

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังคีรี  
อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

Development of health care models for the elderly. By community  
participation In Wang Khiri Subdistrict, Huai Yot District, Trang Province.

จิตติพร รัตนแก้ว

Jittiporn Rattanakaew

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังคีรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

(Received: May 31, 2025; Accepted: June 15, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) ศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาในพื้นที่ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 248 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และครอบครัว เก็บข้อมูล 3 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบทและความต้องการ 2) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) การสะท้อนผลผ่านเวทีชุมชน ใช้เครื่องมือคือแบบสอบถาม สัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพในระดับปานกลาง โดยเฉพาะการออกกำลังกายและสุขภาพจิตยังต้องการการส่งเสริมเพิ่มเติม ขณะที่การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมที่เห็นผลโดยตรงต่อชีวิต เช่น การรับบริการสุขภาพหรือกิจกรรมกลุ่มเพื่อนสูงวัย การสะท้อนผลพบว่า การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกทั้งในตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เสริมสร้างคุณค่า บทบาท และความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุในฐานะผู้ร่วมสร้างสุขภาวะของชุมชน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดูแลสุขภาพ



## Abstract

This study employed participatory action research (PAR) with three objectives: (1) to examine the context of health care for older adults through community participation; (2) to develop a community-participatory model for older adult health care; and (3) to assess the implementation outcomes of the developed model in Wangkhiru Subdistrict, Huai Yot District, Trang Province. The sample comprised 248 older adults and community partners—including public health personnel, village health volunteers (VHVs), community leaders, and family members. Data were collected in three phases: (1) context and needs assessment; (2) implementation of health-promotion activities; and (3) reflective evaluation through community forums. Research instruments included questionnaires, in-depth interviews, and observation. Data were analyzed using descriptive statistics and qualitative content analysis.

The findings revealed that most older adults demonstrated moderate levels of health knowledge and health behaviors; in particular, physical activity and mental health required further strengthening. Community participation was at a good level, especially for activities that produced direct, tangible benefits—such as receiving health services and joining senior peer-group programs. The reflective evaluation indicated that implementing the developed model generated positive changes among older adults, families, and the community, enhancing the value, roles, and pride of older adults as co-creators of community well-being.

**Keywords :** Elderly, Community Participation, Health Care

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ เทคโนโลยีสุขภาพ และบริการสาธารณสุขที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชากรมีสุขภาพดีและมีอายุยืนยาวมากขึ้น เป็นเหตุให้จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นประเด็นสำคัญที่รัฐบาลและสถาบันระหว่างประเทศต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไม่เพียงกระทบต่อปัจเจกบุคคลหรือครอบครัว แต่ยังมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และนโยบายของรัฐในระยะยาว (United Nations, 2024) ในระดับโลก ข้อมูลในปี 2024 ระบุว่าประชากรโลกกว่า 1,000 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 13 เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศอาเซียน มีผู้สูงอายุราวร้อยละ 11 และประเทศส่วนใหญ่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศแรกในอาเซียนที่มีผู้สูงอายุเกินร้อยละ 20 (UNESCAP, 2022)

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี 2565 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 และคาดว่าจะเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด" (Super-aged Society) ในปี 2574 ซึ่งประชากรผู้สูงอายุจะเกินร้อยละ 28 ของประชากรรวมทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.17 ของประชากรรวม โดยจังหวัดตรังมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 119,830 คน คิดเป็นร้อยละ 18.85 และอำเภอห้วยยอดมีประชากรผู้สูงอายุ 12,793 คน คิดเป็นร้อยละ 19.36 (กรมการปกครอง, 2566)

การพัฒนาประเทศไทยนับตั้งแต่มีการใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเพิ่มศักยภาพในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้สัดส่วนของวัยทำงานลดลง ขณะที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความท้าทายต่อระบบบริการสาธารณสุขและกลไกการดูแลสุขภาพที่มีอยู่เดิม ซึ่งส่วนใหญ่มักเน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และขาดการบูรณาการร่วมกับครอบครัวและชุมชน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) รูปแบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังคงจำกัดอยู่ใน 2 ลักษณะหลัก คือ การดูแลโดยครอบครัว และการดูแลโดยภาครัฐ ซึ่งพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น ขาดการสนับสนุนทรัพยากร กลไกการบริหารจัดการที่ไม่ต่อเนื่อง และระบบบริการที่ยังไม่ตอบโจทย์การดูแลระยะยาว ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565)

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care model) จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสม โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่มีวัฒนธรรมการดูแลในครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐาน การส่งเสริมบทบาทของครอบครัวองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จะช่วยเกิดระบบดูแลสุขภาพที่มีความต่อเนื่อง ยั่งยืน และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ (กุลธิดา คำดี, 2564) จากข้อเท็จจริงดังกล่าว ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษา "การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังศิรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง" เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ เสริมสร้างคุณภาพชีวิต

และแบ่งเบาภาระของครอบครัวและรัฐในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง
- 2) เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง
- 3) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง เพื่อร่วมกันพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสามารถนำไปใช้ได้จริง

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลวังคีรี จำนวน 248 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และครอบครัวของผู้สูงอายุ

คณะกรรมการพัฒนาารูปแบบ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมออกแบบ ดำเนินกิจกรรม และประเมินผล

### การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการใน 3 ระยะ ระหว่างเดือนมกราคม – พฤษภาคม 2568 ได้แก่

ระยะที่ 1 (Plan): ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และเวทีประชาคม เพื่อวิเคราะห์บริบท ปัญหา และความต้องการ

ระยะที่ 2 (Act and Observe): ดำเนินกิจกรรมที่ออกแบบร่วมกัน เช่น อบรมสุขภาพ การออกกำลังกายกลุ่ม การดูแลจิตใจ และการติดตามสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลพฤติกรรม เจตคติ และความรู้ก่อน-หลังการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 3 (Reflect): ใช้เวทีสะท้อนผลเพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นจากผู้เข้าร่วม วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบ

### เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุและภาคีในชุมชน

แบบบันทึกการสังเกตกิจกรรม และแบบประเมินการมีส่วนร่วม

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์และเวทีสะท้อนผล เพื่อสรุปสาระสำคัญเชิงประสบการณ์ของผู้เข้าร่วม

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้เข้าร่วมให้ความยินยอมอย่างสมัครใจ ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และสิทธิของตน ข้อมูลที่เก็บจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยตัวตน การดำเนินงานคำนึงถึงความปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ และเคารพในศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมอย่างเคร่งครัด โดยผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เลขที่ 012/2568 รับรอง ณ วันที่ 21 มกราคม 2568

### ผลการวิจัย

1. บริบทการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 248 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 152 คน (คิดเป็นร้อยละ 61.29) มากกว่าเพศชายซึ่งมีจำนวน 96 คน (ร้อยละ 38.71) มีอายุเฉลี่ย 66.17 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.95 โดยมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60 ถึง 79 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือสมรสแล้วจำนวน 199 คน (ร้อยละ 80.24) รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 14.52 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 77.02 และมีเพียงร้อยละ 2.42 ที่ไม่เคยได้รับการศึกษา อาชีพหลักคือเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 73.97 ด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่มีสมาชิก 2-4 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ขณะที่ร้อยละ 11.69 อาศัยอยู่คนเดียว สำหรับสถานะในครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 64.11 รองลงมาคือเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 31.05 ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวพบว่ามีหลากหลาย โดยโครงสร้างที่พบมากที่สุดคือ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 33.47) และอาศัยอยู่กับบุตรเท่านั้น (ร้อยละ 19.35) สุดท้าย ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 84.68) ขณะที่มีเพียงร้อยละ 6.45 ที่ใช้สิทธิจ่ายตรงหรือสิทธิเบิกได้ และร้อยละ 8.87 ใช้สิทธิอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=248 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	96	38.71
หญิง	152	61.29
<b>อายุ</b>		
Mean ± S.D. (Min : Max)	66.17 ± 4.95 (60 : 79)	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	7	2.82
สมรส	199	80.24
หม้าย	36	14.52
หย่าร้าง/ แยก	6	2.12
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	6	2.42
ประถมศึกษา	191	77.02
มัธยมศึกษา	27	10.89
อุดมศึกษา	24	9.68
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรกรรม	183	73.97
ค้าขาย	22	8.87
รับจ้าง	17	6.85
ข้าราชการเกษียณ ข้าราชการ	18	7.26
<b>บ้านานู</b>		
อื่นๆ	8	3.23
<b>จำนวนสมาชิกครอบครัวในปัจจุบัน</b>		
1 คน	29	11.69
2-4 คน	155	62.50
มากกว่า 4 คน	64	25.81
<b>สถานะในครอบครัว</b>		
หัวหน้าครอบครัว	159	64.11
สมาชิกในครอบครัว	77	31.05
ผู้อาศัย	12	4.84
<b>ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว</b>		
อาศัยอยู่คนเดียว	24	9.68
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	46	18.55
อาศัยอยู่กับบุตรเท่านั้น	48	19.35
อาศัยอยู่กับหลานเท่านั้น	5	2.02
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร	83	33.47
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและหลาน	5	2.02
อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน	17	6.85
อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน	20	8.06

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่</b>		
<b>ใช้อยู่ในปัจจุบัน</b>		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	210	84.68
จ่ายตรง/ สิทธิเบิกได้	16	6.45
สิทธิอื่นๆ	22	8.87

1.2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ในภาพรวมมีระดับความรู้แตกต่างกันในแต่ละด้าน โดย ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีความรู้ในระดับดีมากที่สุด จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 60.48 รองลงมาคือ ด้านการบริโภคอาหาร มีผู้ที่มีความรู้ในระดับดีจำนวน 123 คน (ร้อยละ 49.60) ส่วนด้านที่มีผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับดีน้อยที่สุดคือ ด้านการดูแลสุขภาพจิต มีเพียง 97 คน หรือคิดเป็น

ร้อยละ 39.11 สำหรับระดับพอใช้ พบว่าสูงสุดใน ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 110 คน (ร้อยละ 44.35) รองลงมาคือ ด้านการดูแลสุขภาพจิต (ร้อยละ 43.55) และด้านการป้องกันโรค (ร้อยละ 39.92) ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ต้องปรับปรุงมากที่สุดใน ด้านการดูแลสุขภาพจิต จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 17.34 และรองลงมาคือ ด้านการออกกำลังกาย (ร้อยละ 14.52) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (n=248 คน)

ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	ระดับดี		ระดับพอใช้		ระดับต้องปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการบริโภคอาหาร	123	49.60	96	38.71	29	11.69
ด้านการออกกำลังกาย	102	41.13	110	44.35	36	14.52
ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล	150	60.48	82	33.06	16	6.45
ด้านการป้องกันโรค	115	46.37	99	39.92	34	13.71
ด้านการดูแลสุขภาพจิต	97	39.11	108	43.55	43	17.34

1.3 พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร เป็นด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมากที่สุด จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 56.45 รองลงมาคือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 34.27 และระดับต้องปรับปรุงเพียงร้อยละ 9.27 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความใส่ใจในการเลือกบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม

ในขณะที่ ด้านการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในระดับดีเพียงร้อยละ 38.31 ซึ่งน้อยกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีระดับพอใช้ร้อยละ 40.32 และระดับต้องปรับปรุงค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 21.37 สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดบางประการ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพ ร่างกาย หรือขาดกิจกรรมส่งเสริมในชุมชน ส่วน ด้านการผ่อนคลายความเครียด พบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับพอใช้จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 43.15 ขณะที่พฤติกรรมในระดับดีมีเพียงร้อยละ 35.48 และระดับต้องปรับปรุง

เท่ากับด้านการออกกำลังกาย คือร้อยละ 21.37 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (n=248 คน)

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	ระดับดี		ระดับพอใช้		ระดับต้องปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การบริโภคอาหาร	140	56.45	85	34.27	23	9.27
การออกกำลังกาย	95	38.31	100	40.32	53	21.37
การผ่อนคลายความเครียด	88	35.48	107	43.15	53	21.37

1.4 เจตคติของผู้สูงอายุ พบว่า โดยรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเจตคติในระดับดีต่อการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะใน ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนผู้ที่มีเจตคติระดับดีมากที่สุดจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 58.47 รองลงมาคือด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีเจตคติระดับดีจำนวน 138 คน (ร้อยละ 55.65) สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวันในส่วนของ ด้านความมั่นคงแห่งชีวิตและสวัสดิการ มี

ผู้สูงอายุที่มีเจตคติระดับดีจำนวน 130 คน (ร้อยละ 52.42) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีความเชื่อมั่นในระบบสวัสดิการและความมั่นคงในชีวิต อย่างไรก็ตาม ใน ด้านกิจกรรมในสังคม และการจัดการความเครียดและอารมณ์ พบว่าผู้สูงอายุมีเจตคติระดับดีลดลง โดยเฉพาะด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์ มีผู้สูงอายุที่มีเจตคติในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 15.32 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับเจตคติของผู้สูงอายุ (n=248 คน)

เจตคติของผู้สูงอายุ	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต้องปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	145	58.47	82	33.06	21	8.47
ด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	138	55.65	90	36.29	20	8.06
ด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์ของผู้สูงอายุ	112	45.16	98	39.52	38	15.32
ด้านกิจกรรมในสังคม	120	48.39	94	37.90	34	13.71
ด้านความมั่นคงแห่งชีวิตและสวัสดิการของผู้สูงอายุ	130	52.42	93	37.50	25	10.08

1.5 การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่าโดยภาพรวม ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนในระดับที่หลากหลาย โดย ด้านที่มีระดับการมีส่วนร่วมสูงสุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 54.03 รองลงมาคือ ด้านการร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมีระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 48.39 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสนใจเข้าร่วมในกิจกรรมที่ให้ผลลัพธ์หรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง ด้านการร่วมค้นหาปัญหาและตัดสินใจ มีผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 46.37 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น่าพอใจและสะท้อนถึงความรู้สึกเป็น

เจ้าของของชุมชน ส่วน ด้านการร่วมวางแผน มีผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในระดับปานกลางสูงสุด คือร้อยละ 41.94 แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาให้ผู้สูงอายุเข้ามามีบทบาทเชิงรุกในขั้นตอนของการคิดและออกแบบแผนงาน ในขณะที่ ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล เป็นด้านที่มีผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในระดับสูงน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 41.13 และมีสัดส่วนผู้ที่มีส่วนร่วมน้อยอยู่ในระดับต่ำมากถึงร้อยละ 16.13 สะท้อนถึงความท้าทายในการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการตรวจสอบและประเมิน ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับทักษะการวิเคราะห์และติดตามผลดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน (n=248 คน)

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการร่วมค้นหาปัญหาและตัดสินใจ	115	46.37	99	39.92	34	13.71
ด้านการร่วมวางแผน/ การจัดทำแผนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	108	43.55	104	41.94	36	14.52
ด้านการร่วมปฏิบัติการ/ กิจกรรมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	120	48.39	96	38.71	32	12.90
ด้านมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	134	54.03	89	35.89	25	10.08
ด้านการร่วมตรวจสอบและประเมินผล	102	41.13	106	42.74	40	16.13

1.6 บริบทการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งชนบทที่มีสภาพแวดล้อม

เงียบสงบ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับครอบครัวและยังสามารถช่วยเหลือ

กิจกรรมในบ้านได้บ้าง แต่พบว่าหลายคนเริ่มประสบปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตจากภาวะโดดเดี่ยวหรือความรู้สึกไร้คุณค่า การบริการสุขภาพของหน่วยบริการในชุมชนมีความพยายามจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย และการให้ความรู้เรื่องโรคประจำตัว แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณ บุคลากร และความต่อเนื่องของการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนในระดับที่จำกัด โดยส่วนใหญ่มีบทบาทในฐานะผู้เข้าร่วม มากกว่าการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน หรือประเมินผลกิจกรรมสุขภาพ อีกทั้งยังขาดช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม ทำให้เสียงของผู้สูงอายุยังไม่ถูกสะท้อนในนโยบายหรือแนวทางการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง จึงเป็นช่องว่างสำคัญที่ควรพัฒนา โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทมากขึ้นในฐานะ “ผู้นำร่วมคิด” และ “ผู้ขับเคลื่อนกิจกรรม” ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีความยั่งยืน และตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในชุมชน

2. การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ตามกรอบแนวคิด PAOR (Plan – Act – Observe – Reflect) ดังนี้

ระยะที่ 1: Plan (วางแผน) – เดือนที่ 1

การดำเนินงานในระยะวางแผนเริ่มต้นจากการเก็บรวบรวมและศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง โดยมุ่งเน้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคประจำตัวที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะข้อเสื่อม รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการ

ดำรงชีวิต เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียด และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งในหลายกรณีพบว่า ผู้สูงอายุยังคงประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทาง ความไม่รู้สิทธิ หรือความไม่คุ้นชินกับระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ข้อมูลสุขภาพเฉพาะบุคคล ยังมีการสำรวจบริบทของชุมชนโดยรวม เพื่อให้เข้าใจปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือหลากหลาย เช่น การใช้แบบสอบถามเพื่อสำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรม การจัดเวทีประชาคมเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมองร่วมกันในระดับชุมชน ตลอดจนการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้นำชุมชน อสม. และผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างรอบด้าน

เมื่อได้ข้อมูลที่ชัดเจนแล้ว จึงมีการจัดประชุมกลุ่มย่อยและเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้แทนผู้สูงอายุ และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม สุดท้ายของระยะวางแผนคือการออกแบบแนวทางหรือกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในทุกขั้นตอน ไม่ที่จะเป็นการกำหนดเป้าหมาย แนวทางการดำเนินงานหรือบทบาทหน้าที่ในกิจกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นเจ้าของและมีคุณค่าในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน อันจะนำไปสู่รูปแบบที่มีความเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

ระยะที่ 2: Act (ดำเนินการ) – เดือนที่ 2

หลังจากได้ข้อเสนอแนะและแนวทางจากระยะการวางแผนแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการนำแผนที่ได้จาก

วิเคราะห์ร่วมกันกับชุมชนมาดำเนินการจริง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เริ่มจากการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่เข้าถึงง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต เช่น การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และข้อเสื่อม ควบคู่กับการจัดกิจกรรมออกกำลังกายเบา ๆ ที่เหมาะสมกับวัย เช่น รำวงย้อนยุค เดินช้า ๆ ประคองกันไป หรือฝึกการหายใจเพื่อสุขภาพจิต รวมถึงกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียดและสร้างความผ่อนคลาย เช่น การสวนมนต์ นั่งสมาธิ หรือศิลปะบำบัด เพื่อให้เกิดกลไกการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยตนเอง จึงมีการจัดตั้ง “กลุ่มดูแลสุขภาพเพื่อนสูงวัย” ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีพอสมควรหรือมีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้อื่น โดยทำหน้าที่ติดตามภาวะสุขภาพของเพื่อนผู้สูงวัยในชุมชน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น คอยดูแลถามไถ่ สังเกตอาการ หรือช่วยเตือนให้รับประทานยาและไปพบแพทย์ตามนัด ซึ่งจะช่วยลดภาวะโดดเดี่ยวและสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีคุณค่า อีกหนึ่งจุดเน้นสำคัญในขณะนี้คือการเปิดโอกาสให้ ครอบครัว เยาวชน และภาคีในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การจัดกิจกรรมข้ามรุ่น (intergenerational activities) ที่ให้เด็กหรือเยาวชนในชุมชนได้มีโอกาสเรียนรู้จากภูมิปัญญาผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนความรู้หรือประสบการณ์ เช่น การสอนทำอาหารพื้นบ้าน งานฝีมือ หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและสร้างความเข้าใจระหว่างวัย ที่สำคัญ ผู้สูงอายุไม่ได้เป็นเพียงผู้เข้าร่วมกิจกรรม แต่ยังสามารถมีบทบาทในการออกแบบกิจกรรมและขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับทีมงาน ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและภาคภูมิใจในศักยภาพของตนเอง

ระยะที่ 3: Observe (สังเกตผล) – เดือนที่ 3  
 ในระยะที่ 3 ของการดำเนินงาน คือช่วงของการติดตามและสังเกตผล (Observe) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้ดำเนินการไปในช่วงที่ผ่านมา โดยมีการเก็บข้อมูลผลลัพธ์จากกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในระยะเวลาที่ 2 เพื่อตรวจสอบว่ากิจกรรมที่ดำเนินการนั้นมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง เช่น ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นหรือไม่ มีการออกกำลังกายมากขึ้นหรือไม่ มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของชุมชนมากขึ้นเพียงใด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในระยะนี้มีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น แบบประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความรู้ พฤติกรรม และเจตคติ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเก็บข้อมูลเชิงประสบการณ์ และการสังเกตพฤติกรรมระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อดูพัฒนาการของผู้สูงอายุในด้านความกระตือรือร้น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม และการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการ ติดตามความต่อเนื่องของกิจกรรม ที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยสังเกตว่าชุมชนสามารถดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ด้วยตนเองในบางกิจกรรมหรือไม่ เช่น กลุ่มดูแลเพื่อนสูงวัยยังคงมีกิจกรรมสม่ำเสมอหรือไม่ กิจกรรมออกกำลังกายกลุ่มยังคงมีผู้เข้าร่วมอย่างต่อเนื่องหรือไม่ และผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้หรือให้กำลังใจกันหรือไม่

ระยะที่ 4: Reflect (สะท้อนผล) – เดือนที่ 3  
 หลังจากผ่านการวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการสังเกตผลอย่างเป็นระบบแล้ว ขั้นตอนสำคัญในเดือนสุดท้ายคือการ “สะท้อนผล” (Reflect) ซึ่งถือเป็น

กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยมีการจัดเวทีสะท้อนบทเรียน (Reflection Workshop) เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์จากการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ เวทีนี้ช่วยเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้เล่าถึงความเปลี่ยนแปลงในตนเอง เช่น รู้สึกสุขภาพดีขึ้น มีกำลังใจในการใช้ชีวิตมากขึ้น หรือรู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม ส่วนภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ก็ได้สะท้อนถึงความร่วมมือที่เกิดขึ้นจริง รวมทั้งข้อจำกัดหรืออุปสรรคที่พบ เช่น การขาดต่อเนื่องของกิจกรรมในบางช่วง การประสานงานระหว่างภาคส่วนที่ยังไม่ราบรื่นหรือความจำเป็นในการเสริมพลังให้ผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ยังไม่กล้าแสดงบทบาท จากการสะท้อนนี้ ได้มีการสรุปจุดแข็งของชุมชน เช่น การมีเครือข่าย อสม.ที่เข้มแข็ง การมีผู้สูงอายุผู้นำที่เป็นต้นแบบ และการได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานในพื้นที่ พร้อมกับ ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา เช่น ควรสร้างกิจกรรมต่อเนื่องเพื่อรักษาแรงจูงใจของกลุ่มผู้สูงอายุ เพิ่มช่องทางสื่อสารผ่านสื่อท้องถิ่นและพัฒนาทักษะผู้สูงอายุให้สามารถเป็น “ครูภูมิปัญญา” ถ่ายทอดความรู้ให้คนรุ่นใหม่ ผลจากการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 3 เดือนจึงถูกนำมาพัฒนาเป็น “แบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน” ซึ่งมีจุดเด่นคือการเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในทุกชั้นตอน และสามารถประยุกต์ใช้กับชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงได้ นอกจากนี้ ยังมีการนำเสนอข้อค้นพบและรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อหน่วยงานในพื้นที่ เช่น รพ.สต. อบต. และกลุ่ม อสม. เพื่อ ต่อยอดเป็นนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

จากการดำเนินงานภายใต้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่เพียงเป็นตัวเลขที่สะท้อนความสำเร็จเชิงปริมาณเท่านั้น แต่ยังปรากฏอย่างชัดเจนในเชิงคุณภาพ ผ่านเสียงสะท้อน ประสบการณ์ตรง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนโดยรอบ ผู้สูงอายุหลายคนให้สัมภาษณ์ว่า พวกเขาเริ่มมองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น จากเดิมที่รู้สึกว่าตนเป็น “ภาระของครอบครัว” กลับกลายเป็นผู้ที่มีบทบาทในกิจกรรมของชุมชน เช่น การช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ในกิจกรรมสุขภาพ การให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุด้วยกัน และการเป็นแบบอย่างในเรื่องการปรับพฤติกรรมสุขภาพ บางคนที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมใดมาก่อน กลับกลายเป็นคนที่มาร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และกล้าแสดงออกในการพูด แสดงความคิดเห็น และเสนอแนวคิดใหม่ ๆ ในที่ประชุมชุมชน

ในระดับครอบครัว ผู้ดูแลเริ่มมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น บางครอบครัวที่เคยปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง เริ่มหันมาพูดคุย ดูแลเรื่องอาหาร ยา และพาไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมข้ามรุ่น เด็ก ๆ ในชุมชนให้ความเคารพและเข้าใจบทบาทของผู้สูงอายุมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ร่วมกันที่ช่วยลดช่องว่างระหว่างวัย

ด้านชุมชนและภาคีเครือข่ายเกิดการประสานงานที่เข้มแข็งขึ้น เช่น รพ.สต. ได้ปรับวิธีการบริการให้เหมาะกับผู้สูงอายุ มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่าง

ต่อเนื่อง ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนงบประมาณและร่วมออกแบบแผนการพัฒนาที่ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมายจริง นอกจากนี้ยังมีการสื่อสารและเรียนรู้ร่วมระหว่างชุมชน มีการร่วมกันจัดทำแผนสุขภาพของชุมชน ดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านสุขภาพจิต การออกกำลังกาย สันทนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยรวม รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เน้นการมีส่วนร่วมในตำบลวังคีรีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ลึกซึ้งในระดับจิตใจ ความสัมพันธ์ และโครงสร้างชุมชน ผู้สูงอายุไม่เพียงมีสุขภาพดีขึ้น แต่ยังมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในฐานะ “ผู้ร่วมสร้างสุขภาวะ” ที่สามารถขับเคลื่อนชุมชนให้แข็งแรงได้อย่างแท้จริง

### อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบว่า ระดับความรู้ของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละด้าน โดยด้านที่ผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับดีมากที่สุด คือ ด้านการดูแลอนามัยส่วนบุคคล คิดเป็นร้อยละ 60.48 ซึ่งอาจจะสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การรักษาความสะอาดร่างกาย การจัดการกับความเจ็บป่วยเล็กน้อย และการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2011) ที่ชี้ว่า ความรู้และประสบการณ์สะสมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านที่มีความรู้ในระดับดีรองลงมาคือ ด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. หรือสื่อสุขภาพในชุมชน อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่เหมาะสมกับโรคประจำตัว เช่น เบาหวานและความดัน

โลหิตสูง ซึ่งอาจสะท้อนความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้ให้ครอบคลุมทั้งด้านโภชนาการพื้นฐานและเฉพาะโรค ในทางตรงกันข้าม ด้านการดูแลสุขภาพจิตกลับเป็นด้านที่ผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับดีน้อยที่สุด (ร้อยละ 39.11) และยังเป็นด้านที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด (ร้อยละ 17.34) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่สุขภาพจิตยังเป็นประเด็นที่ถูกมองข้ามในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ยังขาดแหล่งข้อมูลที่เข้าถึงง่าย หรือการขาดการพูดคุยในครอบครัวและสังคมเกี่ยวกับภาวะทางอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang et al. (2020) ที่พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถระบุภาวะซึมเศร้าหรือความเครียดได้ และมักไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ขณะเดียวกัน ด้านการออกกำลังกาย เป็นด้านที่มีระดับความรู้ในระดับพอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 44.35) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย แต่ยังคงขาดความรู้ในเรื่องของประเภทหรือวิธีการที่เหมาะสมกับวัยของตน เช่น ระยะเวลา ความถี่ หรือรูปแบบการออกกำลังกายที่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ World Health Organization (2020) ที่ระบุว่า การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความปลอดภัยและการปรับตามสภาพร่างกายเป็นรายบุคคล

สำหรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวมมีความแตกต่างกันในแต่ละด้าน โดยเฉพาะ ด้านการบริโภคอาหาร เป็นด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในระดับดีมากที่สุด (ร้อยละ 56.45) สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีความรู้ ความตระหนัก และสามารถเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัยและสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2011) ที่ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลมักเริ่มต้นจากความรู้และความ

ตระหนักในความสำคัญของการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม และเป็นผลจากประสบการณ์ชีวิตในระยะยาวของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ในด้านการออกกำลังกายพบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 38.31 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมในระดับดี ขณะที่ร้อยละ 21.37 อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดสำคัญที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เผชิญ เช่น ปัญหาทางร่างกาย ภาวะข้อเสื่อม ภาวะเหนื่อยง่าย หรือขาดแรงจูงใจและกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพวัย นอกจากนี้ ยังอาจเกิดจากการขาดการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ World Health Organization (2020) ที่ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุต้องอาศัยการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของแต่ละบุคคล และควรมีการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ด้าน การผ่อนคลายความเครียด พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับพอใช้ (ร้อยละ 43.15) และมีเพียงร้อยละ 35.48 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมในระดับดี โดยสัดส่วนของผู้ที่ต้องปรับปรุงเท่ากับด้านการออกกำลังกาย (ร้อยละ 21.37) แสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการจัดการอารมณ์และความเครียดในวัยสูงอายุ ซึ่งมักเกิดจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การสูญเสียบทบาทในครอบครัว และความรู้สึกโดดเดี่ยวในสังคม การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang et al. (2020) ที่ระบุว่า ผู้สูงอายุที่ขาดกลไกการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่มีกิจกรรมคลายเครียดอย่างสม่ำเสมอ มีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์มากขึ้น

เจตคติของผู้สูงอายุต่อการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง พบว่าโดยรวมผู้สูงอายุมีเจตคติในระดับดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองใน

หลากหลายมิติ โดยเฉพาะใน ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผู้ที่มีเจตคติในระดับดีมากที่สุดถึงร้อยละ 58.47 และ 55.65 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญัฐยา ศรีไชยรัตน์ และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารและการส่งเสริมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัวอย่างต่อเนื่องมักมีเจตคติในเชิงบวกต่อการดูแลตนเองมากกว่า ด้านความมั่นคงแห่งชีวิตและสวัสดิการ ยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากมีเจตคติระดับดี (ร้อยละ 52.42) สะท้อนถึงความมั่นใจในระบบสวัสดิการของรัฐ เช่น บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ กรมกิจการผู้สูงอายุ (2565) ระบุว่า แม้ผู้สูงอายุจะรับรู้ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่มีอยู่ แต่ยังมีบางกลุ่มที่ขาดช่องทางในการเข้าถึงหรือขาดความมั่นใจในการใช้สิทธินั้นอย่างเต็มที่ ซึ่งอาจเป็นช่องว่างที่ต้องได้รับการส่งเสริมผ่านกลไกในชุมชน ในทางตรงกันข้าม ผลการวิจัยชี้ว่า ด้านกิจกรรมในสังคม และ ด้านการจัดการความเครียดและอารมณ์ เป็นด้านที่ผู้สูงอายุมีเจตคติ ระดับดีลดลง โดยเฉพาะในด้านการจัดการความเครียด มีผู้สูงอายุที่มีเจตคติระดับต้องปรับปรุงถึงร้อยละ 15.32 แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ในวัยสูงอายุ ซึ่งอาจเกิดจากภาวะสูญเสีย บทบาทที่ลดลงหรือความรู้สึกโดดเดี่ยวในครอบครัวและสังคม การขาดกิจกรรมที่มีความหมายหรือไม่มีเวทีให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง อาจส่งผลต่อทัศนคติและความสามารถในการปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีกาญจน์ โชติพานิช (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างต่อเนื่องจะมี

เจตคติที่ดีและมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่ขาดการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง มีลักษณะที่หลากหลายในแต่ละด้าน โดยด้านที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในระดับสูงมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (ร้อยละ 54.03) และ การร่วมปฏิบัติการ/กิจกรรมพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (ร้อยละ 48.39) สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีแรงจูงใจและความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เห็นผลลัพธ์ชัดเจน หรือมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต เช่น การได้รับสวัสดิการหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อารยา ชูศรี (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนมากขึ้น หากกิจกรรมนั้นเกี่ยวข้องกับประโยชน์ที่ตนสามารถเข้าถึงได้โดยตรง เช่น การตรวจสุขภาพ แจกเบียร์ยั้งชีพ หรือการให้ความรู้ที่ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน ในด้าน การร่วมค้นหาปัญหาและตัดสินใจ พบว่ามีผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในระดับสูงถึงร้อยละ 46.37 ซึ่งถือเป็นระดับที่น่าพอใจ และสะท้อนถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุที่ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในเวทีสาธารณะ อย่างไรก็ตามใน ด้านการร่วมวางแผน ซึ่งเป็นกระบวนการลำดับต้นของการพัฒนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.94) แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีบทบาทเชิงรุกมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในขั้นตอนของการคิด การเสนอแนวทาง และการร่วมกำหนดเป้าหมายของกิจกรรม ซึ่งต้องอาศัยการเสริมทักษะ เช่น การสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ และการทำงานเป็นทีม ในส่วนของ การร่วมตรวจสอบและประเมินผล พบว่าเป็นด้านที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อยที่สุด โดยมีเพียงร้อยละ 41.13 ที่มีส่วนร่วมในระดับสูง และมีถึงร้อยละ 16.13 ที่มีส่วนร่วมในระดับ

ต่ำ ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุในด้านทักษะ การประเมินผล ขาดความมั่นใจในการใช้ข้อมูล หรือไม่เข้าใจบทบาทของตนในกระบวนการติดตามผลกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโดย ธิติยา เชื้อทอง (2563) ที่ระบุว่า การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อยในกระบวนการ ตรวจสอบและประเมินผล เกิดจากความรู้สึกว่าไม่ใช่หน้าที่ของตน หรือขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินผลโครงการเชิงเทคนิค

โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพ และความตั้งใจของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยเฉพาะในด้านการเกี่ยวข้องกับการลงมือปฏิบัติและการรับผลประโยชน์ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะในขั้นการวางแผน และการติดตามประเมินผล ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนผ่านกิจกรรมเสริมทักษะ เวทีเรียนรู้ร่วม และการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและชุมชน เพื่อส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในฐานะ “ผู้ร่วมสร้าง” มากกว่าผู้รับเพียงฝ่ายเดียว

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ผลการวิจัยที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างหลากหลาย สามารถนำไปปรับใช้เป็นตัวแบบในชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียง โดยหน่วยงานท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อปท.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถนำแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในทุกขั้นตอนของการพัฒนา เช่น การวางแผน การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเอง

เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้พลังของชุมชนเป็นฐาน

2. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำนโยบาย หรือแผนพัฒนาผู้สูงอายุระดับตำบล ข้อมูลจากงานวิจัยสามารถนำไปใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านที่ยังมีข้อจำกัด เช่น การจัดการสุขภาพจิต การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ ซึ่งสามารถผลักดันให้เป็นวาระของแผนสุขภาพระดับตำบล โดยบูรณาการร่วมกับแผนสุขภาพชุมชน และเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ด้านการสูงวัยของประเทศเพื่อพัฒนาระบบดูแลที่ครอบคลุมและยั่งยืนต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายชุมชนหรือหลายตำบล เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในบริบทที่แตกต่างกัน และเพิ่มความหลากหลายของข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพได้ในระดับกว้าง และส่งผลให้การพัฒนารูปแบบมีความครอบคลุม และสามารถประยุกต์ใช้ได้ในช่วงกว้างมากยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เช่น ด้านจิตสังคม เศรษฐกิจ หรือบทบาทในครอบครัว เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่ตรงกับความต้องการและข้อจำกัดของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม รวมถึงช่วยให้สามารถออกแบบกิจกรรมที่ ตอบโจทย์ และ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต.

### อ้างอิง

- กรมการปกครอง. (2566). *ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุสัญชาติไทย จำแนกตามจังหวัด พ.ศ. 2566*. กระทรวงมหาดไทย.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2566–2570*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลธิดา คำดี. (2564). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม: บทเรียนจากภาคสนาม. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 19(2), 75–88.
- ณัฐยา ศรีไชยรัตน์, สุทธิดา วงศ์ศิริ, & กิตติชัย วงษ์มณี. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 16(2), 45–57.
- ธิตยา เชื้อทอง. (2563). การส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในการประเมินผลกิจกรรมชุมชน: ศึกษากรณีพื้นที่ภาคใต้. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, 8(1), 71–82.
- ศิริกาญจน์ โชติพานิช. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(1), 28–38.



อารยา ชูศรี. (2561). รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนาชุมชน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏ นครศรีธรรมราช*, 10(2), 115–126.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *รายงานประชากรและเคหะ พ.ศ. 2566*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Pender, N. J. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson Education.

UNESCAP. (2022). *Addressing the challenges of population ageing in Asia and the Pacific*.  
<https://www.unescap.org>

United Nations. (2024). *World population ageing 2023 highlights*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org/development/desa/pd/>

Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2020). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2356-6>

World Health Organization. (2020). *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>