แนวทางการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบระหว่างต่างประเทศกับบริบทท้องถิ่นประเทศไทย

Guidelines for Promoting Knowledge and Skills in Elderly Care: A Comparative Analysis between International Standards and the Local Context of Thailand

กมลวรรณ กิตติอุดมรัตน์[1] เอกพล วงศ์เสรี[2] เฉลิมพร วรพันธกิจ[3]
พรรณวดี กิตติอุดมรัตน์[4] วนิดา หาญเจริญ[5] และฮาริส อันนันหนับ[6]

Kamonwan Kittiudomrat[1], Ekkaphon Wongsaree[2], Chalermphorn Worraphantakit[3],
Phanwadee Kittiudomrat[4], Wanida Hancharoen[5] and Haris Annannab[6]

คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต ประเทศไทย[1,2,4,5,6]
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต ประเทศไทย[3]
Faculty of Management Sciences, Phuket Rajabhat University, Thailand[1,2,4,5,6]
Faculty of Humanities and Social Sciences, Phuket Rajabhat University, Thailand[3]
Corresponding author: ekkakphon.w@pkru.ac.th[2]

วันที่รับบทความ 20 มีนาคม 2569
วันที่แก้ไขบทความ 20 เมษายน 2569
วันที่ตอบรับบทความ 27 เมษายน 2569

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของต่างประเทศ และประเทศไทย รวมถึงตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต เพื่อนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทตำบลศรีสุนทร และตำบลอื่น ๆ ได้ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากเอกสารต่าง ๆ โดยนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์ให้เป็นระบบเพื่อสรุปประเด็น พบว่า (1) บริบทต่างประเทศ เน้นการดูแลสุขภาพปฐมภูมิแบบองค์รวม บูรณาการนโยบาย ด้วยเทคโนโลยี พัฒนาบุคลากรเฉพาะทาง ร่วมมือกับครอบครัวและชุมชนเพื่อบรรลุเป้าหมายระบบสุขภาพที่จัดการตนเองได้ด้วยเทคโนโลยี (2) ประเทศไทยเน้นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ ปฏิรูประบบปฐมภูมิ ส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นและอาสาสมัคร เพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีในชุมชน และให้ผู้สูงอายุจัดการตนเองได้ (3) ตำบลศรีสุนทรแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้า เน้นการมีส่วนร่วมเชิงรุกและสหวิทยาการในระดับพื้นที่ พึ่งพาทรัพยากรท้องถิ่นและชุมชน ทำให้เกิดการยอมรับและการมีส่วนร่วมของคนในท้องถิ่น ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ในระดับพื้นที่ ได้แก่ การสร้างระบบนิเวศชุมชนที่เป็นมิตร นวัตกรรมอาสาสมัครดิจิทัล และระบบปฐมภูมิอัจฉริยะ บูรณาการสหวิทยาการเพื่อการจัดการตนเอง และการทำงานข้ามภาคส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรู้ การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Abstract

This academic article aims to study the promotion of knowledge and skills in elderly healthcare in foreign countries and Thailand, including Sri Sunthorn Subdistrict, Thalang District, Phuket Province, in order to develop guidelines for promoting knowledge and skills in elderly care appropriate to the context of Sri Sunthorn Subdistrict and other subdistricts. A content analysis was conducted on various documents, which were then systematically organized and analyzed to summarize key points. The findings were as follows: (1) Foreign contexts emphasize holistic primary healthcare, integrating policies with technology, developing specialized personnel, and collaborating with families and communities to achieve a technology-managed healthcare system. (2) Thailand emphasizes health literacy, reforming the primary healthcare system, promoting the role of local authorities and volunteers to create well-being in communities, and empowering the elderly to manage their own health. (3) Sri Sunthorn Subdistrict addresses immediate health problems, emphasizing proactive and interdisciplinary participation at the local level, relying on local and community resources, leading to acceptance and participation from local people. Recommendations for implementation at the local level include creating a friendly community ecosystem, digital volunteer innovation, smart primary care systems, interdisciplinary integration for self-management, and cross-sectoral collaboration in elderly healthcare.

Keywords: Knowledge, Healthcare, The Elderly

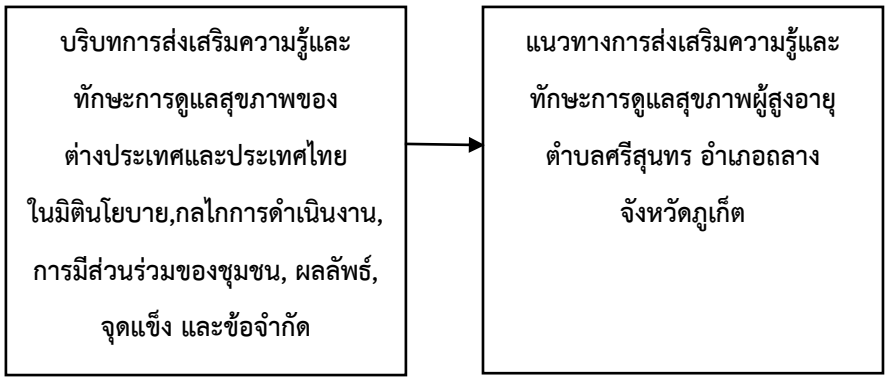
บทนำ

ประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จนถึงปี พ.ศ. 2593 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเกือบหนึ่งเท่าตัวจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 ระบบสาธารณสุขทั่วโลกกำลังเผชิญกับความยากลำบากในการตอบสนองต่อความหลากหลายของภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ รวมถึงแนวทางการส่งเสริมแนวคิดพฤฒพลัง หรือการเข้าสู่ภาวะสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ตั้งแต่วัยเริ่มแรก (World Health Organization, 2018) ปัจจุบันกลุ่มประเทศสมาชิก OECD กำลังเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพ การดูแลระยะยาว และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (OECD, 2025a) การดำเนินการแก้ปัญหาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมาภาครัฐและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังขับเคลื่อนประเทศ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ การควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยง การจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม (ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580, 2561) พื้นที่ตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต มีความน่าสนใจในการศึกษาอย่างน้อย 3 ประการ ดังนี้

1) บริบททางเศรษฐกิจและสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท 2) มีปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในหลายมิติ ทั้งโรคเรื้อรัง สุขภาพจิต และความเสื่อมตามช่วงวัย โดยปัญหาหลักที่พบคือ ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, 2569) 3) มีความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน ดังที่เทศบาลตำบลศรีสุนทรร่วมกับโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล ภูเก็ต ได้จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 กิจกรรมยืดก่อนแย่ กายภาพก่อนเกิดโรค (นวพรรณ พรายพรรณ, 2568) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และคณะ (2568) ได้ทำวิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่าย พบว่า ผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม รูปแบบการดูแลสุขภาพ ได้แก่ 1) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ 2) การอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และ 3) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคม ขณะที่ สุพรรณษา นีระมนต์ และคณะ (2568) ได้ทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เพศหญิง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลการดูแลสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของผู้ดูแล และระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนเยาวพาณี คำด้วง และคณะ (2568) ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนทอง ตำบลโนนแดง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การจัดทำแผนงานโครงการ การสรุปประเด็นปัญหาในการพัฒนา การวางแผนในการแก้ไขปัญหา การสร้างเครือข่าย การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และญาติผู้สูงอายุ การเยี่ยมและการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ การทบทวนการดำเนินงาน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่องว่างความรู้ 1) ช่องว่างทางทฤษฎีขาดการบูรณาการข้ามศาสตร์ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยทางการแพทย์และการสาธารณสุข ขาดการศึกษาตัวแบบทางสังคม 2) ช่องว่างด้านกระบวนการเปรียบเทียบ การศึกษาดังกล่าวเป็นงานวิจัยเชิงพื้นที่ แต่การศึกษานี้เปรียบเทียบการส่งเสริมความรู้และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยสังเคราะห์ระดับมหภาค เพื่อนำมาประยุกต์ในระดับจุลภาคของบริบทเชิงพื้นที่ และแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงจากระดับโลกสู่ระดับท้องถิ่น นำไปสู่คำถามการศึกษา ดังนี้ 1) บทเรียนการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของต่างประเทศมีลักษณะเป็นอย่างไร 2) บทเรียนการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันมีลักษณะเป็นอย่างไร 3) แนวทางการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ตควรเป็นอย่างไร โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเอกสารในการศึกษาดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ข้อมูลต่างประเทศอ้างอิงข้อมูลในช่วงปี ค.ศ. 2017-2026 จากสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา บทความการดูแลสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศญี่ปุ่น ส่วนข้อมูลประเทศไทยอ้างอิงข้อมูลในช่วงปี พ.ศ.2560-2569 จากรัฐธรรมนูญ ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรมกิจการผู้สูงอายุ และข้อมูลวิจัยจากวารสารฐาน TCI เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ไม่เอาบทความขนาดสั้น หรือบทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้

เพื่อให้มีคุณภาพ ทันสมัย ความน่าเชื่อถือ และกำหนดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (Comparison Analysis) ระหว่างต่างประเทศกับประเทศไทย และสังเคราะห์ตัวแบบ (Synthesis Model) แนวทางการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

กรอบแนวคิด



รูปที่ 1 กรอบแนวคิด

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีความซับซ้อนและหลายมิติ ได้แก่ 1) มิติอายุมีการนับอายุตามวันเดือนปีเกิด 2) มิติชีวภาพเกี่ยวข้องกับความสามารถทางด้านร่างกาย 3) มิติจิตวิทยาเกี่ยวข้องกับจิตใจและอารมณ์ 4) มิติสังคมคำนึงถึงบทบาททางสังคมในฐานะปู่ย่าตายาย องค์การสหประชาชาติกำหนดให้ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถือเป็นผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่กำหนดความหลากหลาย ได้แก่ เพศ สุขภาพ รายได้ การศึกษา และวัฒนธรรม ส่งผลต่อความต้องการและประสบการณ์การใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน สำหรับมุมมองต่อผู้สูงอายุไม่ควรจัดผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบาง แต่ต้องตระหนักว่าผู้สูงอายุเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมในการพัฒนาที่ยั่งยืน ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจทั้งแรงงานในระบบและนอกระบบ การทำงานดูแลสมาชิกในครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และเป็นทุนทางสังคมที่ช่วยถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญา การสูงวัยไม่ใช่ช่วงท้ายของชีวิตเพียงอย่างเดียว แต่เป็นกระบวนการที่สะสมมาจากปัจจัยต่าง ๆ ตลอดช่วงชีวิต ได้แก่ การศึกษา การทำงาน และสุขภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประเด็นความท้าทายและสิทธิมนุษยชน ผู้สูงอายุหญิงมีอายุยืนกว่าผู้สูงอายุชาย ผู้สูงอายุมักเผชิญกับอคติและการเลือกปฏิบัติ (United Nations Development Programme, 2017) ซึ่งมีนักวิชาการได้อธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้หลากหลาย ดังนี้

Liana (2023) มองว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้แนวคิดเกี่ยวกับตนเอง โดยการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นจากการรับรู้และการแสดงออก ขับเคลื่อนความต้องการที่จะบูรณาการอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เพื่อให้เกิดความสามารถในการปรับตัว การเรียนรู้ความล้มเหลวในอดีต และการพัฒนาศักยภาพตนเอง ความคิดในเชิงบวกช่วยใน

การพัฒนาตนเองและมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิตในวัยผู้สูงอายุ ช่วยชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย และนำมาซึ่งจิตใจที่ยอดเยี่ยมในการบรรลุศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีแนวคิด “ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว” สามารถสังเคราะห์ความรู้ได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่เพียงปัจจุบัน แต่มีการเชื่อมโยงอดีตกับปัจจุบันอย่างมีความหมาย โดยนำความล้มเหลวในอดีตเป็นบทเรียนในการใช้ชีวิต 2) การมองโลกในแง่ดีช่วยชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย เมื่อผู้สูงอายุมองว่าตนเองมีคุณค่าและมีศักยภาพจะส่งผลให้ลดความเครียดและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น 3) การบรรลุศักยภาพสูงสุด (Self-Actualization) ได้ก้าวข้ามความเสื่อมถอยของร่างกาย และมองว่าเป็นโอกาสในการพัฒนาศักยภาพสูงสุดของมนุษย์

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในปัจจุบันต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเกิดขึ้นของเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ ผู้สูงอายุจึงต้องมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับยุคดิจิทัลสมัยใหม่ ดังที่ Liu et al. (2021) ได้อภิปรายว่า ผลกระทบของช่องว่างทางดิจิทัลต่อผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญของยุทธศาสตร์สูงวัยอย่างมีคุณภาพในประเทศจีน โดยพบว่า ช่องว่างทางดิจิทัลในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลลดทอนระดับสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตลอดจนการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับ Kuzelewska et al. (2026) ที่พบว่า ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป มีหนึ่งในสี่คนไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ต และมากกว่าร้อยละ 35 ขาดการเชื่อมต่อบรอดแบนด์ที่บ้าน ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ตหรือมีบรอดแบนด์ที่บ้านจะขาดการเข้าถึงบริการหลายอย่างที่ดำเนินการทางออนไลน์และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การเปลี่ยนบริการสาธารณะเป็นดิจิทัลได้สร้างภาระผูกพันโดยปริยายให้ใช้อินเทอร์เน็ต สามารถสังเคราะห์ได้ดังนี้ 1) เมื่อบริการสาธารณะปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบออนไลน์ การไม่ใช้อินเทอร์เน็ตจึงทำให้ผู้สูงอายุถูกตัดสิทธิในการรับบริการ และกลายเป็นภาระของผู้สูงอายุโดยไม่ได้สมัครใจ 2) สิทธิที่จะไม่ใช้อินเทอร์เน็ต สังคมมักกล่าวถึงสิทธิในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต แต่ไม่ได้กล่าวถึงสิทธิที่จะใช้ชีวิตในทางเศรษฐกิจและสังคมโดยปราศจากดิจิทัล 3) ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่ได้มีอุปสรรคแค่เรื่องการใช้ไม่เป็น แต่มีภาระค่าใช้งานอินเทอร์เน็ต และค่าอุปกรณ์

จากความเห็นของนักวิชาการข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และบางสังคมกำหนดที่อายุ 65 ปีขึ้นไป การสูงวัยเป็นการหล่อหลอมประสบการณ์ต่าง ๆ ตลอดช่วงชีวิต ทั้งการศึกษา การทำงาน และสุขภาพ การมองโลกในแง่ดีจะช่วยชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย และทำให้บรรลุศักยภาพสูงสุดของชีวิต อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในสังคมปัจจุบันต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีและปัญญาประดิษฐ์ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลซึ่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสาธารณะและการมีส่วนร่วมในสังคม

ทฤษฎีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของ “การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ” ว่าเป็นกระบวนการรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ความสามารถในการ

ตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้ เติบโต และตัดสินใจด้วยตนเอง 3) การเคลื่อนไหวร่างกาย 4) การสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้อื่น 5) การมีส่วนร่วมต่อสังคม โดยองค์การอนามัยโลกประเทศสมาชิก และภาคีเครือข่าย ได้ร่วมกันจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการระดับโลกด้านผู้สูงอายุและสุขภาพ ปี พ.ศ. 2559-2573 จำนวน 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) การดำเนินการด้านสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ 2) การสร้างและพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 3) การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้ตอบสนองความต้องการ 4) การสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในบ้าน ชุมชน และสถานที่ดูแล และ 5) การปรับปรุงตรวจสอบ ติดตาม และการศึกษาวิจัยการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ รวมถึงจัดทำโครงการทศวรรษแห่งการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ปี พ.ศ. 2563-2573 (Rudnicka et al., 2020) ได้มีนักวิชาการได้กล่าวถึงทฤษฎีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไว้หลากหลาย ดังนี้

Xiao (2025) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบนิเวศในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบปัญหาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่ำ มาตรฐานการดำเนินนโยบายไม่สอดคล้องกัน โดยเสนอแนวทางดังนี้ การปรับปรุงนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในระดับมหภาค การเพิ่มประสิทธิภาพความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การพัฒนาบุคลากรในระดับกลาง การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดหาบริการและสร้างมุมมองที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุระดับจุลภาค สามารถสังเคราะห์ความรู้ได้ดังนี้ 1) การเปลี่ยนการดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวเป็นระบบนิเวศการดูแลโดยชุมชน 2) ความไม่สอดคล้องกันระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติทำให้เกิดปัญหาความร่วมมือ และ 3) การสร้างมุมมองการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่าในสังคมและมีสุขภาวะที่ดี

ขณะที่ Jinyuan and Zahari (2025) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ในการพัฒนาแอปพลิเคชั่นดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมี 5 โมดูลหลัก ได้แก่ 1) การช่วยเหลือ 2) การแพทย์ 3) ความเพลิดเพลิน 4) การได้รับการยอมรับ 5) การลงมือทำ เพื่อตอบสนองความต้องการใช้งานและความต้องการของผู้สูงอายุในยุคสารสนเทศ จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในปัจจุบันไม่ต้องการเพียงผู้ดูแลแต่ต้องการการได้รับการยอมรับและการมีส่วนร่วมในสังคม นอกจากนี้ Xu et al. (2025) ได้นำทฤษฎีการเรียนรู้ตลอดชีวิตมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมองว่า การพัฒนาทักษะความรู้ด้านดิจิทัลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการก้าวทันความเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว พบว่า ประเทศที่มั่งคั่งมีการนำเทคโนโลยีมาใช้มากกว่า ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งเรียนรู้และการฝึกอบรมได้ดีกว่า การให้คำแนะนำทีละขั้นตอนและการจัดลำดับบทเรียนช่วยเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้ได้มาก นอกจากนี้ การเรียนรู้ข้ามรุ่น การสอนแบบตัวต่อตัว การเรียนรู้โดยใช้เกม การเรียนรู้แบบการสนทนา และการเรียนรู้แบบเพื่อนสอนเพื่อนสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสังเคราะห์ความรู้ได้ดังนี้ 1) การออกแบบเนื้อหาและกระบวนการ ควรจัดลำดับความยากง่าย การจัดกลุ่มผู้เรียนที่มีพื้นฐานใกล้เคียงกัน กำหนดบทเรียนตามความสนใจของผู้สูงอายุ 2) รูปแบบการจัดกิจกรรม ใช้รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนและการเรียนรู้ข้ามรุ่น เพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และ 3) ควรคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและเชิงพื้นที่ซึ่งทำให้การเข้าถึงทรัพยากรแตกต่างกัน

จากความเห็นของนักวิชาการข้างต้น สรุปได้ว่า ทฤษฎีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเน้นแบบองค์รวม โดยสร้างความเข้าใจพื้นฐานด้วยทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์เพื่อสร้างความมั่นคงและความปลอดภัยให้ผู้สูงอายุก่อน ต่อด้วยการออกแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ตลอดชีวิต สร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนผู้สูงอายุด้วยทฤษฎีนิเวศวิทยา และท้ายที่สุด มุ่งไปที่การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะโดยการใช้เทคโนโลยีมีส่วนช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

บทเรียนการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของต่างประเทศ

ในปี พ.ศ. 2566 โลกมีประชากรประมาณ 8 พันล้านคน โดยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1.14 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.22 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2593 ผู้สูงอายุจะมีประมาณ 2 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลก (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ในที่นี้จะนำเสนอการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของต่างประเทศในภาพรวมของโลก กลุ่มประเทศ OECD ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศญี่ปุ่น ตามลำดับ ในภาพรวมทำให้เห็นการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของโลก ทำให้ประเทศไทยได้ทราบมาตรฐานของกลุ่มประเทศ OECD ได้เรียนรู้นวัตกรรมจากประเทศสหรัฐอเมริกา และได้ทราบแนวทางสังคมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นมาก่อนจากประเทศญี่ปุ่น จากการสังเคราะห์ข้อมูลการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของต่างประเทศ เป็นดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สังเคราะห์ข้อมูลการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของต่างประเทศ

ประเทศ	การส่งเสริมความรู้และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของต่างประเทศ
ภาพรวมของโลก	1) การดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ 2) การประเมินความต้องการด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ 3) การสร้างศักยภาพและความร่วมมือกับบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง 4) การใช้เทคโนโลยีช่วยในการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
กลุ่มประเทศ OECD	1) มีข้อจำกัดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและทักษะดิจิทัล 2) มีการให้ข้อมูลและคำปรึกษาเพื่อทางเลือกที่ดีในการดูแลสุขภาพมากขึ้น 3) การเพิ่มพูนทักษะให้กับบุคลากร 4) การประเมินความเสี่ยงและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
สหรัฐอเมริกา	1) ให้ความสำคัญกับระบบนิเวศที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 2) บูรณาการนโยบาย ชุมชน และที่อยู่อาศัยเข้ากับระบบสุขภาพ 3) สนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากร และ 4) สนับสนุนการวิจัยเพื่อรองรับโรคของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี
ญี่ปุ่น	1) เน้นการดูแลปฐมภูมิและบูรณาการทางนโยบาย 2) ใช้เทคโนโลยีและพัฒนาบุคลากรเฉพาะ 3) สร้างความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน 4) จัดการระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยี 5) บูรณาการนโยบาย เทคโนโลยี และการจัดการตนเอง 6) มีข้อจำกัดงบประมาณ และสังคม

ในภาพรวมของโลก การส่งเสริมความรู้และทักษะการการดูแลสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านสุขภาพ นโยบาย แผนงาน และการกำกับดูแล โดยมีการดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ การประเมินความต้องการด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ การสร้าง

ศักยภาพและความร่วมมือกับบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง การใช้เทคโนโลยีช่วยในการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ (World Health Organization, 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของต่างประเทศ เช่น งานวิจัยของ Chhetri et al. (2026) พบว่า การเพิ่มขึ้นของอายุเฉลี่ยของประชากรโลกเป็นความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 ภายในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กว่า 2 พันล้านคน โดยร้อยละ 75 เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ความท้าทาย ได้แก่ 1) ช่องว่างระหว่างอายุขัยกับอายุขัยที่มีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น 2) ระบบสุขภาพและสังคมในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว 3) การดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นธรรม 4) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน 5) ระบบสุขภาพและการคุ้มครองทางสังคมแบบบูรณาการ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องบูรณาการการดูแลสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ การปฏิรูปนโยบาย งบประมาณ และการกำกับดูแล ขณะที่งานวิจัยของ Amorim and Nobre (2025) เรื่อง กลยุทธ์การดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวมทั่วโลก เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการโรคเรื้อรัง ความเท่าเทียมกัน และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ระบบที่แตกต่างกัน เช่น 1) ระบบภาษี ได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา สเปน ญี่ปุ่น สวีเดน นอร์เวย์ และอิตาลี 2) ระบบประกันสังคม ได้แก่ เยอรมนี และฝรั่งเศส 3) ระบบผสม เช่น สหรัฐอเมริกา และเนเธอร์แลนด์ ซึ่งต่างเผชิญกับความท้าทายด้านต้นทุน และใช้การบูรณาการการดูแล การป้องกัน และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ขณะที่ Tana et al. (2025) พบว่า ปัญญาประดิษฐ์กำลังเข้ามาเปลี่ยนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยช่วยในการตรวจพบโรคได้เร็วขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และยกระดับการตัดสินใจทางการแพทย์ แต่ต้องใช้อย่างระมัดระวัง

กลุ่มประเทศสมาชิก OECD กำลังเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพ การดูแลระยะยาว และค่าใช้จ่าย โดยคาดว่าสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ภายในปี พ.ศ.2593 ประชากรเหล่านี้มีสุขภาพที่เสื่อมถอยส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและการดูแลระยะยาว ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 8.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2583 (OECD, 2025a) ความท้าทายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้ 1) อายุขัยเฉลี่ยฟื้นตัวและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอายุขัยเฉลี่ยอยู่ที่ 81.1 ในปี พ.ศ.2566 2) ความสูญเสียที่สามารถป้องกันได้ มีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่า 3 ล้านคน กลุ่มคนอายุต่ำกว่า 75 ปี เสียชีวิตจากโรคระบบไหลเวียนโลหิต และมะเร็ง 3) ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพระหว่างเพศ เพศชาย สาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจากสาเหตุภายนอก เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย ขณะที่เพศหญิง สาเหตุของการเสียชีวิตเกิดจากมะเร็ง ผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย แต่อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงอยู่ในภาวะที่สุขภาพไม่ดีหลังอายุ 60 ปีในช่วงระยะเวลา 6.3 ปี ซึ่งมากกว่าผู้ชายที่มีระยะเวลา 5 ปี (OECD, 2025b) สังเคราะห์บทเรียนการส่งเสริมความรู้และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากประสบการณ์ของกลุ่มประเทศ OECD ได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและทักษะดิจิทัล 2) มีการให้ข้อมูลและคำปรึกษาเพื่อให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกที่ดีในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย 3) การเพิ่มพูนทักษะให้กับบุคลากร เช่น การส่งเสริมทักษะให้กับบุคลากรในชุมชน การบริการเชิงรุกถึงที่บ้าน 4) การประเมินความเสี่ยงและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ (OECD, 2025a)

ประเทศสหรัฐอเมริกา กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับอันตรายสูงกว่าคนทั่วไป ได้นำกรอบแนวคิด 4M มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นมิตร ได้แก่สิ่งสำคัญ การใช้ยา สุขภาพจิต และการเคลื่อนไหว (Institute for Health Care Improvement, 2020) มีแผนยุทธศาสตร์ Healthy People 2030 ที่สำคัญ 1) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ ในปี พ.ศ.2573 ไว้ว่า “สังคมที่ทุกคนสามารถบรรลุศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีตลอดช่วงชีวิต” ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุด้วย 2) การแก้ไขความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ โดยพิจารณาปัจจัยทางสังคม การรักษาพยาบาล และสถานะทางเศรษฐกิจ 3) การเน้นการป้องกันโรคหัวใจและมะเร็ง 4) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่มีความน่าเชื่อถือและวัดผลได้ และ 5) การสร้างความร่วมมือการทำงานข้ามภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน 6) ปัจจัยทางสังคมมีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน การเข้าถึงและบริการสุขภาพที่เป็นธรรม รายได้และปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็น ที่อยู่อาศัยเอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ (Giroir, 2021) สังเคราะห์บทเรียนของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ดังนี้ 1) ให้ความสำคัญกับระบบนิเวศที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ 2) บูรณาการนโยบาย ชุมชน และที่อยู่อาศัยเข้ากับระบบสุขภาพ 3) สนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากร และ 4) สนับสนุนการวิจัยเพื่อรองรับโรคของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี

ประเทศญี่ปุ่น ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น จากข้อมูลในปี พ.ศ.2561 ผู้หญิงมีอายุ 87.32 ปี และผู้ชายมีอายุ 81.25 ปี อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุจะเผชิญกับปัญหาการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วย ทำให้คนทำงานต้องออกจากงาน เนื่องจากขาดผู้ดูแลและสถานที่ดูแล (Elsy, 2020) การส่งเสริมความรู้และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากประสบการณ์ของประเทศญี่ปุ่น มีสาระสำคัญ ดังนี้ 1) การเพิ่มความตระหนักรู้ภาวะสมองเสื่อมและการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การจัดกิจกรรมทางสังคมเพื่อป้องกันโรคในระดับท้องถิ่น 3) การเตรียมทรัพยากรมนุษย์ด้านการแพทย์และการดูแลระยะยาว 4) การประสานงานระดับท้องถิ่นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และ 5) การวิจัยและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ผ่านการบูรณาการข้ามภาคส่วน 6) การใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อแก้ไขปัญหาสังคมและการดูแลผู้สูงอายุ 7) มีการพัฒนาหุ่นยนต์ในฐานะผู้ดูแลและเป็นเพื่อนกับผู้สูงอายุ (Baba et al., 2024; Elsy, 2020) สังเคราะห์บทเรียนของประเทศญี่ปุ่นได้ดังนี้ 1) ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การทำงานข้ามภาคส่วน และกิจกรรมทางสังคม 3) การวิจัยและพัฒนาความก้าวหน้าทางการแพทย์ และ 4) การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่และปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สังเคราะห์บทเรียนการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของต่างประเทศ ได้ดังนี้ 1) เน้นการดูแลปฐมภูมิและบูรณาการทางนโยบาย 2) ใช้เทคโนโลยีและพัฒนาบุคลากรเฉพาะ 3) สร้างความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน 4) จัดการระบบสุขภาพด้วยเทคโนโลยี 5) บูรณาการนโยบาย เทคโนโลยี และการจัดการตนเอง 6) มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ และสังคม

บทเรียนการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยในปี พ.ศ.2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.57 (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ.2566-2570, 2566) และในปี พ.ศ.2566 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 13,193,247 คน จากประชากร 66,052,615 คน คิดเป็นร้อยละ 19.97 แสดงว่าประเทศไทยใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ผู้สูงอายุมีการทำงานร้อยละ 33 และไม่ทำงานร้อยละ 67 ส่วนใหญ่ทำงานนอกภาคเกษตรร้อยละ 87 และทำงานภาคเกษตรร้อยละ 13 เหตุผลในการทำงานเพราะสุขภาพแข็งแรงและยังมีแรงทำงานร้อยละ 57.3 ต้องการหารายได้เลี้ยงครอบครัวหรือตนเองยังมีหนี้สินร้อยละ 35.1 และอื่น ๆ ร้อยละ 7.6 (สำนักงานสถิติจังหวัดภูเก็ต, 2568) และจากการคาดการณ์ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โครงสร้างประชากรของประเทศไทย “เกิดน้อย อายุยืน แรงงานหด” จะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด คือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ในอีก 10 ปีข้างหน้า ที่น่ากังวลคือผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง ที่มีข้อจำกัดในการดูแลโดยชุมชน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2569) การเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุที่มีคุณภาพต้องมีการวางแผนการออม การใช้เงิน การเรียนรู้ การดูแลรักษาสุขภาพ การใช้ชีวิตครอบครัว เพื่อให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 55 กำหนดให้รัฐต้องจัดให้ประชาชน (ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ) ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างความรู้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการสาธารณสุขครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้ มาตรา 71 กำหนดให้รัฐพึงให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และควบคุมป้องกันมิให้ถูกใช้ความรุนแรง หรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมถึงสร้างความเข้มแข็งให้กับสถาบันครอบครัว ให้มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม สร้างเสริมสุขภาพที่แข็งแรงและจิตใจที่เข้มแข็ง (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560, 2560)

ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580 ได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของคน รวมถึงช่วงวัยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ ส่งเสริมการทำงานหลังเกษียณ การดูแลสุขภาพมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม นอกจากนี้ ปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยใช้ดิจิทัลแพลตฟอร์ม การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาวะ การควบคุมและป้องกันปัจจัยเสี่ยง การสร้างสภาพแวดล้อมและชุมชนที่ดี สนับสนุนให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาท (ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580, 2561)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ.2566-2570 การส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุสอดคล้องกับหมุดหมายที่ 4 ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง พัฒนาชุมชนดิจิทัลที่ใช้นวัตกรรม พัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับชุมชนสูงวัย และหมุดหมายที่ 12 ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง

ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นพลเมืองที่มีคุณค่า ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570, 2566)

แผนปฏิบัติการ ด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) มีการส่งเสริมความรู้และการดูแลผู้สูงอายุในทางปฏิบัติ โดยมีสาระสำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ มุ่งพัฒนาความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาวะที่ถูกต้อง 2) การใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี 3) การกระจายบริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพและทั่วถึง พัฒนาการบริการระดับปฐมภูมิและบริการดูแลระยะยาวในระดับภูมิภาคและท้องถิ่น 4) การพัฒนาและสร้างระบบการรับมือกับโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2565)

สังเคราะห์บทเรียนการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย ได้ดังนี้ 1) สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ 2) ปฏิรูประบบปฐมภูมิและกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น 3) ส่งเสริมบทบาทชุมชนสร้างสุขภาวะในพื้นที่ 4) ผู้สูงอายุจัดการตนเองตามแผนปฏิบัติการ 5) กระจายอำนาจและใช้ระบบอาสาสมัคร 6) ข้อจำกัดด้านบริการและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพดิจิทัล

เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางของต่างประเทศ ระดับโลก และกลุ่มประเทศ OECD เน้นการดูแลปฐมภูมิและทักษะดิจิทัล เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาโดดเด่นในด้านระบบนิเวศและชุมชนที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ ส่วนประเทศญี่ปุ่นประสบความสำเร็จในการใช้นวัตกรรมทางสังคมและเทคโนโลยีทดแทนการขาดแคลนแรงงานดูแลผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขคล้ายคลึงโมเดลของประเทศญี่ปุ่น แต่ยังมีข้อจำกัดในการบูรณาการ เทคโนโลยีขั้นสูงและการเข้าถึงงานวิจัยเฉพาะโรคอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา รวมทั้งความท้าทายด้านงบประมาณ และทักษะดิจิทัลที่เป็นรองกลุ่มประเทศ OECD ดังนั้น ประเทศไทยควรปรับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุจากมุ่งเน้นการรักษาเป็นการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเอง สร้างระบบนิเวศชุมชนที่เป็นมิตร ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการทำงานข้ามภาคส่วนเป็นตัวขับเคลื่อน สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ “การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ”ขององค์การอนามัยโลก รวมถึงทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ ให้มุ่งเน้นความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตด้านสุขภาพและสังคม ทฤษฎีนิเวศวิทยาที่มองว่า สุขภาพไม่ได้เกิดจากร่างกายแต่เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน และนโยบายรัฐที่สนับสนุน รวมถึงทฤษฎีการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาวะ และทักษะดิจิทัล ทั้งที่เป็นทางการ ไม่เป็นทางการ และตามอัธยาศัย

แนวทางการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

ในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดภูเก็ตมีประชากร 420,671 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 55,429 คน คิดเป็นร้อยละ 13.18 (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภูเก็ต, 2566) ผู้สูงอายุจังหวัดภูเก็ตมีปัญหาในด้านการพัฒนาสถาบันครอบครัวมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านอาชีพและรายได้ ด้านที่อยู่อาศัย

และด้านการพัฒนาตนเอง โดยมีความต้องการจำเป็นมากที่สุด คือ การอยู่ร่วมกันกับลูกหลาน รองลงมา คือ การเอาใจใส่จากครอบครัว สุขภาพที่แข็งแรง จิตใจที่สดใส ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ (เอกพล วงศ์เสรี และคณะ, 2563) และจากการศึกษาโครงการวิจัย เรื่อง “การสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์บนพื้นฐานภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อยกระดับรายได้ผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต” พบว่า ข้อจำกัดด้านสุขภาพเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่ลดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการและการส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุบนพื้นฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น ดังนั้นจึงควรบูรณาการองค์ความรู้ผ่านวิทยากรที่เชี่ยวชาญเพื่อส่งเสริมการให้ความรู้การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ เพื่อให้มีความพร้อมทางกายและใจในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจชุมชนได้อย่างยั่งยืน (เฉลิมพร วรพันธกิจ และคณะ, 2566)

โครงการบริการวิชาการแก่สังคม เรื่อง “ส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต” ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้ 1) การสำรวจและวิเคราะห์บริบทชุมชน 2) การเสริมสร้างศักยภาพด้านสุขภาวะ 3) การผลิตและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การขยายผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน (มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, 2569)

ผลการจัดกิจกรรมที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลความต้องการ รวมถึงสภาพปัญหาของชุมชน ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสภาพและปัญหาความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความต้องการในการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทรที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและซับซ้อน ครอบคลุมทั้งโรคเรื้อรังทางกาย ปัญหาระบบโครงสร้างร่างกาย สุขภาพจิต และการถดถอยของอวัยวะรับสัมผัส โดยปัญหาที่พบร่วมกันมากที่สุดในทุกกลุ่ม คือ ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น อาการปวดเข่า เข่าเสื่อม ปวดหลัง ไหล่ติด และการปวดเมื่อยตามร่างกายทั่วไป (มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, 2569) สามารถพัฒนาตัวแบบทางสังคมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและสังคม ได้แก่ เทศบาลตำบลศรีสุนทร สนับสนุนเชิงนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุนทรสนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมบูรณาการองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คณาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ตเป็นวิทยากรประจำกลุ่ม โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุในตำบลศรีสุนทร 2) การสนับสนุนทรัพยากรจากชุมชน ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรด้านสถานที่ และโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทรร่วมพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ 3) กระบวนการมีส่วนร่วมเชิงรุก เป็นเครื่องมือหลักในการสร้างการมีส่วนร่วมเน้นการสะท้อนสภาพปัญหา และระดมความเห็นด้านความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพ 4) การสร้างการยอมรับผ่านกระบวนการสหวิทยาการ เชื่อมโยงความต้องการของท้องถิ่นเข้ากับองค์ความรู้ทางวิชาการ ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง (มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, 2569)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของต่างประเทศ ประเทศไทย และตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

มิติ	ต่างประเทศ	ประเทศไทย	ตำบลศรีสุนทร จังหวัดภูเก็ต
นโยบาย	การดูแลระดับปฐมภูมิแบบองค์รวม และบูรณาการนโยบาย	การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ	แก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้าโดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูก
กลไกการดำเนินงาน	ใช้เทคโนโลยีและพัฒนาบุคลากรเพื่อดูแลเฉพาะบุคคล	ปฏิรูประบบปฐมภูมิและกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น	เน้นการมีส่วนร่วมเชิงรุกและสหวิทยาการในระดับพื้นที่
การมีส่วนร่วมของชุมชน	สร้างความร่วมมือให้ครอบครัว/ชุมชนจัดการตนเองได้	ใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในระดับพื้นที่	พึ่งพาบุคลากรท้องถิ่นและการสนับสนุนทรัพยากรจากชุมชน
ผลลัพธ์	ระบบสุขภาพที่จัดการตนเองได้ด้วยเทคโนโลยี	ผู้สูงอายุจัดการตนเองได้ตามแผนปฏิบัติการ	ความสำเร็จเกิดจากการยอมรับและการมีส่วนร่วมของคนในท้องถิ่น
จุดแข็ง	การบูรณาการเชิงนโยบายเทคโนโลยีขั้นสูง และการจัดการตนเอง	แผนปฏิบัติการ การกระจายอำนาจ และระบบอาสาสมัคร	การแก้ไขปัญหาเฉพาะเจาะจง กลไกความร่วมมือ การยอมรับของท้องถิ่นและสังคม
ข้อจำกัด	ภาระงบประมาณ และการโดดเดี่ยวทางสังคมของผู้สูงอายุ	ความไม่สม่ำเสมอของบริการและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพดิจิทัลของผู้สูงอายุ	ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความซับซ้อนของโรค

อภิปรายผล

พื้นที่ตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ตควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้แนวทางของต่างประเทศ และต้องมีความเชื่อมโยงกับนโยบายระดับประเทศ ดังต่อไปนี้

การสร้างระบบนิเวศชุมชนที่เป็นมิตร ถอดบทเรียนจากประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการปรับปรุงพื้นที่สาธารณะในตำบลศรีสุนทรและอาคารเฉลิมพระเกียรติฯ ให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (เช่น ทางลาด ราวจับ) เพื่อลดอุปสรรคในการทำกิจกรรมนันทนาการและสังคม สอดคล้องกับ Institute for Health Care Improvement (2020) ที่ได้เสนอกรอบแนวคิด 4 M ได้แก่ สิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องการ การใช้ยาที่เหมาะสม สุขภาพจิต และการเคลื่อนไหวร่างกายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นมิตร

นวัตกรรมอาสาสมัครดิจิทัล และระบบปฐมภูมิอัจฉริยะ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารตามแบบญี่ปุ่น โดยพัฒนาแอปพลิเคชันง่าย ๆ เพื่อให้ความรู้เรื่อง ท่าบริหารกล้ามเนื้อเฉพาะบุคคล พร้อมระบบติดตามอาการปวดแบบ Real-time สอดคล้องกับ Tana et al. (2025) ซึ่งนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม ต้องใช้อย่างระมัดระวัง และไม่ใช่การนำมาแทนที่ความเชี่ยวชาญของมนุษย์

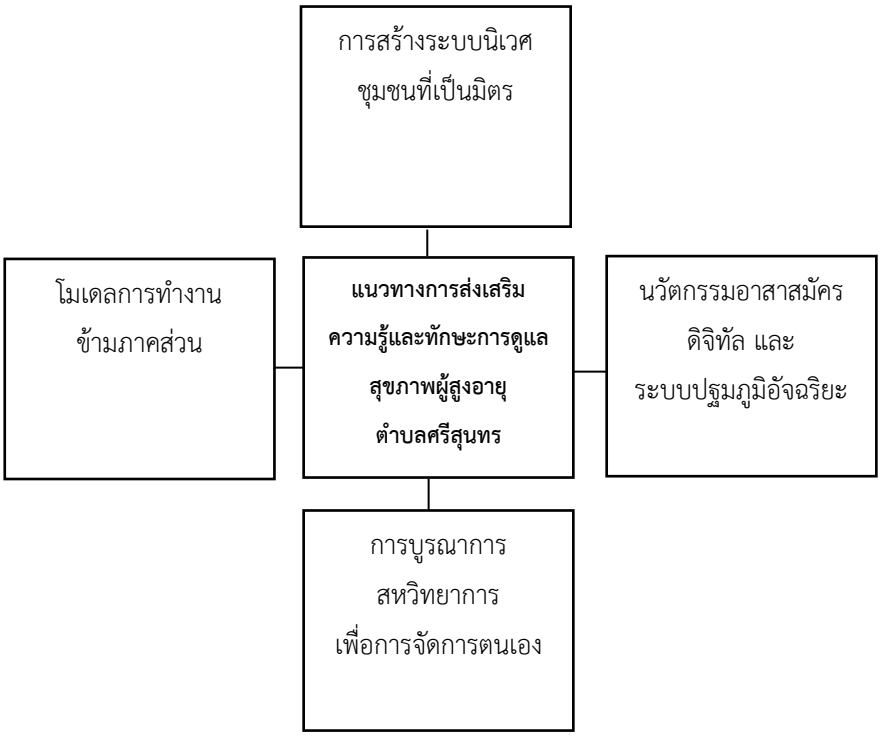
การบูรณาการสหวิทยาการเพื่อการจัดการตนเอง จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีทีมสหวิชาชีพ (หมอ พยาบาล นักกายภาพบำบัด) เป็นพี่เลี้ยงสอนทักษะการดูแลข้อเข่าและหลัง เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถจัดการความเจ็บปวดเบื้องต้นได้เองที่บ้าน สอดคล้องกับ Chhetri et al. (2026) ที่ให้ความสำคัญกับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าถึงและเป็นธรรม การบูรณาการเชิงนโยบาย การมีส่วนร่วม และนวัตกรรม

โมเดลการทำงานข้ามภาคส่วน ผลักดันให้เทศบาลตำบลศรีสุนทร ขับเคลื่อนแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุนทร และผลักดันแผนการส่งเสริมอาชีพภูมิปัญญาท้องถิ่น สอดคล้องกับ เยาวพาณี คำด้วง และคณะ (2568) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำได้โดยการจัดทำแผนงาน การสรุปประเด็นปัญหา การวางแผนในการแก้ไขปัญหาการสร้างเครือข่าย การอบรมให้ความรู้ การเยี่ยมผู้สูงอายุ การทบทวนการดำเนินงาน ตลอดจนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ทั้งนี้ การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ต้องมีความเชื่อมโยงกับนโยบายระดับประเทศ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนตลอดช่วงวัย มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาวะ มีการป้องกันปัจจัยเสี่ยง และให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในพื้นที่ สอดคล้องกับ สุพรรณษา นีระมนต์ และคณะ (2568) ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของผู้ดูแล และระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ในภาพรวม บริบทต่างประเทศ กับบริบทท้องถิ่นของประเทศไทย ต่างให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม แต่อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างกันในด้านเทคโนโลยี โดยต่างประเทศได้นำเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์มาช่วยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ขณะที่บริบทท้องถิ่นของประเทศไทยอาศัยระบบอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของคนในท้องถิ่น โดยมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพดิจิทัล นอกจากนี้ ต่างประเทศ โดยเฉพาะสังคมตะวันตกเป็นสังคมปัจเจกชนนิยม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความโดดเดี่ยวทางสังคม ขณะที่บริบทท้องถิ่นของประเทศไทย เป็นสังคมตะวันออกมีวัฒนธรรมในลักษณะสังคมรวมหมู่ เน้นความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุต่างประเทศมีอิสระและการพึ่งพาตนเองโดยใช้เทคโนโลยี ขณะที่ผู้สูงอายุบริบทท้องถิ่นของประเทศไทยมีความสุขทางจิตใจจากการทำกิจกรรมร่วมกันกับชุมชน และการได้อยู่กับลูกหลานในครอบครัว

สรุป

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ ปี พ.ศ.2548 โดยโครงสร้างประชากรของประเทศในปัจจุบันคือ “เกิดน้อย อายุยืน แรงงานหด” และจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอนาคอันใกล้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทต่างประเทศเน้นการดูแลระดับปฐมภูมิแบบองค์รวม บูรณาการนโยบาย ใช้เทคโนโลยีและพัฒนาบุคลากร ขณะที่ประเทศไทยเน้นการสร้างความรอบรู้สุขภาวะ ปฏิรูประบบปฐมภูมิและกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น สามารถสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ ได้ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แนวทางการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร

ประเทศไทยสามารถนำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุจากบริบทต่างประเทศมาปรับใช้ได้โดยนำนวัตกรรมทางสังคมและเทคโนโลยีดิจิทัล มาประยุกต์ร่วมกับเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น เพื่อสร้างระบบนิเวศชุมชนที่เป็นมิตร นวัตกรรมอาสาสมัครดิจิทัล และระบบปฐมภูมิอัจฉริยะ การบูรณาการสหวิทยาการเพื่อการจัดการตนเอง และโมเดลการทำงานข้ามภาคส่วนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต พบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก แนวทางการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร ขึ้นอยู่กับปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ 1) พลังของบุคลากรและเครือข่าย 2) การระดมทรัพยากรของชุมชน 3) การมีส่วนร่วมเชิงรุก และ 4) การบูรณาการสหวิทยาการ บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างองค์ความรู้การส่งเสริมความรู้และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเรียนรู้ประสบการณ์จากต่างประเทศและของประเทศไทย และนำไปปรับใช้ในบริบทเชิงพื้นที่ตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณตามโครงการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ตามแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต

ข้อเสนอแนะ

ภาพรวมประเด็นปัญหาการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคเรื้อรังมากขึ้น มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุมีจำกัด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) การสร้างระบบนิเวศชุมชนที่เป็นมิตร (Age-friendly Environment) ถอดบทเรียนจากประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการปรับปรุงพื้นที่สาธารณะ

2) นวัตกรรมอาสาสมัครดิจิทัล และระบบปฐมภูมิอัจฉริยะ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารตามแบบญี่ปุ่น โดยพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3) การบูรณาการสหวิทยาการเพื่อการจัดการตนเอง (Self-Management Program) จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group) ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

4) โมเดลการทำงานข้ามภาคส่วน (Interdisciplinary Collaboration) ผลักดันให้เทศบาลตำบลศรีสุนทร ขับเคลื่อนแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุนทร และผลักดันแผนการส่งเสริมอาชีพภูมิปัญญาท้องถิ่น ร่วมกับสำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอถลาง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) ปรับปรุงพื้นที่สาธารณะในตำบลศรีสุนทรและอาคารเฉลิมพระเกียรติฯ ให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อผู้สูงอายุมีปัญหาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (เช่น ทางลาด ราวจับ) เพื่อลดอุปสรรคในการออกมาทำกิจกรรมนันทนาการและสังคม

2) พัฒนาแอปพลิเคชันง่าย ๆ เพื่อให้ความรู้เรื่อง ท่าบริหารกล้ามเนื้อเฉพาะบุคคล พร้อมระบบติดตามอาการปวดแบบ Real-time โดยให้นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ตและกองสาธารณสุขของเทศบาลตำบลศรีสุนทร ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยสอนการใช้เทคโนโลยีแก่ผู้สูงอายุ

3) มีทีมสหวิชาชีพ (หมอ พยาบาล นักกายภาพบำบัด) รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นพี่เลี้ยงสอนทักษะการดูแลข้อเข่าและหลัง เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถจัดการความเจ็บปวดเบื้องต้นได้เองที่บ้าน ลดการพึ่งพาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

4) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ จัดกิจกรรมทางสังคมและนันทนาการ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพทางกายและใจ

5) ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนผู้สูงอายุ ส่งเสริมการประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ร่วมกันและมีรายได้

บรรณานุกรม

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, ชลการ ทรงศรี, ศรีไชย โพธิ์ศรี, เพชรา ท้องเผ้า, วริดา นิลราช และภัณฑิรชา เฟื่องทอง. (2568). การประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่าย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 5*(2), e271116. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2565, 31 ธันวาคม). *แผนปฏิบัติการ ด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580).* https://www.dop.go.th/download/laws/th1741771843-868_0.pdf

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2566.* กรุงเทพมหานคร : กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

เฉลิมพร วรพันธกิจ, เอกพล วงศ์เสรี, กมลวรรณ กิตติอุดมรัตน์, วนิดา หาญเจริญ, พรรณวดี กิตติอุดมรัตน์ และฮาริส อันนันหนับ. (2566). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเรื่อง การสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์บนพื้นฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อยกระดับรายได้ผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต.* ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

นวพรรณ พรายพรรณ. (2568, 7 กุมภาพันธ์). *เทศบาลตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง ลงนาม MOU โครงการฝึกอบรมและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 กิจกรรมยืดก่อนแย่ กายภาพก่อนเกิดโรค.* สถานีโทรทัศน์แห่งประเทศไทย. https://thainews.prd.go.th/thainews/news/view/896922/?bid=1

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570. (2565, 1 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา.* เล่ม 139 ตอนพิเศษ 258 ง. หน้า 1-143.

มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต. (2569). *รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ ประจำปี พ.ศ. 2569 โครงการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต.* ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580. (2561, 13 ตุลาคม). *ราชกิจจานุเบกษา.* เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก. หน้า 1-71.

เยาวพาณี คำด้วง, พีรญา มะธิโตปะนำ, เถวียน ปาปะขี, จักรพงษ์ บุหรัน และรุ่งเรือง แสนโกษา. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนทอง ตำบลโนนแดง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. *Interdisciplinary Academic and Research Journal, 5*(2), 513-526. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/IARJ/article/view/281855

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. (2560, 6 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา.* เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก. หน้า 1-90.

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภูเก็ต. (2566). *ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2566.* https://phuket.dop.go.th/th/know/1/106

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2569, 12 มกราคม). *แถลงข่าว สถานการณ์ประชากรไทย ปี 2569 พลิกวิกฤตเกิดน้อย สังคมสูงวัย สู่การลงทุนในคนเพื่ออนาคตประเทศ.* https://mahidol.ac.th/temp/2026/01/IPSR-MU-Press-Release-12-01-2569.pdf

สำนักงานสถิติจังหวัดภูเก็ต. (2568, 16 มกราคม). *สรุปผลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 จังหวัดภูเก็ต.* https://phuket.nso.go.th/statistical-information-service/infographic-interactive/infographic.html?start=32

สุพรรณษา นีระมนต์, ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, พรพิมล ชูพานิช, นพรัตน์ เสนาฮาด, นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์ และกฤติยาณี ธรรมสาร. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 11*(2), 67-80. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc/article/view/280546

เอกพล วงศ์เสรี, กมลวรรณ กิตติอุดมรัตน์, จิรวัฒน์ ทิพยรส, เฉลิมพร วรพันธกิจ และพรรณวดี กิตติอุดมรัตน์. (2563). ยุทธศาสตร์การเตรียมผู้สูงอายุให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีความสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร, 40*(6), 74-91. https://so05.tci-thaijo.org/index.php/sujthai/article/view/241535

Amorim, M. S., & Nobre, T. T. X. (2025). Health care strategies for the elderly: a global overview. *Health Sciences Journal, 15,* e1571. https://doi.org/10.21876/hsjhci.v15.e1571

Baba, H., Aung, M. N., Miyagi, A., Masu, A., Yokobori, Y., Kiyohara, H., Otake, E., & Yuasa, M. (2024). Exploring the contribution of Japan's experience in addressing rapid aging in Asia: Focus on dementia care. *Glob Health Med, 6*(1), 19-32. https://doi.org/10.35772/ghm.2023.01124

Chhetri, J., Kamholz, B., Chan, P., Jang, H., & Sadana, R. (2026). Improved long-term care provision in the context of population ageing. *Bull World Health Organ*, *104,* 63–63A. http://dx.doi.org/10.2471/BLT.26.295680

Elsy, P. (2020). Elderly in the society 5.0 and kaigo rishoku in Japanese hyper-ageing society. *Jurnal Studi Komunikasi, 4*(2), 435-452. https://doi.org/10.25139/jsk.v4i2.2448

Giroir, B. P. (2021). *Healthy people 2030: A call to action to lead America to healthier lives. JPHMP, 27*(Suppl 6), S222-S224. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8478292/

Institute for Health Care Improvement. (2020). *Age-friendly health systems: Guide to using the 4Ms in the care of older adults.* Institute for Health Care Improvement. https://www.americangeriatrics.org/sites/default/files/inline-files/IHIAgeFriendlyHealthSystems_GuidetoUsing4MsCare.pdf

Jinyuan, F. & Zahari, Z.A. (2025). Construct a service functional needs model for elder care app based on Maslow's hierarchy of needs theory and A-Kano model analysis. *International Journal of Academic Research in Business & Social Sciences, 15*(10), 1613-1633. http://dx.doi.org/10.6007/IJARBSS/v15-i10/26763

Kuzelewska, E., Tomaszuk, M. & Malinowski, D. (2026). The elderly digital: digital exclusion vesus the right not to use the internet. *Int J Semiot Law* 39, 1365-1384. https://doi.org/10.1007/s11196-025-10334-4

Liana, S. (2023). Features of the self-concept of the elderly. *Proceeding of the 7th International Scientific and Practical Conference, Current Issues and Prospects for The Development of Scientific Research.* (pp. 252-257). Orléans, France. https://doi.org/10.51582/interconf.19-20.04.2023.027

Liu, L., Wu, F., Tong, H., Hao, C. & Xie, T. (2021). The digital divide and active aging in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*, 12675. https://doi.org/10.3390/ijerph182312675

OECD. (2025a). *The economic benefit of promoting healthy ageing and community care*: OECD health policy studies. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/the-economic-benefit-of-promoting-healthy-ageing-and-community-care_0f7bc62b-en.html

OECD. (2025b). *Health at a glance 2025: OECD indicators.* Paris: OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html

Rudnicka, E., Napierala, P., Podfigurna, A., Meczekalski, B., Smolarczyk, R. & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas, 139*, 6-11. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018

Tana, C., Siniscalchi, C., Cerundolo, N., Meschi, T., Martelletti, P., Tana, M., Moffa, L., Wells-Gatnik, W., Cipollone, F., & Giamberardino, M.A. (2025). Smart aging: integrating AI into elderly healthcare. *BMC Geriatrics, 25,* 1024. https://doi.org/10.1186/s12877-025-06723-w

United Nations Development Programme. (2017). *Ageing, older persons and the 2030 agenda for sustainable development*. New York: United Nations.

World Health Organization. (2018). *Integrated care for older people.* Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.44

Xiao, Y. (2025). Research on the path optimization of community embedded elderly care model from the perspective of ecosystem theory. *Journal of Sociology and Education (JSE), 1*(10). https://doi.org/10.63887/jse.2025.1.10.74

Xu, L., Ng, D.T.K., Lee, C.S.Y., Peng, P. & Chu, S.K.W. (2025). A systematic review of digital literacy in lifelong learning for older adults: challenges, strategies, and learning outcomes. *Education Tech Research Dev, 73,* 3627–3674. https://doi.org/10.1007/s11423-025-10530-w