (Threat) (Ho, 2014) ข้อมูลที่ได้จะสามารถนำมาใช้ในการพัฒนา/ ปรับปรุงการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุฯ ต่อไป

นอกจากแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพข้างต้น ยังมีแนวคิดที่นิยมใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ ซึ่งแต่ละแนวคิดมีหลักการและแนวทางการประยุกต์ใช้แตกต่างกัน การใช้เลือกใช้จึงต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ตัวอย่างแนวคิดที่ได้รับความนิยมดังนี้

1) แนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก (WHO's Integrated People-centered Health Services: IPCHS) ดำเนินการตาม กลยุทธ์ 5 ข้อ ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์และสร้างพลังให้กลุ่มประชากรและชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ (Engaging and empowering people and communities) การสร้างความเข้มแข็งให้กับการอภิบาลระบบและความรับผิดชอบภายในระบบสุขภาพ (Strengthening governance and accountability) การปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย (Reorienting the model of care) การประสานงานการจัดบริการสุขภาพทั้งในระบบสุขภาพและภาคส่วนอื่น (Coordinating services within and across sectors) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ (Creating an enabling environment)

2) แนวคิดระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อและการแบ่งระดับของบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ (Primary care services) เป็นการจัดบริการสุขภาพระดับพื้นฐานสำหรับดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนที่พบได้บ่อย และไม่มีภาวะซับซ้อน ระดับทุติยภูมิ (Secondary care services) เป็นการจัดบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนและต้องการทรัพยากรมากกว่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระดับตติยภูมิ (Tertiary care services) เป็นการจัดบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนและต้องการทรัพยากรหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ในขั้นสูง ให้บริการรักษาโรคที่มีความซับซ้อนและวินิจฉัยโรคได้ยากโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ (Seamless care) เป็นการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาความไม่ครอบคลุมการจัดการบริการสุขภาพอีกหลายลักษณะที่มุ่งตอบสนองปัญหาสุขภาพ

5.3 ระบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Folk sector) เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ในการดูแลสุขภาพโดยเน้นทุนทางสังคม เช่น ทุนศักยภาพมนุษย์ที่เป็นแพทย์แผนไทยพื้นบ้าน ทุนวัฒนธรรมที่ส่งผลในการดูแลสุขภาพ เช่น การประยุกต์การรำพื้นบ้านในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารพื้นบ้านที่มีประโยชน์ เป็นต้น ซึ่งทุนทางสังคมเป็นต้นทุนสำคัญที่มีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ซึ่งจะช่วยส่งเสริมในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ



6. ประเด็นท้าทายในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ

จากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ แนวทางจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ผู้สูงอายุ และบริบทการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน สามารถสรุปประเด็นที่มีความท้าทายในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ แบ่งเป็น 3 ด้าน หลักๆ ดังนี้

6.1 การจัดการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้รับบริการ การจัดการบริการสุขภาพที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคมและไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการจะไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงเนื่องจากขาดการยอมรับ ดังนั้นการจัดการบริการที่ตอบสนองจึงควรเริ่มต้นจากการศึกษาความต้องการจำเป็นด้วยการสอบถามความคาดหวังกับสภาพที่เป็นจริงจากทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นสารสนเทศที่สะท้อนสภาพบริบทที่เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญอันนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหามีความเฉพาะเจาะจงและตรงตามสภาพความเป็นจริง (Wongwanich, 2019)

6.2 การส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ การสร้างทัศนคติที่ดีมีความสำคัญและท้าทาย เนื่องจากทัศนคติที่ดีเป็นจุดเริ่มต้นของการเปิดใจยอมรับและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจุบันมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เช่น สภาพเศรษฐกิจที่ต้องเร่งรีบแข่งขันทำให้ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมการขาดความรู้ความเข้าใจจึงไม่เล็งเห็นประโยชน์ การขาดการวางแผนชีวิตที่ดี และการขาดวินัยในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น ปัจจัยที่กล่าวนี้เป็นส่วนประกอบ แต่สาเหตุหลัก คือ การมีทัศนคติที่ไม่ดีจึงไม่เปิดใจยอมรับ ซึ่งทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ (Nopnarin, 2020) ดังนั้นการสร้างทัศนคติที่ดีจึงเป็นประเด็นที่ท้าทายในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ

6.3 การสร้างศักยภาพระดับบุคคลให้มีความพร้อมเป็นผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ นอกจากการสร้างทัศนคติที่ดีแล้ว การส่งเสริมศักยภาพระดับบุคคลเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างมาก เนื่องจากการสร้างสุขภาวะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งบุคคล ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ การส่งเสริมศักยภาพจึงถือเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน และสร้างความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี แต่ปัจจุบันทักษะที่จำเป็นในการสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการอำนวยความสะดวกมากขึ้น ตัวอย่างทักษะที่จำเป็น เช่น ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ทักษะการจัดการความเครียด ทักษะทางสุขภาวะ และทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นต้น ดังนั้นการสร้างศักยภาพระดับบุคคลจึงเป็นประเด็นท้าทายในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ

6.4 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนควรเริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมวางแผนและตัดสินใจ (Decision - Making) การมีส่วนร่วมปฏิบัติตามแผนงาน (Implementation) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล (Evaluation) (Cohen & Uphoff, 1980) ซึ่งการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนจะช่วยสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง และเกิดความรับผิดชอบร่วมกันนำไปสู่ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมและสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืนได้ (Sringam, et al., 2019) ส่วนการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ควรเน้นการร่วมขับเคลื่อนในส่วนที่หน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการสุขภาพ

6.5 การสร้างต้นแบบสุขภาวะ การสร้างต้นแบบสุขภาวะเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาวะดีในชุมชนเป็นพี่เลี้ยง และช่วยขับเคลื่อนประชาสัมพันธ์

ประโยชน์ และสร้างวัฒนธรรมชุมชนในการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดีและเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งประเด็นนี้เป็นความท้าทายที่ต้องดำเนินการในปัจจุบัน

7. ปัจจัยเงื่อนไขสู่ความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

ปัจจัยและเงื่อนไขสู่ความสำเร็จในการขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมทุกระดับทั้งระดับบุคคล ชุมชน และนโยบาย ตัวอย่างปัจจัยและเงื่อนไขสู่ความสำเร็จสรุป ได้ดังนี้

7.1 การมีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็น การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลให้บุคคลเกิดกระบวนการคิด ความสนใจในการฝึกทักษะที่จำเป็นและเรียนรู้ โดยความรู้และทักษะที่จำเป็น ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงตามวัย การดูแลสุขภาพตนเอง ความรอบรู้ทางสุขภาพการจัดการกับความเครียด การเข้าถึงสิทธิสวัสดิการของผู้สูงอายุ การวางแผนด้านการเงิน ทักษะด้านการสื่อสาร และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น

7.2 การสร้างทัศนคติที่ดี การมีทัศนคติที่ดีต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากทัศนคติเป็นพื้นฐานและความรู้สึกที่ใช้ประกอบการตัดสินใจ เมื่อบุคคลรับรู้และมีทัศนคติที่ดีกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะมีแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองจึงกล่าวได้ว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ (Glasman & Albarracín, 2006) หากบุคคลมีความทัศนคติที่ดีและยอมรับต่อความเปลี่ยนแปลงเป็นผู้สูงอายุในอนาคตจะทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ (Chiewchan, 2021) และนำไปสู่ความตระหนัก เล็งเห็นความสำคัญในการเตรียมตัว จึงมีแนวโน้มที่บุคคลจะเข้าร่วมกิจกรรมหรือปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

7.3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การดำเนินชีวิตของบุคคลมีความแตกต่างกัน จากสถานะและสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี เป็นวัยที่ต้องรับผิดชอบครอบครัวและมีบทบาทหน้าที่ในการหารายได้ให้แก่ครอบครัว ซึ่งรายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อโอกาสในการเตรียมความพร้อมด้านการเงินและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Keawhuai, 2022) โดยการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House et al. (1988) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านทรัพยากร ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมิน จะช่วยให้บุคคลได้รับกำลังใจ การอำนวยความสะดวก ข้อมูลข่าวสารที่สามารถใช้ในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถทำนายการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ (Nopnarin, 20202)

7.4 การมีทุนทางสังคม ทุนทางสังคมในชุมชนถือเป็นสิ่งสนับสนุนที่มีความโดดเด่นในการช่วยขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยทุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ ทุนศักยภาพมนุษย์ และทุนวัฒนธรรม ซึ่งทุนศักยภาพมนุษย์ ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มจิตอาสา และต้นแบบผู้สูงอายุสุขภาพดี หากชุมชนมีทุนศักยภาพมนุษย์ดังกล่าวนี้จะเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยสร้างความตระหนักและประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่เป็นลูกหลานในชุมชนเกิดการรับรู้และความตระหนักในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือแสวงหาความรู้ และพยายามทำความเข้าใจแนวทางการพร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนทุนวัฒนธรรมเป็นการสืบสานต่อยอดวัฒนธรรมปะเพณีในชุมชน การที่ผู้สูงอายุในครอบครัวและผู้นำชุมชนเป็นต้นแบบในการเตรียมความพร้อมฯ มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะนำไปสู่วัฒนธรรมของชุมชน

7.5 การมีเครือข่ายความร่วมมือ การมีเครือข่ายทำงานร่วมกันที่มีจุดหมายเดียวกัน คือ การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ ถือเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการขับเคลื่อน



การเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเครือข่ายความร่วมมือควรเป็นหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชนข้างเคียงเพื่อให้สามารถช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกมิติ

7.6 การมีนโยบายและระบบบริการสุขภาพ การมีนโยบายสนับสนุนการเตรียมความพร้อม

พร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยสูงอายุจะช่วยส่งเสริมให้การจัดการที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมมากขึ้น นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์อย่างแพร่หลายจะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยสูงอายุตอนปลายมีทัศนคติ การรับรู้ และมีความกระตือรือร้นในการหาความรู้ และเข้าร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

7.6 การมีแหล่งสนับสนุน การสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและการอำนวยความสะดวก

ในการเข้าร่วมโครงการมีความสำคัญ เนื่องจากกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีหน้าที่ทำงานเพื่อหารายได้เข้าสู่ครอบครัว จึงอาจทำให้ไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมฯ การสนับสนุนด้านงบประมาณ และการอำนวยความสะดวกด้านการเดินทาง หรืออาจปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดกิจกรรมให้มีทั้งแบบออนไซต์ (on-site) และแบบออนไลน์ (online) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเลือกเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามความสะดวก

สรุป

จากที่กล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ ความรู้และทัศนคติต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล แนวทางจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาวะ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การดูแลสุขภาพภาคประชาชน (Popular sector) การดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (Professional sector) การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน (Folk sector) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยปัจจัยเงื่อนไขสู่ความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ การมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็น การสร้างทัศนคติที่ดี การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การมีทุนทางสังคม การมีเครือข่ายความร่วมมือ การมีนโยบายและระบบบริการสุขภาพ และการมีแหล่งสนับสนุน

References

- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior*. University of Massachusetts at Amherst. Massachusetts: Organizational Behavior And Human Decision Processes.
- Anundilokrit, P. (2021). Dementia. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(37), 392-398.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*.
- Chiewchan, J. (2021). preparation for life in the elderly of government officials under The Ministry Of Public Health, Uthai Thani Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS*, 4(2), 50-66. (in Thai)
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World development*, 8(3), 213-235.
- Dekhtyar, S., Wang, H. X., Scott, K., Goodman, A., Koupil, I., & Herlitz, A. (2015). A life-course study of cognitive reserve in dementia from childhood to old age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(9), 885-896.

- Department of Older Persons .(2020). *Statistics of the elderly in Thailand, 77 provinces as of December 31, 2020*. https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610815306-335_0.pdf (in Thai)
- Department of Older Persons .(2024). *Number of elderly Thai classified by province in 2024*. https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2559 (in Thai)
- Glasman, L. R., & Albarracín, D. (2006). Forming attitudes that predict future behavior: a meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychological bulletin*, 132(5), 778–822.
- Henderson, L., & Knight, T. (2012). *Integrating the hedonic and eudaimonic perspectives to more comprehensively understand wellbeing and pathways to wellbeing*.
- Ho, J. K. K. (2014). Formulation of a systemic PEST analysis for strategic analysis. *European academic research*, 2(5), 6478-6492.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of sociology*, 14(1), 293-318.
- Jarsozeh, G., Yrahmadi, Y., Ahmadian, H., & Akbari, M. (2023). Developing a causal model of academic well-being based on motivational self-regulation and emotional self-efficacy with mediating role of academic hardiness in students. *Journal of School Psychology*, 12(2), 74-59.
- Keawhuai, N., Kaewsawat, S., Petsirasan, R., Sathirapanya, C. (2022). Factors influencing preparedness among pre-elderly population living in Muang District, Suratthani Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 172-185. (in Thai)
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry (Vol. 3)*. Univ of California Press.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The gerontologist*, 23(4), 349-357.
- National Statistical Office. (2024). Number of health personnel by region and province 2023–2024. <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/Th/05.aspx>. (in Thai)
- National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society .(2024). *The 2024 survey of the older persons in Thailand*.
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20241209145003_27188.pdf
- Nopnarin, W. (20202). *Factors influencing the elderly retirement preparation behavior in Muang district, Phitsanulok province*. Master of Public Health Thesis, Naresuan University. (in Thai)



- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Positive psychology, positive prevention, and positive therapy*. Handbook of Positive Psychology
- Srenaul, P., & Kanokthet, T. (2021). Accidental fall in elderly: Thai elderly confidence dangers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(2), 65-70. (in Thai)
- Sringam, C., Thoucharee, S., Pimpaphan, T., & Budchan, S. (2019). Model of the community participation for health promotion of the elderly, Nonthaburi Province. *Academic Journal Phranakhon Rajabhat University*, 10(1), 59-73.
- Sriyasak, A., Sridawruang, C., Sriring, P., Nitkhamhan, B., Chatchumni, M., Khaonuan, B., & Sarakshetrin, A. (2023). *Policy briefs to service management in health promotion hospital after transfer to provincial administrative organization*. <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/6087/hs3127.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (in Thai)
- Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. Information report of Health Personnel, Ministry of Public Health. (2018). http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/HR-Report-2561-up130164.pdf. (in Thai)
- Thanaboonpuang, P. (2022). Health care and quality of life for the older adults in next normal. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 2(1), 74-84. (in Thai)
- Tupanich, W., Chaialap, S., Chaialap, K. (2019). Problems and needs of older adults living in urban area, Bangkok. Metropolitan Vajira Medical Journal: *Journal of Urban Medicine*, 63(Supplement), S83-S92. (in Thai)
- Wasi, P. (2002). *Social health to a peaceful society, people can share suffering*. Nonthaburi: Office of National Health System Reform and Health Systems Research Institute
- Wongwanich, S. (2019). *Need assessment*. 4 edition. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Operational Framework for Primary Health Care Transforming Vision Into Action*.