

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: บทบาทพยาบาลชุมชนและ
ข้อเสนอเชิงนโยบาย

Promoting Elderly Health Through Community Participation: The Role of
Community Nurses and Policy Recommendations

ปณัฒต บณขุณหต^{1*}, วิราพร สืบสุนทร¹ และสิรินทรา ฟุตระกุล¹

Punnathut Bonkhunthod^{1*}, Wiraporn Suebsoontorn¹ and Sirintra Futrakul¹

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000

¹ Faculty of nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. 30000

* Corresponding Author: ปณัฒต บณขุณหต Email: Punnathut.b@nrru.ac.th

Received : 15 September 2025

Revised : 14 November 2025

Accepted : 25 November 2025

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ระบบสุขภาพต้องตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและต่อเนื่องของผู้สูงอายุ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ ชุมชนเป็นฐาน และเน้นบทบาทของพยาบาลชุมชน การวิเคราะห์ปัจจัยนำพบว่าผู้สูงอายุไทยเผชิญปัญหาหลัก ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะเสื่อมถอยทางร่างกาย ปัญหาสุขภาพจิตจากความโดดเดี่ยว และการขาดโอกาสมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสร้างภาระต่อระบบสุขภาพ บทความนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำแนวคิดสำคัญ เช่น พหุผลพลัง, กฎบัตรรอดตายและ โมเดลการมีส่วนร่วมของชุมชน มาบูรณาการเป็นกรอบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ชี้ว่า พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในหลายมิติ ได้แก่ การประเมินและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ วางแผนและดำเนินการแบบมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ประสานงานกับหน่วยบริการ และองค์กรท้องถิ่น ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว และใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานวัตกรรม การดูแลการดำเนินงานเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างมีคุณค่า ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล และส่งเสริมความต่อเนื่องในการดูแล บทความเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อเสริมศักยภาพพยาบาลชุมชนและพัฒนาระบบสนับสนุน เช่น งบประมาณ เครื่องมือดิจิทัล และหลักสูตรพัฒนาศักยภาพ แนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเชิงชุมชนนี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ยังสร้างชุมชนเข้มแข็ง และพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทยในยุคสังคมผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชน สังคมสูงอายุ

Abstract

Thailand is experiencing a demographic transition toward an ageing society, creating complex and continuous healthcare needs for older adults. This article aims to propose sustainable strategies for promoting older adults' health using a community-based approach, emphasizing the role of community nurses. A conceptual analysis and literature review were conducted, integrating key concepts such as empowerment, the Ottawa charter, and community participation models. Findings indicate that Thai older adults face multiple challenges, including chronic non-communicable diseases, physical decline, mental health issues related to social isolation, and limited opportunities for social engagement, which affect quality of life and increase the burden on the healthcare system. Community nurses play a crucial role in assessing and identifying health problems, planning and implementing interventions collaboratively with older adults, families, and communities, coordinating with local health services and organizations, providing health education, and conducting action research to develop innovative care practices. These efforts enhance older adults' well-being, reduce hospital dependency, and promote continuity of care. Policy recommendations include strengthening community nurses' capacity and supporting systems through budget allocation, digital tools, and training programs. Community-based health promotion not only improves older adults' quality of life but also fosters resilient communities and a sustainable healthcare system in Thailand's ageing society.

Keywords: Community participation, Elderly health promotion, Community nurses, Aging society

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกในศตวรรษที่ 21 ทำให้หลายประเทศเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) อย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติรายงานว่าในปี ค.ศ. 2015 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 901 ล้านคน หรือร้อยละ 12.3 ของประชากรโลก และคาดว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นกว่า 2,092 ล้านคน หรือร้อยละ 21.5 [1] การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลกระทบต่อหลายมิติ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุข เนื่องจากผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง ในบริบทของประเทศไทย การเข้าสู่สังคมสูงอายุเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทย มีผู้สูงอายุ 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2578 ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Aged society) [2] ผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงสูงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ [3]

นอกจากปัญหาสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุยังเผชิญความท้าทายด้านสังคม เช่น ความโดดเดี่ยวทางสังคม การลดบทบาททางเศรษฐกิจ และการขาดผู้ดูแลอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว [4] ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากเปราะบางและพึ่งพิง หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า การเสื่อมถอยทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา บริบทดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบสุขภาพที่อิงชุมชน (Community-based care) ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ยังคงอาศัยอยู่ในบ้านและชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างระบบดูแลสุขภาพที่เข้าถึงง่าย ยั่งยืน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีอย่างไรก็ตาม ยังมี ช่องว่างเชิงองค์ความรู้และนโยบาย (Knowledge/Policy gap) ที่สำคัญ ได้แก่

1. ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเปราะบางและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ ทำให้การวางแผนเชิงนโยบายไม่สามารถตอบสนองได้ครบทุกมิติ
2. การวัดผลและติดตามระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังขาดความเป็นระบบ ทำให้ยากต่อการประเมินประสิทธิผลของมาตรการและการปรับปรุงแผนการดูแล
3. บทบาทพยาบาลชุมชนในฐานะ Care manager ยังไม่ชัดเจน ทั้งในแง่กรอบหน้าที่ หน้าที่รับผิดชอบ และอำนาจในการขับเคลื่อนแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล

ด้วยเหตุนี้ การเสนอแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงจำเป็นต้องอิงบนการทบทวนวรรณกรรม (Literature review) และการวิเคราะห์เชิงแนวคิด (Conceptual analysis) เพื่อสร้างองค์ความรู้และข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยเฉพาะในการกำหนดบทบาทและขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลชุมชนในฐานะผู้จัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ (Community Care Manager) ซึ่งสามารถประสานงานและเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ เพื่อรองรับความต้องการที่หลากหลายและต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเสนอแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเน้นบทบาทพยาบาลชุมชนในฐานะผู้นำและผู้ขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา พร้อมเสนอข้อแนะนำเชิงนโยบายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงระดับประเทศ

สถานการณ์ผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2567 ระบุว่าผู้สูงอายุประมาณ 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2578 ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุสมบูรณ์” (Aged society) [2] โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากที่สุด ซึ่งส่งผลต่อความต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง

1. ปัญหาสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุไทยเผชิญภาวะ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นหลัก เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2564 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

และความดันโลหิตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง [5] นอกจากนี้ ภาวะโรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) และภาวะสมองเสื่อม (Dementia/Alzheimer's disease) กำลังเป็นปัญหาสำคัญ โดยงานวิจัยของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าประมาณร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุไทยมีภาวะสมองเสื่อม [6] โรคเหล่านี้ไม่เพียงลดคุณภาพชีวิต แต่ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข [3]

2. ปัญหาสุขภาพจิต จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2567 พบว่าประมาณร้อยละ 10 - 15 ของผู้สูงอายุไทยมีภาวะซึมเศร้า [7] สาเหตุสำคัญมาจากความสูญเสีย (คู่สมรส เพื่อน การเกษียณอายุ) และความรู้สึกไร้คุณค่า ส่งผลให้บางรายเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นประเด็นสาธารณสุขที่น่ากังวล

3. ปัญหาทางสังคมและครอบครัว โครงสร้างครอบครัวไทยเปลี่ยนจาก ครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุหลายคนต้องอยู่ลำพังและขาดผู้ดูแล โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่บุตรหลานย้ายไปทำงานในเมือง ปัญหานี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อ ภาวะเปราะบาง (Frailty) และการพึ่งพิงในอนาคต [4, 8]

4. ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดภาระต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข ประเทศไทยมีแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและ การดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากไม่มีการวางระบบรองรับที่เหมาะสม [9]

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในบ้านและชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้การดูแลเข้าถึงง่าย ยั่งยืน และส่งเสริมศักดิ์ศรีผู้สูงอายุ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Active ageing (WHO) ครอบคลุม 3 มิติ: Health, Security และ Participation นำไปสู่กิจกรรมชุมชนที่สนับสนุนการออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมทางสังคม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ Ottawa charter เน้นกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพ เช่น การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนนำไปสู่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในมิติร่างกาย จิต สังคม และปัญญา โดยการเชื่อมกิจกรรมกับมิติสุขภาพ ได้แก่ ร่างกาย เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย กลุ่มในชุมชน เช่น โยคะผู้สูงอายุ ฟันฟุสมรรถภาพหลังเจ็บป่วยลดความเสี่ยงโรค NCDs และโรคข้อเสื่อม จิตใจ เช่น กิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างความสัมพันธ์ สอนการจัดการอารมณ์ และกิจกรรมสร้างความหมายชีวิตลดภาวะซึมเศร้าและความโดดเดี่ยว สังคม เช่น การมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครชุมชน หรือกิจกรรมสร้างรายได้เล็ก ๆ ส่งเสริมการรวมตัวทางสังคมและลดการพึ่งพิง และปัญญา เช่น กิจกรรมเรียนรู้เทคโนโลยีหรือความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการและความรู้ในการดูแลตนเอง โดยบทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ ผู้จัดการบริการ (Community care manager) ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุข การประเมินและติดตามผู้สูงอายุเช่น วัดสมรรถนะร่างกาย จิตใจ และสังคม การจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติเช่น ประสานกิจกรรมออกกำลังกาย กลุ่มกิจกรรมสังคม และการเรียนรู้สุขภาพ การเชื่อมเครือข่ายเช่น ทำงานร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ศูนย์พึ่งพิง และหน่วยบริการปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ และการสนับสนุนการตัดสินใจและวางแผน LTC รายบุคคลเช่น ช่วยวางแผนดูแลระยะยาวและติดตามผลลัพธ์

สรุป ประเทศไทยเผชิญปัญหาผู้สูงอายุที่ซับซ้อน ครอบคลุม ร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา การส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และบทบาทของพยาบาลชุมชนเป็นหัวใจสำคัญในการสร้าง

ระบบดูแลที่ยั่งยืน การนำแนวคิด Active Ageing และ Ottawa Charter มาประยุกต์กับกิจกรรมชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ลดความเปราะบาง และสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพระดับชุมชน

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องบูรณาการความรู้จากหลากหลายสาขา โดยมีแนวคิด และทฤษฎีหลักที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ดังนี้

1. แนวคิดพหุพลัง (Active ageing concept) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นำเสนอกรอบแนวคิด Active ageing ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมและโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีความมั่นคง และมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง [10]

องค์ประกอบหลักของแนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่

1) สุขภาพดี (Health) การเข้าถึงบริการสุขภาพ การดูแลโรคเรื้อรัง การส่งเสริมการออกกำลังกาย และโภชนาการที่เหมาะสม

2) ความมั่นคง (Security) การมีระบบประกันสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ

3) การมีส่วนร่วม (Participation) ผู้สูงอายุมีบทบาทในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง

การประยุกต์ใช้แนวคิด Active ageing ในประเทศไทย เช่น การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่เน้นการออกกำลังกาย และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงการเจ็บป่วย และเพิ่มคุณค่าในสังคม [10]

2. กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa charter for health promotion) กฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ของ WHO ปี ค.ศ. 1986 ถือเป็นกรอบการทำงานระดับสากลที่สำคัญที่สุดในการส่งเสริมสุขภาพ [11] โดยกำหนด 5 กลยุทธ์หลัก ได้แก่

1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Building healthy public policy) เช่น กฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมสนับสนุนสุขภาพ (Creating supportive environments) เช่น การพัฒนาพื้นที่สาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย

3) การเสริมพลังให้ชุมชน (Strengthening community action) สนับสนุนให้ชุมชนมีบทบาทเป็นเจ้าของโครงการสุขภาพ

4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing personal skills): ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การควบคุมอาหาร และการป้องกันการหกล้ม

5) การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorienting health services) ปรับบริการให้เน้นป้องกันมากกว่าการรักษาในโรงพยาบาล

กฎบัตรนี้ถูกนำไปใช้ทั่วโลก และสามารถปรับใช้กับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดตั้ง ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบ Day care center และการพัฒนาระบบ Long-term care ในชุมชน [12]

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation model) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน โดยชุมชนควรมีบทบาทตั้งแต่การระบุปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล [13]

แนวคิดนี้มักประยุกต์ใช้ผ่าน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) ซึ่งช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และความต่อเนื่องของโครงการ [14] ตัวอย่างในประเทศไทยเช่น โครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในชุมชนผู้สูงอายุ ที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีบทบาททั้งในฐานะผู้รับและผู้ให้บริการสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต และลดภาวะพึ่งพิง [15]

4. แนวคิดการพยาบาลชุมชน (Community health nursing concept) การพยาบาลชุมชนเป็นแนวคิดที่ขยายบทบาทพยาบาลจากการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การทำงานเชิงรุกในชุมชน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ [8]

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน แนวทางนี้เน้นการดำเนินงานแบบบูรณาการ ครอบคลุม 4 มิติสำคัญ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพปัญญา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. มิติสุขภาพกาย (Physical health dimension) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามวัย เช่น การเสื่อมของระบบกล้ามเนื้อ และกระดูก การทรงตัวลดลง และการทำงานของอวัยวะสำคัญถดถอย การส่งเสริมสุขภาพกายในชุมชนจึงควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่ช่วยเสริมความแข็งแรง ลดความเสี่ยงการหกล้ม และชะลอความเสื่อม ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ รำไม้พลอง เป็นการออกกำลังกายที่ได้รับความนิยมในผู้สูงอายุไทย เนื่องจากท่าทางอ่อนโยน ช่วยเสริมสมดุและคลายความเครียด [16] โยคะผู้สูงอายุ: ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย ลดความเครียด และพัฒนาความสามารถในการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ [17] และการเดินเพื่อสุขภาพ เป็นการออกกำลังกายที่ง่าย ต้นทุนต่ำ เหมาะสำหรับทุกชุมชน สามารถจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจ [18]

2. มิติสุขภาพจิต (Mental health dimension) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเหงา และความวิตกกังวล ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของบทบาททางสังคม และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ การทำกิจกรรมกลุ่ม (Group activities) เช่น การรวมกลุ่มพูดคุย สวดมนต์ หรืองานอดิเรก ร่วมกัน ช่วยสร้างแรงสนับสนุนทางอารมณ์ [19] การนั่งสมาธิ และสติบำบัด: งานวิจัยพบว่า การฝึกสมาธิช่วยลดความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ [20] และดนตรีบำบัด (Music therapy) มีหลักฐานว่า ช่วยกระตุ้นอารมณ์เชิงบวก ลดความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพการนอน [21]

3. มิติสุขภาพสังคม (Social health dimension) การเข้าสู่วัยสูงอายุมักทำให้เครือข่ายทางสังคมลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะโดดเดี่ยวและขาดการมีส่วนร่วม การส่งเสริมสุขภาพด้านนี้มุ่งเน้นการสร้าง พื้นที่และโอกาสทางสังคม ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ: ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมทางสังคมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ [22] การเข้าร่วมงานประเพณีท้องถิ่น ส่งเสริมความภาคภูมิใจในวัฒนธรรมท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมในสังคม [23] และกิจกรรมอาสาสมัคร เช่น การถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาให้แก่เยาวชน ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า และมีบทบาทในสังคม [24]

4. มิติสุขภาพปัญญา (Cognitive/Intellectual health dimension) สุขภาพด้านปัญญามีความสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันและลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม ตัวอย่างกิจกรรม ได้แก่ การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning) เช่น การเข้าร่วมอบรมสุขภาพ การเรียนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลขั้นพื้นฐาน [25] การฝึกอาชีพเสริม นอกจากช่วยสร้างรายได้แล้วยังเป็นการกระตุ้นสมองและสร้างความภาคภูมิใจ [26] และกิจกรรมฝึกความจำ เช่น เกมปริศนา การอ่านหนังสือหรือการเขียนบันทึกประจำวันช่วยกระตุ้นสมอง และชะลอภาวะสมองเสื่อม [27]

สรุป การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (กาย จิตใจ สังคม และปัญญา) มีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพชีวิต และลดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว การดำเนินงานดังกล่าวควรอาศัยการบูรณาการของพยาบาลชุมชน อสม. อบต. และเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง และยั่งยืน

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พยาบาลชุมชนถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากทำงานในพื้นที่ชุมชนอย่างใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคีเครือข่าย การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพจึงต้องอาศัยบทบาทที่หลากหลาย และบูรณาการ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม และยั่งยืน ดังนี้

1. ผู้ประเมิน (Assessor) พยาบาลชุมชนต้องทำการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยใช้ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้าน การซักประวัติสุขภาพ และการใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น แบบประเมินภาวะพึ่งพิง (ADL) หรือการคัดกรองโรคเรื้อรัง การประเมินนี้ทำให้สามารถระบุปัญหาสุขภาพ และความต้องการเฉพาะบุคคลได้ชัดเจน ช่วยให้การวางแผนการดูแลตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ [28, 29]

2. ผู้วางแผน (Planner) เมื่อได้ข้อมูลจากการประเมิน พยาบาลชุมชนทำหน้าที่วิเคราะห์และวางแผนร่วมกับชุมชน โดยใช้แนวทางการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Participatory planning) ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว อสม. และแกนนำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการกำหนดเป้าหมาย และกิจกรรม ตัวอย่างเช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อการออกกำลังกาย หรือการวางแผนโครงการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง การวางแผนร่วมกันเช่นนี้จะสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเพิ่มโอกาสในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง [30, 31]

3. ผู้ประสานงาน (Coordinator) พยาบาลชุมชนเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงทรัพยากรสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การประสานงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง เช่น การประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปี หรือการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมสุขภาพ [32, 33]

4. ผู้ให้ความรู้ (Educator) การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลชุมชนทำหน้าที่เป็นวิทยากรและครู ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการใช้ยาอย่างถูกต้อง การให้ความรู้ไม่เพียงช่วยเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง แต่ยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว [4, 34]

5. นักวิจัยและนวัตกรรม (Researcher/Innovator) นอกจากการทำงานตามบทบาทประจำ พยาบาลชุมชนยังสามารถริเริ่มการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น การพัฒนาโปรแกรมออกกำลังกายที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือการสร้างเครื่องมือบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุแบบดิจิทัลที่ใช้งานง่ายสำหรับ อสม. การสร้างนวัตกรรมดังกล่าวช่วยให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพสังคม และวัฒนธรรมของชุมชน [12, 35]

6. ผู้ติดตามและประเมินผล (Evaluator) พยาบาลชุมชนมีหน้าที่ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ทั้งตัวชี้วัดเชิงปริมาณ เช่น อัตราการเจ็บป่วย อัตราการเข้าร่วมกิจกรรม และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ เช่น ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต และระดับการพึงพิง การประเมินผลดังกล่าวช่วยสะท้อนความสำเร็จและอุปสรรคของโครงการ ทำให้สามารถปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและยั่งยืน [5, 36]

สรุป บทบาทของพยาบาลชุมชนที่หลากหลาย ตั้งแต่การประเมิน วางแผน ประสานงาน ให้ความรู้ วิจัย และประเมินผล ล้วนมีส่วนสำคัญต่อการเสริมสร้างระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง และยั่งยืน โดยเฉพาะในบริบทสังคมสูงอายุของประเทศไทยที่กำลังเผชิญความท้าทายด้านสุขภาพ และสังคม

การอภิปรายเชิงวิชาการ

หลักฐานระหว่างประเทศชี้ว่าระบบดูแลผู้สูงอายุที่ยืด “ชุมชนเป็นฐาน” จะทำงานได้ดีเมื่อมีโครงสร้างนโยบาย และกลไกบูรณาการที่ชัดเจนระหว่างสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และท้องถิ่น โดยญี่ปุ่นเป็นภาพตัวอย่างสำคัญผ่านระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care Insurance: LTCI) ที่เริ่มใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยล่าสุดกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการของญี่ปุ่นรายงานว่าการลงทะเบียนผู้รับบริการราว 6.9 ล้านคน พร้อมกลไกผู้จัดการการดูแล (Care manager) เชื่อมต่อบริการสถานบริการ และบริการที่บ้านภายใต้หลัก “การพึ่งพาตน” ของผู้สูงอายุ ซึ่งเอื้อต่อการทำงานของพยาบาลชุมชนในฐานะผู้ประสานงานระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ [37] และแคนาดาเป็นอีกตัวอย่างของประเทศที่เน้นบริการที่บ้าน (Home care) และขยายการแพทย์ทางไกล (Telehealth/Virtual care) อย่างมาก โดยข้อมูลของ Canadian institute for health information (CIHI) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุแคนาดาที่อายุ 70 เคยรับบริการเสมือนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา นับเป็นแรงขับเคลื่อนเพื่อลดการเดินทาง ลดภาระโรงพยาบาล และรักษาความต่อเนื่องของการดูแล [38] ทั้งนี้ วรรณกรรมวิจัยยังชี้ถึงอุปสรรคด้านความเสมอภาคดิจิทัล (Digital equity) เช่น ทักษะดิจิทัลของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน และการเข้าถึงอุปกรณ์/เครือข่าย ซึ่งจำเป็นต้องออกแบบบริการแบบ “หลายช่องทาง” (โทรศัพท์ วิดีโอ ข้อความ) และสนับสนุนทักษะผู้ใช้ควบคู่ไปด้วย

สำหรับประเทศไทย ได้เริ่มพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care insurance: LTCI) เชิงชุมชนภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ริเริ่มและขยายงบประมาณโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เพื่อหนุนความร่วมมือข้ามภาคส่วนในระดับท้องถิ่น (เช่น อปท. อสม. รพ.สต.) มุ่งกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และกลุ่มเปราะบาง อย่างไรก็ตาม หลักฐานสังเคราะห์ชี้ว่า ความครอบคลุมยังไม่ทั่วถึง และภาระงานส่วนสังคมสงเคราะห์ยังพึ่งครอบครัวหรืออาสาสมัครสูง ซึ่งทำให้คุณภาพ และความต่อเนื่องของการดูแลแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ พร้อมกันนี้ กรอบแนวคิด ICOPE ขององค์การอนามัยโลกเสนอเส้นทางการดูแลเชิงบูรณาการที่ระดับปฐมภูมิและชุมชน เพื่อตรวจคัดกรอง “สมรรถนะพื้นฐาน” (Intrinsic capacity) และวางแผนดูแลเฉพาะบุคคล ซึ่งเหมาะกับ

การยกระดับบทบาทพยาบาลชุมชนในไทย นอกจากนี้ ภาพรวมองค์การเพื่อความร่วมมือ และการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD) ยังสะท้อนว่าหลายประเทศญี่ปุ่น และแคนาดา ต้องเผชิญช่องว่างความเพียงพอหรือความสามารถจ่ายในระบบ LTC จึงยิ่งตอกย้ำความจำเป็นของการออกแบบกลไกการเงินการคลัง และสวัสดิการท้องถิ่นที่ปกป้องผู้มีรายได้น้อย [39]

หลักฐานระหว่างประเทศชี้ว่า ระบบดูแลผู้สูงอายุที่อิงชุมชน (Community-based care) จะมีประสิทธิภาพสูงเมื่อมี โครงสร้างนโยบายและกลไกบูรณาการชัดเจน ระหว่างสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และท้องถิ่น เช่น ประเทศญี่ปุ่น ใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care Insurance: LTCI) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 โดยล่าสุดรองรับผู้สูงอายุราว 6.9 ล้านคน พร้อมกลไก ผู้จัดการการดูแล (Care manager) ที่เชื่อมต่อบริการสถานพยาบาลและบริการที่บ้าน ภายใต้หลัก “การพึ่งพาตน” ของผู้สูงอายุ ซึ่งเอื้อต่อการทำงานของ พยาบาลชุมชนในฐานะผู้ประสานงานระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ [37] ประเทศแคนาดา เน้นบริการที่บ้าน (Home care) และขยายการแพทย์ทางไกล (Telehealth/Virtual care) โดยข้อมูลจาก Canadian institute for health information (CIHI) พบว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 เคยรับบริการเสมือนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ส่งผลให้ลดการเดินทาง ลดภาระโรงพยาบาล และรักษาความต่อเนื่องของการดูแล อย่างไรก็ตาม อุปสรรคด้าน ความเสมอภาคดิจิทัล (Digital equity) เช่น ทักษะดิจิทัลและการเข้าถึงอุปกรณ์/เครือข่าย ยังต้องออกแบบบริการแบบหลายช่องทาง (โทรศัพท์ วิดีโอ ข้อความ) พร้อมสนับสนุนทักษะผู้สูงอายุควบคู่กัน [38] และในบริบทไทย ระบบ LTC เชิงชุมชนเริ่มพัฒนาโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เพื่อสนับสนุนความร่วมมือข้ามภาคส่วน เช่น อปท. อสม. และ รพ.สต. มุ่งกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและกลุ่มเปราะบาง อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จยังไม่ทั่วถึง และภาระงานด้านสังคมสงเคราะห์ยังพึ่งครอบครัวหรืออาสาสมัครสูง ทำให้คุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแลแตกต่างกันระหว่างพื้นที่

กรอบแนวคิด ICOPE ของ WHO แนะนำเส้นทางการดูแลเชิงบูรณาการระดับปฐมภูมิและชุมชน เพื่อตรวจคัดกรอง สมรรถนะพื้นฐาน (Intrinsic capacity) และวางแผนดูแลเฉพาะบุคคล ซึ่งเหมาะสมสำหรับการยกระดับบทบาท พยาบาลชุมชนในไทย นอกจากนี้ ข้อมูล OECD ชี้ว่าประเทศญี่ปุ่นและแคนาดายังเผชิญช่องว่างด้านความเพียงพอและความสามารถจ่ายในระบบ LTC ทำให้จำเป็นต้องออกแบบ กลไกการเงินและสวัสดิการท้องถิ่น ที่ปกป้องผู้มีรายได้น้อย [39] การนำไปประยุกต์ใช้ เช่น การจัดตั้ง Care manager ระดับชุมชน เพื่อประสานบริการแบบองค์รวม การบูรณาการบริการ สาธารณสุข-สังคมสงเคราะห์-ท้องถิ่น ให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง การใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลหลายช่องทาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดความเหลื่อมล้ำ การออกแบบ กลไกการเงินและสวัสดิการท้องถิ่น ที่รองรับกลุ่มเปราะบางและผู้มีรายได้น้อย และการปรับใช้แนวทางเหล่านี้ในไทยสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบดูแลผู้สูงอายุเชิงชุมชน ทำให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกมิติ และยั่งยืนมากขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ขยายบทบาทและสนับสนุนพยาบาลชุมชน ได้แก่ พัฒนาพยาบาลชุมชนให้เป็นผู้นำการวางแผน และจัดการสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล (LTC) ในพื้นที่ และเป็นผู้ประสานเครือข่ายชุมชน อสม. และหน่วยงานท้องถิ่น และทำวิจัยภาคสนามเพื่อยืนยันแนวทางปฏิบัติ

2. จัดตั้ง/เสริมอำนาจด้านการบริหารกรณี (Care management) ได้แก่ พัฒนาตำแหน่งและอำนาจใน รพ.สต. และเครือข่ายชุมชน ให้พยาบาลชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนแผน LTC รายบุคคล และเชื่อมโยงบริการระหว่างศูนย์พึ่งพิง ศูนย์กลางวัน และหน่วยงานท้องถิ่น

3. จัดสรรงบประมาณตามความต้องการเชิงรุก ได้แก่ ใช้ระบบ Needs-based capitation สำหรับกิจกรรมเยี่ยมบ้าน พื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลผู้ดูแล (Respite) และการป้องกันหกล้ม และลดความแออัดโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายระยะยาว

4. พัฒนาศักยภาพและหลักสูตรพยาบาลเฉพาะด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบคลุม ICOPE (2024) การประเมินสมรรถนะพื้นฐาน การจัดการโรคไม่ติดต่อหลายโรค สุขภาพจิตผู้สูงอายุ การประสานสังคม สงเคราะห์ และทักษะดิจิทัล Telehealth/Virtual care

5. สนับสนุนเครื่องมือดิจิทัลและความเสมอภาคการเข้าถึง ได้แก่ จัดหาเครื่องมือใช้งานง่าย เช่น แบบคัดกรองสั้น ระบบนัดหมายหรือติดตามอัตโนมัติ และส่งเสริมความเสมอภาคดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล

6. บูรณาการระบบบริการสุขภาพและใช้แนวทาง Care Pathways ของ ICOPE ได้แก่ เชื่อมบริการปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-สังคม และทำงานสหวิชาชีพ พยาบาลชุมชนทำหน้าที่ “ผู้จัดการเส้นทางบริการ” เพื่อให้ LTC ครอบคลุมและมีคุณภาพ และขยายกองทุนหรือโครงการ LTC เชิงชุมชน พร้อม Benefit package ขั้นต่ำและตัวชี้วัดผลลัพธ์ เช่น ลดการนอนซ้ำ ลดหกล้ม เพิ่มคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ลำดับ	ประเด็น	รายละเอียด / ข้อมูลสนับสนุน	แนวทางปฏิบัติ / ขอบเขต
1	ขยายบทบาทและสนับสนุนพยาบาลชุมชน	พยาบาลชุมชนทำหน้าที่ประสานงาน การดูแลผู้สูงอายุ พบความจำเป็นในการเสริมทักษะด้านการจัดการกรณี การวางแผน LTC รายบุคคล และการสื่อสารกับเครือข่ายชุมชน	ให้พยาบาลชุมชนเป็นผู้นำแผนสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ พร้อมทำวิจัยภาคสนาม เพื่อยืนยันแนวทางการปฏิบัติ
2	จัดตั้ง/เสริมตำแหน่งและอำนาจด้าน Care Management	พบว่าการบริหารกรณีใน รพ.สต. และเครือข่ายชุมชนยังไม่ชัดเจน	พัฒนาระบบ LTC รายบุคคล เชื่อม อสม.-อปท.-ศูนย์พึ่งพิง/ศูนย์กลางวัน ให้พยาบาลชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก
3	จัดสรรงบประมาณตามความต้องการ (Needs-based capitation)	ข้อมูลพบความไม่สอดคล้องระหว่างงบประมาณและความต้องการผู้สูงอายุ	จัดสรรงบเชิงรุกสำหรับเยี่ยมบ้าน พื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน การดูแลผู้ดูแล (Respite) และการป้องกันหกล้ม เพื่อลดแออัดโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายระยะยาว

ลำดับ	ประเด็น	รายละเอียด / ข้อมูลสนับสนุน	แนวทางปฏิบัติ / ขอบเขต
4	พัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชนด้านการดูแลผู้สูงอายุ	พบช่องว่างทักษะเฉพาะด้าน เช่น การประเมินสมรรถนะ การจัดการโรคไม่ติดต่อ และการดูแลผู้สูงอายุ	จัดหลักสูตรต่อเนื่องเชิงปฏิบัติ รวม ICOPE (2024), การประเมินสมรรถนะพื้นฐาน, การจัดการโรคไม่ติดต่อหลายโรค, สุขภาพจิต, การประสานสังคมสงเคราะห์, และทักษะดิจิทัล Telehealth/Virtual care
5	สนับสนุนเครื่องมือดิจิทัลและความเสมอภาค	พบการเข้าถึงระบบดิจิทัลไม่เท่าเทียม	จัดหาเครื่องมือดิจิทัลใช้งานง่าย เช่น แบบคัดกรองสั้น ระบบนัดหมาย/ติดตามอัตโนมัติ และโครงการเสริมสร้างความเสมอภาคดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล
6	บูรณาการระบบบริการระหว่างภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น	พบความซ้ำซ้อนและช่องว่างในการเชื่อมโยงบริการ	สร้างระบบ LTC ครอบคลุมและมีคุณภาพ เชื่อมทุกภาคส่วนอย่างมีมาตรฐานเดียว
7	ขยายกองทุน/โครงการ LTC เชิงชุมชน	ข้อมูล สปสช. พบการเข้าถึงไม่ครอบคลุม	ขยายครอบคลุมทั่วประเทศ กำหนด Benefit package ขั้นต่ำด้านสุขภาพและสังคม พร้อมตัวชี้วัดผลลัพธ์ เช่น ลดการนอนซ้ำ ลดหกล้ม เพิ่มคุณภาพชีวิต และใช้ระบบข้อมูลเดียวระหว่าง รพ.สต.-อปท.-เอกชน
8	พัฒนากลไกร่วมจ่ายแบบปกป้องผู้มีรายได้น้อย	OECD ชี้ว่าผู้สูงอายุอาจประสบความยากจนจากค่าใช้จ่าย LTC	จัดบริการทดแทนผู้ดูแล (Respite/วันพัก) และปรับกลไกร่วมจ่ายเพื่อลดภาระทางการเงิน
9	ใช้แนวทาง Care Pathways ของ ICOPE	พบว่า การเชื่อมบริการปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-สังคมยังไม่เป็นระบบ	ทำงานแบบสหวิชาชีพ (แพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครัว/เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, พยาบาลชุมชน, นักกายภาพ, นักโภชนาการ, นักสังคมสงเคราะห์) โดยพยาบาลชุมชนทำหน้าที่ “ผู้จัดการเส้นทางบริการ” ในพื้นที่

สรุป

บทความนี้นำเสนอแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเน้นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนในฐานะผู้ขับเคลื่อนหลัก การบูรณาการแนวคิดพหุพลัง กฎบัตรรอดตาย และการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยสร้างกรอบที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา พร้อมข้อเสนอเชิง

นโยบายที่ชัดเจน ทั้งการขยายบทบาทพยาบาลชุมชน การสนับสนุนทรัพยากร และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งล้วนมีความเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย อย่างไรก็ตาม จุดแข็งของบทความอยู่ที่การวิเคราะห์เชิงแนวคิด และการเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติจริง การอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการทดสอบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวทางที่นำเสนอ การวิจัยภาคสนามและการติดตามผลเชิงประจักษ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ข้อเสนอเหล่านี้มีความชัดเจนและยั่งยืนมากขึ้น โดยสรุป บทความนี้มีประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน และชี้ให้เห็นทิศทางการทำงานเชิงรุกของพยาบาลชุมชนที่จะมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างสังคมสูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต

การอ้างอิง

ปัญญทัต บณขุนทด, วิราพร สืบสุนทร, และสิรินทรา พุตระกูล. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน: บทบาทพยาบาลชุมชนและข้อเสนอเชิงนโยบาย. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(1): 19-32.

Bonkhunthod P, Suebsoontorn W, and Futrakul S. Promoting Elderly Health Through Community Participation: The Role of Community Nurses and Policy Recommendations. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(1): 19-32.

เอกสารอ้างอิง

- [1] United Nations. World population ageing 2015. New York, United Nations. 2015.
- [2] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2567.
- [3] อนันต์ อนันตกุล. สถานการณ์โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุไทย. วารสารสาธารณสุข. 2560; 47(3): 25-38.
- [4] วิไลวรรณ ทองเจริญ. การพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย. 2557.
- [5] กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2567.
- [6] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2567.
- [7] กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ, กระทรวงสาธารณสุข. 2560.
- [8] United Nations Population Fund (UNFPA). Ageing in Thailand. Bangkok, UNFPA. 2017.
- [9] World Bank. Live long and prosper: Aging in East Asia and Pacific. Washington, DC, World Bank. 2016.
- [10] สุรีย์พร สุดสาย. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมพหุผลถึงเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2562; 33(2): 45-59.
- [11] World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, WHO. 1986.
- [12] Kemmis S, and McTaggart R. Participatory action research. In: Denzin N and Lincoln Y, editors. Handbook of qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks, Sage. 2000. p. 567– 605.

- [13] Stanhope M, and Lancaster J. Community and public health nursing. 10th ed. St. Louis, Elsevier. 2020.
- [14] O'Donnell M. Health promotion in the elderly: Global perspectives. *Journal of Aging and Health*. 2018; 30(6): 863-80.
- [15] Baum F, MacDougall C, and Smith D. Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60(10): 854-57.
- [16] ณรงค์กร ชัยวงศ์, นิชาภัทร มณีพันธ์, สุกัญญา บุรวงค์, ถาวรีย์ แสงงาม, และปัทมทัต บณขุนทด. การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2567; 18(3): 957-73.
- [17] Tiedemann A, O'Rourke S, Sesto R, and Sherrington C. A yoga-based exercise program to improve health-related physical fitness in older adults: a randomized controlled trial. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2013; 36(1): 36-42.
- [18] Tudor-Locke C, and Rowe DA. Walking for health: a call to action. *Journal of Physical Activity and Health*. 2012; 9(1): 1-8.
- [19] Haslam C, Cruwys T, Haslam SA, and Jetten J. Group activities and psychological well-being in older age: is group identification the key? *Aging Ment Health*. 2015; 19(5): 452-62.
- [20] Gard T, Hölzel BK, and Lazar SW. The potential effects of meditation on age-related cognitive decline: a systematic review. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2014; 1307: 89-103.
- [21] Särkämö T, Laitinen S, Numminen A, Kurki M, Johnson JK, and Rantanen P. Clinical and demographic factors associated with the cognitive and emotional efficacy of regular musical activities in dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2016; 49(3): 767-81.
- [22] ชัยณรงค์ โพธิ์ผา. การจัดการชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 2562; 12(2): 45-56.
- [23] ศิริพร ชูโต. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมวัฒนธรรมท้องถิ่นกับความสุขในชีวิต. *วารสารวิจัยสังคมศาสตร์*. 2561; 14(1): 87-101.
- [24] Tang F, Choi E, and Morrow-Howell N. Organizational support and volunteering benefits for older adults. *The Gerontologist*. 2010; 50(5): 603-12.
- [25] Narushima M, Liu J, and Diestelkamp N. Lifelong learning in active ageing discourse: its conserving effect on well-being, health and vulnerability. *Ageing and Society*. 2018; 38(4): 651-75.
- [26] สุรรัตน์ รัตนมณี. การฝึกอาชีพเสริมเพื่อผู้สูงอายุ: ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความภาคภูมิใจ. *วารสารพัฒนาชุมชน*. 2560; 25(3): 55-70.
- [27] Simon SS, Yokomizo JE, and Bottino CM. Cognitive intervention in amnesic mild

- cognitive impairment: a systematic review. *Neuroscience and BioBehavioral Reviews*. 2012; 36(4): 1163-78.
- [28] Stanhope M, and Lancaster J. *Public health nursing: Population-centered health care in the community*. 9th ed. St. Louis, Elsevier. 2016.
- [29] Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, and Cheever KH. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 14th ed. Philadelphia, Wolters Kluwer. 2018.
- [30] Green LW, and Kreuter MW. *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. 4th ed. New York, McGraw-Hill. 2005.
- [31] World Health Organization. *Community participation in local health and sustainable development*. Geneva, WHO. 2002.
- [32] ศรายุทธ ชูสุทนต์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2564.
- [33] กรมกิจการผู้สูงอายุ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2564.
- [34] Pender NJ, Murdaugh CL, and Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 7th ed. Boston, Pearson. 2015.
- [35] Tsutsui T, and Muramatsu N. Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005; 53(3): 522-27.
- [36] Williams A, Sethi B, and Duggleby W. Telehealth in palliative care: Implications for practice. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2020; 14(3): 271-77.
- [37] Ministry of Health, Labour, and Welfare (Japan). *Long-Term Care Insurance System*. 2024.
- [38] CIHI. *Impact of COVID-19 on seniors' access to care (infographic)*. 2022.
- [39] NHSO (Thailand). *Long-Term Care program: Thailand's preparation for entering an aged society*. 2020.