

ผู้สูงอายุ กับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ดร. ดุษฎี เจริญสุข *

บทคัดย่อ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในสังคมอย่างต่อเนื่องใน 2-3 ทศวรรษนี้ นับเป็นความท้าทายต่อการพัฒนานโยบายและการให้บริการด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมตามบรรทัดฐาน รวมทั้งความแตกต่างของความต้องการของบุคคล ส่งผลต่อการจัดการด้านสุขภาพในการให้การดูแลและการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ การสนองตอบต่อความต้องการดังกล่าวไม่สามารถให้เป็นความรับผิดชอบของระบบหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่งเพียงองค์กรเดียว เพราะการมีสุขภาพดีและการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ไม่ได้ประกอบขึ้นด้วยการมีระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีอย่างเดียว แต่ต้องประกอบด้วยการมีระบบเศรษฐกิจและการมีรายได้ การมีระบบการช่วยเหลือที่มั่นคง การมีที่พักอาศัยที่เหมาะสมและระบบการเดินทางคมนาคม ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพิงตนเองได้อย่างมีศักดิ์ศรี รวมทั้งการประเมินความต้องการเพื่อใช้ในการตัดสินใจ ให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งการให้ผู้สูงอายุได้ร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพและสมดุลระหว่างการให้ความช่วยเหลือและการพึ่งพิงตนเองของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

Contemporary Aging and Community Health Promotion

Assist. Prof. Dusadee Charoensuk, Ph.D.

Abstract

The rapid increasing ageing population in these 2 decades challenges the health policy and social welfare development for keeping standard of their quality of life. Most aging persons desire to remain living in the community; but those receiving care are often at risk of not having their needs met. Families may find themselves not be able to care for their older relatives, while formal services are often unavailable or in accessible. Policies and services are beginning to focus on the community rather than institutions as the primary axis of care. Need assessment of aging people for care, right, and support decision with their self determinations are necessary for efficiency support and balance between health support and self reliance of aging.

Keywords : Aging, Health promotion

จากคุณค่าดั้งเดิมและความเชื่อในสังคมไทย ที่ให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักและการดูแลที่เป็นภาระของคู่ครอง หรือครอบครัวที่กระทำในอดีต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน จากรูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลต่อระบบการดูแลดั้งเดิมที่มีประสิทธิภาพและกลายเป็นวงจรของปัญหาที่ต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นบรรทัดฐานสำหรับผู้สูงอายุทุกคนและทุกกลุ่มให้สามารถเข้าถึงการบริการและการช่วยเหลือได้ จำเป็นต้องมีการจัดทำนโยบายที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติได้จริง ทั้งระบบการดูแลด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย กองทุนค่าใช้จ่ายและการช่วยเหลือ การมีระบบบริการที่สะดวกต่อการเข้าถึงและระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทั้งจากบ้านสู่สถานพยาบาล ตลอดจนถึงการกลับสู่บ้านและชุมชน

หลักการทำงานด้านสุขภาพ ต้องตระหนักและมีแนวคิดการดำเนินงานบนพื้นฐานของหลักการที่สำคัญ ๆ ดังต่อไปนี้ คือ หลักสิทธิมนุษยชน หลักการให้คุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักความเป็นธรรมทางสังคม หลักการไม่เลือกปฏิบัติในชนชาติ สีผิว เพศ ความโน้มเอียงทางเพศ อายุ ศาสนา สัญชาติสถานภาพสมรส ความเชื่อทางการเมือง ความพิการ คุณลักษณะส่วนบุคคล เงื่อนไขทางวัฒนธรรม หรือ เงื่อนไขอื่น ๆ

ปัจจัยที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในสังคม ต้องคำนึงปัจจัยเหล่านี้ คือ 1) การศึกษา (education) 2) สุขภาพอนามัย (health) 3) ที่อยู่อาศัย (housing) 4) การทำงานและการมีรายได้ (employment and income maintenance) 5) ความมั่นคงทางสังคม (social security) 6) บริการสังคม (general social service) และ 7) นันทนาการ (recreation)

นโยบายของการให้บริการผู้สูงอายุ (Policy Affecting Aging Care) นโยบายเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนคุณค่าและแนวคิดของสังคมต่อการให้การให้ความช่วยเหลือและการบริการ ในสหรัฐอเมริกา เริ่มมี Older Americans Act ในปี 1965 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในแง่ของรายได้ ที่อยู่ การจ้างงาน การเกษียณอายุจากการทำงานและการให้บริการของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีอิสรภาพ (Independence) และเสรีภาพ (freedom) และสามารถที่จะวางแผนและจัดการชีวิตของตนเองได้ ตั้งแต่ปี 1970 the Older Americans Act มีเป้าหมายที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจมากที่สุด โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านสังคม (social factor) ที่ประกอบด้วยปัญหาทางด้านภาษา การสื่อสาร ความแตกต่างทางวัฒนธรรม การขยายตัวทางสังคม และการขยายตัวโดยสภาพภูมิศาสตร์ที่อยู่อาศัย ความแตกต่างทางเชื้อชาติ สีผิว (ethnicity and race) รวมทั้งปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังพบว่า การให้การช่วยเหลือของภาครัฐ ทั้งทางด้านกายภาพและเงินช่วยเหลือแบบต่อเนื่องต่อผู้สูงอายุ คนพิการที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่ายังไม่ครอบคลุมทั่วถึง

ค่านิยมทางสังคม (Social Values) ต่อการให้คุณค่าและตอบแทนผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญ ต่อนโยบายและการพัฒนานโยบาย ถ้าเป้าหมายของนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ คือ การช่วยให้ผู้สูงอายุ ดำรงอยู่ในสังคมได้ โดยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้าน และได้รับบริการที่มีคุณภาพ ที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งการทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกถึงความเป็นอยู่ที่ดีและการมีอิสรภาพให้มากที่สุดสิ่งเหล่านี้ จะเกิดจากการให้คุณค่าต่อผู้สูงอายุของสังคม (Home and community based services)

ในปี 1975 สหรัฐอเมริกาได้มีการพัฒนานโยบายเกี่ยวกับการบริการด้านที่อยู่อาศัยและการเดินทาง (Transportation and Home services) แก่ผู้สูงอายุ และในปี 1978 ได้แบ่งกลุ่ม การให้บริการทางสุขภาพและสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (Cox, 2005, p. 49) 1) การเข้าถึงการบริการ (Access services) ประกอบด้วย ระบบการขนส่งและการเดินทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้ง ระบบการส่งต่อผู้สูงอายุ ไปยังสถานที่บริการที่เหมาะสม (Transportation, outreach, information and referral) 2) การให้บริการที่บ้าน (in-home services) ประกอบด้วย การให้บริการตรวจ สุขภาพที่บ้าน การให้บริการ โดยมีผู้มาทำความสะอาดบ้าน ดูแลบ้าน การมีระบบสื่อสารที่สะดวก และ 3) การให้บริการทางกฎหมาย (legal services) การให้บริการและการช่วยเหลือด้านกฎหมาย

ในปี 1987 การให้การช่วยเหลือได้พัฒนามากขึ้น ทั้งการวางแผนการดำเนินงานในกลุ่ม frail elderly โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทั้งจากปัญหาพยาธิสภาพของร่างกาย ปัญหาของระบบสมอง หรือเป็นโรค Alzheimer's รวมทั้งการให้ความสำคัญกับสิทธิผู้สูงอายุ (Elder rights) ฯลฯ และในปี 1992 ได้เพิ่มการป้องกันการล่วงละเมิด และถูกละทิ้ง (abuse and neglect) ผู้สูงอายุด้วย

ปี 2000 ได้พัฒนากฎเกณฑ์ที่มุ่งเน้นชนกลุ่มน้อยที่ยากจนและผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในชนบท ทั้งการ ได้รับการดูแลที่บ้านและความต่อเนื่องของการบริการ รวมทั้งได้พัฒนาการให้บริการพื้นฐาน 5 ด้าน สำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว ประกอบด้วย 1) ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการบริการ (Information about services) 2) การให้ความช่วยเหลือเพื่อเข้าถึงการได้รับการบริการ (assistance in gaining access to supportive services) 3) การให้คำปรึกษารายบุคคล (individual counseling) การช่วยเหลือรายกลุ่ม (support groups) และการฝึกหัดผู้ให้การดูแล (caregiver training) 4) การให้การช่วยเหลือเร่งด่วนในช่วงที่มีปัญหา (respite care) และ 5) การให้การช่วยเหลือเพิ่มเติมตามความต้องการของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

การใช้บริการ (Service Utilization) รูปแบบการยอมรับบริการของผู้สูงอายุจาก ภาครัฐขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยหลัก (Anderson & Newma, 1973 อ้างใน Thompson, 2005, p. 66) 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ได้แก่ ลักษณะทางสังคมประชากร (Socio-demographic

characteristics), ทศคติ (attitudes), และประสบการณ์เดิมที่ได้รับของผู้สูงอายุ (previous experiences) 2) ปัจจัยเสริม (Enable factor) ประกอบด้วย การคมนาคม (transportation), รายได้ (income), การทำประกัน (insurance) และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และ 3) ความต้องการที่จำเป็น (Need) จะขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยนำที่กล่าวมาข้างต้น

นอกจากนี้ การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผู้สูงอายุและประชาชนโดยทั่วไปทราบเพื่อการเข้าถึงการบริการมีความสัมพันธ์สูงกับการได้รับการบริการ รวมทั้งการมีเครือข่ายทางอินเทอร์เน็ตและการมีเครือข่ายทางสังคม

ระบบข้อมูลและการส่งต่อ (Information and Referral System) ระบบการให้ข้อมูลข่าวสารและการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการบริการที่เหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้ง มีประเด็นของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่เข้าใจระบบและตระหนักถึงวิธีการส่งต่อผู้สูงอายุ เพื่อทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ

การเดินทาง (Transportation) การพัฒนาระบบการให้บริการขนส่งมวลชน “ที่เข้าใจเข้าถึง” ความต้องการของผู้สูงอายุ การมีระบบบริการที่ตอบสนองต่อการเดินทางของผู้พิการและผู้สูงอายุ และสามารถคาดการณ์ในอนาคตได้ว่าการใช้บริการขนส่งของผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนมากขึ้น

การให้การดูแล (Care management) การให้บริการจะมีกระบวนการเริ่มด้วยการประเมินสถานะของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสถานะทางการเงิน ตามด้วยการวางแผนการให้การดูแลช่วยเหลือ รวมทั้ง การบริหารจัดการการประสานงานและการประเมินผล การให้บริการถึงคุณภาพและความพอเพียงของการให้บริการทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสถาบันของการให้บริการผู้สูงอายุ

โดยมุมมองทางทฤษฎี (Theoretical Perspectives) ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จะมองในบริบทของสัมพันธภาพของการให้บริการ เพื่อให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้รับการพัฒนาอย่างดีและมีประสิทธิภาพดังต่อไปนี้

ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange) กับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนมองว่า ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเกิดจากการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคล 2 กลุ่มที่จะเสาะแสวงหาผลตอบแทน (reward) ให้เกิดมากที่สุดและเกิดค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (minimize costs) (Dowd, 1980 อ้างใน Thompson, 2005, p. 112) การเป็นผู้สูงอายุทำให้เพิ่มภาระพึ่งพิง ดังนั้น ผู้สูงอายุจะลดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลง รวมทั้งการขาดอำนาจในทางเศรษฐกิจอาจส่งผลต่อความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิง สำหรับในสังคมตะวันออก การมีสัมพันธภาพและความผูกพัน ในครอบครัว

ที่ส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่น เป็นส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกปลอดภัย ไม่ถูกทอดทิ้ง และการได้รับการดูแลเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็คงยังดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง แต่ก็มีประเด็นของการดูแลที่ต้องคำนึงว่าบุคคลต้องการดำรงสถานะและบทบาทที่ตนเองพอใจและคุ้นเคย และทำให้ส่งผลต่อผู้ให้การดูแลได้

มุมมองของสตรีนิยมกับการดูแลผู้สูงอายุ (Feminism and caregiving)

ทฤษฎีสตรีนิยม ได้กล่าวถึงวัฒนธรรมและสังคม ส่งผลต่อสถานะภาพทางเพศ สัมพันธภาพระหว่างเพศ บรรทัดฐานและบทบาทที่เกี่ยวข้องระหว่างเพศ สังคมวิทยาผู้สูงอายุสตรีได้ตรวจสอบเกี่ยวกับเพศสถานะพบความไม่เท่าเทียมระหว่างเพศ ในการดำรงสถานะของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงการทำงานที่ไม่ได้รับรายได้ ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการกล่อมเกลางานสังคม ในความรู้สึกของบทบาทและความรับผิดชอบที่มีต่อภาระงานในครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุ

จากข้อมูลและสถิติพบว่า ผู้ดูแลในระดับแรกคือคู่สมรส ตามด้วยบุตรคนโต เครือญาติ และเพื่อน และพบว่าคู่สมรสที่เป็นผู้ให้การดูแลเป็นสตรีที่เป็นภรรยา และรวมทั้งบุตรสาวคนโตมากกว่าเพศชาย และเป็นงานที่เพิ่มขึ้นจากการทำงานปกติทั่วไป ทั้งงานในบ้านและงานนอกบ้าน และยังพบว่าส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพเสื่อมลง ทั้งจากการไม่ได้พักผ่อน มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต รวมทั้งส่งผลให้สูญเสียและตีมูลค่าเพิ่มมากขึ้น

จากสถิติในสหรัฐอเมริกา พบว่า สตรีที่ทำงานและต้องดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านการเงินและการทำงานดังนี้ (Metropolitan Life Insurance Company, 1999 อ้างใน Thompson, 2005) ร้อยละ 33 ของผู้หญิงทำงานที่เพิ่มภาระงานดูแลผู้สูงอายุ ต้องลดจำนวนชั่วโมงทำงานที่มีรายได้ลง ร้อยละ 22 ของผู้หญิงทำงาน ต้องลาหยุดงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 ของผู้หญิงทำงาน เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาเป็นทำงาน part time ร้อยละ 16 ของผู้หญิงทำงานต้องลาออกจากงาน และ ร้อยละ 13 ของผู้หญิงทำงานขอลาออกก่อนเกษียณ และยังพบว่า ความรู้สึกด้านบวกของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญ เช่น ความรู้สึกที่ได้แสดงความรัก ได้ตอบแทนความดีงาม ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกภาคภูมิใจและลดความรู้สึกเบื่อหน่ายได้

ความท้าทายกับการดูแลผู้สูงอายุในสังคมปัจจุบัน(New Responses in Community Care:The Challenger of Caring for an Aging Society) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระด้วยตนเองและมีบทบาทตามความเหมาะสมในสังคม ต้องการกระบวนการหลาย ๆ ระดับในชุมชน สังคม และรัฐ เช่น การดูแลด้านสุขภาพทั้งที่บ้านและในสถานพยาบาล การมีกฎหมายที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสังคม และระบบเศรษฐกิจที่เอื้ออำนวย

ความหลากหลายทางสังคมและบทบาทขององค์กรบริการสังคมต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Diversity and Organizational Performance) ในรอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงของสังคมส่งผลต่อความหลากหลายขององค์กรในด้านการบริการมนุษย์ไปสู่ประเด็นสำคัญในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร การจัดการและกลุ่มคนทำงาน รวมทั้ง ผู้รับบริการและชุมชนที่เกี่ยวข้อง (Hyde, 2004; McNeely, Sapp & Meyer, 1998 อ้างใน Hasonfield, 2010, p. 341)

ในโลกยุคโลกาภิวัตน์องค์กรปัจจุบันต้องปรับตัวให้ทันต่อความหลากหลาย ที่ให้ความสำคัญต่อความไม่แบ่งแยกในเรื่องเพศ สีผิว เชื้อชาติ ศาสนา การให้โอกาสและความเท่าเทียม รวมทั้ง การส่งเสริมความยุติธรรมในสังคม องค์กรบริการมนุษย์จะให้บริการต่อผู้สูงอายุ บุคคล ชุมชน ซึ่งมีสัดส่วนของความหลากหลายสูง ดังนั้น บุคลากรในองค์กรจะสะท้อนความหลากหลายของการทำงานด้วย เพื่อให้สอดคล้องกับผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้น กล่าวโดยรวมได้ว่า องค์กรจะมีการปรับตัวและขับเคลื่อนจากภาวะที่เป็นอยู่เดิมไปสู่การทำงานให้สอดคล้องผู้รับบริการโดยการพัฒนากระบวนการทัศน์ ต่อการบริหารจัดการ 2 กระบวนทัศน์ ดังนี้ (Hasonfeld, 2010, pp. 343-346)

- 1) กระบวนทัศน์เกี่ยวกับทรัพยากรมนุษย์ (The human service (HR) paradigm) และ
- 2) กระบวนทัศน์เกี่ยวกับความหลากหลายของวัฒนธรรมองค์กร (The multicultural organization (MO) paradigm)

กระบวนทัศน์เกี่ยวกับทรัพยากรมนุษย์และกระบวนทัศน์เกี่ยวกับความหลากหลายของวัฒนธรรมองค์กร ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแนวคิด 4 แนวคิด คือ

- 1) เพิ่มความหลากหลาย (Diversity enlargement) ของบุคลากรในองค์กร โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่หลากหลายและเปลี่ยนแปลง

- 2) การตอบสนองต่อความหลากหลายและการเปลี่ยนแปลงในสังคม (Diversity sensitivity) โดยเพิ่มความหลากหลายของบุคลากรในองค์กร

- 3) เพิ่มความเข้าใจต่อความหลากหลายของวัฒนธรรมที่มีในสังคม (Cultural audit) ผู้ให้บริการ ควรมีความคุ้นเคยกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เพราะคำแนะนำสำหรับการแก้ปัญหาต้องอาศัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการ เช่น วัฒนธรรมการบริโภคอาหาร ประเพณีต่าง ๆ เป็นต้น

- 4) การมีกลยุทธ์เพื่อให้เป้าหมายขององค์กรประสบความสำเร็จ (Strategy for achieving organizational outcomes) การใช้กลยุทธ์ ของการมีความหลากหลายของบุคลากรในองค์กรที่ให้บริการกับมนุษย์ ผู้บริหารต้องมีความสามารถในการระบุมุมมองเกี่ยวข้องระหว่างวัตถุประสงค์ของ

การบริหารจัดการกับความต้องการของบุคคลและประสิทธิภาพของผลงานขององค์กร ซึ่งข้องเกี่ยวกับหลาย ๆ ปัจจัย ทั้งบริบทสภาพแวดล้อม สภาพทางเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม นโยบายและกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแม้ว่าความหลากหลายของทรัพยากรมนุษย์ในองค์กรจะมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานขององค์กร แต่พบว่าในแนวคิดข้อนี้ จะเชื่อมโยงระหว่างความหลากหลายของการจัดการและการเพิ่มความโดดเด่นของการทำงานขององค์กร

นอกเหนือจากแนวคิดระบบองค์กรในการให้การดูแลผู้สูงอายุ ในส่วนประเด็นผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายมีแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

ทฤษฎีเกี่ยวกับการเสื่อมสภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุ (Theoretical Perspectives on Impairment and Care)

1. ทฤษฎีทางสังคมของผู้สูงอายุ (Theories social gerontology) ประกอบด้วย(Cox, 2005, p. 9-18)

1.1 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะพบว่ามียุทธศาสตร์ที่ลดลง ดังนั้น ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเสาะแสวงหาการมีบทบาทและรูปแบบการดำเนินชีวิตผ่านกระบวนการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ความต่อเนื่องภายในและความต่อเนื่องภายนอก (internal and external continuity) (Atchley, 1989 อ้างใน Cox, 2005, p. 9) โดยความต่อเนื่องภายใน หมายถึง การดำรงอยู่ของแนวคิดบุคลิกภาพ (personality) ความชอบ (preferences) และความรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนของการรับรู้ความสามารถ การควบคุม และความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ความต่อเนื่องภายนอก หมายถึง การดำรงของบทบาททางสังคม (social roles) สัมพันธภาพและกิจกรรม ซึ่งความต่อเนื่องภายนอกจะมีความสำคัญต่อการมีเครือข่ายทางสังคมและการได้รับการช่วยเหลือและรวมทั้งอาจมีความสำคัญต่อการดำรงอยู่ของแนวคิดและหลักการการปฏิสังสรรค์กับสังคม รวมทั้งความต่อเนื่องของทักษะทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ตาม ความเสื่อมถอยทั้งของร่างกายและจิตใจ ก็เป็นอุปสรรคของความต่อเนื่องดังกล่าวได้ ซึ่งการดำรงไว้ซึ่งการมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง จิตใจที่สงบสดชื่น มีความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลง จะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

สภาพของร่างกายและความเสื่อมถอย (Physical conditions and Impairment) โดยทั่วไปสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี มีปัญหาทางด้านการปฏิบัติการกิจประจำวัน คือ โรคข้อกระดูกอักเสบ (arthritis) ภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) โรคปวดหลัง (back problem) ปัญหาการหายใจ ปัญหาสุขภาพจิต (Mental Health) ปัญหาสายตา (visual impairments) ปัญหาการได้ยินหรือเป็นลม เป็นต้น

ปัญหาความเสื่อมถอยของเซลล์สมอง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะปัญหาการถูกทำลายของสมองส่วนความรู้ ความจำ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease: AD) ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองและขาดความทรงจำที่จะเชื่อมโยงตนเองกับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ถึงแม้ว่าโรคนี้จะเกิดกับผู้มีอายุน้อยได้ แต่พบอุบัติการณ์ของโรคเกิดเป็น 2 เท่าในผู้สูงอายุมากกว่า 85 ปี

พบว่า การออกกำลังกายอย่างพอดีและสม่ำเสมอของผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อกระดูกและความสมดุลของร่างกาย จากงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชั้นเรียนการออกกำลังกาย 3 ครั้ง/อาทิตย์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง จะมีร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพจิตดีและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ถึงปีละ 600 เหรียญยูเอสดอลลาร์ห์ (Shephard, 1978 อ้างใน Cox, 2005, p. 8) การให้การศึกษาด้านกิจกรรมสุขภาพจะทำให้บุคคลมีความเชื่อที่ถูกต้อง ลดความเสี่ยงรวมทั้งการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะจัดการและปรับตัวต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจได้ดีกว่าผู้สูงอายุอื่น ๆ

1.2 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (symbolic interaction theory)

ความรู้สึกรู้สึกของความเป็นตัวตน (Identity) ของบุคคลจะพัฒนาและดำรงอยู่ผ่านขบวนการปฏิสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม (Mead, 1934 อ้างใน Cox, 2005, p. 10) บุคคลที่อ้างถึงเกี่ยวข้องและมีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคลใดบุคคลหนึ่งจะเป็นคนสำคัญ (key actors) ที่ส่งผลต่อการพัฒนาความเป็นตัวตนของบุคคลผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทำให้เกิดบทบาทที่เหมาะสมและแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง (self concept) ซึ่งนำไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ

ในผู้สูงอายุพบว่า ทฤษฎีนี้จะทำให้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านลบ (a negative self-concept) เพราะผู้สูงอายุ หมายถึง วัยของการพึ่งพิง การมีข้อจำกัดและต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุจำกัดกิจกรรมและแสวงหาความพอเพียงและพอดี (self-sufficiency) ดังนั้น การพึ่งพิงจึงเป็นการก่อรูปทางสังคมของผู้สูงอายุต่อภาพลักษณ์ของตนเอง การขาดความสามารถในการพึ่งพิงตนเองจากความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและความรู้สึก ทำให้ส่งผลต่อความมั่นใจในความสามารถและบทบาทของตนเอง กล่าวได้ว่า การให้การช่วยเหลือ ในปัจจุบันยังคงอยู่ในรูปของการช่วยเหลือตามสถานะความต้องการมากกว่า **“การพัฒนาที่จุดแข็งหรือการสร้าง ความเข้มแข็ง (strength) ให้เกิดขึ้น”** ในตัวของผู้สูงอายุเอง นอกจากนี้ ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ยังเกี่ยวข้องกับทฤษฎี Social breakdown/reconstruction (ทฤษฎีการขาดความเชื่อมโยงกับสังคมกับทฤษฎีการก่อรูป) โดย Bengtson กล่าวว่า ถ้าวจร (vicious cycle) ที่นำไปสู่การพึ่งพิงสามารถถูกทำลายลงได้โดยรูปแบบการช่วยเหลือนั้นควรทำให้เกิดความสามารถและความเข้มแข็ง

ในการจัดการกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะช่วยลดความรู้สึกฟุ้งเฟ้อของผู้สูงอายุได้ โดยผู้สูงอายุยังคงมีความพอใจกับความสามารถของตนเองและมีสุขภาพจิตดี (maintain psychological well-being)

แนวโน้มของสังคมไทยปัจจุบัน

ความต้องการสำหรับการดูแล (Needs for Care) ความต้องการการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของสภาพร่างกาย ที่ทำให้ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้ และส่งผลต่อการเป็นภาระพึ่งพิงและเพิ่มความต้องการการช่วยเหลือจากผลการสำรวจของนิด้าโพล ในหัวข้อ “ใคร? ควรดูแลผู้สูงอายุไทยให้อยู่ดีมีสุข” วันที่ 13 เมษายน 2557 ตรงกับ “วันผู้สูงอายุ” ศูนย์สำรวจความคิดเห็น “นิด้าโพล” ร่วมกับ “ศูนย์วิจัยสังคมสูงอายุ” สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) เปิดเผยผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน เรื่อง “ใคร ? ควรดูแลผู้สูงอายุไทยให้อยู่ดีมีสุข” กรณีศึกษาจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป กระจายทุกระดับการศึกษาและอาชีพทั่วทุกภูมิภาค รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,245 หน่วยเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุในการบริการและดูแลผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ จากสถาบัน หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.14 ระบุว่า ควรเป็นสถาบันครอบครัว รองลงมา ร้อยละ 40.00 ระบุว่า ควรเป็นหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 5.24 ระบุว่า ควรเป็นหน่วยงานภาคธุรกิจ/เอกชน ร้อยละ 1.55 ระบุว่า อื่น ๆ เช่น วัด มูลนิธิ องค์กรเอกชน และร้อยละ 0.07 ไม่แน่ใจ/ไม่ระบุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุดพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.33 ระบุว่า ควรเป็นลูกสาวร้อยละ 25.86 ระบุว่า ควรเป็นลูกชายร้อยละ 15.34 ระบุว่า ตัวเองร้อยละ 9.24 ระบุว่า คู่สมรส (สามี/ภรรยา) ของตนเองร้อยละ 7.47 ระบุว่า ควรเป็นลูก ๆ และทุก ๆ คนในครอบครัวร้อยละ 4.18 ระบุว่า ควรเป็นญาติ (พี่-น้อง/ลูกพี่ลูกน้อง) ร้อยละ 3.70 ระบุว่า ควรเป็นหลาน และร้อยละ 0.88 ระบุว่า อื่น ๆ เช่น ลูกเขย ลูกสะใภ้ คนใช้ แม่บ้าน เพื่อนบ้านด้านความต้องการของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ จากภาครัฐ เกี่ยวกับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.82 ระบุว่า ต้องการบริการทางการแพทย์/รักษาพยาบาล มากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 14.08 ระบุว่า ต้องการบริการด้านการฟื้นฟูบำบัดทางกายภาพ (รวมทั้ง สถานที่ออกกำลังกาย) ร้อยละ 11.30 ระบุว่า ต้องการบริการด้านการเดินทาง (รถบัส รถตู้ หรือรถแท็กซี่สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ) ร้อยละ 8.55 ระบุว่า ต้องการบริการด้านการปรึกษาทางการเงินร้อยละ 7.62 ระบุว่า ต้องการบริการบ้านพักที่อยู่อาศัย ร้อยละ 7.50 ระบุว่า ต้องการบริการด้านโภชนาการ (เช่น จัดส่งอาหารสำหรับผู้สูงอายุในลักษณะของการผูกปิ่นโต) ร้อยละ 6.23 ระบุว่า ต้องการบริการด้านการปรึกษาทางจิตใจ (เช่น มีจิตแพทย์เฉพาะทาง) ร้อยละ 1.51 ระบุว่า ต้องการบริการในด้านอื่น ๆ เช่น การเพิ่มสวัสดิการเบี้ยผู้สูงอายุให้มากขึ้น ขณะที่ร้อยละ 7.39 ระบุว่า ไม่ต้องการเพราะสามารถดูแลตัวเองได้ หรือมีลูกหลานและคนในครอบครัวคอยดูแล (นิด้าโพล)

จากสถิติพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะสามารถดูแลตนเองได้มากกว่าและนานกว่า (เมื่อเข้าสู่วัยชรา) คนที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านร่างกาย เช่น มีความลำบากในการเดิน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม พฤติกรรมและรูปแบบการดำรงชีวิตที่มีผลต่อความสามารถของบุคคล ก็พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการทำงานและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าการมีปัญหาของสุขภาพร่างกาย และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องก็มีความสัมพันธ์กัน โดยที่ถ้าผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือที่พอเพียง ปัญหาของสภาพร่างกายก็ไม่มีผลต่อการลดบทบาทการทำงานของผู้สูงอายุ (Cox, 2005, pp. 1-2)

ประเด็นท้าทายของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

1. ผลของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของโลกอย่างต่อเนื่อง ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมานานกว่า 40-50 ปี เช่น ฝรั่งเศส สวีเดน สหรัฐอเมริกา อิตาลี และญี่ปุ่น ส่วนประเทศกำลังพัฒนา อาทิ เกาหลี สิงคโปร์ จีน อินโดนีเซีย บรูไน ไทยและเวียดนาม ได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และพบว่าการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุใช้ระยะเวลาเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมาก ทำให้การเตรียมตัวของหน่วยงานและสังคมมีน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมาก และในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 11 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553, pp. 9-10) ประชากรสูงอายุในโลกจะเพิ่มขึ้นอีก 81.86 ล้านคน ผลกระทบจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ ได้แก่ เกิดการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติ ทั้งแรงงานที่มีฝีมือและไร้ฝีมือเพื่อทดแทนกำลังแรงงานในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและสังคมของประเทศนั้น ๆ เกิดความหลากหลายทางวัฒนธรรม ขณะเดียวกันก็เกิดภาวะสมองไหล โครงสร้างการผลิตเปลี่ยนจากการใช้แรงงานเข้มข้นมาเป็นการใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีมากขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาคนให้มีความรู้ มีศักยภาพ ทักษะและความชำนาญ ควบคู่กับการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อใช้ทดแทนกำลังแรงงานที่ขาดแคลน ความเข้มข้นของการใช้เทคโนโลยีจะขึ้นกับระดับการพัฒนาของแต่ละประเทศ โครงสร้างการใช้จ่ายงบประมาณเปลี่ยนแปลงไป ประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้งบประมาณสำหรับการลงทุนพัฒนาในด้านอื่น ๆ ลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงสถานะสังคมของไทย โครงสร้างประชากรไทยมีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง ภาวะอนามัยเจริญพันธุ์โดยรวม อยู่ต่ำกว่าระดับทดแทน ประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนร้อยละ 14.8 เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 11 ซึ่งถือว่าช่วงแผนฯ 11

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชาย คือ 55 : 45 และจะแตกต่างกันมากขึ้นตามกลุ่มอายุที่สูงขึ้น เพราะประชากรหญิงมีอายุยืนยาวกว่าชาย แนวโน้มการกระจายโครงสร้างประชากรตามภาคต่าง ๆ พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดถึงเกือบ 1 ใน 3 ของประชากร ผู้สูงอายุทั้งประเทศ ส่วนกรุงเทพมหานครจะมีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว สำหรับโครงสร้าง ประชากรวัยเด็กมีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 20.5 ในปัจจุบันเหลือร้อยละ 18.3 ในปี 2559 เป็นผลมาจากภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยที่ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ประชากรดังกล่าวทำให้สัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลงในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 จากสัดส่วน ประชากรเด็ก : แรงงาน : ผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.3 : 66.9 : 14.8 ในปี 2559 (สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553, หน้า 15)

3. สังคมไทยโดยเฉพาะสังคมเมืองมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงจากสังคมเครือญาติสู่สังคมปัจเจกมากขึ้น ความสัมพันธ์แบบเครือญาติ ที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเริ่มหมดไป คนไทยเริ่มมีพฤติกรรมเป็นปัจเจก หรือเป็นส่วนตัวมากขึ้นอย่างชัดเจน เช่น มีการกำหนดมาตรฐาน ส่วนตัว ค่านิยมส่วนตัว การดำเนินชีวิตเป็นส่วนตัว และมีความต้องการเป็นส่วนตัว เป็นต้น วิถีชีวิต มีลักษณะต่างคนต่างอยู่ ขาดการปฏิสัมพันธ์และการทำกิจกรรมร่วมกัน โครงสร้างครอบครัวมีการ เปลี่ยนแปลงไปสู่ครัวเรือนที่อยู่คนเดียว ครัวเรือนที่อยู่ด้วยกันแบบไม่ใช่ญาติ และครัวเรือนที่มีอายุ รุนเดียวกัน สองรุ่น และรุ่นกระโดด (ตายาย-หลาน) หรือครัวเรือนที่เป็นเพศเดียวกัน พฤติกรรม การอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวเป็นแบบต่างคนต่างอยู่มีเวลาในการอยู่พร้อมหน้าและทำ กิจกรรมร่วมกันน้อยลง คนวัยหนุ่มสาวขาดเป้าหมายในการสร้างครอบครัวร่วมกัน ในช่วงที่ผ่านมา ครัวเรือนมีการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่เพิ่มขึ้นจาก 4.4 คู่ต่อพันครัวเรือนในปี 2544 เป็น 5.0 คู่ ต่อพันครัวเรือนในปี 2550 ขณะที่อัตราการแยกกันอยู่ได้เพิ่มจาก 20.7 รายเป็น 23.1 รายต่อประชากร ที่เคยสมรสแล้วพันคนในช่วงเวลาเดียวกัน ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, 2553, หน้า 19)

4. ครอบครัวไทยทำหน้าที่เป็นโครงข่ายคุ้มครองของสังคมได้ไม่เต็มศักยภาพ ระบบ ครอบครัวไทยมีความเปราะบางทั้งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กระแสโลกาภิวัตน์ และความจำเป็นในการประกอบอาชีพ ส่งผลให้ครอบครัวไทยเปลี่ยนจากการอยู่ ร่วมกันของพ่อ แม่ ลูก หลาน ที่มีการสืบทอดมรดกทั้งวิถีการดำรงชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรม และ ทรัพย์สิน กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวมีน้อยลง ขาดกลไกการอบรม ที่เชื่อมโยงกันในลักษณะบ้าน วัด โรงเรียน ส่งผลให้ขาดพื้นฐานที่ดีที่จะเป็นปัจจัยหล่อหลอมให้เกิด

การพัฒนาทางกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา ให้สามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างเข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพ

5. ความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้ของประชากรและโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรนำมาสู่ปัญหาความขัดแย้งในสังคม ในปี 2552 ในระยะที่ผ่านมารัฐบาลได้พยายามแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ผ่านนโยบายต่าง ๆ อาทิ กองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง และนโยบายการให้สินเชื่อเพื่อกระตุ้นให้เกิดการใช้จ่าย ขณะที่กระแสบริโภคนิยมและพฤติกรรมผู้บริโภคสินค้าฟุ่มเฟือย และการมัวเมาในอบายมุขทำให้ประชาชนมีหนี้สินเพิ่มขึ้น ความเหลื่อมล้ำทางรายได้และโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งในสังคม และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ อาทิ ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชัน คนยากจนขาดโอกาสทางการศึกษา การรับรู้ข่าวสารและอำนาจต่อรอง การประท้วง การใช้ความรุนแรง ปัญหาอาชญากรรม และยาเสพติด เป็นปัจจัยลดทอนความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงทางสังคม

สรุป การเปลี่ยนแปลงของประเทศเป็นสังคมอุตสาหกรรมก่อให้เกิดปัญหาสังคมได้หลายรูปแบบ ผลพวงของการเปลี่ยนแปลงทำให้คนส่วนใหญ่ไม่มีใครประสานสัมพันธ์กัน สมาชิกครอบครัวมีเวลาอยู่ด้วยกันน้อยลง ครอบครัวไม่ผูกพันกัน ไม่มีการรับรู้ปัญหาของกันและกัน เกิดช่องว่างไม่เข้าใจกัน ขาดความรักความอบอุ่น ปัจจุบันคนไทยในสังคมเมืองมีแต่ความเห็นแก่ตัว ไม่สนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ปัจจุบันพบว่า “เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม” ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องสำคัญที่นักวิชาชีพที่ทำงานพัฒนาด้านสุขภาพและสังคมกำลังให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่งโรเบิร์ตพัทนาม (Putnam, 2004) ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม โดยกล่าวว่า การที่บุคคลมาสัมพันธ์กันเป็นเครือข่ายทางสังคม มีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงไว้ซึ่งสถานภาพทางสังคมของตนเอง การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านการจัดการเพื่อให้ได้รับข้อมูลความรู้เพิ่มเติม และเพื่อการได้เข้าสู่สังคมใหม่ ๆ ซึ่งก็คือการสนับสนุนทางสังคม หรือการเกื้อกูลกันทางสังคมนั่นเอง นั่นคือ บุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น แล้วมีผลทำให้ผู้รับบริการได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ

ผู้สูงอายุกับงานทางด้านสาธารณสุข กล่าวได้ว่าในศตวรรษที่ 21 หรือในอีก 30 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 2 เท่าของจำนวนผู้สูงอายุในปัจจุบัน ทำให้เกิดความต้องการและความท้าทายใหม่ของสังคม จากความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ ส่งผลต่อการมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้นของประชากรมากกว่าอดีตที่บุคคลรอบข้างหรือครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ให้การช่วยเหลือหลัก พบว่าไม่สามารถสนองความต้องการ

ดังกล่าวของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นระบบการดูแลโดยสถาบันในสังคมจึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการที่จะอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนเดิมของตน ซึ่งทำให้การบริการอนามัยชุมชนหรือการเยี่ยมบ้านเป็นประเด็นที่น่าสนใจ โดยมี “ระบบการจัดการด้านงบประมาณ และการคำนึงถึงมนุษยธรรมเป็นฐานของความคิด” นโยบายและการบริการควรมุ่งเน้นที่ “ชุมชน” ในเบื้องต้นมากกว่า “การจัดตั้งสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ”

ชุมชนกับการดูแลผู้สูงอายุในสังคม จากจำนวนผู้สูงอายุในสังคมไทยที่เพิ่มมากขึ้นกว่า 6 ล้านคนทั่วประเทศ การจัดระบบให้ชุมชนสามารถที่จะให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้นับเป็นความท้าทายทางสังคมที่สำคัญ (a major social challenge) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการที่จะอาศัยในบ้านของตนให้นานที่สุดและค่าใช้จ่ายของการเข้าไปพักในบ้านที่ดูแลผู้สูงอายุมีราคาเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วโครงการและการให้บริการผู้สูงอายุของชุมชน (Community Programs and Services) เป็นเรื่องจำเป็นขององค์กรทุกระดับในท้องถิ่นกล่าวได้ว่า นโยบายมีความสำคัญต่อการพัฒนาการบริการและการระบุถึงความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุในชุมชน เพราะนโยบายจะสะท้อนถึงแนวคิดและคุณค่าของสังคม ต่อการให้บริการและการให้ความช่วยเหลือ โครงการและการบริการจะต้องออกแบบให้ตรงกับเป้าหมายและนโยบาย ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ทั้งความสามารถทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การติดต่อสื่อสารและการมีเครือข่ายและทุนทางสังคม ซึ่งการมีอยู่และการไม่มีขององค์ประกอบดังกล่าว เป็นประเด็นที่ทำนายสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ การดูแล และการให้ความช่วยเหลือทางสังคม

Population aged 60 years or over by development region, 1950-2050

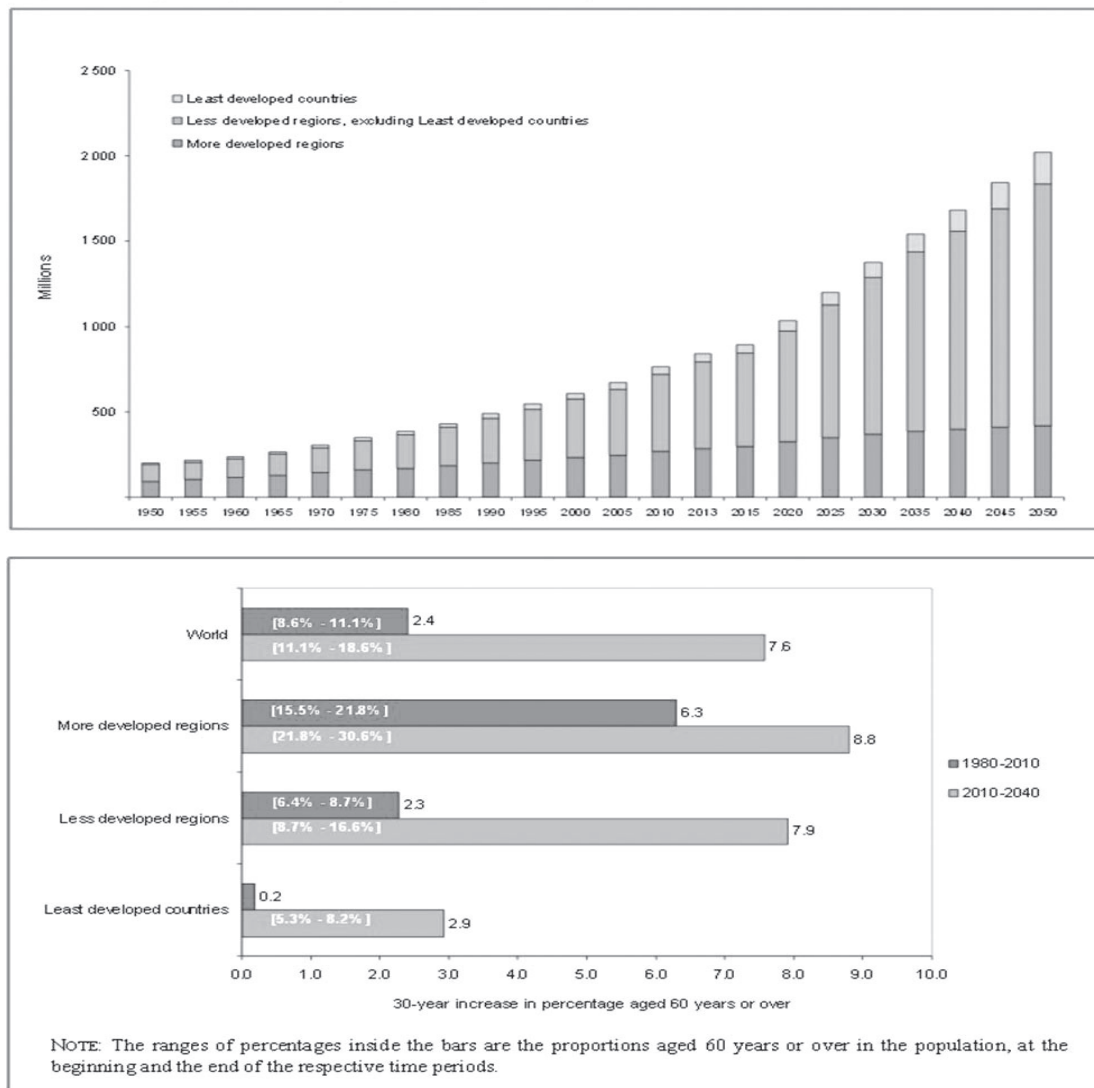


Figure 1 From <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>: United Nations. (2013). World Population Ageing 2013. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. p.13

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). *ทิศทางการพัฒนาฯ ฉบับที่ 11*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- นิดาโพล. (2557). หัวข้อ “ใคร ? ควรดูแลผู้สูงอายุไทยให้อยู่ดีมีสุข” เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2557, จาก <http://nidapoll.nida.ac.th/>
- Cox, C. B. (2005). *Community Care for an Aging Society. Issues, Policies, and Services*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Thomson, N. (2005). *Understanding Social Work*. (2nd ed.). New York: Pal Grave MacMillan.
- Putnam, R. (2004). *Better Together: Restoring the American Community*. New York: SAGE
- Hasonfeld, Y. (2010). *Human Services as Complex Organization* (2nd ed.). University of California, Los Angeles, USA: SAGE.