

มาตรการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยผ่านอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พลธนพัชร สังข์วนิชการาดา

สาขาการจัดการระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2578 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้นำมาซึ่งความท้าทายด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตที่ลดลง การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการรองรับสังคมสูงอายุ โดยอาศัยแนวทาง Ottawa Charter for Health Promotion ที่เน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมพลังชุมชน และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีมากกว่าหนึ่งล้านคนทั่วประเทศ เป็นกลไกหลักที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับประชาชน และมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งด้านการเข้าถึงสิทธิและนโยบายสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย การเสริมพลังการมีส่วนร่วมชุมชน การพัฒนาทักษะด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย ตลอดจนการประสานงานระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนมาตรการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยผ่านการดำเนินงานของ อสม. โดยอ้างอิงกรอบแนวคิด Ottawa Charter for Health Promotion และ Determinants of Health Model เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ ช่วงปี พ.ศ. 2563-2568 ผลการทบทวนยืนยันว่า อสม. ไม่เพียงทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนระบบบริการ แต่ยังเป็นกลไกสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับครัวเรือนและชุมชน ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบเพื่อเสริมความเข้มแข็งและความยั่งยืนของสังคมสูงอายุไทย

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุข; การสร้างเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; ปัจจัยกำหนดสุขภาพ; ชุมชน

วันรับ: 2 มี.ค. 2569

วันแก้ไข: 13 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 16 เม.ย. 2569

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2578⁽¹⁾ การเปลี่ยนแปลงนี้สร้างผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable

diseases; NCDs) ภาวะพึ่งพิง และความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพชีวิต^(2,3)

องค์การอนามัยโลกเน้นย้ำว่า การจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไม่ควรมุ่งเพียงการรักษาแต่ต้องเน้น การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) และการป้องกัน (prevention) เป็นหลัก⁽³⁻⁵⁾ กรอบ Ottawa Charter for Health Promotion เสนอแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

(2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) การปรับระบบบริการสุขภาพ⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในสังคมสูงอายุไทยได้อย่างเหมาะสม

ในระดับประเทศ รัฐบาลได้บรรจุประเด็นการดูแลผู้สูงอายุไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชากร⁽⁶⁾ นอกจากนี้ แบบจำลอง Determinants of Health ของ Dahlgren และ Whitehead ได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยกำหนดสุขภาพครอบคลุมทั้งปัจจัยชีวภาพ พฤติกรรม ปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม⁽⁷⁾ ซึ่งสามารถใช้เป็นกรอบวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับบริบทสุขภาพผู้สูงอายุไทย

เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีมากกว่าหนึ่งล้านคนทั่วประเทศ⁽⁸⁾ ถือเป็นกำลังหลักที่ช่วยเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร อสม. ไม่เพียงทำหน้าที่คัดกรองโรคหรือดูแลพื้นฐาน แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการจัดกิจกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกาย ป้องกันการหกล้ม และสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ^(9,10)

ดังนั้น บทความนี้มุ่งทบทวนมาตรการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย โดยใช้กรอบ Ottawa Charter for Health Promotion และ Determinants of Health model เป็นฐานวิเคราะห์ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้พัฒนาเชิงนโยบายและการปฏิบัติในระดับชุมชนและประเทศได้อย่างเหมาะสม⁽¹¹⁾

วิธีการศึกษา

บทความนี้เป็นการทบทวนเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยผ่าน อสม. โดยใช้กรอบแนวคิด Ottawa Charter for Health Promotion⁽⁴⁾ และ Determinants of Health model^(6,7) ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลแหล่งข้อมูลและการค้นหา

การค้นหาเอกสารดำเนินการจากฐานข้อมูลวิชาการระหว่างประเทศและในประเทศ ได้แก่ PubMed (National Library of Medicine), Scopus (Elsevier), และ ThaiJo

(Thai Journal Online) ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2568 โดยใช้คำค้นภาษาอังกฤษ ได้แก่ “Village Health Volunteers” or “VHVs” or “Community Health Volunteers” and “Thailand” and “Older Adults” or “Elderly” or “Ageing” and “Health Promotion” or “Community Health” or “Primary Health Care” และคำค้นภาษาไทย ได้แก่ “อาสาสมัครสาธารณสุข” or “อสม.” and “ผู้สูงอายุ” and “การสร้างเสริมสุขภาพ” or “สุขภาพชุมชน” นอกจากนี้ยังค้นหาเอกสารนโยบายและรายงานจากกระทรวงสาธารณสุข^(8,9) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)⁽¹⁰⁾ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽¹⁾ และองค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾

เกณฑ์การคัดเลือกเอกสาร

บทความและเอกสารที่นำมาทบทวนต้องเป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed)⁽²⁾ เอกสารนโยบายและรายงานจากหน่วยงานภาครัฐและองค์การระหว่างประเทศที่เชื่อถือได้⁽³⁾ เนื้อหาเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยผ่าน อสม.⁽⁴⁾ เอกสารที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2568 สำหรับงานวิจัยหลัก และเอกสารสำคัญก่อนปี พ.ศ. 2563 สำหรับกรอบแนวคิดและทฤษฎีพื้นฐาน⁽⁵⁾ และเอกสารที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เกณฑ์คัดออกได้แก่ บทความที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริบทประเทศไทย บทความที่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. และบทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

ผลการค้นหาและการคัดเลือก จากการค้นหาเบื้องต้นพบเอกสารที่เกี่ยวข้อง 156 รายการ หลังจากคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเลือกและกำจัดเอกสารซ้ำซ้อนได้เอกสารที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 39 รายการ ประกอบด้วยบทความวิจัยต้นฉบับ 18 รายการ บทความพื้นวิชา 8 รายการ และเอกสารนโยบายและรายงานหน่วยงาน 13 รายการ⁽¹¹⁻³⁶⁾

การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล เอกสารที่คัดเลือกได้ถูกวิเคราะห์และสังเคราะห์ตามกรอบ Ottawa Charter for Health Promotion 5 มิติ⁽⁴⁾ ได้แก่ (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) การปรับระบบ

บริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังใช้กรอบ Determinants of Health model^(6,7) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุในบริบทประเทศไทย

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building Healthy Public Policy)

นโยบายสาธารณะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับประเทศ โดยประเทศไทยมีการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ที่ให้ความสำคัญกับการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ นโยบายดังกล่าวครอบคลุมการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข การส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพ และการจัดระบบดูแลระยะยาว (long-term care; LTC) ซึ่งดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage; UHC) ถือเป็นหนึ่งในนโยบายที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยกลไกชุมชนอย่างอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้จริง⁽⁸⁾

งานวิจัยยืนยันว่า อสม. มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างครัวเรือนกับระบบบริการสุขภาพ เช่น การแจ้งสิทธิด้านการรักษาพยาบาล การช่วยเหลือในการลงทะเบียน และการติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง^(9,10,13) สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่า การมี อสม. ในพื้นที่ช่วยเสริมศักยภาพของนโยบายสาธารณะ ทำให้นโยบายไม่เพียงอยู่ในเอกสารเชิงนโยบาย แต่ถูกนำไปสู่การปฏิบัติจริงในระดับครัวเรือนและชุมชน

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Creating Supportive Environments)

สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการป้องกัน

การบาดเจ็บจากการหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทยและเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความพิการและการพึ่งพิง⁽¹⁶⁾ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจึงเป็นหนึ่งในแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ

ในระดับครัวเรือน อสม. มีบทบาทในการเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ การจัดแสงสว่างให้เพียงพอ และการจัดเก็บสิ่งของที่อาจก่อให้เกิดการสะดุด⁽¹⁷⁾ การปรับปรุงดังกล่าวช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและเพิ่มความมั่นใจให้ผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตประจำวัน

ในระดับชุมชน อสม. มักทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสุขภาพเพื่อจัดกิจกรรมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น การปรับปรุงลานออกกำลังกายกลางแจ้ง หรือการรณรงค์ “ชุมชนปลอดภัย” ที่เน้นการจัดการทางเดินถนนและพื้นที่สาธารณะให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ⁽¹⁸⁾

งานวิจัยยืนยันว่า การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและชุมชน มีผลชัดเจนต่อการลดอัตราการหกล้ม เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ^(19,20) สิ่งนี้สะท้อนว่าการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน โดยมี อสม. เป็นตัวกลางสำคัญในการขับเคลื่อน

การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Strengthening Community Action)

การมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่เพียงได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล แต่ยังขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนและสังคมโดยรวม⁽¹⁹⁾ การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญต่อการลดความโดดเดี่ยว ส่งเสริมสุขภาพจิต และสร้างโอกาสในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน (facilitator) ที่เชื่อมโยงผู้สูงอายุกับกิจกรรมของชุมชน เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกายหมู่บ้าน และการบูรณาการกิจกรรม

สุขภาพกับงานบุญประเพณีท้องถิ่น^(21,22) สิ่งเหล่านี้ไม่เพียงสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แต่ยังช่วยสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง งานวิจัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การจัดกิจกรรมโดย อสม. เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตและกิจกรรมสังคมสำหรับผู้สูงอายุ สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽²³⁾ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมยังช่วยสร้างทุนทางสังคม (social capital) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาว⁽²²⁾

ดังนั้น การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมี อสม. เป็นแกนกลาง ไม่เพียงช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ แต่ยังเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนและความยั่งยืนของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมสูงอายุไทย

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing Personal Skills)

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงคุณภาพชีวิตที่ดีแม้ในสังคมสูงอายุ⁽²⁴⁾ ในบริบทของประเทศไทย ผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดทักษะด้านโภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ปลอดภัย และการจัดการความเครียดหรือสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)⁽²⁵⁾

อสม. มีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความรู้และสร้างทักษะดังกล่าวผ่านกิจกรรมสุขศึกษา เช่น การสอนการออกกำลังกายที่เหมาะสม การแนะนำเมนูอาหารสุขภาพ และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต⁽²⁶⁾ นอกจากนี้ อสม. ยังทำหน้าที่เป็นต้นแบบ (role model) ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้สูงอายุในชุมชน⁽²⁷⁾

หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ว่า กิจกรรมสุขศึกษาที่ อสม. จัดขึ้นสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง เช่น ลดการบริโภคเกลือและน้ำตาล เพิ่มการออกกำลังกาย และมีระดับความเครียดลดลง⁽²⁸⁾ สิ่งนี้สะท้อนว่าการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุไม่เพียงช่วยลดปัจจัยเสี่ยงโรค แต่ยังเพิ่มพลังในการดูแลสุขภาพตนเองและยืดระยะเวลาการพึ่งพิงออกไป

การปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorienting Health Services)

ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อสังคมสูงอายุ จำเป็นต้องปรับจากการมุ่งเน้นการรักษาโรค มาเป็นการป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพ⁽²⁹⁾ ในประเทศไทย แม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้โดยไม่ต้องกังวลค่าใช้จ่ายสูง⁽³⁰⁾ แต่ยังคงพบความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล⁽³¹⁾ อสม. มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมต่อผู้สูงอายุกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น การติดตามผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว การนัดหมายตรวจสุขภาพประจำปี และการสนับสนุนให้เข้ารับบริการฉีดวัคซีน^(8,32) งานวิจัยในชนบทไทยพบว่า ชุมชนที่มีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่าง อสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีอัตราการเข้ารับบริการเชิงป้องกันและฟื้นฟูสูงกว่าชุมชนที่ไม่มีเครือข่ายดังกล่าว⁽³²⁾

วิจารณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยผ่าน อสม. เป็นกลไกที่มีความเข้มแข็งและครอบคลุมในหลายมิติ สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Ottawa Charter for Health Promotion⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในบริบทประเทศไทยยังมีประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาเพิ่มเติม

การเปรียบเทียบบริบทระหว่างประเทศเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีสังคมสูงอายุในภูมิภาคเอเชียและทั่วโลก เช่น ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ พบว่าประเทศเหล่านี้มีระบบบริการสุขภาพที่เน้นเทคโนโลยีและบุคลากรมืออาชีพเป็นหลัก ในขณะที่ประเทศไทยอาศัยกลไกอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งมีข้อได้เปรียบด้านความใกล้ชิดกับประชาชนและความเข้าใจบริบทท้องถิ่น^(8,9) แต่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ⁽³⁶⁾ นอกจากนี้ ประสพการณ์จากประเทศพัฒนาแล้วแสดงให้เห็นว่าการบูรณาการระหว่างระบบบริการสุขภาพ ชุมชน และเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ^(28,30,34)

ปัจจัยสนับสนุนที่ควรนำมาปรับใช้ในประเทศไทย จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆ มีปัจจัยสนับสนุนที่ไทย ควรพิจารณานำมาใช้ได้แก่ (1) การบูรณาการเทคโนโลยี- ดิจิทัลในการติดตามและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูลสุขภาพและการใช้ระบบ telemedicine เพื่อลดภาระของ อสม. และเพิ่มประสิทธิภาพ การดูแล⁽³⁴⁾ (2) ระบบคำตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม สำหรับ อสม. เพื่อรักษาแรงจูงใจและลดอัตราการลาออก⁽³⁶⁾ (3) การพัฒนากิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการใช้เทคโนโลยี^(22,25,35) และ (4) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และภาคประชาสังคม^(19,20,36)

ข้อจำกัดของการดำเนินงานปัจจุบัน แม้ อสม. จะมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ (1) ภาระงานที่เพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก และ อสม. มีจำนวนไม่เพียงพอ^(11,12) (2) การขาดแคลน งบประมาณและทรัพยากรโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล^(29,36) (3) อสม. บางส่วนเองก็เป็นผู้สูงอายุ อาจมีข้อจำกัดด้าน สุขภาพและความสามารถในการเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่^(24,35) และ (4) ความไม่ต่อเนื่องของนโยบายและการสนับสนุน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารหรือทิศทางนโยบาย⁽⁶⁾ ดังนั้น เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่าน อสม. มีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการสนับสนุน อย่างเป็นระบบ ทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ การพัฒนา ศักยภาพ และการบูรณาการเทคโนโลยี^(33,35) รวมถึงการ สร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนเพื่อเสริมความเข้มแข็ง ของระบบ อสม. และความยั่งยืนของสังคมสูงอายุไทย⁽³⁶⁾

อย่างไรก็ตาม ความท้าทายยังคงมีอยู่ เช่น ภาระงาน ของ อสม. ที่เพิ่มขึ้น ความไม่เพียงพอของงบประมาณ และความเหลื่อมล้ำของทรัพยากรระหว่างพื้นที่⁽³⁵⁾ ดังนั้น การสนับสนุนเชิงนโยบายและการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น⁽³⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาศักยภาพ อสม.

จัดอบรมต่อเนื่องด้านสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพจิต และ ทักษะดิจิทัล เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป⁽³⁶⁾

2. สนับสนุนงบประมาณและนโยบายท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงให้ คำตอบแทนที่เหมาะสมแก่ อสม.⁽³⁶⁾

3. สร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชน

บูรณาการความร่วมมือระหว่างครอบครัว ชุมชน- ผู้สูงอายุ โรงเรียน และวัด เพื่อสร้างสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุ^(20,21)

4. ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

พัฒนาแอปพลิเคชันติดตามสุขภาพและใช้สื่อออนไลน์ เผยแพร่ความรู้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้สูงอายุและ ครอบครัว⁽³⁵⁾

5. การวิจัยและประเมินผลต่อเนื่อง

สนับสนุนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อสม. และชุมชน มีส่วนร่วม เพื่อปรับปรุงแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน⁽³⁵⁾

ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายจากการเข้าสู่ สังคมสูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญ ที่ช่วยลดภาระโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรอบ Ottawa Charter for Health Promotion และ Determinants of Health Model ช่วยให้เห็นภาพ การดำเนินงานเชิงองค์รวมที่ครอบคลุมหลายมิติ โดยมี อสม. เป็นกลไกหลักในการเชื่อมโยงนโยบาย ระบบบริการ และครัวเรือน^(4,8,9)

หลักฐานจากงานวิจัยในประเทศไทยยืนยันว่าการ ดำเนินงานของ อสม. มีผลชัดเจนต่อการลดความเสี่ยง สุขภาพ การเสริมสร้างทักษะ และการสนับสนุนผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^(17,21,23,28,32) ดังนั้น การสนับสนุน อสม. อย่างเป็นระบบทั้งด้านงบประมาณ การพัฒนาศักยภาพ และการบูรณาการกับนโยบายท้องถิ่นและระดับชาติ จึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุไทยยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ⁽³³⁻³⁶⁾

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
2. United Nations. World population ageing 2020 highlights. New York: United Nations; 2020.
3. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
4. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
5. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2017.
6. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565.
7. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
8. Ministry of Public Health. Village health volunteers: Thailand's primary health care backbone. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019.
9. Sirikanokwilai N, Kespichayawattana J, Chandoevmit W, Sittitrai W. Community health volunteers and elderly care: Thailand's experience. WHO South-East Asia J Public Health 2018;7(1):72-9.
10. Phancharoenworakul K, Kaewkungwal J, Singhasivanon P. The role of VHVs in community health promotion in Thailand. Open Public Health J 2022;15:e187494452203210.
11. United Nations Population Fund. Caring for an ageing population in Thailand. Bangkok: United Nations Population Fund; 2021.
12. Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel B, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. Lancet 2015;385(9968):649-57.
13. บัณฑิต จันพานิช, เวรกา วงษ์มณี, นารัก จิตานูตร. การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน: บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก 2566;24(3):23-30.
14. Thipsung R, Yodmalee B, Sompong S. Effectiveness of community health volunteer-led programs in promoting physical activity among older adults in Thailand. BMC Public Health 2023;23:455.
15. World Health Organization. Global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization; 2007.
16. Thipsung R, Yodmalee B, Sompong S. Fall prevention program for community-dwelling older adults: the role of village health volunteers. Thailand Nurs Health Sci J 2022;46(2):55-67.
17. Pantong U, Trapero I, Jareaprapal U. Analysis and prevention of falls among community-dwelling older adults in southern Thailand. J Adv Nurs 2024;80(5):2121-36.
18. World Health Organization. Social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2021.
19. อุบลวรรณ เรือนทองดี, ยุพา จิพัฒน์กุล. การเสริมสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นฐาน. วารสารพยาบาลทหารบก 2565;23(1):274-82.
20. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, ชัญญาวิรุฬห์ ไซยวงศ์, อัจฉรา คำมะทิตย์. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2559;17(3):133-44.
21. Putnam RD. Social capital: measurement and consequences. Can J Policy Res 2001;2(1):41-51.
22. Khanthavudh C, Grealish A, Tzouvara V, Leamy M. Supporting healthcare in rural communities in Thailand: an exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. PLoS One 2025;20(3):e0320559.
23. World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020.

24. Knodel J, Teerawichitchainan B. Older persons and family support in Thailand: changing patterns, vulnerabilities and policy challenges. *Ageing Soc* 2017;37(4):897–922.
25. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
26. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal. *Health Promot Int* 2000;15(3):259–67.
27. Nak-Ai W, Phranetr N, Thaitrong P, Sutin U, Sompeewong P. Enhancing village health volunteers' capacity in health promotion for NCD risk groups via digital technology: an action research study in Sing Buri, Thailand. *J Health Res* 2026;40(1):105–16
28. World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
29. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W. Equity in health and health care in Thailand. *Health Syst Reform* 2018;4(3):1–10.
30. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Ageing and long-term care systems in Asia. Bangkok: United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific; 2021.
31. Kitnarong N, Muangpaisan W, Kawee Wongprasert P, Luerithiphong S, Apinuntavech S, Manaboriboon B, et al. Electronic health databases and surveys for community-specific health promotion, prevention, and interventions: the Bangkoknoi Model Project (BANMOP). *BMC Health Serv Res* 2025;25:678.
32. World Health Organization. Health promotion: a discussion document on the concept and principles. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1984.
33. World Health Organization. Digital health for older adults: challenges and opportunities. Geneva: World Health Organization; 2021.
34. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานของ อสม. ในผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2566.
35. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health* 2022;10(5):e715–72.
36. Phancharoenworakul K, Kaewkungwal J, Singhasivanon P. Monitoring and evaluation framework for VHVs in health promotion of elderly. *Open Public Health J* 2023;16:e187494452308150.

Health Promotion Measures for Older Adults in Thailand through Village Health Volunteers

Phonthanapat Sangwanitchapharada

Community Health Systems Management, Chiang Mai Rajabhat University, Chiang Mai Province, Thailand

Abstract

Thailand has officially become an aged society, with older adults accounting for 20% of the population in 2021 and projected to reach 30% by 2035. This demographic transition poses significant health, economic, social challenges, particularly in relation to non-communicable diseases (NCDs), dependency, and declining quality of life. Health promotion has therefore become a critical strategy, guided by the Ottawa Charter for Health Promotion, which emphasizes creating supportive environments, empowering communities, and developing personal skills. Village health volunteers (VHVs), with over one million members across Thailand, serve as the backbone of community health systems. VHVs play essential roles in elderly health promotion, including facilitating access to health rights and policies, creating safe living environments, fostering community participation, improving nutrition and physical activity, and reorienting local health services. This article aims to synthesize evidence on elderly health promotion in Thailand through VHVs, applying the Ottawa Charter for Health Promotion and the Determinants of Health model as conceptual frameworks. Literature was searched from PubMed, Scopus, and ThaiJo databases between 2020 and 2025. Findings highlight that VHVs are not merely supporters of health service delivery but also critical actors in promoting elderly health at household and community levels. Strengthening policy support, financial resources, and VHV capacity is vital to ensure sustainability and resilience of elderly health promotion in the Thai context.

Keywords: village health volunteers; health promotion; older adults; health determinants; community