



มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง
THAMMASAT UNIVERSITY LAMPANG CAMPUS

รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2

**“นวัตกรรมการวิจัย
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย”**

**Innovating Research for Sustainable
Development in an Aging Society**

**วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2568
ณ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง**





คำนำ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ได้จัดการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2 ภายใต้หัวข้อ “นวัตกรรมการวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย (Innovating Research for Sustainable Development in an Aging Society)” เพื่อเป็นเวทีในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของอาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ นักเรียน นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง นักศึกษาระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษา เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อันนำไปสู่การสร้างเครือข่ายทางวิชาการ นอกจากนี้ยังเป็นการสนับสนุนการบูรณาการผลงานวิจัยไปสู่การสร้างนวัตกรรมและการพัฒนาชุมชน สังคมและประเทศชาติด้วย โดยมีประเด็นย่อยในการนำเสนอ (Sub Theme) ได้แก่ (1) ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ (2) ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และ (3) ด้านนักวิจัยรุ่นใหม่

รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2 ภายใต้หัวข้อ “นวัตกรรมการวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย (Innovating Research for Sustainable Development in an Aging Society)” ครั้งนี้ ประกอบด้วยผลงานวิชาการที่มีคุณภาพทั้งหมด 16 เรื่อง

ในนามของฝ่ายจัดการประชุมวิชาการระดับชาติ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมนำเสนอผลงานวิชาการ ผู้เข้าร่วมการประชุมและขอขอบคุณคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่มีส่วนให้การประชุมวิชาการระดับชาติ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ทั้งนี้ หากมีการร้องเรียนหรือให้แก้ไขข้อมูลในรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติฉบับนี้ สามารถแจ้งมายังฝ่ายจัดการประชุมวิชาการระดับชาติ ได้ตั้งแต่เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2568 หลังจากนั้นจะถือว่ารายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติฉบับนี้ เสร็จสิ้นสมบูรณ์



สารบัญ

	หน้า
1. โครงการการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2	1
2. กำหนดการ	3
3. คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	6
4. ผลงานวิชาการนำเสนอแบบบรรยายและตีพิมพ์ ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ	
4.1 การศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (ระยะที่ 1)	8
5. ผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ	
5.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในยุคดิจิทัลในจังหวัดนครศรีธรรมราช	18
5.2 การพัฒนา AI-Coach อัจฉริยะด้วยปัญญาประดิษฐ์ เพื่อการวัดและให้คำปรึกษาด้านความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันสูง ระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย	30
5.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์ แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิง จังหวัดลำปาง	44
6. ผลงานวิชาการนำเสนอแบบบรรยายและตีพิมพ์ ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์	
6.1 การเสริมสร้างพลังทางบวกของแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบจังหวัดเชียงราย	57
6.2 นวัตกรรมบริการการบินสำหรับผู้สูงวัย: การปรับปรุงประสบการณ์ผู้โดยสาร และโมเดลธุรกิจที่ยั่งยืน	67
6.3 การเพิ่มรายได้เสริมของสายการบิน: กรณีศึกษาสนามบินลำปาง เพื่อออกแบบผลิตภัณฑ์การเดินทางสำหรับเศรษฐกิจสูงวัย	83
6.4 การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพรอบสนามบินเพื่อการพัฒนาเป็นศูนย์กลางการเดินทาง สำหรับผู้สูงวัย กรณีศึกษาสนามบินลำปาง	92
7. ผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์	
7.1 การกำหนดนโยบายการแพทย์ด้านผู้สูงอายุและการนำไปปฏิบัติ: วิเคราะห์ผ่านตัวแบบพุทธรักษา	102
7.2 การเปรียบเทียบลักษณะทางภาษาของกลุ่มมีคฤศก์ท่องเที่ยวทางทะเล สำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยและคู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษา	115
8. ผลงานวิชาการนำเสนอแบบบรรยายและตีพิมพ์ ด้านนักวิจัยรุ่นใหม่	
8.1 พัฒนาการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย	127
8.2 การพัฒนาไฮโดรเจลอัลจินต/ยางอะคาเซียบรรจุผงขมิ้นชันรักษาแผลในช่องปาก	139



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
8.3 แอปพลิเคชัน สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ในกลุ่มผู้สูงอายุ	149
8.4 นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยการเดินสำหรับผู้ป่วย	160
9. ผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ด้านนักวิจัยรุ่นใหม่	
9.1 “ล้ำล้ำใจก็ไขผำ” แห่งอนาคต Superfood สำหรับคนสูงวัย	171
9.2 ระบบดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ 5 ส. สูงวัยสุขนาน	181



โครงการการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2

1. ชื่อโครงการ

การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2 “นวัตกรรมการวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย (Innovating Research for Sustainable Development in an Aging Society)”

2. ผู้รับผิดชอบโครงการ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

3. หลักการและเหตุผล

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ได้กำหนดจัดการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2 ภายใต้หัวข้อ “นวัตกรรมการวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย (Innovating Research for Sustainable Development in an Aging Society)” เพื่อเป็นเวทีในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของอาจารย์ นักวิจัย นิสิต นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาทั้งปริญญาตรี และบัณฑิตศึกษา ภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อันนำไปสู่การสร้างเครือข่ายทางวิชาการ นอกจากนี้ ยังเป็นการสนับสนุนการบูรณาการผลงานวิจัยไปสู่การสร้างนวัตกรรมและการพัฒนาชุมชน สังคม และประเทศชาติด้วย โดยมีประเด็นย่อยในการนำเสนอ (Sub Theme) ดังนี้

1. ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ
2. ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
3. นักวิจัยรุ่นใหม่ (นักเรียน นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และนักศึกษาระดับปริญญาตรี)

4. วัตถุประสงค์

- 4.1 เพื่อเป็นเวทีในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของอาจารย์ นักวิจัย นิสิต นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาทั้งปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษาภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ
- 4.2 เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อันนำไปสู่การสร้างเครือข่ายทางวิชาการ

5. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้บริหารมหาวิทยาลัย วิทยากร ผู้ช่วยวิทยากร อาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ นักเรียน นักศึกษา บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไปที่สนใจ



6. วัน เวลาและสถานที่จัดประชุม

วันที่ 22 สิงหาคม 2568 เวลา 08.30 – 16.30 น. ณ อาคารบุญชูพาณิชย์ มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

7. กิจกรรม

- 7.1 การปาฐกถาพิเศษ “การวิจัยที่นำไปสู่นโยบายการสร้างสังคมผู้สูงอายุ”
- 7.2 การเสวนาพิเศษ “นวัตกรรมการวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย”
- 7.3 การนำเสนอผลงานวิชาการแบบบรรยาย (Oral Presentation)
- 7.4 การจัดแสดงนิทรรศการนำเสนอองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ
- 7.5 การจัดทำรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ (E-Proceedings)

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 8.1 มีการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของอาจารย์ นักวิจัย นิสิต นักศึกษาในระดับอุดมศึกษา
ทั้งปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษาจากภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย และบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ
- 8.2 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานทางวิชาการและมีเครือข่ายนักวิจัยในระดับชาติ



การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2

กำหนดการ

การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2

“นวัตกรรมการวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย”

วันที่ 22 สิงหาคม 2568 เวลา 08.30-12.30 น. ณ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

เวลา	รายละเอียด
08.30 - 09.00 น.	ลงทะเบียน
09.00 - 09.20 น.	พิธีเปิด - กล่าวรายงาน โดย รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติวัฒน์ จันทน์แจ่มใส รองอธิการบดีฝ่ายบริหารศูนย์ลำปางและการนักศึกษา - กล่าวเปิดงาน โดย ศาสตราจารย์ ดร.ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์ อธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
09.20 - 09.40 น.	นโยบายและบทบาทขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในการดูแลผู้สูงอายุ โดย คุณดวงรัตน์ โล่ห์สุนทร นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลำปาง
09.40 - 10.30 น.	การปาฐกถาพิเศษ “การวิจัยที่นำไปสู่นโยบายการสร้างสังคมผู้สูงอายุ” โดย ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.เอนก เหล่าธรรมทัศน์ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม
10.30 - 12.30 น.	การเสวนาพิเศษ “นวัตกรรมการวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย” วิทยากร โดย 1. คุณพรนิภา มาลีรังสี รองอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ 2. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง จิรพร เหล่าธรรมทัศน์ ผู้ทรงคุณวุฒิงานวิจัยด้านการสร้างความมั่นคงผู้สูงอายุโดยภาคประชาสังคม 3. รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน สุเอียนทรเมธี คณบดีวิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ หล่อธนะวิชย์ ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาธุรกิจและการดูแลสังคมสูงวัย คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ดำเนินรายการ โดย รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา เทพภาพ รองคณบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



กำหนดการนำเสนอผลงานวิชาการแบบบรรยาย (Oral Presentation)
การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2
“นวัตกรรมการวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย”

วันที่ 22 สิงหาคม 2568 เวลา 13.00 – 16.00 น. ณ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

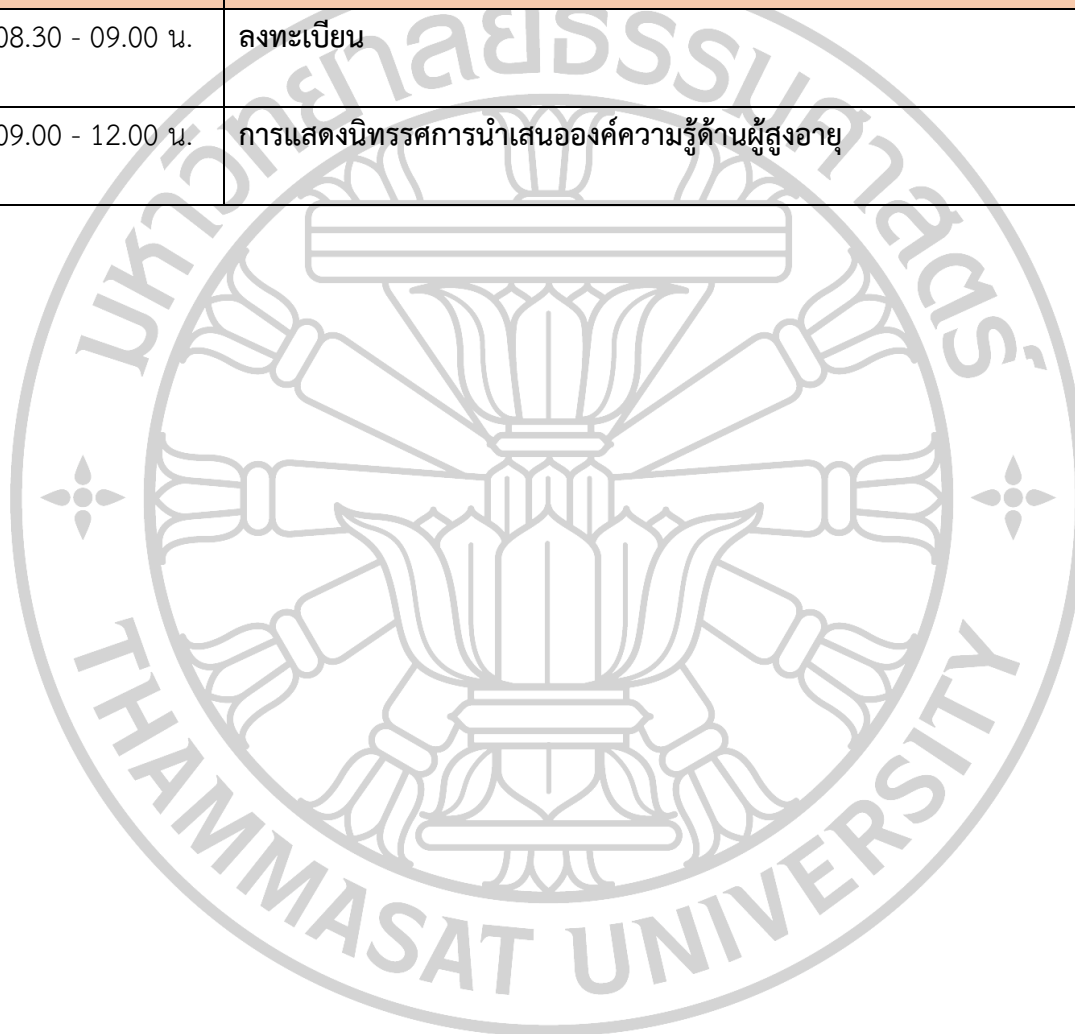
เวลา	รายละเอียด
13.00 – 13.30 น.	ลงทะเบียน
13.30 – 16.30 น.	- ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ ณ ห้อง 7310 ชั้น 3 อาคารบุญชูพาณิชย์ วิทยาการประจำห้อง 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สยามภู ใสทา อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภางค์ วัฒนเสย อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ - ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ณ ห้อง 7311 ชั้น 3 อาคารบุญชูพาณิชย์ วิทยาการประจำห้อง 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญยวัฒน์ ไตรจุฑากาญจน์ อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2. อาจารย์ ดร.สุรเชษฐ์ คูหาเลิศ อาจารย์ประจำวิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ - ด้านนักวิจัยรุ่นใหม่ ณ ห้อง 7312-13 ชั้น 3 อาคารบุญชูพาณิชย์ วิทยาการประจำห้อง 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินัย ทองปาน อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดือนเพ็ญ ศิริเถียร อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2

กำหนดการจัดแสดงนิทรรศการนำเสนอองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ
การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2
“นวัตกรรมวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย”
วันที่ 22 สิงหาคม 2568 เวลา 08.30 - 12.00 น.
ณ บริเวณชั้น 5 อาคารบุญชูพาณิชย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

เวลา	รายละเอียด
08.30 - 09.00 น.	ลงทะเบียน
09.00 - 12.00 น.	การแสดงผลนิทรรศการนำเสนอองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ





**คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์
การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2**

คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.นิรมัย พิศแข มั่นจิตร | คณะนิติศาสตร์ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุพมา อรุณจิต | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกรณ์ ชูช่วย | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สยามภู ไสหา | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประดับดวง เกียรติศักดิ์ศิริ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกวลิณ อินทนนท์ | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤตคม ศรีจิรานนท์ | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปัญญวัฒน์ ไตรจุฑากาญจน์ | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลกล ทองอ่อน | วิทยาลัยสหวิทยาการ |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีโสภา เรืองหนู | คณะแพทยศาสตร์ |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินัย ทองปาน | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนิภา ดึงสะ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |

คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย

- | | |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ลักษณีย์ บุญขาว | วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ ชีโวรินทร์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.เจษฎา เรืองสุริยะ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชวณณ สารข้าวคำ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกวรรณ กุลประชากรนัต | สำนักวิชาการวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิษา ปันฟ้า | วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์
ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ คณารีย์ | วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์
ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณภูมิ อติเวทิน | คณะบริหารธุรกิจเพื่อสังคม
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |



การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2

- | | |
|--|---|
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณวิภา เมืองถ้ำ | สาขาวิชานิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคณา ตาเสนา | คณะวิทยาการจัดการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร แม่สอด |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกลักษณ์ วงแวน | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผุสดี ลอ | สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์กัมพล แสงเอี่ยม | คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 14. อาจารย์ ดร.ฤดีรัตน์ มหาบุญปิติ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 15. อาจารย์ ดร.ทิวากร พระไชยบุญ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 16. อาจารย์ ดร.จิตศักดิ์ ไคว่สลิติย์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 17. อาจารย์ ดร.ณัทย ดุแก้ว | สาขาวิชาเทคโนโลยีชีวการแพทย์และสารสนเทศ
สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 18. อาจารย์ ดร.พิชชา ใจสมคม | คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 19. อาจารย์ ดร.ทัศนีย์ นาคเสนีย์ | คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
หมู่บ้านจอมบึง |
| 20. อาจารย์ ดร.พชรพล อินทุเวศ | คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 21. อาจารย์ ดร.ศุภกร บัวห่วย | คณะศิลปศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี
พระจอมเกล้าพระนครเหนือ |

The background of the page features a large, faint watermark of the Thammasat University seal. The seal is circular, with the Thai text 'มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์' (Mahavithayalai Thammasat) at the top and 'THAMMASAT UNIVERSITY' at the bottom. In the center is a lotus flower with a book resting on its petals.

ผลงานวิชาการนำเสนอแบบบรรยายและตีพิมพ์เผยแพร่
ในรายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการ
ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ



การศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (ระยะที่ 1) A Study of Digital Technology Use Among the Elderly Muang District, Lampang Province

อัจฉรา ชื่นใจ^{1*}, เมธาพร สงกานต์ทิพย์¹ และพัชร์พัไล โขควัฒนสกุล²

*Corresponding author E-mail address: chuenjai675@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจรูปแบบการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง อันจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นนำสู่การพัฒนาหลักสูตรส่งเสริมภาวะสุขสมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 119 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

จากการศึกษาในส่วนของรูปแบบการใช้งานพบว่าเทคโนโลยีดิจิทัลหลักที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ คือ สมาร์ทโฟน โดยส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์การใช้งานเพื่อติดตามข้อมูลข่าวสาร รองลงมาคือเพื่อความบันเทิงและบริการทางการเงิน นอกจากนี้ยังพบว่าช่วงอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการใช้งานเพื่อบริการทางการเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -0.21, p < .05$) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้งานเพื่อสืบค้นข้อมูล และบริการทางการเงิน ($p = 0.24-0.37, p < .01$) ทั้งนี้รายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้งานเพื่อบริการทางการเงิน ($p = 0.27, p < .01$) ส่วนการศึกษาในด้านทักษะ พบว่าช่วงอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับทักษะการใช้เทคโนโลยีเชิงสร้างสรรค์ ($p = -0.20, p < .05$) และทักษะการรู้เท่าทันปัญหา ($p = -0.27, p < .01$) ขณะที่ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะการแก้ปัญหาเบื้องต้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.26, p < .01$)

ผลการวิจัยสะท้อนว่าปัจจัยด้านอายุ การศึกษา และรายได้ มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับรูปแบบการใช้เทคโนโลยีและทักษะการจัดการเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ ซึ่งควรนำไปใช้ในการออกแบบหลักสูตรส่งเสริมภาวะสุขสมบูรณ์อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ เทคโนโลยีดิจิทัล

¹ โรงเรียนลำปางกัลยาณี สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาลำปาง ลำพูน

² ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Abstract

This is a cross-sectional survey study aimed to explore the patterns of digital technology usage among the elderly in Mueang Lampang District, Lampang Province. In order to design a curriculum to promote well-being among the elderly. Data were collected from 119 elderly using questionnaires. Demographic data were analyzed using descriptive statistics and the relationships between variables were analyzed using Spearman's rank correlation coefficient.

The findings on digital technology usage patterns revealed that smartphones are the primary devices used. The main purpose of usage is information tracking, followed by entertainment and financial services. Moreover, age was found to have a significant negative correlation with the use of technology for financial services ($\rho = -0.21, p < .05$). Education level demonstrated a significant positive correlation with the use of technology for information retrieval and financial services ($\rho = 0.24-0.37, p < .01$). Income also showed a statistically significant positive correlation with the use of technology for financial services ($\rho = 0.27, p < .01$). For digital skills, age was found to have a statistically significant negative correlation with creative technology skills ($\rho = -0.20, p < .05$) and problem awareness skills ($\rho = -0.27, p < .01$). In contrast, education level showed a statistically significant positive correlation with basic problem-solving skills ($\rho = 0.26, p < .01$).

The study indicated that age, education, and income are significantly associated with the digital technology usage pattern and technology management skills among the elderly. These findings should be taken into account when designing an appropriate curriculum to promote well-being.

Keywords: elderly, digital technology



ความเป็นมาของปัญหา

ในบริบทโลกที่กำลังเผชิญกับความท้าทายหลากหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการเติบโตของประชากรในเขตเมือง การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และความต้องการทรัพยากรที่เพิ่มสูงขึ้น แนวคิดของ "เมืองอัจฉริยะ" (Smart Cities) ได้กลายเป็นแนวโน้มสำคัญ (Megatrend) ที่มุ่งเน้นการนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคาใจที่ชาญฉลาดและการดำเนินชีวิตที่ใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมการพัฒนาชุมชนที่มีความอัจฉริยะอย่างยั่งยืน (Albino, Berardi, & Dangelico, 2015) ความเป็นเมืองอัจฉริยะสามารถประเมินได้จากระดับสติปัญญาในการเรียนรู้ และการบูรณาการโครงสร้างพื้นฐานที่เชื่อมโยงมิติสำคัญต่างๆ ได้แก่ สุขภาพ พลังงาน อาคาร การขนส่ง และการปกครองธรรมาภิบาลเข้าไว้ด้วยกัน (Caragliu, Del Bo, & Nijkamp, 2011) ภายใต้ระบบนิเวศอัจฉริยะที่หลากหลาย ซึ่งรวมถึงพลังงานอัจฉริยะ (Smart Energy) อาคารอัจฉริยะ (Smart Building) การสัญจรอัจฉริยะ (Smart Mobility) โครงสร้างพื้นฐานอัจฉริยะ (Smart Infrastructure) สุขภาพอัจฉริยะ (Smart Healthcare) ประชาชนอัจฉริยะ (Smart Citizen) และรัฐบาลอัจฉริยะ (Smart Government) งานวิจัยนี้มุ่งเน้นไปที่การบูรณาการแนวคิดของเมืองอัจฉริยะเข้ากับบริบทของผู้สูงอายุ (Older Adults) ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก การทำความเข้าใจถึงศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ในการส่งเสริมภาวะสุขสมบูรณ์ (Well-being) ของผู้สูงอายุในบริบทของเมืองอัจฉริยะจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (United Nations, 2019) เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะและความต้องการที่แตกต่างจากกลุ่มประชากรอื่น ๆ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีจึงจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อให้มั่นใจว่าเทคโนโลยีเหล่านั้นสามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะเจาะจงของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับระบบนิเวศอัจฉริยะต่าง ๆ สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัย ความสะดวกสบาย การเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขสมบูรณ์โดยรวมของพวกเขา ดังนั้น การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง เทคโนโลยีดิจิทัล และภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อพัฒนาแนวทางและนโยบายที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป (สำนักงานเมืองอัจฉริยะ, 2564)

จังหวัดลำปางเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าลำปางมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงเกือบ 30% ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) ซึ่งมีผลต่อรูปแบบการจัดบริการสาธารณะ โครงสร้างพื้นฐาน และระบบสังคมโดยรวม (กนกวรรณ เหลืองมงคลเลิศ, 2567) ผู้สูงอายุในลำปางจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตอำเภอเมืองยังคงมีบทบาทในครอบครัว และชุมชน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมถึงเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาสังคมให้เป็นเมืองอัจฉริยะ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังประสบปัญหาในการใช้งานและการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาหลักสูตรส่งเสริมภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุด้วยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งสำรวจรูปแบบการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง อันจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นนำสู่การพัฒนาหลักสูตรดังกล่าว



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจรูปแบบการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

วิธีการศึกษาวิจัย

ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตด้านประชากร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) เริ่มต้นผู้วิจัยสุ่มแหล่งที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างจากในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จาก 3 ใน 5 ชุมชน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจาก 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนบ้านสบตุ๋ย ชุมชนศรีเกิด ชุมชนหัวเวียง ต่อมาผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ อายุ 60-70 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดลำปาง มาแล้วอย่างน้อย 10 ปี เป็นผู้ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในชีวิตประจำวัน ไม่เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านการได้ยิน มองเห็น หรือความบกพร่องทางสติปัญญา ที่ทำให้ไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ และไม่มีโรคทางสมองขั้นรุนแรง หรือภาวะความจำเสื่อมรุนแรง ที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูล

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้ไม่สามารถตรวจสอบจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าถึงแบบสอบถามได้อย่างชัดเจน จึงไม่สามารถระบุอัตราการตอบแบบสอบถามกลับได้

เครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามรูปแบบการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดหลัก 3 ประการ เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ แนวคิดของ Davis (1989) ในมิติพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีแนวคิด DigComp 2.0 (European Commission, 2016) ในด้านทักษะดิจิทัล และกรอบแนวคิดภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุตาม Ryff's Model (1989) แบบสอบถามดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ด้านผู้สูงอายุ และด้านการวัดและประเมินผล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และได้รับการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.87 โดยส่วนของวัตถุประสงค์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ค่า



ความเชื่อมั่น 0.85 และส่วนของทักษะและการจัดการปัญหาในการใช้เทคโนโลยีได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงวัย ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงวัย ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ อุปกรณ์ที่ใช้ ความถี่ในการใช้ ระยะเวลาเฉลี่ยต่อวัน และแพลตฟอร์มที่ใช้

ส่วนที่ 3 วัตถุประสงค์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงวัย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดวัตถุประสงค์การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเชิงพฤติกรรมจำนวน 5 วัตถุประสงค์ ได้แก่ การใช้เพื่อสุขภาพ การใช้เพื่อติดตามข่าวสาร การใช้เพื่อสังคม การใช้เพื่อความบันเทิง และการใช้เพื่อธุรกรรม/บริการ

ส่วนที่ 4 ทักษะและการจัดการปัญหาในการใช้เทคโนโลยี เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการกำหนดทักษะและการจัดการปัญหาในการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงวัย 5 หัวข้อ ได้แก่ การใช้เทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์ การรู้เท่าทันปัญหาจากการใช้เทคโนโลยี การแก้ปัญหาเบื้องต้นเมื่อติดขัด การขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และการถ่ายทอดความรู้เทคโนโลยีให้ผู้อื่น

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended Questions) เกี่ยวกับปัญหาที่พบเจอเมื่อใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ความต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเทคโนโลยี และข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ผลการศึกษาและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 52.10 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 80.70 และมีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 40.30 ในด้านรายได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 6,001-10,000 บาทต่อเดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 47.10 ใช้สมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์หลักในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล โดยมีระยะเวลาการใช้งานมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้งาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อติดตามข่าวสารบ่อยที่สุด รองลงมาคือการใช้เพื่อความบันเทิงและบริการทางการเงินตามลำดับ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับรูปแบบการใช้เทคโนโลยีแสดงให้เห็นผลที่น่าสนใจหลายประการ ดังนี้

ในด้านปัจจัยอายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้งานเทคโนโลยีเพื่อบริการทางการเงิน ($p = -0.21, p < .05$) นอกจากนี้อายุยังแสดงความสัมพันธ์เชิงลบกับทักษะการใช้เทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -0.20, p < .05$) และทักษะรู้เท่าทันปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -0.27, p < .01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มใช้เทคโนโลยีในด้านการเงินและมีทักษะการใช้เทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์รวมถึงทักษะการจัดการปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า กล่าวคือ ยิ่งอายุมากขึ้น แนวโน้มการใช้เทคโนโลยีเพื่อวัตถุประสงค์ที่ซับซ้อนขึ้น เช่น บริการทางการเงิน และทักษะในการจัดการเทคโนโลยีในเชิงสร้างสรรค์หรือการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า นั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ



ทั้งนี้การที่อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการใช้เทคโนโลยีด้านการเงินและทักษะต่าง ๆ นั้น อาจเป็นผลมาจากการมีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีที่แตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Morris และ Venkatesh (2000) ที่พบว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีอายุมากกว่าและน้อยกว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้เทคโนโลยีแตกต่างกัน โดยผู้ใหญ่วัยทำงานที่อายุมากกว่าให้น้ำหนักกับความง่ายในการใช้งาน (perceived behavioral control) และอิทธิพลทางสังคม (subjective norm) มากกว่าคนรุ่นใหม่ นอกจากนี้ความกังวลในการเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือข้อจำกัดทางด้านร่างกายและความรู้ความเข้าใจที่อาจเพิ่มขึ้นตามวัย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Selwyn (2004) ที่ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างในการเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีระหว่างกลุ่มอายุต่าง ๆ ความแตกต่างนี้เกิดจากหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงกัน ปัจจัยแรกคือ ผู้สูงอายุดั้งเดิม (60-69 ปี) มักมีประสบการณ์การใช้คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟนในช่วงวัยทำงาน จึงมีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีมากกว่าผู้สูงวัยที่มีอายุมากกว่า ปัจจัยที่สองคือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสติปัญญาที่มาพร้อมกับการเพิ่มขึ้นของอายุ เช่น ปัญหาทางสายตา การได้ยิน ความจำ และการเรียนรู้สิ่งใหม่ ส่งผลให้มีความยากลำบากในการใช้งานเทคโนโลยีอย่างคล่องแคล่ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2021) ที่ระบุว่าปัญหาทั่วไปในผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียการได้ยิน ความผิดปกติของการทรงตัว และความผิดปกติทางตา สามารถส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการทำงานทางสังคมและจิตใจ และคุณภาพชีวิต ปัจจัยสุดท้ายคือ ทักษะที่มีต่อเทคโนโลยีของกลุ่มอายุที่มักกังวลเกี่ยวกับความผิดพลาดหรือมีทัศนคติว่าเทคโนโลยีมีความซับซ้อนเกินไป จึงทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการใช้งานหรือใช้งานเฉพาะในสิ่งที่จำเป็นเท่านั้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Vaportzis et al. (2017) ที่พบว่าอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ คือ การขาดคำแนะนำที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย การขาดความรู้และความมั่นใจในการใช้เทคโนโลยี นอกจากนี้ยังมีทัศนคติว่าเทคโนโลยีนั้นมีความซับซ้อนเกินความเข้าใจของตน ทำให้รู้สึกว่ายากกว่าคนรุ่นใหม่ในเรื่องการเข้าถึงเทคโนโลยี และมีความกังวลว่าการใช้เทคโนโลยีจะลดการสื่อสารแบบตัวต่อตัว โดยผู้วิจัยเสนอว่าโปรแกรมฝึกอบรมสำหรับผู้สูงอายุควรมีการให้คำแนะนำที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และควรสร้างความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุและลดความกลัวในการใช้เทคโนโลยี

นอกจากนี้พบว่าปัจจัยด้านรายได้แสดงความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้งานเทคโนโลยีเพื่อบริการทางการเงิน ($p = 0.27, p < .01$) เช่นเดียวกับปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใช้งานเทคโนโลยีเพื่อการค้นหาข้อมูล ($p = 0.24, p < .01$) และบริการทางการเงิน ($p = 0.37, p < .01$) นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทักษะการแก้ปัญหาเบื้องต้น ($p = 0.26, p < .01$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้และการศึกษาที่สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะใช้เทคโนโลยีสำหรับกิจกรรมทางการเงินมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ทั้ง "รายได้" และ "ระดับการศึกษา" มีบทบาทในการส่งเสริมการใช้งานเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านบริการทางการเงิน สาเหตุที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะใช้เทคโนโลยีเพื่อจัดการธุรกรรมทางการเงินมากกว่าอาจเป็นเพราะความมั่นใจในการเข้าถึงเครื่องมือและบริการดิจิทัล สามารถเข้าถึงอุปกรณ์และบริการคุณภาพสูง เช่น สมาร์ทโฟนรุ่นใหม่ แท็บเล็ตอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง หรือบริการ Mobile Banking ของธนาคารต่าง ๆ นอกจากนี้ กลุ่มนี้ยังมีความมั่นใจในการทำธุรกรรมออนไลน์เนื่องจากมีทุนทรัพย์



สามารถรับมือกับความเสี่ยง เช่น การถูกหลอกลวงหรือค่าธรรมเนียมต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้มีรายได้น้อย อีกทั้งยังต้องใช้เทคโนโลยีในการบริหารจัดการชีวิตการเงินที่ซับซ้อน เช่น การลงทุน การโอนเงิน การตรวจสอบบัญชี ซึ่งต้องใช้แอปพลิเคชันหรือระบบออนไลน์ที่มีความซับซ้อนกว่าการใช้งานทั่วไป

ในประเด็นของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง นั้นมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อค้นหาข้อมูลและทำธุรกรรมทางการเงินได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย รวมถึงมีทักษะในการแก้ปัญหาเบื้องต้นที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีที่สูงกว่า ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการมีพื้นฐานความรู้และทักษะการเรียนรู้ที่ดีกว่า ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับเทคโนโลยีใหม่ๆ ได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Van Deursen และ Van Dijk (2015) ที่พบว่าระดับการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีทักษะทางดิจิทัลที่สูงขึ้น ระดับการศึกษามีอิทธิพลโดยตรงต่อทั้งพฤติกรรมและทักษะในการใช้เทคโนโลยี เนื่องจากทักษะการอ่าน เขียน และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจคำสั่งหรือฟังก์ชันของแอปพลิเคชันต่าง ๆ ได้ดี ทำให้ใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองที่มาจากพื้นฐานการศึกษาทำให้สามารถศึกษาคู่มือหรือทดลองใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการศึกษาทำให้มีทัศนคติเปิดกว้างต่อสิ่งใหม่ ๆ รวมถึงเทคโนโลยี ซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญในการใช้งานอย่างสร้างสรรค์และมีวัตถุประสงค์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Miwa et al. (2017) และ Lam & Lee (2007) ที่ระบุว่า การให้ความรู้หรือฝึกทักษะและประสบการณ์ที่ต่อเนื่องสามารถลดความกังวลและเพิ่มการใช้งานเทคโนโลยีในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษารั้ครั้งนี้ชี้ให้เห็นภาพที่ชัดเจนว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองของจังหวัดลำปางไม่ได้ถูกทิ้งไว้ข้างหลังในยุคดิจิทัล แต่ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงและใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาร์ตโฟนได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการติดตามข่าวสารและความบันเทิง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการที่จะเชื่อมต่อกับโลกภายนอกและแสวงหาความเพลิดเพลินในชีวิตประจำวัน และการศึกษารั้ครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความท้าทายสำคัญในการลดช่องว่างทางดิจิทัลในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งการลดอุปสรรคด้านอายุที่เป็นตัวแปรลดทอนรูปแบบการใช้และทักษะเชิงเทคโนโลยี และส่งเสริมปัจจัยด้านรายได้และระดับการศึกษาเป็นตัวแปรเสริมศักยภาพ โดยปัจจัยด้านรายได้และการศึกษานั้นเป็นปัจจัยภายนอกที่สามารถส่งเสริมได้ด้วยการพัฒนานโยบายและแนวทางการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันจังหวัดลำปางอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่สังคมเมืองอัจฉริยะ (Smart Cities) การพัฒนาเมืองอัจฉริยะจึงไม่ควรมุ่งเน้นเพียงเทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐานเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึง "ความครอบคลุม" (inclusivity) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการออกแบบบริการดิจิทัล และนวัตกรรมด้านสุขภาพที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ Marston & van Hoof (2019) ได้เสนอแนวคิด "Smart Age-Friendly Ecosystem" ว่าเป็นการบูรณาการระหว่างแนวคิดเมืองอัจฉริยะ (Smart Cities) กับเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Cities) เพื่อให้เกิดระบบนิเวศที่ส่งเสริมให้ผู้สูงวัยสามารถมีชีวิตอย่างมีคุณภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยจะต้องให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีที่ผู้สูงอายุเข้าถึงง่ายและเหมาะสมกับวัย เช่น แอปพลิเคชันที่ใช้ภาษาง่าย ฟังก์ชันชัดเจน ตัวอักษรใหญ่นอกจากนี้ควรมีการสร้างพื้นที่สาธารณะและชุมชนดิจิทัลที่ส่งเสริมสุขภาวะทางกายและใจ เช่น โซนเรียนรู้ดิจิทัล หรือศูนย์การเรียนรู้ไอทีสำหรับผู้สูงอายุ โดย Czaja et al. (2006) กล่าวว่า



การออกแบบเทคโนโลยีที่เหมาะสมควรคำนึงถึงความต้องการและข้อจำกัดของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ Morris et al. (2014) เน้นย้ำถึงบทบาทของสังคมในการให้การสนับสนุน ให้แรงจูงใจใน และเพิ่มการยอมรับการใช้เทคโนโลยีในกลุ่มผู้สูงอายุ และข้อสรุปจากงานวิจัยของ Nimrod (2011) ที่เสนอว่าการมองผู้สูงอายุในฐานะผู้เรียนรู้ตลอดชีวิตและการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ เทคโนโลยีอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดช่องว่างทางดิจิทัลได้ ดังนั้นหลักสูตรการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อส่งเสริมภาวะสุขสมบูรณ์สำหรับผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง จึงควรพัฒนาให้มทั้งการให้ความรู้ เกี่ยวกับการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล และการส่งเสริมรายได้ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นหลักสูตรออนไลน์ที่สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา และผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงหลักสูตรดังกล่าวจากช่องทาง สื่อสังคมออนไลน์ที่ผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางเป็นสมาชิก

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการนำไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่อาจไม่เพียงพอสำหรับการสรุปผลในระดับประเทศ และพื้นที่ศึกษาที่หากจำกัดในเขตเมือง อาจไม่สะท้อนถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท รวมทั้งช่วงเวลาการเก็บข้อมูลที่รูปแบบ การใช้เทคโนโลยีอาจเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นการศึกษาในอนาคตควรขยายขอบเขต การศึกษาให้ครอบคลุมพื้นที่และกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถ นำไปสู่การพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและครอบคลุมผู้สูงอายุไทยในทุกบริบท

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมทักษะการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมตามระดับการศึกษา ของผู้สูงอายุ
2. มีการพัฒนาแอปพลิเคชันเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้งานง่าย เช่น ระบบเมนูตัวใหญ่ ภาษาชัดเจน
3. มีการส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์และเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยโดยหน่วยงาน ภาครัฐ
4. หน่วยงานภาครัฐควรส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์และเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในกลุ่มรายได้น้อย
5. สนับสนุนการมีส่วนร่วมระหว่างวัย เช่น การจัดกิจกรรมเพื่อเชื่อมโยงสัมพันธ์ในครอบครัว
6. มีการพัฒนาหลักสูตรออนไลน์เสริมทักษะการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมตามระดับการศึกษา



เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ เหลืองมงคลเลิศ. (2567). แนวทางการส/งเสริมสังคมสูงวัยคุณภาพด้วยธนาคารเวลา. สำนักงาน ก.พ.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง*. https://olderlampang.dop.go.th/download/knowledge/th1634032974-126_0.pdf
- สำนักงานเมืองอัจฉริยะ. (2564). *การส่งเสริมเมืองอัจฉริยะ*. ประกาศคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาเมืองอัจฉริยะ เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมิน และคุณสมบัติ วิธีการ และกระบวนการในการพิจารณาการเป็นเมืองอัจฉริยะ. <https://depa.or.th/storage/app/media/SmartCity/Tab%20download/20190308.pdf>
- Albino, V., Berardi, U., & Dangelico, R. M. (2015). Smart cities: Definitions, dimensions, performance, and initiatives. *Journal of Urban Technology*, 22(1), 3-21.
- Caragliu, A., Del Bo, C., & Nijkamp, P. (2011). Smart cities in Europe. *Journal of Urban Technology*, 18(2), 65-82.
- Czaja, S. J., Charness, N., Fisk, A. D., Hertzog, C., Nair, S. N., Rogers, W. A., & Sharit, J. (2006). Factors predicting the use of technology: Findings from the Center for Research and Education on Aging and Technology Enhancement (CREATE). *Psychology and Aging*, 21(2), 333-352.
- Chan, M. Y., Haber, S., Drew, L. M., and Park, D. C. (2016). *Training older adults to use tablet computers: Does it enhance cognitive function?* *Gerontologist* 56, 475-484. doi: 10.1093/geront/gnu057
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340.
- European Commission. (2016). DigComp 2.0: The Digital Competence Framework for Citizens. Update Phase 1: The Conceptual Reference Model. Publications Office of the European Union.
- Lam, J. C., & Lee, M. K. (2007). Digital inclusiveness—Longitudinal study of Internet adoption by older adults. *Journal of Management Information Systems*, 23(4), 177-206.
- Marston, H. R., & van Hoof, J. (2019). “Who doesn’t think about technology when designing urban environments for older people?” A case study approach to a proposed extension of the WHO’s age-friendly cities model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3525.
- Miwa, Y., Nishimura, T., Mori, K., & Oka, N. (2017). Factors influencing smartphone use and e-health literacy in the elderly. *Studies in Health Technology and Informatics*, 242, 694-697.



- Morris, M. G., Venkatesh, V., & Ackerman, P. L. (2014). Gender and age differences in employee decisions about new technology: An extension to the theory of planned behavior. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 61(1), 101–112.
- Nimrod, G. (2011). Seniors' online communities: A quantitative content analysis. *The Gerontologist*, 51(2), 226–237. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq058>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Selwyn, N. (2004). The information aged: A qualitative study of older adults' use of information and communications technology. *Journal of Aging Studies*, 18(4), 369–384.
- United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <https://population.un.org/wpp/Publications/>
- Van Deursen, A. J. A. M., & Van Dijk, J. A. G. M. (2015). Toward a multifaceted model of Internet access for understanding digital divides: An empirical investigation. *The Information Society*, 31(5), 379–391.
- Vaportzis, E., Clausen, M. G., & Gow, A. J. (2017). Older adults perceptions of technology and barriers to interacting with tablet computers: A focus group study. *Frontiers in Psychology*, 8, 1687.



ผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
ในรายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการ
ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล
ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Self-Care Behaviors among Older Adults in the Digital
Age: A Study in Nakhon Si Thammarat Province

นพมาศ โกศล^{1*} และหทัยรัตน์ ตัลยารักษ์²

*Corresponding author E-mail address: Noppamas33@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลในจังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 325 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.12, S.D. = 0.71) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = -0.218, p < 0.001$) ระดับการศึกษา ($r = 0.384, p < 0.001$) ความเพียงพอของรายได้ ($r = 0.236, p < 0.001$) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($r = 0.458, p < 0.001$) และประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ต ($r = 0.315, p < 0.001$) นอกจากนี้ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.328$) ระดับการศึกษา ($\beta = 0.257$) และความเพียงพอของรายได้ ($\beta = 0.183$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 38.6 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล โดยเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและปรับให้เหมาะสมกับระดับการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช



Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the level of self-care behaviors and factors related to self-care behaviors of older adults in the digital era in Nakhon Si Thammarat province. The sample consisted of 325 older adults aged 60-69 years, selected through multi-stage random sampling. The research instrument was a questionnaire consisting of 3 parts: general information, electronic health literacy, and self-care behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis. The results showed that older adults had a moderate level of self-care behaviors (Mean = 3.12, S.D. = 0.71). Factors significantly related to self-care behaviors included age ($r = -0.218$, $p < 0.001$), education level ($r = 0.384$, $p < 0.001$), income sufficiency ($r = 0.236$, $p < 0.001$), electronic health literacy ($r = 0.458$, $p < 0.001$), and internet experience ($r = 0.315$, $p < 0.001$). Furthermore, factors that could predict self-care behaviors were electronic health literacy ($\beta = 0.328$), education level ($\beta = 0.257$), and income sufficiency ($\beta = 0.183$), which together explained 38.6% of the variance in self-care behaviors. These findings highlight the importance of developing programs to promote self-care behaviors among older adults in the digital era, with emphasis on enhancing electronic health literacy and tailoring approaches to the educational level and economic status of older adults.

Keywords: Older Adults, Self-Care Behaviors, Electronic Health Literacy



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) โดยประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้ ส่งผลให้เกิดความท้าทายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ซึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุและยังคงมีบทบาทสำคัญในสังคมในขณะเดียวกัน ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของประชากรในสังคมไทย เปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จนหลอมรวมเข้ากับวิถีชีวิตของคน (ธัญธัช วิภัติภูมิประเทศ, 2562) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา ได้ส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนไปจนกลายเป็นวิถีใหม่ หรือ New Normal มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัล เข้ามามีบทบาททั้งด้านการดำเนินชีวิต ด้านการดูแลสุขภาพ และการรักษาสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการดูแลสุขภาพของประชาชน รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2567 มีจำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.07 ของประชากรทั้งจังหวัด และได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center, 2567) ในขณะที่รัฐบาลไทยมีนโยบายส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น โครงการหมอพร้อม แอปพลิเคชันสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพออนไลน์ต่างๆ ดังนั้น ความสามารถในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ หรือความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy) จึงมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care Behaviors) เป็นการกระทำที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี (Orem, 1991) สำหรับผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะเจ็บป่วย ชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ปัจจัยด้านสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม รูปแบบการอยู่อาศัย และปัจจัยด้านความรู้และทักษะ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (สุขประเสริฐ ทับสี, 2563; ธนวิษญ์ แสนสองแคว, 2559; จารุเพ็ญ ภูจอมจิต, 2565) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (Xie et al., 2022; Kim et al., 2023) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังมีการศึกษาในประเด็นนี้ค่อนข้างจำกัด และโดยเฉพาะในบริบทของจังหวัดนครศรีธรรมราชยังไม่มีการศึกษามาก่อน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม



การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลในจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว พื้นที่อยู่อาศัย ความเพียงพอของรายได้ รูปแบบการอยู่อาศัย) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และความสามารถในการเข้าถึงสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลในจังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลในจังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนารอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) เป็นพื้นฐาน ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของนอร์แมนและสกินเนอร์ (Norman & Skinner, 2006) โดยมีตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 138,524 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 325 คน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Wayne W. Daniel (1995) สำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร โดยใช้ค่า $p = 0.5$ (เนื่องจากไม่ทราบสัดส่วนที่แท้จริง) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ได้ขนาดตัวอย่าง 296 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย รวมเป็น 325 คน



การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้

1. แบ่งพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช (23 อำเภอ) เป็น 4 โซน ตามลักษณะภูมิศาสตร์ (โซนเหนือ โซนกลาง โซนใต้ และโซนตะวันออก)

2. สุ่มอำเภอจากแต่ละโซนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โซนละ 2 อำเภอ รวม 8 อำเภอ คือ อำเภอพรหมคีรี อำเภอนบพิตำ (โซนเหนือ) อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช อำเภอพระพรหม (โซนกลาง) อำเภอหัวไทร อำเภอปากพนัง (โซนใต้) และอำเภอสิชล อำเภอขนอม (โซนตะวันออก)

3. สุ่มตำบลจากแต่ละอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย อำเภอละ 2 ตำบล รวม 16 ตำบล

4. คำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่าง 325 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มาจาก 8 อำเภอ 16 ตำบล มาจากตำบลละ 20-21 คน และใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 60-69 ปี 2) อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชมากกว่า 6 เดือน 3) มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 4) มีโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว พื้นที่อยู่อาศัย ความเพียงพอของรายได้ รูปแบบการอยู่อาศัย และความสามารถในการเข้าถึงสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ (การมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ต และระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ต)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ประยุกต์จากแบบวัด eHEALS (eHealth Literacy Scale) ฉบับภาษาอังกฤษของ Norman และ Skinner (2006) ที่ได้รับการแปลและตรวจสอบตามหลักการทางวิชาการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและสาธารณสุข ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 12 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ความรอบรู้ทักษะพื้นฐานการสื่อสาร ความรอบรู้สารสนเทศ การรู้เท่าทันสื่อ ความรอบรู้ด้านวิทยาศาสตร์ ความรอบรู้ด้านคอมพิวเตอร์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) การแปลผลแบ่งเป็นรายด้านและภาพรวม โดยนำคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านมาคำนวณค่าเฉลี่ยรวม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง พัฒนาตามแนวคิดพฤติกรรม การดูแลตนเองของ Orem (1991) มีข้อคำถาม 25 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรม การจัดการความเครียด พฤติกรรม การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม การแสวงหาการรักษาพยาบาล ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (ไม่เคยปฏิบัติเลย) ถึง 5 (ปฏิบัติเป็นประจำ) การแปลผลแบ่งเป็นรายด้านและภาพรวม โดยนำคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้านมาคำนวณค่าเฉลี่ยรวม



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเท่ากับ 0.92 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการดังนี้ 1) ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ศึกษา 2) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2567 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาในการอ่าน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ฟังและบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างตอบ 5) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย 1) เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ 3) ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล 4) ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และข้อมูลการติดต่อผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ระดับความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom (1956) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง ระดับสูง (ร้อยละ 73.4-100) คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.8-73.2) คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ (ร้อยละ 20-46.6) 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 4) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีทั้งหมด 325 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.6 มีอายุเฉลี่ย 64.9 ปี (S.D. = 3.2) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.2 รองลงมาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.7 และระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 23.1 ตามลำดับ อาศัยในเขตชนบท ร้อยละ 57.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.8 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.3 เบาหวาน ร้อยละ 27.4 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 22.8 ด้านเศรษฐกิจ มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 43.1 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 40.6 และเพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 16.3 อาศัยกับคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 58.2 มีสมาร์ทโฟน ร้อยละ 92.6 ประสบการณ์ใช้อินเทอร์เน็ตน้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 52.3 และใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 2.5 ชั่วโมงต่อวัน

2. ระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.12, S.D. = 0.71) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาล (Mean = 3.52, S.D. = 0.85) รองลงมาคือ พฤติกรรมการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Mean = 3.41, S.D. = 0.82) และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Mean = 3.23, S.D. = 0.76) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Mean = 2.49, S.D. = 1.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	Mean	S.D.	ระดับ
การบริโภคอาหาร	3.23	0.76	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	2.49	1.05	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	2.98	0.92	ปานกลาง
การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.41	0.82	ปานกลาง
การแสวงหาการรักษาพยาบาล	3.52	0.85	ปานกลาง
พฤติกรรมโดยรวม	3.12	0.71	ปานกลาง

3. ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.05, S.D. = 0.88) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรอบรู้ทักษะพื้นฐานการสื่อสาร (Mean = 3.43, S.D. = 0.95) รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Mean = 3.25, S.D. = 0.92) และความรอบรู้สารสนเทศ (Mean = 3.15, S.D. = 0.98) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความรอบรู้ด้านคอมพิวเตอร์ (Mean = 2.65, S.D. = 1.12)



4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ ด้านสุขภาพ และความสามารถในการเข้าถึงสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ระดับการศึกษา ($r = 0.384$) ความเพียงพอของรายได้ ($r = 0.236$) ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($r = 0.458$) และประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ต ($r = 0.315$) ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.218$, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ ด้านสุขภาพ และความสามารถในการเข้าถึงสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
เพศ	0.085	0.125
อายุ	-0.218	< 0.001*
ระดับการศึกษา	0.384	< 0.001*
สถานภาพสมรส	0.062	0.264
โรคประจำตัว	0.092	0.097
พื้นที่อยู่อาศัย	0.075	0.179
ความเพียงพอของรายได้	0.236	< 0.001*
รูปแบบการอยู่อาศัย	0.048	0.385
ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	0.458	< 0.001*
ประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ต	0.315	< 0.001*
ระยะเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ต	0.242	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในภาคใต้ตอนล่างในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามี 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.328$, $p < 0.001$) ระดับการศึกษา ($\beta = 0.257$, $p < 0.001$) และความเพียงพอของรายได้ ($\beta = 0.183$, $p < 0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 38.6 ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	0.265	0.043	0.328	6.163	< 0.001*
ระดับการศึกษา	0.246	0.051	0.257	4.824	< 0.001*
ความเพียงพอของรายได้	0.175	0.048	0.183	3.646	< 0.001*

หมายเหตุ: Constant = 1.238, R^2 = 0.386, Adjusted R^2 = 0.374, F = 45.628, p < 0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลในจังหวัดนครศรีธรรมราช" สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.12, S.D. = 0.71) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรารัตน์ ชูพันธ์ (2564) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ผลการศึกษานี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในยุคดิจิทัล

ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือพฤติกรรมแสวงหาการรักษาพยาบาล (Mean = 3.52) เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้ง่าย และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่ต้องไปรับการรักษาและติดตามอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือพฤติกรรมออกกำลังกาย (Mean = 2.49) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Johnson et al. (2021) และ Martinez et al. (2020) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกำลังกายในระดับต่ำ เนื่องจากข้อจำกัดทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาข้อเข่าเสื่อม กล้ามเนื้ออ่อนแรง การขาดความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับวัยสูงอายุ และการไม่มีพื้นที่หรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับการออกกำลังกาย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (r = 0.458) สอดคล้องกับการศึกษาของ Xie et al. (2022) ที่ทำการศึกษาในประเทศจีนกับผู้สูงอายุ 1,248 คน พบว่าความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการศึกษาของ Kim et al. (2023) ที่ศึกษาในประเทศเกาหลีใต้กับผู้สูงอายุ 856 คน พบผลในทำนองเดียวกัน เนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้



สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสูงสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินความน่าเชื่อถือ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพจากแหล่งอิเล็กทรอนิกส์ได้ดีกว่า

ระดับการศึกษา ($r = 0.384$) และความเพียงพอของรายได้ ($r = 0.236$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากการศึกษาช่วยพัฒนาทักษะการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนรายได้ที่เพียงพอช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ เทคโนโลยี และบริการต่างๆ ได้มากขึ้น

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = -0.218$) เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ร่างกายมีความเสื่อมถอยมากขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง และมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพ

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 3 ปัจจัยที่พบในการศึกษานี้ แสดงให้เห็นความสำคัญของแต่ละปัจจัยดังนี้

ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญที่สุด ($\beta = 0.328$) เนื่องจากในยุคดิจิทัลปัจจุบัน ข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่ถูกนำเสนอผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน โซเชียลมีเดีย ผู้ที่มีความรู้ในด้านนี้สูงจะสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลเหล่านี้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับการศึกษามีอิทธิพลรองลงมา ($\beta = 0.257$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson et al. (2022) ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากการศึกษาช่วยเสริมสร้างความสามารถในการเรียนรู้ การประมวลผลข้อมูล และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ

ความเพียงพอของรายได้ ($\beta = 0.183$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากรายได้ที่เพียงพอช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพ อุปกรณ์ออกกำลังกาย เทคโนโลยีสุขภาพ และบริการสุขภาพเสริมต่างๆ ได้

ทั้ง 3 ปัจจัยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 38.6 แสดงให้เห็นว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกร้อยละ 61.4 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจรวมถึงปัจจัยทางจิตสังคม การสนับสนุนทางสังคม ทักษะติดต่อสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ให้ข้อสรุปที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมและความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วยอายุ (ความสัมพันธ์ทางลบ) ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และประสบการณ์การใช้อินเทอร์เน็ต (ความสัมพันธ์ทางบวก) สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมี 3 ปัจจัยหลัก คือ ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวน



ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 38.6 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและการคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ในยุคดิจิทัล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นการพัฒนาทักษะด้านคอมพิวเตอร์และการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสืบค้นข้อมูลสุขภาพ เช่น การจัดอบรมการใช้สมาร์ตโฟนเพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพออนไลน์ การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพ และการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพออนไลน์
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยออกแบบกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ และจัดให้มีพื้นที่หรืออุปกรณ์ออกกำลังกายที่ปลอดภัยและเข้าถึงได้ง่ายในชุมชน รวมถึงการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
3. ควรมีการจัดทำสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ โดยอาจใช้ภาพประกอบ อินโฟกราฟิก หรือวิดีโอสั้นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น
4. ควรส่งเสริมการพัฒนานโยบายสนับสนุนทางเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพและเทคโนโลยี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ความต้องการ และอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล เช่น การสนับสนุนทางสังคม ทักษะติดต่อเทคโนโลยี และบทบาทของครอบครัวในการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพ
4. ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้สูงอายุช่วงอายุอื่นๆ (70 ปีขึ้นไป) และเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท เพื่อให้เข้าใจความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในบริบทที่หลากหลาย



เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จารุเพ็ญ ภูจอมจิต. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(2), 275-287.
- ฐิตินันท์ นาคผู้, & อาจินต์ สงทับ. (2562). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่โครงการร่วมกันสร้างชุมชนน่าอยู่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 94-105.
- ธนวิทย์ แสนสองแคว. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(2), 132-146.
- ธัญธัช วิภัติภูมิประเทศ. (2562). ผลกระทบของเทคโนโลยีดิจิทัลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์*, 9(2), 163-175.
- นงลักษณ์ ทับประทุม. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(2), 71-88.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์. (2567). *รายงานจำนวนประชากรผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช*. สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2567, จาก <https://hdcservice.moph.go.th>
- สุขประเสริฐ ทับสี. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(6), 1062-1073.
- สุดารัตน์ ชูพันธ์. (2564). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน*, 9(3), 422-435.
- Kim, K., Choi, J., & Park, Y. (2023). Relationship between eHealth literacy and health behaviors among older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1967. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031967>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Xie, L., Cao, J., & Sun, F. (2022). eHealth literacy and health-related outcomes among older adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(3), 665-676. <https://doi.org/10.1111/jan.15043>



การพัฒนา AI-Coach อัจฉริยะด้วยปัญญาประดิษฐ์ เพื่อการวัดและให้คำปรึกษา ด้านความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันสูง ระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

วุฒิชัย ก้อนแปง^{1*}, ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชรพยอม¹ และวนิดา ต้นแก้ว²

*Corresponding author E-mail address: rungwoottichai@yahoo.co.th

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องได้รับการดูแลและคำปรึกษาอย่างใกล้ชิด การพัฒนาระบบ AI-Coach อัจฉริยะเพื่อผู้ป่วยในระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จึงเป็นนวัตกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะการวัดความดันด้วยตนเอง และช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลการพัฒนา AI-Coach อัจฉริยะด้วยปัญญาประดิษฐ์สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา: การวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) ศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการดูแลในระบบ Home Ward จำนวน 40 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังใช้ระบบ AI-Coach และใช้กรอบ CIPP Model เป็นแนวทางในการประเมินผล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ t-test

ผลการศึกษา: หลังการใช้ AI-Coach พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ การวัดความดัน ≥ 5 วัน/สัปดาห์เพิ่มขึ้นจาก 22.5% เป็น 72.5% ความมั่นใจเพิ่มขึ้นเฉลี่ยจาก 1.2 เป็น 4.6 คะแนน การลดโซเดียมเพิ่มขึ้นจาก 37.5% เป็น 67.5% การออกกำลังกาย ≥ 3 วัน/สัปดาห์เพิ่มขึ้นจาก 45% เป็น 75% และความพึงพอใจเฉลี่ย 4.7/5 คะแนน ทั้งหมดมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลทางคลินิกดีขึ้น: SBP ลดลง (132.45 vs 140.32 mmHg, $p < 0.01$) และ DBP ลดลง (82.10 vs 87.55 mmHg, $p < 0.01$) อีกทั้งพบว่า ด้านบริบท (Context): ระบบ AI-Coach สอดคล้องกับนโยบายและสถานการณ์สุขภาพของโรงพยาบาลและชุมชน ด้านปัจจัยนำเข้า (Input): ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร บุคลากร และอุปกรณ์เทคโนโลยีที่เพียงพอ ด้านกระบวนการ (Process): การพัฒนาดำเนินตามแนวคิด Chronic Care Model และ CIPP Model ผ่านการออกแบบ ทดลอง และปรับปรุงต่อเนื่อง ด้านผลผลิต (Product): ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยดีขึ้น ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.54$) ความมั่นใจเพิ่มจาก 1.2 $\rightarrow$ 4.6 คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.7/5 คะแนน วัดความดัน ≥ 5 วัน/สัปดาห์ เพิ่มขึ้นจาก 22.5%

¹ พยาบาลศาสตรบัณฑิต กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

² ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย



→ 72.5% ลดโซเดียม และออกกำลังกายสม่ำเสมอมากขึ้น ผลทางคลินิกดีขึ้น: SBP ลดลง (132.45 vs 140.32 mmHg, $p < 0.01$) และ DBP ลดลง (82.10 vs 87.55 mmHg, $p < 0.01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: AI-Coach อัจฉริยะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน ลดภาระบุคลากร และเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลต่อในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้ โดย AI-Coach อัจฉริยะในระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันสูงมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ลดการพึ่งพาการดูแลจากบุคลากร และเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรขยายผลไปยังโรงพยาบาลชุมชนอื่น และบูรณาการเข้ากับระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, ความดันโลหิตสูง, AI-Coach, เทคโนโลยีทางการแพทย์, CIPP Model





Abstract

Background: Hypertension is a chronic disease with an increasing trend, resulting in a large number of patients requiring continuous care and consultation. The development of an intelligent AI-Coach system for hypertensive patients in the Home Ward system at Phan Hospital is an innovation designed to enhance self-measurement skills and promote continuous health behavior improvement.

Objective: To evaluate the development and effectiveness of the intelligent AI-Coach using artificial intelligence for hypertensive patients in the Home Ward system, Phan Hospital, Chiang Rai Province.

Methods: Evaluation research was conducted with 40 hypertensive patients enrolled in the Home Ward system between October 2023 and May 2024. Data were collected before and after the use of the AI-Coach system. The CIPP Model was applied as the evaluation framework. Data analysis employed descriptive statistics, percentages, means, standard deviations, and t-tests.

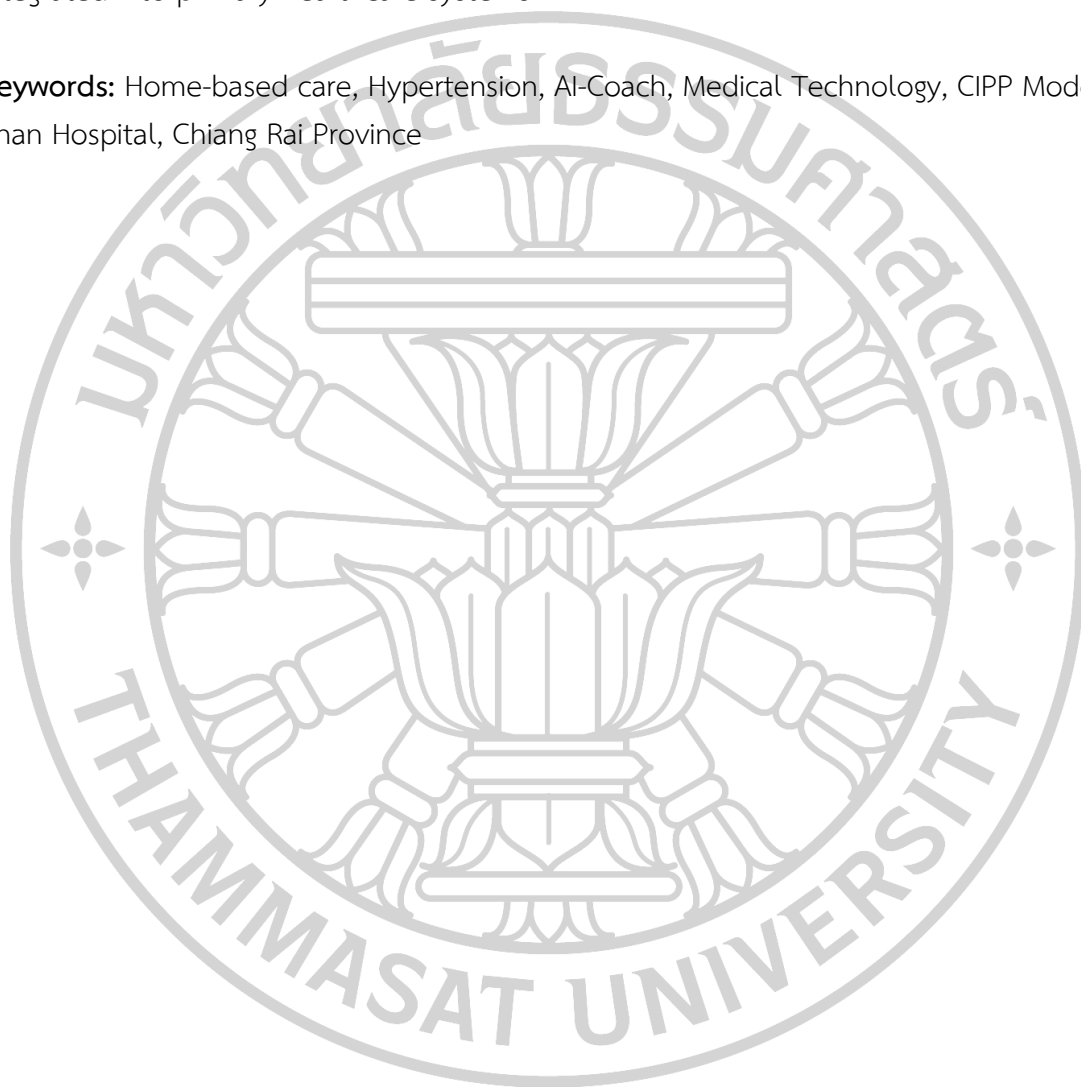
Results: After using the AI-Coach, patients demonstrated significant improvement in health behaviors: blood pressure measurement ≥ 5 days/week increased from 22.5% to 72.5%; confidence scores increased from a mean of 1.2 to 4.6; sodium reduction improved from 37.5% to 67.5%; exercise ≥ 3 days/week increased from 45% to 75%; and satisfaction averaged 4.7/5. All results were statistically significant ($p < 0.01$).
outcomes: SBP decreased (132.45 vs 140.32 mmHg, $p < 0.01$) and DBP decreased (82.10 vs 87.55 mmHg, $p < 0.01$) and Context: The AI-Coach system is consistent with the health policies and current situation of Phan Hospital and the local community.
Input: Supported by hospital administrators, healthcare personnel, and sufficient technological resources. Process: Development followed the Chronic Care Model and CIPP Model, with systematic design, pilot testing, and continuous improvement. Product: Average health behavior score improved ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.54$) Self-care confidence increased from 1.2 $\rightarrow$ 4.6 points Patient satisfaction averaged 4.7/5 Blood pressure measurement ≥ 5 days/week increased from 22.5% $\rightarrow$ 72.5% Sodium reduction and regular exercise improved significantly Clinical outcomes: SBP decreased (132.45 vs 140.32 mmHg, $p < 0.01$) and DBP decreased (82.10 vs 87.55 mmHg, $p < 0.01$)

Conclusion and Recommendations: The intelligent AI-Coach improved patient health behaviors, self-care confidence, and satisfaction, reduced dependence on healthcare



staff, and served as a model for extension to other community hospitals. And The intelligent AI-Coach within Phan Hospital's Home Ward system significantly enhanced clinical outcomes for hypertensive patients. It reduced reliance on healthcare staff, improved patient self-management, and strengthened the quality of home-based care. It is recommended that this model be expanded to other community hospitals and integrated into primary healthcare systems.

Keywords: Home-based care, Hypertension, AI-Coach, Medical Technology, CIPP Model, Phan Hospital, Chiang Rai Province





ความเป็นมา

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน กำลังคนด้านการแพทย์ และค่าใช้จ่ายทั้งระดับครัวเรือนและประเทศชาติ แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี จึงกำหนดนโยบายเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดเวลารอคอย ลดวันนอนที่ไม่จำเป็น และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หลายสถานพยาบาลได้ปรับรูปแบบบริการเพื่อลดความแออัดและเพิ่มการเข้าถึง โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ได้ผลักดัน บริการผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ลดภาระระบบ และสร้างการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ

เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ (M2) ขนาด 120 เตียง ทำหน้าที่แม่ข่ายดูแลประชากร 117,259 คน ให้บริการครบวงจรตั้งแต่ปฐมภูมิถึงทุติยภูมิ ข้อมูลปี 2565–2567 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 8,028 ไปจนถึง 9,006 ราย ส่งผลให้การนอนรักษาเพิ่ม ความแออัดในหอผู้ป่วยสูง และค่าใช้จ่ายของทั้งโรงพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

ทีมวิจัยพัฒนาระบบโค้ชอัจฉริยะ (AI-Coach) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน Home Ward โรงพยาบาลพาน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเสริมทักษะการวัดความดันด้วยตนเอง สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดภาระบุคลากร และเพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ใช้กรอบ CIPP Model (Context, Input, Process, Product) เป็นแนวทางประเมิน เพื่อปรับปรุงระบบบริการและสนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพ โดย CIPP Model ช่วยให้การวิเคราะห์ห่ออุปสรรค วางแผนการดูแล และตัดสินใจเชิงนโยบายมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการพัฒนา AI-Coach สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์ ภายใต้กรอบ CIPP Model (Context, Input, Process, Product) ครอบคลุมตัวชี้วัดด้านความแออัดในหอผู้ป่วย อัตราครองเตียง ผลลัพธ์ทางคลินิก ความพึงพอใจ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบโค้ชอัจฉริยะ (AI-Coach) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ของ Stufflebeam ครอบคลุม 4 ด้าน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย:

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการดูแลในระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 – พฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 40 คน ซึ่งผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามรหัส ICD-10 ที่เกี่ยวข้อง
2. มีประวัติการได้รับการดูแลแบบ Home Ward ที่โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย
3. สามารถวัดและบันทึกความดันโลหิตด้วยตนเอง หรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการบันทึกข้อมูล
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้ป่วยหรือญาติที่มีสมาร์ทโฟน (Smartphone) เพื่อใช้ในการติดต่อและติดตามข้อมูล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามกระบวนการวิจัยได้ตามที่กำหนด
2. ผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อหรือไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ในช่วงเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. กรอบแนวคิดการประเมิน CIPP Model ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) ใช้เป็นกรอบในการประเมินผลการพัฒนาระบบโค้ชอัจฉริยะ (AI-Coach) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย
2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย ที่ผู้วิจัยพัฒนาร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินการ
3. กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้เทคโนโลยี AI-Coach ในระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย
4. ระบบบริการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน (DMS Home Ward) กรมการแพทย์
5. ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP-BMS)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลพาน เพื่อประเมินตามกรอบ CIPP Model ครอบคลุมด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต
 - o ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง/หน่วยงาน การศึกษา
 - o ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานตาม CIPP Model (Context 8 ข้อ, Input 7 ข้อ, Process 7 ข้อ, Product 5 ข้อ)



- ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นคำถามปลายเปิด 2 ข้อ
- 2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้ระบบ AI-Coach ใน Home Ward
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัย
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อระบบ AI-Coach โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (มากที่สุด=5, มาก=4, ปานกลาง=3, น้อย=2, น้อยที่สุด=1) พร้อมเกณฑ์การแปลผล: 1.00–1.54 = น้อยที่สุด, 1.55–2.54 = น้อย, 2.55–3.54 = ปานกลาง, 3.55–4.54 = มาก, 4.55–5.00 = มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณทั้งหมด ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 แสดงว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการประเมิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

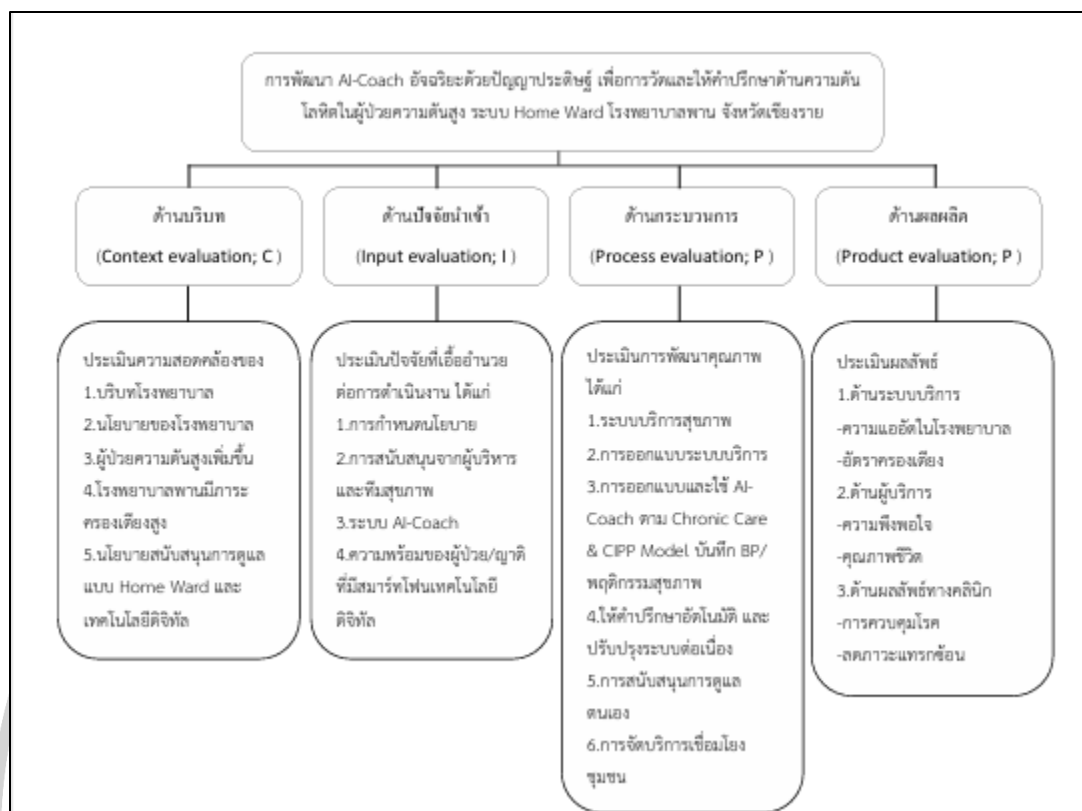
1. **กลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาล** ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินตามกรอบ CIPP Model ครอบคลุม 4 ด้าน คือ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product)
2. **กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง** จำนวน 40 ราย ที่ได้รับบริการในระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจ และรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ค่าความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความมั่นใจ และการออกกำลังกาย โดยอ้างอิงจากระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP-BMS) และข้อมูลที่ผู้ป่วยบันทึกผ่าน AI-Coach

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลด้านบุคลากรและผู้ป่วย รวมถึงผลการประเมินตาม CIPP Model นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปและความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ค่าความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังใช้ AI-Coach ใช้สถิติทดสอบ paired t-test หากข้อมูลมีการกระจายปกติ (ตรวจสอบด้วย Shapiro-Wilk test) และใช้ Wilcoxon Signed-Ranks Test หากข้อมูลไม่เป็นการกระจายปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาธารณสุข จังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรม ได้แก่ เคารพสิทธิผู้เข้าร่วม รักษาความลับ และขอความยินยอมอย่างสมัครใจก่อนเก็บข้อมูล หากได้รับอนุมัติเลขที่รับรอง จะระบุในรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลการพัฒนา AI-Coach อัจฉริยะด้วยปัญญาประดิษฐ์ เพื่อการวัดและให้คำปรึกษาด้านความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันสูง ระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

การประเมินผลการพัฒนาการพัฒนา AI-Coach อัจฉริยะด้วยปัญญาประดิษฐ์ เพื่อการวัดและให้คำปรึกษาด้านความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันสูง ระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านบริบท (Context Evaluation; C)

ประเมินความสอดคล้องของโครงการกับสถานการณ์และนโยบายสุขภาพ ได้แก่ บริบทของโรงพยาบาลพานซึ่งมีอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ส่งผลต่อความแออัดและอัตราครองเตียงในหอผู้ป่วย รวมถึงนโยบายระดับชาติและกรมการแพทย์ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) เพื่อแก้ปัญหาความแออัด ลดความเหลื่อมล้ำ และเพิ่มคุณภาพการบริการ

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation; I)

ประเมินทรัพยากรและปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ การสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหาร งบประมาณและบุคลากร ระบบข้อมูลและเทคโนโลยี (เช่น ระบบ AI-Coach, DMS Home Ward, HOSxP-BMS) ตลอดจนวัสดุ อุปกรณ์ และความพร้อมของผู้ป่วย/ญาติที่มีสมาร์ตโฟนและทักษะด้านดิจิทัลเพียงพอสำหรับการใช้ระบบ



3. ด้านกระบวนการ (Process Evaluation; P)

ประเมินคุณภาพการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ได้แก่ การออกแบบและพัฒนา AI-Coach ตามแนวคิด Chronic Care และ CIPP Model การให้บริการโค้ชด้านสุขภาพ (BP Monitoring, Health Behavior Coaching) การสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของบุคลากร การจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการเชื่อมโยงบริการกับระบบสาธารณสุขในชุมชน เพื่อสร้างการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม

4. ด้านผลผลิต (Product Evaluation; P)

ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ลดความแออัดในหอผู้ป่วยและอัตราครองเตียง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (การวัดความดันสม่ำเสมอ การลดโซเดียม การออกกำลังกาย) ระดับความมั่นใจในการดูแลตนเองสูงขึ้น คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เช่น การควบคุมความดันโลหิตและการลดภาวะแทรกซ้อน

กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดัน ประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

1. ก่อนเข้าสู่ระบบ Home Ward

Case Manager คลินิกโรคเรื้อรัง ประเมินอาการและพฤติกรรมสุขภาพ ค้นหาปัญหาในการดูแลตนเอง

ของผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความสำคัญของการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย แพทย์ตรวจรักษา คัดกรองและ Admit ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Home Ward ตามเกณฑ์ความเหมาะสม (SBP 160–180 mmHg, DBP 90–100 mmHg ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน) เภสัชกร ประเมินการใช้ยา ให้คำแนะนำการใช้ยาและการรับประทานยาที่ถูกต้อง โภชนากร ให้คำแนะนำด้านโซเดียมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร

2. ระหว่างในระบบ Home Ward

พยาบาล Home Ward สอนและสาธิตการวัดความดันโลหิต และติดตั้ง Application AI-Coach (เชื่อมกับ prompt สีของค่าความดันและคำแนะนำเฉพาะบุคคล)

- แนะนำผู้ป่วยวัดความดันวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น)
- บันทึกผลลงในสมุดสุขภาพและ Application DMS Home Ward
- หากค่าผิดปกติ ระบบ AI-Coach ส่งคำแนะนำการปฏิบัติตัวอัตโนมัติ

ร่วมตั้งเป้าหมายสุขภาพ กับผู้ป่วยและญาติ เช่น ลดเกลือ เพิ่มการออกกำลังกาย พยาบาลโทรติดตามรายงานผลค่าความดันในเลือด สอบถามปัญหาและให้กำลังใจอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

พยาบาล Telemedicine ติดตามอาการและให้คำปรึกษาวันละ 2 ครั้ง ให้คำแนะนำต่อเนื่อง เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. การติดตามผลในระบบ Home Ward

ผู้ป่วย/ญาติ วัดและบันทึกค่าความดันโลหิตวันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) ส่งผลผ่านระบบให้พยาบาลตรวจสอบ



พยาบาลประเมินค่าความดันเป็นรายสัปดาห์และรายงานแพทย์ หากค่าความดันไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด
ปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยา หรือเพิ่มการติดตาม ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
เช่น ลดเกลือ เลือกรับประทานอาหารสุขภาพ ออกกำลังกาย สรุปลผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับความดัน
ค่าเฉลี่ยการวัด ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยอยู่ในช่วงเป้าหมาย SBP
120–139 mmHg, DBP 80–89 mmHg ผู้ป่วยได้รับการนัดติดตามที่คลินิก NCD ทุก 1 เดือน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบ Home Ward
ของโรงพยาบาลพาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 ขณะที่เพศชายคิดเป็นร้อยละ 45.0 โดยมีอายุ
เฉลี่ย 62.8 ± 8.5 ปี ซึ่งสะท้อนถึงการที่โรคความดันโลหิตสูงมีความชุกในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลัก
ด้านการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ
มัธยมศึกษา ร้อยละ 30.0 และมีเพียงส่วนน้อยที่จบระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 7.5 ซึ่งสะท้อนถึง
บริบทชุมชนที่เป็นพื้นที่ชนบท

ในด้านอาชีพ พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.5 รองลงมา
คือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 25.0 ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 20.0 และค้าขาย ร้อยละ 17.5 ข้อมูลดังกล่าว
ชี้ให้เห็นถึงความหลากหลายทางเศรษฐกิจในชุมชน แต่เกษตรกรยังคงเป็นกลุ่มหลัก ซึ่งอาจส่งผล
ต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากนี้ยังพบว่ามีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ เบาหวานร้อยละ 30.0 และไขมันในเลือดสูง
ร้อยละ 25.0 ขณะที่ผู้ที่ไม่ได้มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 45.0 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง (NCDs) ที่มักเกิดร่วมกันในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้มีลักษณะเป็นผู้สูงอายุในชุมชนชนบท มีระดับการศึกษา
ส่วนใหญ่ไม่สูงมาก ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีโรคประจำตัวร่วมหลายชนิด ซึ่งลักษณะดังกล่าว
สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขในระดับประเทศ และเป็นบริบทที่เหมาะสมต่อการพัฒนาระบบ
AI-Coach เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองและการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้ระบบ AI-Coach อัจฉริยะ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรม
สุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายด้าน กล่าวคือ ความถี่ในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง
 ≥ 5 วันต่อสัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.5 ก่อนการใช้ระบบ เป็นร้อยละ 72.5 หลังการใช้ระบบ
คิดเป็นการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถติดตามและประเมินสุขภาพ
ของตนเองได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น

ในด้านความมั่นใจในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.2
(ระดับต่ำ) เป็น 4.6 (ระดับสูง) หรือเพิ่มขึ้น 3.8 เท่า แสดงถึงการที่ผู้ป่วยมีทักษะและความมั่นใจมากขึ้น
ในการใช้เครื่องมือและประเมินผลการวัดด้วยตนเอง ซึ่งมีความสำคัญต่อการควบคุมโรคในชีวิตประจำวัน



ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค พบว่าการลดการบริโภคอาหารเค็มหรือโซเดียมสูงของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.5 ก่อนการใช้ระบบ เป็นร้อยละ 67.5 หลังการใช้ระบบ คิดเป็นการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 แสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีของระบบ AI-Coach ในการกระตุ้นและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอย่างเหมาะสม

ด้านการออกกำลังกาย พบว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกาย ≥ 3 วันต่อสัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 ก่อนการใช้ระบบ เป็นร้อยละ 75 หลังการใช้ระบบ คิดเป็นการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ซึ่งสะท้อนถึงการมีวินัยและการปรับตัวของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ ยังพบว่าการพึงพาคำแนะนำจากบุคลากรลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยสามารถใช้ระบบ AI-Coach แทนการรอคำปรึกษาจากบุคลากรได้ ทำให้ลดภาระของบุคลากรและเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว

สุดท้าย ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบ AI-Coach อยู่ในระดับสูงมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.7 จาก 5 คะแนน ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยยอมรับและเห็นประโยชน์ของการใช้เทคโนโลยี AI-Coach ในการจัดการสุขภาพตนเอง

กล่าวโดยสรุป ระบบ AI-Coach สามารถเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งด้านการวัดความดัน การลดโซเดียม การออกกำลังกาย การเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง และยังช่วยลดการพึ่งพาศูนย์บริการ ขณะเดียวกันยังสร้างความพึงพอใจในระดับสูงแก่ผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ AI-Coach ในการประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP) ของกลุ่มทดลองเฉลี่ยอยู่ที่ 132.45 ± 8.6 mmHg ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 140.32 ± 10.2 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t/Z = 3.45, p < 0.01$) แสดงว่า AI-Coach ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความดันได้ดีขึ้น

ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 82.10 ± 6.4 mmHg ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 87.55 ± 7.1 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t/Z = 2.98, p < 0.01$)

ความถี่ในการวัดความดัน ≥ 5 วัน/สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองสูงกว่า (4.52 ± 0.85) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (3.12 ± 1.10) อย่างมีนัยสำคัญ ($t/Z = 4.12, p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่า AI-Coach กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมติดตามสุขภาพสม่ำเสมอมากขึ้น

ความมั่นใจในการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.30 ± 0.70 สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 2.85 ± 0.95 อย่างมีนัยสำคัญ ($t/Z = 5.02, p < 0.01$)

สรุปได้ว่า การใช้ AI-Coach ส่งผลเชิงบวกต่อทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก (ค่าความดันโลหิต) และพฤติกรรมสุขภาพ (การวัดความดันสม่ำเสมอ ความมั่นใจในการดูแลตนเอง) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้ AI-Coach ในระบบ Home Ward (ตารางที่ 3)

ผลการติดตามหลัง 4 เดือน โดยเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้ AI-Coach และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งตัวบน (SBP) และตัวล่าง (DBP) ลดลงอย่างต่อเนื่อง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ค่าความดันโลหิตตัวบนของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 130.2 ± 9.0 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ที่ 137.8 ± 9.8 มิลลิเมตรปรอท ($p = 0.012$) ส่วนค่าความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 81.0 ± 6.8 มิลลิเมตรปรอท ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 86.0 ± 7.5 มิลลิเมตรปรอท ($p = 0.039$)

ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หลังจากใช้ AI-Coach ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 เดือน ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และแนวโน้มยังคงสอดคล้องกับผลการประเมินระยะสั้น ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของ AI-Coach ในการช่วยเสริมสร้างการดูแลตนเองและการควบคุมโรคในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ดำเนินการกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 40 รายในระบบ Home Ward โรงพยาบาลพาน โดยใช้ระบบ AI-Coach อัจฉริยะเพื่อเสริมสร้างทักษะการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ซึ่งสะท้อนถึงบริบทของชุมชนชนบทที่ต้องการระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้งานง่ายและเข้าถึงได้

เมื่อประเมินผลตามกรอบแนวคิด CIPP Model พบว่า ด้านบริบท (Context) ระบบ AI-Coach มีความสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพแห่งชาติและสถานการณ์สุขภาพของโรงพยาบาลพานและพื้นที่ชุมชน ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร บุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์เทคโนโลยี และระบบข้อมูลที่เพียงพอ ส่งผลให้สามารถดำเนินโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านกระบวนการ (Process) การพัฒนาระบบดำเนินไปตามแนวคิด Chronic Care Model และ CIPP Model โดยมีการออกแบบ ทดลอง และปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ และด้านผลผลิต (Product) พบว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งการวัดความดันโลหิต ≥ 5 วันต่อสัปดาห์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 72.5 ความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มจากค่าเฉลี่ย 1.2 เป็น 4.6 คะแนน การลดการบริโภคโซเดียมเพิ่มจากร้อยละ 37.5 เป็นร้อยละ 67.5 การออกกำลังกาย ≥ 3 วันต่อสัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 75 และความพึงพอใจต่อระบบ AI-Coach อยู่ในระดับสูงมาก (เฉลี่ย 4.7 คะแนนจาก 5 คะแนน, $SD = 0.61$)

ผลลัพธ์ทางคลินิกแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยอยู่ที่ 132.45 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับกลุ่มควบคุม 140.32 มิลลิเมตรปรอท ($p < 0.01$) และค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ยอยู่ที่ 82.10 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับกลุ่มควบคุม 87.55 มิลลิเมตรปรอท ($p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าการใช้ AI-Coach ไม่เพียงช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย แต่ยังช่วยควบคุมความดันโลหิตและลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน



โดยสรุป การใช้ระบบ AI-Coach ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระบบ Home Ward โรงพยาบาล พาน สามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ยกระดับความมั่นใจของผู้ป่วย และช่วยให้ควบคุม ความดันโลหิตได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพระดับประเทศและงานวิจัยที่ ชี้ว่า การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลกับระบบบริการสุขภาพมีส่วนสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 ควรนำระบบ AI-Coach ไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ และเครือข่าย รพ.สต. ทั้ง 21 แห่ง เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระดับครอบครัวและชุมชน

1.2 ควรพัฒนา อินเทอร์เฟซของ AI-Coach ให้ใช้งานง่าย เหมาะกับผู้สูงอายุ และรองรับ หลายภาษา/ภาษาถิ่น เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึง

1.3 เสริมระบบ Telemedicine และ DMS Home Ward ให้มีความเสถียรมากขึ้น เพื่อช่วยให้บุคลากรติดตามผู้ป่วยได้แบบ real-time และลดภาระงานเอกสาร

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ควรบูรณาการระบบ AI-Coach เข้ากับ นโยบายการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของกรมควบคุมโรคและ สปสช. เพื่อขยายการเข้าถึงบริการในระดับประเทศ

2.2 ควรมีการสนับสนุนด้าน งบประมาณและอุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันพกพา และ สมาร์ทโฟน สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เพื่อป้องกันการเหลื่อมล้ำ

2.3 การเชื่อมโยงข้อมูลผ่าน ระบบ BMS-HOSxP และ e-Health ควรได้รับการพัฒนา อย่างเป็นมาตรฐาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

3.1 ควรมีการวิจัยติดตามผลในระยะยาวเกิน 12 เดือน เพื่อติดตามผลลัพธ์ด้านภาวะแทรกซ้อน (เช่น Stroke, โรคหัวใจ, ไตวาย)

3.2 ศึกษาผลลัพธ์ด้าน คุณภาพชีวิต ครอบครัว และต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย



เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2564). การประเมินเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนไทย. กรุงเทพฯ: สวรส.
3. National Science and Technology Development Agency (NSTDA). (ปี). *โครงการ A-MED Telehealth*. กรุงเทพฯ: NSTDA.
4. Stufflebeam, D.L. The CIPP Model for Evaluation. Annual Conference of the Oregon Program Evaluation Network. (OPEN), Portland. Oregon, 2003.
5. WHO. (2021). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2030*. Geneva: World Health Organization.
6. Health Data Center (HDC). [Internet]. 2022 [Accessed on 20 September 2022]. Accessible from: <https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์
แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิง จังหวัดลำปาง

Factors Associated with Health-Promoting Behaviors Using Complementary
Medicine Among Older Women with Knee Osteoarthritis in Lampang Province

วิจิตรา อุบลคำ¹

*Corresponding author E-mail address: wijittra317@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยแนวทางการแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดลำปาง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีข้อเข่าเสื่อมในระยะเริ่มต้น จำนวน 220 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พิจารณาระดับนัยสำคัญอย่างมีนัยสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 50.14, S.D. = 5.83) เมื่อแยกเป็นด้านพบว่า ระบบการแพทย์ภาควิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านระบบการแพทย์พื้นบ้าน และด้านระบบการแพทย์ภาคประชาชนอยู่ในระดับต่ำ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสานระดับสูง (AOR 26.55, 95% CI: 5.02-140.46, p -value < 0.001) การตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสานระดับมาก (AOR 5.05 95% CI: 1.37-18.63, p -value = 0.015) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลระดับสูง (AOR 9.72 95% CI: 1.12-84.51, p -value = 0.039)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้คือ ควรพัฒนาระบบบริการแพทย์แบบผสมผสานในชุมชนให้เข้าถึงง่าย ปลอดภัย และสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น เสริมบทบาท อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้ความรู้และติดตามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งส่งเสริมเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืน

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ, การแพทย์แบบผสมผสาน, ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



Abstract

This study aimed to explore and determine the factors associated with health promotion behaviors using complementary medicine among elderly woman individuals with knee osteoarthritis in Lampang Province. Data was collected between August and December 2023. The sample consisted of 220 Older Women diagnosed with early-stage knee osteoarthritis. The instrument used was a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression, consider a significant level at $p < 0.05$.

The findings revealed that health-promoting behaviors using complementary medicine were at a moderate level (Mean = 50.14, S.D. = 5.83), with professional medical system utilization at a moderate level, traditional medicine and community-based medicine at a low level. The significant factors associated with high level of health promoting using complementary medicine were high, accessibility to complementary medical services (AOR 26.55, 95% CI: 5.02-140.46, p -value < 0.001), active decision-making in the use of complementary medicine (AOR 5.05, 95% CI: 1.37-18.63, p -value = 0.015), and high levels of social support (AOR 9.72, 95% CI AOR : 1.12-84.51, p -value = 0.039)

This study suggests that an integrated community-based healthcare service system should be developed to ensure accessibility, safety, and alignment with local contexts. Strengthening the roles of Village Health Volunteers (VHVs) and public health officers in providing health education and monitoring elderly health behaviors is essential. Moreover, fostering social support networks and conducting further research to develop appropriate and sustainable healthcare models for the elderly are recommended.

Keywords: Health promotion, Complementary medicine, Elderly with Knee Osteoarthritis



บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) โดยในปี 2565 จังหวัดลำปางมีผู้สูงอายุร้อยละ 25.16 และอำเภอเถินร้อยละ 25.77 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2565) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพในวัยสูงอายุ (สำนักอนามัย ผู้สูงอายุ, 2563) โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้หญิงอายุ 55 ปี ขึ้นไป มีโอกาสเกิดโรคสูงกว่าเพศชายถึง 1.84 เท่า ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (วันทนียา วัชรอุตมกาล และคณะ, 2557; Blagojevic et al., 2010, อ้างถึงใน รักสกุลชัย ทองจันทร์, 2565) โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย เนื่องจากระดับฮอร์โมน เอสโตรเจนที่ลดลงหลังวัยหมดประจำเดือน ส่งผลให้กระดูกอ่อนผิวข้อบางลงและเส้นเอ็น รอบข้อหย่อนยาน (Zheng et al., 2015, อ้างถึงใน ฉัตรสุตา กานยานันต์ และคณะ, 2563) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ อายุ น้ำหนักเกิน พันธุกรรม และพฤติกรรมที่เพิ่มแรงกดดันต่อข้อเข่า เช่น การนั่งยอง การคุกเข่า หรือออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกสูง (รักสกุลชัย ทองจันทร์, 2565) การรักษาด้วยยาและกายภาพบำบัดช่วยบรรเทาอาการแต่มีข้อจำกัดและผลข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วย จำนวนมากขึ้นมาใช้บริการแพทย์แบบผสมผสานเน้นการดูแลตนเองเพื่อลดค่าใช้จ่ายและหลีกเลี่ยง สารเคมี (พิชญ์ อภิสมมาตรโยธิน, 2557) ในระบบบริการสุขภาพไทยมีการจัดบริการในรูปแบบ การแพทย์ผสมผสาน เช่น การนวดแผนไทย การใช้สมุนไพร แพทย์แผนจีน และฝังเข็ม เพื่อรักษา แบบองค์รวม (พิชญ์ อภิสมมาตรโยธิน, 2557) แพทย์และทีมผู้รักษามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้ การรักษาทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อบรรเทาอาการปวดและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล (Rodney W. Benner et al., 2019) งานวิจัยระบุว่าโปรแกรมรักษาข้อเข่าเสื่อมแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง กายบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความคล่องตัว และการควบคุมน้ำหนักด้วยโภชนาการและออกกำลังกาย (นงพิมล นิมิตรานันท์, 2557) รวมทั้ง โปรแกรมบรรเทาอาการปวดเข่าด้วยตนเองที่ประกอบด้วยการบริหารกล้ามเนื้อ การประคบและ พอกสมุนไพร สามารถลดอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จันจิรา บิลหาลี, 2561) นอกจากนี้ โครงการ “โอเอนีลำปาง” ใช้สมุนไพรท้องถิ่นในการรักษา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 91 มีอาการดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ (ศศิภัฏญ์ ผ่องชมพู, 2562) และมีผลการรักษาด้วยยาพอกเข่าลำปางโมเดลที่ช่วย ลดอาการปวดและเพิ่มสมรรถภาพข้อ (วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์ และคณะ, 2565) รวมถึงการใช้ ฤาษีดัดตนและสมุนไพรพื้นบ้านที่มีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการ (ปิยะพล พูลสุข และคณะ, 2559; ปฎิภาณี ชันธโศภ และคณะ, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการแพทย์แบบผสมผสานที่ประยุกต์การแพทย์ แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์ทางเลือก ถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2548; กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ สำนักการแพทย์ทางเลือก, มมป.) โดยเฉพาะในจังหวัดลำปางซึ่งมีอัตราผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขต สุขภาพที่ 1 (ร้อยละ 7.81 เทียบกับร้อยละ 5.53) อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้ารับบริการแพทย์แผน ไทยในจังหวัดลำปาง (ร้อยละ 24.13) และอำเภอเถิน (ร้อยละ 25.35) ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ กำหนด (ร้อยละ 50) แม้จะมีโครงการส่งเสริม เช่น “โอเอนีลำปาง” ยังคงพบข้อจำกัดด้านองค์ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม



ผู้วิจัยจึงศึกษาพฤติกรรมดังกล่าวโดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Framework Model เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และพัฒนาแนวทางบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการนำแนวทางการแพทย์แบบผสมผสานมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้แนวทางการแพทย์ผสมผสานในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิง จังหวัดลำปาง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แนวทางการแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิง จังหวัดลำปาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic cross-sectional study) โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิง จังหวัดลำปาง โดยศึกษาในอำเภอเถิน จังหวัดลำปางดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนสิงหาคม 2566 ถึงธันวาคม 2566 ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2566 รหัสโครงการวิจัยที่ 66PU054

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่อำเภอเถินไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับปฐมภูมิ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อม สามารถตอบคำถามจนจบ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลไม่น้อยกว่า 6 เดือน พร้อมมีการใช้บริการสุขภาพแบบผสมผสานที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 อ้างอิงความสัมพันธ์ ($r=0.193$) จากงานวิจัยของ เสาวนีย์ สิงหา และคณะ (2558) กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 และ Power 70% ได้กลุ่มตัวอย่าง 199 ราย เพิ่มเผื่อข้อมูลสูญหายอีก 10% รวมเป็น 220 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยอำเภอเถินแบ่งเป็น 4 โซนตามภูมิศาสตร์ แต่ละโซนมี 2 ตำบล สุ่มตำบลตัวแทนโซนละ 1 ตำบล (ล้อมแรด, แม่วะ, แม่ปะ, แม่มอก) จากแต่ละตำบลสุ่มหมู่บ้านละ 3 หมู่บ้าน รวม 12 หมู่บ้าน ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ สุ่มอย่างเป็นระบบจากรายชื่อผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่ง โดยเลือกหมายเลขสุ่มและใช้ระยะห่าง เพื่อสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามลำดับ และผู้วิจัยประสานติดต่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเข้าร่วม หากผู้เข้าร่วมไม่ยินยอมจะสุ่มตัวแทนต่อไปจนครบจำนวน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยใช้การสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรมของรักสกุลชัย ทองจันทร์ (2565), เสาวนีย์ สิงหา และคณะ (2558), อัญชลี สามงามมี (2562) และ Likert R. (1961) แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ทำทาง การประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และประสบการณ์การเจ็บป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ 2) แบบเก็บข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 4 ข้อ ตอบเห็นด้วยมากให้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง ให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนอิงเกณฑ์ของบลูม (1981) อ้างถึงในอัญชลี สามงามมี (2562) 3) แบบเก็บข้อมูลปัจจัยเอื้อ เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน (ด้านบวก 5 ข้อ) ระยะทางในการเดินทางไปทำกิจกรรม การแพทย์แบบผสมผสาน (ด้านบวก 1 ข้อ) ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมบริการการแพทย์แบบผสมผสาน (ด้านบวก 2 ข้อ) และการตัดสินใจเลือกใช้บริการการแพทย์แบบผสมผสาน (ด้านบวก 5 ข้อ, ด้านลบ 1 ข้อ) เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 14 ข้อ โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert Scale, 1961) 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ลักษณะการประมาณค่า 3 ระดับ โดยในแต่ละด้านแบ่งเป็นระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 และระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 4) แบบเก็บข้อมูลด้านปัจจัยเสริม เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล (ด้านบวก 3 ข้อ) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์แบบผสมผสานที่เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ (ด้านบวก 1 ข้อด้านลบ 1 ข้อ) เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert Scale, 1961) 5 ระดับ โดยผู้ศึกษาประยุกต์มาใช้ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย ลักษณะการประมาณค่า 3 ระดับ โดยในแต่ละด้านแบ่งเป็น ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 และระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 5) แบบเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ (พฤติกรรมเชิงบวก 8 ข้อ, พฤติกรรมเชิงลบ 2 ข้อ) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ในระบบการแพทย์พื้นบ้าน (พฤติกรรมเชิงบวก 8 ข้อ) และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในระบบการแพทย์ภาคประชาชน (พฤติกรรมเชิงบวก 7 ข้อ) โดยแบบสัมภาษณ์ในส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ คะแนนรวม 75 คะแนน มีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามมีทั้งพฤติกรรมด้านบวกจำนวน 22 ข้อ และด้านลบจำนวน 3 ข้อ ระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์) พฤติกรรมเชิงบวก เท่ากับ 3 คะแนน พฤติกรรมเชิงลบ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (1-4 วัน/สัปดาห์)



พฤติกรรมเชิงบวก เท่ากับ 2 คะแนน พฤติกรรมเชิงลบ เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย พฤติกรรมเชิงบวก เท่ากับ 1 คะแนน พฤติกรรมเชิงลบ เท่ากับ 3 คะแนน และแบ่งระดับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 และระดับ ต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 จัดระดับพฤติกรรมแบบแยกชุดข้อมูลตามพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน (ระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ,ระบบการแพทย์พื้นบ้าน และระบบการแพทย์ภาคประชาชน) การแบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์ แบบผสมผสานผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 และระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 (Bloom, 1981; Best JW. Research in education, 1981) แบบสอบถามมีค่า IOC เท่ากับ 0.95 และค่าความน่าเชื่อถือ (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ราย (นักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในชุมชน และผ่านการฝึกใช้แบบสอบถามแล้ว) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผ่านการสัมภาษณ์ รายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การศึกษา ดำเนินการแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมชี้แจงสิทธิและความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างอย่างครบถ้วน โดยมีการเก็บข้อมูล อย่างปลอดภัยและให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียสิทธิประโยชน์ พร้อมจัดทำ หนังสือยินยอมอย่างสมัครใจ ใช้เวลาสัมภาษณ์รายละประมาณ 40 นาที ณ สถานที่เอื้อต่อการ สัมภาษณ์ เช่น ศาลาชุมชน หรือบ้านผู้นำท้องถิ่น ในช่วงกิจกรรมของผู้สูงอายุ โดยตรวจสอบความครบถ้วน ของแบบสอบถามทันทีหลังสัมภาษณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

พรรณนาข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ตามปัจจัย ส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก 2 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) เพื่อแสดงค่าความสัมพันธ์แบบหยาบ (Crude Odds Ratio; COR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% และการวิเคราะห์พหุ (Multivariate analysis) โดยคัดเลือกตัวแปรที่ COR มีค่า $p < 0.10$ เข้าสู่ตัวแบบด้วยวิธี Backward elimination และนำเสนอค่าความสัมพันธ์ที่ปรับแล้ว (Adjusted Odds Ratio; AOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยพิจารณาระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ย 70.05 ± 6.36 ปี มากที่สุดในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 48.68) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 49.55 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่



ประถมศึกษา (ร้อยละ 85.45) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 41.82) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 1,001–5,000 บาท (ร้อยละ 55.00) มีกิจกรรมที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อข้อเข่าเสื่อมได้แก่ ยืนอยู่ในท่าเดิมๆ นานเกิน 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 26.82) มีอาการปวดเข่าเฉลี่ย 5.31 ± 3.18 ปี ลักษณะอาการปวดเป็นๆ หายๆ หลังการใช้งาน (ร้อยละ 58.64)

2. ระดับทัศนคติ พบว่าพบว่าระดับทัศนคติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.82, ค่าเฉลี่ย 10.12 ± 1.14)

3. ปัจจัยเอื้อ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.36 ± 0.08) โดยด้านการเข้าถึงระยะทาง ระยะเวลา และการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแบ่งปัจจัยด้านการตัดสินใจเลือกใช้ จะพบว่า ด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.36) ขณะที่ด้านความมีประสิทธิภาพ ความน่าเชื่อถือ และความคุ้มค่าอยู่ในระดับปานกลาง

4. ปัจจัยเสริม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.21 ± 0.47) เมื่อแบ่งเป็นรายด้าน จะพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 61.36) และจากครอบครัว (ร้อยละ 56.36) ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแพทย์ผสมผสานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.00)

5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 50.14 ± 5.83 จากคะแนนเต็ม 75) ด้านการแพทย์ภาควิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.18) ด้านแพทย์พื้นบ้านอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการแพทย์ภาคประชาชนอยู่ในระดับต่ำ

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิงในระดับสูง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย (univariate analysis) ได้แก่ การเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสานระดับมาก (COR 24.22, 95% CI: 5.35–109.69, p-value < 0.001) ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมระดับมาก (COR 2.90, 95% CI: 1.06–7.96, p-value = 0.039) การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แบบผสมผสานระดับมาก (COR 6.82, 95% CI: 2.39–19.50, p-value < 0.001) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในระดับสูง (COR 15.53, 95% CI: 2.02–119.34, p-value = 0.008)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย (Multivariate analysis) ได้แก่ การเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสานระดับมาก (AOR 26.55, 95% CI: 5.02–140.46, p-value < 0.001) การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แบบผสมผสานระดับมาก (AOR 5.05, 95% CI: 1.37–18.63, p-value = 0.015) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลระดับสูง (AOR 9.72, 95% CI: 1.12–84.51, p-value = 0.039) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุ
โรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูง (n=220)

ปัจจัยที่ต้องการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)	Multivariate analysis AOR	95% CI	p- value
ปัจจัยนำ				
1. ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวทางการแพทย์แบบผสมผสานเพื่อป้องกันและรักษาข้อเข่าเสื่อม				
ระดับสูง	158 (71.82)	3.07	0.53-17.69	0.209
ระดับปานกลางและต่ำ ^{ref}	62 (28.18)	1		
ปัจจัยเอื้อ				
1. การเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสาน				
ระดับมาก	63 (28.64)	26.55	5.02-140.46	<0.001*
ระดับปานกลางและต่ำ ^{ref}	157 (71.36)	1		
2. ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม				
ระดับมาก	77 (35.00)	1.05	0.28-4.01	0.943
ระดับปานกลางและน้อย ^{ref}	143 (65.00)	1		
3. ระยะทางในการเดินทางไปรับบริการ				
ระดับมาก	78 (35.45)	0.49	0.13-1.85	0.291
ระดับปานกลางและน้อย ^{ref}	142 (64.55)	1		
4. การตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสาน				
ระดับมาก	54 (24.55)	5.05	1.37-18.63	0.015*
ระดับปานกลางและน้อย ^{ref}	166 (75.45)	1		
ปัจจัยเสริม				
1. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล				
ระดับสูง	119 (54.09)	9.72	1.12-84.51	0.039*
ระดับปานกลางและต่ำ ^{ref}	101 (45.91)	1		



*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, AOR = Adjust Odds Ratio, 95% CI = ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพศหญิง จังหวัดลำปาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60–69 ประกอบอาชีพเกษตรกร และมักยืนอยู่ในท่าเดิมๆ นานเกิน 1 ชั่วโมง การศึกษาด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาโดย ณัฐวรรณ วรพิสุทธิวงศ์ และคณะ (2565) ที่ระบุว่าพฤติกรรมด้านนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน เมื่อแยกรายได้พบว่าพฤติกรรมด้านระบบการแพทย์ภาควิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.18) เช่น การหยุดพักเมื่อมีอาการปวดเข่า (เฉลี่ย 2.62 ± 0.49) พฤติกรรมด้านการแพทย์พื้นบ้านอยู่ในระดับปานกลางและต่ำเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 48.18) เช่น ผู้สูงอายุใช้ยาสมุนไพรชนิด/ประคบด้วยตนเองร่วมกับยาแผนปัจจุบัน (เฉลี่ย 2.30 ± 0.56) พฤติกรรมด้านการแพทย์ภาคประชาชนพบว่าอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 52.73) เช่น เมื่อเริ่มมีอาการปวดเข่าใช้วิธีที่เคยได้รับการอบรม/เรียนรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาปรับใช้กับอาการที่บ้าน (เฉลี่ย 2.36 ± 0.52) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 3 ระบบอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ภาคประชาชนที่มีในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวทางการแพทย์แบบผสมผสานอย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเลือกใช้บริการทางการแพทย์แบบผสมผสานได้อย่างเหมาะสม ตามแนวทางของ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (2565)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการแพทย์แบบผสมผสานระดับมาก การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แบบผสมผสานระดับมาก และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลระดับสูง

การเข้าถึงบริการแพทย์ผสมผสานระดับมากมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง อาจเนื่องมาจากอำเภอเถินมีรูปแบบการให้บริการเชิงรุกจากโรงพยาบาลเถินและมีการให้ความรู้ด้านโรคข้อเข่าเสื่อมและแนวทางการปฏิบัติผ่านการอบรม สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย คุณิพงษ์ (2562) ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับที่สูง (Mean=3.89, S.D=0.53) การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ การรับรู้ระบบบริการสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.532$, $r=0.387$ และ $r=0.384$ ตามลำดับ)

การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แบบผสมผสานระดับมากมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และมีความเชื่อมั่นในทางเลือกการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย จึงสามารถเลือกใช้บริการทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับอุสุมา เบ็ญจการและคณะ (2564) ที่พบว่า การเลือกใช้บริการด้านสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือกของผู้บริโภคในเขตอำเภอเมือง จังหวัด



นนทบุรี มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ($r=.758$) และสอดคล้องกับ อภิชัย คุนิพงษ์ (2562) ที่พบว่าการรับรู้สิทธิและการใช้บริการสุขภาพสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($r=0.532$, $r=0.387$ และ $r=0.384$ ตามลำดับ)

ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากพื้นที่อำเภอเถินเป็นชุมชนกึ่งชนบท ลักษณะชุมชนเป็นแบบเครือญาติ มีการพึ่งพาอาศัยกัน การให้คำแนะนำการไปรับการรักษาด้วยการแพทย์แบบผสมผสาน/หรือการใช้ ที่เคยได้อบรมมาแล้วได้ผลดี เกิดการบอกต่อไปยังกลุ่มคนในครอบครัวและเครือญาติ จึงชักจูงให้เกิด พฤติกรรมในการใช้การแพทย์แบบผสมผสานตามคำแนะนำ สอดคล้องกับ Yi-Yi Chen, et al. (2022) ที่พบว่าการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการ จัดการตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ($p<.001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชลธิชา อรุณพงษ์ และคณะ (2564) ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่เป็นปัจจัยสำคัญ และ สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2558) ที่รายงานว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากร ทางแพทย์สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60–69 ปี และประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งมีพฤติกรรมที่ส่งผลต่อข้อเข่าเสื่อมโดยตรง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การแพทย์ แบบผสมผสานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าระบบการแพทย์ภาควิชาชีพ และภาคพื้นบ้านมีการใช้ร่วมกันมากกว่าการแพทย์ภาคประชาชน ปัจจัยเอื้อ เช่น การเข้าถึงบริการ และการตัดสินใจเลือกใช้แพทย์ผสมผสาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมี นัยสำคัญ และผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีแนวโน้มส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้น จึงควรพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมทุกระบบ และควรมีการสร้างระบบสนับสนุน และเพิ่มการเข้าถึงบริการแพทย์ผสมผสานในชุมชน ที่จะเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้ เสนอให้มีการพัฒนาระบบบริการแพทย์แบบผสมผสาน ในชุมชนให้เข้าถึงง่ายและมีความปลอดภัย พร้อมบูรณาการแนวทางระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย/พื้นบ้านให้สอดคล้องกันอย่างเป็นรูปธรรม เสริมบทบาทของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการเชิงรุกในการแนะนำและติดตามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลความรู้ผ่านสื่อและกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความเข้าใจ ของประชาชนในการเลือกใช้การแพทย์แบบผสมผสาน ส่งเสริมเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมในระดับ ครอบครัวและชุมชน ควบคู่กับการวิจัยเพิ่มเติมและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และในอนาคตควรมี การวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย รวมถึงศึกษากลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เพื่อให้เข้าใจบริบท และความต้องการอย่างครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ สำนักการแพทย์ทางเลือก.(มมป.). กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2565). นิตยสารออนไลน์ เพื่อสุขภาพดี มีความสุข ปีที่2.ฉบับที่1
https://fliphtml5.com/ljivi/egsf/Wellness_Magazine/. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2568.
- โกมาตร จีงเสถียรทรัพย์. (2548). พฤติศาสตร์ทางการแพทย์: มุมมองมานุษยวิทยากับความหลากหลายของ วัฒนธรรมสุขภาพในพฤติกรรมทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- จันจิรา บิลหลิ. (2561).ผลของโปรแกรมบรรเทาอาการปวดเข่าด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม.วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ:1.
- ชลธิชา อรุณพงษ์ ,พรทิพย์ ปุกหุด. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านบ่อ ตำบลแจระแม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี.Ubol Rachathani Journal of Research and Evaluation 10:31-42.
- ฉัตรสุตา กานกายนต์ และคณะ.(2563).การชะลอการเกิดข้อเข่าเสื่อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ.Rama Nurs J.26:5-17
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2558). การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี .วารสารการแพทย์และสาธารณสุข :มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ณัฐวรรณ วรพิสุทธีวงศ์ ,พิตรพิบูล ธารภูธร. (2565). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่ กรณีศึกษาชุมชนวัดหลวงพรหมวาส อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี.วารสารหมอยาไทยวิชัย.9.2.
- นงพิมล นิमितอนันท์. (2557). สถานการณ์ทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในคนไทย.วารสารพยาบาลทหารบก 15:186
- ปฎิภาณี ชันธโรก และคณะ. (2564). การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการบรรเทาความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุ ตำบลมหาโตไทย อำเภอมือง จังหวัดอ่างทอง. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ปิยะพล พูลสุขและคณะ. (2559) .ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการบริหารข้อเข่าด้วยฤาษีตัดตนเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 46:192.
- พิษณุ อภิสมาจารโยธิน. (2557). รูปแบบการใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างจังหวัดนครปฐม.วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากรฉบับภาษาไทย 34.3.
- รักสกุลชัย ทองจันทร์. (2565). ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จั้วงาม.วิทยานิพนธ์



สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ,คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.

วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์ และคณะ. (2565). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาพอกเข้าสูตรลำปางโมเดลกับการรักษาแบบปกติต่ออาการแสดงของโรคลมจับโปงแห้งเข้า. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 21.3

วันทนียา วัชรอุตมกาล และคณะ. (2557).ความสามารถในการทำงานของข้อเข้าในผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อมรุนแรง.เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร.คณะแพทยศาสตร์ : มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.

ศศิภิญญา ผ่องชมภู. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการรักษาโรคข้อเสื่อม ตามรูปแบบโอเอ็นอีลำปาง ในจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยพ.ศ.2564. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเถิน. (2565). เอกสารสรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2565.

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2560). รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี2560. กรมควบคุมโรค.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). รายงานประจำปี 2563.สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.กรมอนามัย.กทม.

เสาวนีย์ สิงหา และคณะ. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข้าเสื่อมในเขตเทศบาลตำบลแพรวกา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ.วารสารมก.วิชาการ.18:115-130.

แสงอรุณ ดังก่อ. (2560). ภาพภาพบำบัดในผู้ป่วยข้อเข้าเสื่อม. เวชบัณฑิตศิริราช บทความทั่วไป 15 :115

อภิชัย คุณิพงษ์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. คณะสาธารณสุขศาสตร์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.วารสารกรมการแพทย์.44.

อัญชลี สามงามมี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.ปทุมธานี.

อุสุมา เบญจการ และคณะ, (2564).ปัจจัยในการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพด้านการแพทย์ทางเลือกของผู้บริโภคในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วารสารปรัชญาปริทรรศน์.ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 หน้า65.

Best JW. (1981). Research in education. 4 th ed. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice

Chen, Y.-Y., Weng, L.-C., Li, Y.-T., & Huang, H.-L. (2022). Mediating effect of self-efficacy on the relationship between social support and self-management behaviors among patients with knee osteoarthritis: A cross-sectional study. BMC Geriatrics, 22, Article 635.

Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. การคัดกรองโรคผู้สูงอายุ10 เรื่อง.ระบบออนไลน์.[อินเทอร์เน็ต].2565 :[สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2565].เข้าถึงได้จาก:



https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f1513

Likert R. (1961) . inventor New Pattern of Management. 1961.

Rodney W. Benner, et.al. (2019). Knee Osteoarthritis Alternative Range of Motion Treatment. Shelbourne Knee Center at Community East Hospital. USA.



The background of the page features a large, faint watermark of the Thammasat University seal. The seal is circular, with the Thai text "มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์" (Mahavithayalai Thammassat) at the top and "THAMMASAT UNIVERSITY" at the bottom. In the center is a traditional Thai emblem consisting of a lotus flower on a pedestal, with a crown-like structure above it.

ผลงานวิชาการนำเสนอแบบบรรยายและตีพิมพ์เผยแพร่
ในรายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการ
ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์



การเสริมสร้างพลังทางบวกของแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบจังหวัดเชียงราย
The Empowerment of Informal Elderly Workers in Chiang Rai Province

จามรี พระสุนิล¹

*Corresponding author E-mail address: jamaree.pra@crur.ac.th

บทคัดย่อ

แรงงานผู้สูงอายุนอกระบบมีบทบาทสำคัญในกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่อง การเสริมสร้างพลังทางบวกจึงเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมศักยภาพ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต เสริมสร้างความรู้สึกรับผิดชอบ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างยั่งยืน งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการเสริมสร้างพลังทางบวกของแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบในจังหวัดเชียงราย และ 2) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังทางบวกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยและลดความเหลื่อมล้ำ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งเชิงปริมาณผ่านแบบสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุ และเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์กับผู้ที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การศึกษาการเสริมพลังทางบวกมีพื้นฐานมาจากองค์ความรู้ต้นทุนชีวิต แรงงานผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กระบวนการขัดเกลาทางสังคม พหุวัฒนธรรม และการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังทางบวกของแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบจังหวัดเชียงราย ใช้กระบวนการกลุ่มฝึกอบรมบูรณาการกับการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพลังทางบวกระดับปานกลาง 3.45 (S.D.=0.95) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าการตัดสินใจด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.51$ S.D.=0.99) ซึ่งการส่งเสริมศักยภาพและทักษะในแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบที่สามารถพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังทางบวกของแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบจังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน การตัดสินใจด้วยตนเองผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ความมีคุณค่า และความเชื่อมั่น นอกจากนี้ผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะในด้านการพัฒนาแรงงานนอกระบบสูงวัยให้เป็น “ผู้เชี่ยวชาญชา” ที่ก้าวข้ามข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือความเสื่อมตามธรรมชาติของวัย แต่เสริมพลังทางสังคมในการนำเอาประสบการณ์ คุณวุฒิ และภูมิปัญญาพหุวัฒนธรรม มาบูรณาการกับต้นทุนชีวิต ก่อให้เกิดแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบจังหวัดเชียงรายที่มีคุณค่า สามารถเป็นพลังของสังคมในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังทางบวก, แรงงานผู้สูงอายุนอกระบบ, ผู้สูงอายุ

¹ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย



Abstract

Informal Elderly Workers have played a significant role in ongoing economic and social activities. Positive empowerment was regarded as a key mechanism for enhancing their potential, skills, and self-confidence, improving their quality of life, fostering a sense of self-worth, and promoting sustainable social participation. This study aimed to: (1) examine the positive empowerment of informal older workers in Chiang Rai Province, and (2) develop a model for enhancing positive empowerment to support an aging society and reduce inequality. A mixed-methods approach was employed, comprising quantitative data collection through questionnaires distributed to older adults and qualitative data collection through interviews with key stakeholders. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The findings revealed that the foundation of positive empowerment in this context was derived from the life capital of elderly workers, shaped by socialization processes, multicultural dynamics, and social support. The developed empowerment model integrated group-based training with lifelong learning approaches. The quantitative results showed that the sample group reported a moderate overall level of positive empowerment, with a mean score of 3.45 (S.D. = 0.95). Among the dimensions, self-decision-making had the highest mean score, also at a moderate level ($M = 3.51$, $S.D. = 0.99$). The model for positive empowerment of informal elderly workers in Chiang Rai Province comprised five key components: self-efficacy, decision-making, outcome achievement, sense of value, and self-confidence. Furthermore, the research suggests the promotion of elderly informal workers as "senior experts"—individuals who, despite age-related health limitations, can contribute meaningfully to society by integrating their experience, credentials, and multicultural wisdom with their life capital. This approach would elevate the value of elderly informal workers in Chiang Rai Province and enable them to become a social driving force in advancing the economy, culture, and the development of age-friendly cities.

Keywords: Empowerment, Informal Elderly Workers, and Elderly



บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คาดว่าปี พ.ศ.2583 ผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนอยู่ระหว่าง 25% ถึง 32% ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้ส่งผลกระทบในหลายมิติ โดยเฉพาะต่อกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุ นอกระบบซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่ขาดการคุ้มครองจากระบบแรงงานและสวัสดิการของรัฐ ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่มีเงินออมเพียงพอ ขาดหลักประกันรายได้ และต้องเผชิญกับภาวะความไม่มั่นคงในชีวิต ทั้งด้านเศรษฐกิจ สาธารณสุข และสังคม โดยเฉพาะในช่วงวัยปลายของชีวิต (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564; United Nations, 2021) จะเห็นได้ว่าแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบนั้นอยู่ภายใต้ความท้าทายจากความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในสามมิติหลัก ได้แก่ รายได้และทรัพย์สิน การบริโภค และอำนาจในการตัดสินใจผลิต อันเป็นผลจากข้อจำกัดทางโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ขณะเดียวกันก็เผชิญกับภาวะการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย การเปลี่ยนผ่านบทบาทในชีวิต และความกังวลต่อความตาย (ธนู ชาติธนานนท์, 2540; วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์, 2553)

ในบริบทเช่นนี้ “การเสริมสร้างพลังทางบวก” จึงปรากฏเป็นกลไกสำคัญที่มีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัย ที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง ความภาคภูมิใจในบทบาท และแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ แม้อยู่ในวัยสูงอายุ การส่งเสริมพลังทางบวกยังช่วยกระตุ้นศักยภาพในด้านอาชีพและการมีส่วนร่วมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและมีบทบาทที่สำคัญต่อชุมชนและสังคมโดยรวม (Fredrickson, 2009; Ryff & Singer, 2000) ในด้านพื้นที่นั้นจังหวัดเชียงราย ตั้งอยู่ทางภาคเหนือของประเทศไทย มีภูมิประเทศที่เอื้อต่อการทำเกษตรกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงมีบทบาทสำคัญในภาคการผลิตทางการเกษตร (นภมณ พุ่มโสภะ, นาดญา พแดนนอก, 2563) และสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2564) พบว่าจังหวัดเชียงรายมีผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่จำนวน 89,359 คน โดยร้อยละ 95.20 ของผู้สูงอายุที่ทำงานอยู่ในระบบแรงงานนอกระบบโดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม แรงงานนอกระบบผู้สูงอายุเหล่านี้มักขาดการคุ้มครองทางสังคม และมีประเด็นด้านปัญหาสุขภาพ (นภมณ พุ่มโสภะ, นาดญา พแดนนอก, 2563; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563) ดังนั้น การศึกษาและพัฒนาคุณภาพของแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบด้วยการเสริมสร้างพลังทางบวก จึงมีใช้เพื่อบรรเทาผลกระทบของสังคมผู้สูงอายุที่กำลังขยายตัวเท่านั้น หากแต่ยังเป็นการวางรากฐานที่มั่นคงให้แก่การดำรงชีวิตของผู้สูงวัยในมิติที่ครอบคลุมทั้งเศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม อันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนตามแนวทางของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) โดยในการดำเนินวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายต่อยอดสู่การพัฒนาสังคมที่เป็นมิตรและลดความเหลื่อมล้ำในผู้สูงวัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมสร้างพลังทางบวกของแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบจังหวัดเชียงราย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีแบบผสม (Mixed Methods Research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสถานการณ์แรงงานผู้สูงอายุในระบบในจังหวัดเชียงราย และพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างพลังทางบวกเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ดำเนินการโดยใช้การสัมภาษณ์ (Interview) กับผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนหน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแรงงานผู้สูงอายุ รวมถึงกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุในระบบ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน ตามเกณฑ์คุณลักษณะเฉพาะ (Key Informants) มีการรวบรวมข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เป็นเครื่องมือหลัก ซึ่งได้รับการพัฒนาให้ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับบริบท ต้นทุนชีวิต การเสริมพลังทางบวก และแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงวัยที่เป็นแรงงานนอกระบบผู้สูงอายุ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จะนำมาวิเคราะห์โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Miles, Huberman, & Saldaña (2014) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการจัดหมวดหมู่ข้อมูล การจัดระเบียบความหมาย และการตีความสาระสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบการเสริมสร้างพลังทางบวกของกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุ

2. การวิจัยเชิงปริมาณ

ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพในระบบแรงงานนอกระบบในจังหวัดเชียงราย มีกระบวนการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิจากพื้นที่ 18 อำเภอ ในจังหวัดเชียงราย คำนวณจำนวนด้วยตารางสำเร็จรูป จำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลักในการรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามถูกออกแบบโดยอิงจากแนวคิดเรื่องพลังทางบวกและองค์ประกอบด้านศักยภาพผู้สูงวัย อาทิ สุขภาวะกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (Content Validity) และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุในระบบ และระดับของพลังทางบวกในด้านต่าง ๆ (Burns & Grove, 2011) โดยนำเสนอเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายค่าของพลังทางบวกเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจของกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุในระบบจังหวัดเชียงรายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังทางบวกของแรงงานผู้สูงอายุในระบบจังหวัดเชียงราย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า การเสริมสร้างพลังทางบวกในกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุในระบบจังหวัดเชียงราย มีพื้นฐานสำคัญมาจากองค์ความรู้เกี่ยวกับต้นทุนชีวิตซึ่งหมายถึงทรัพยากรเชิงคุณค่าที่ผู้สูงอายุสะสมและได้รับผ่านประสบการณ์ชีวิตในระยะยาว องค์ประกอบสำคัญของต้นทุนชีวิตได้แก่ กระบวนการขัดเกลาทางสังคมที่ถ่ายทอดค่านิยม บรรทัดฐาน และรูปแบบพฤติกรรมจากครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรอบ รวมถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่หล่อหลอมให้ผู้สูงอายุมิมีมุมมองเปิดกว้าง และเข้าใจความแตกต่าง รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม



อาทิ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และชุมชน ซึ่งทำหน้าที่เป็นแหล่งพลังใจ แหล่งเรียนรู้ และพื้นที่แห่งการมีส่วนร่วม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการหล่อหลอมแนวคิด ทักษะ และพฤติกรรมเชิงบวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่น อันเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าในสังคม เชื่อมโยงถึงการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังทางบวกของแรงงานผู้สูงอายุในระดับจังหวัด เชียงราย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มแรงงานผู้สูงอายุในระดับจังหวัดเชียงราย มีระดับพลังทางบวกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.45$, $SD = 0.95$) และค่าเฉลี่ยความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 3.48 ($SD = 1.01$) อยู่ในระดับปานกลาง โดยสามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของพลังทางบวกเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจของกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุในระดับจังหวัดเชียงราย ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของพลังทางบวกเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจของกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุในระดับจังหวัดเชียงรายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล

พลังทางบวก	การทดลองที่นำมาเปรียบเทียบ	MD	p
การรับรู้ความสามารถของตน	หลังการทดลอง($M=3.81$)-ก่อนการทดลอง($M=2.98$)	0.83*	.00
	ติดตามผล($M=4.29$)-ก่อนการทดลอง($M=2.98$)	1.31*	.00
	ติดตามผล($M=4.26$)-หลังการทดลอง($M=3.81$)	0.48*	.00
การตัดสินใจด้วยตนเอง	หลังการทดลอง($M=4.00$)-ก่อนการทดลอง($M=3.17$)	0.84*	.00
	ติดตามผล($M=4.50$)-ก่อนการทดลอง($M=3.17$)	1.33*	.00
	ติดตามผล($M=4.50$)-หลังการทดลอง($M=4.00$)	1.19*	.00
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	หลังการทดลอง($M=3.88$)-ก่อนการทดลอง($M=3.22$)	0.66*	.00
	ติดตามผล($M=4.40$)-ก่อนการทดลอง($M=3.22$)	1.19*	.00
	ติดตามผล($M=4.40$)-หลังการทดลอง($M=3.88$)	0.53*	.00
ความมีคุณค่า	หลังการทดลอง($M=4.02$)-ก่อนการทดลอง($M=3.13$)	0.90*	.00
	ติดตามผล($M=4.56$)-ก่อนการทดลอง($M=3.13$)	1.43*	.00



พลังทางบวก	การทดลองที่นำมาเปรียบเทียบ	MD	p
ความเชื่อมั่น	ติดตามผล(M=4.56)-หลังการทดลอง (M=4.02)	0.53	.00
	หลังการทดลอง(M=4.00)-ก่อนการทดลอง (M=3.19)	0.81	.00
	ติดตามผล(M=4.50)-ก่อนการทดลอง(M=3.19)	1.31	.00
	ติดตามผล(M=4.50)-หลังการทดลอง (M=4.00)	0.50	.00
พลังทางบวกโดยรวม	หลังการทดลอง(M=3.98)-ก่อนการทดลอง (M=3.18)	0.80	.00
	ติดตามผล(M=4.49)-ก่อนการทดลอง(M=3.18)	1.31	.00
	ติดตามผล(M=4.49)-หลังการทดลอง (M=3.98)	0.51	.00

*p<.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ระยะเวลาติดตามผลและหลังการทดลองกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุ นอกระบบมีค่าเฉลี่ยพลังทางบวกโดยรวมและทุกองค์ประกอบ สูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนติดตามผลมีค่าเฉลี่ยมีค่าเฉลี่ยพลังทางบวกโดยรวมและทุกองค์ประกอบสูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รูปแบบการเสริมสร้างพลังทางบวกเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจของกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุ นอกระบบจังหวัดเชียงราย เป็นการสร้างโปรแกรมกลุ่มฝึกอบรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างพลังทางบวกเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจของกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุ นอกระบบจังหวัดเชียงราย บนฐานขององค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตน 2) การตัดสินใจด้วยตนเอง 3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการลงมือทำ 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 5) ความเชื่อมั่นในอนาคต บูรณาการกับแนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) ที่ยืนยันว่าการเรียนรู้ตลอดชีวิตมีผลต่อการพัฒนาทักษะและการปรับตัวของผู้สูงอายุในด้านจิตใจและสังคม

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าองค์ความรู้ด้านต้นทุนชีวิต เป็นรากฐานสำคัญในการเสริมสร้างพลังทางบวกของแรงงานนอกระบบผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับทุนทางสังคม (social capital) ที่เน้นการเชื่อมโยงทางสังคมและเครือข่ายมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและพลังทางบวกของกลุ่มคนสูงวัย (Putnam, 2000) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีธยา มหาสันต์ (2562) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนเมืองผ่านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและพลังทางบวก ด้านการเน้นการตัดสินใจด้วยตนเองและความรู้สึก



มีคุณค่าในตนเอง ที่พบว่า การเรียนรู้และพึ่งพาตนเอง มีผลดีต่อการเสริมสร้างสุขภาพกายและใจของผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีบทบาทและส่วนร่วมในชุมชนได้อย่างมีความหมาย

การพัฒนารูปแบบเสริมสร้างพลังทางบวกโดยใช้กลุ่มฝึกอบรมทางจิตวิทยาที่ผสมผสานกับแนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต ผลการวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพลังทางบวกในระดับปานกลาง ($M = 3.45$) และมีมติที่เด่นคือด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ($M = 3.51$) ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการกำกับตนเองและมีบทบาททางสังคมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานของ Merriam และ Caffarella (1999) ที่ยืนยันว่าการเรียนรู้ตลอดชีวิตมีผลต่อการพัฒนาทักษะและการปรับตัวของผู้สูงอายุในด้านจิตใจและสังคม นอกจากนี้ การเน้น “การตัดสินใจด้วยตนเอง” สอดคล้องกับแนวคิด Self-Determination Theory ของ Deci & Ryan (2000) ซึ่งชี้ว่าอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเองเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญของพลังทางบวกและความพึงพอใจในชีวิตรวมถึงณัฐพงศ์แสงทอง (2563) ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังทางบวกในผู้สูงอายุผ่านกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตพบว่า กระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิตช่วยพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองและการตัดสินใจที่เป็นอิสระของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการใช้แนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการฝึกอบรมทางจิตวิทยาที่เป็นผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังทางบวกครั้งนี้ โดยสามารถกล่าวได้ว่าผลการวิจัยนี้มีศักยภาพสูงในการนำไปสู่การออกแบบนโยบายระดับพื้นที่และระดับชาติ ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยอย่างรอบด้านทั้งด้านทักษะ อาชีพ และจิตใจ โดยเฉพาะในพื้นที่อย่างจังหวัดเชียงรายที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมอันเอื้อต่อการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยสามารถนำเสนอการเชื่อมโยงนโยบายให้สอดคล้องกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 (สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี) และเป้าหมายที่ 10 (ลดความเหลื่อมล้ำ) ซึ่งการส่งเสริมพลังทางบวกถือเป็นกลไกที่เชื่อมโยงสุขภาวะทางจิตใจกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังทางบวกในกลุ่มแรงงานผู้สูงอายุนอกระบบจังหวัดเชียงรายมีรากฐานสำคัญมาจากองค์ความรู้ด้าน “ต้นทุนชีวิต” ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการขัดเกลาทางสังคม ความหลากหลายทางวัฒนธรรม และการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม องค์ประกอบเหล่านี้มีบทบาทในการหล่อหลอมแนวคิด ทักษะ และพฤติกรรมเชิงบวกของผู้สูงอายุมุ่งถึงการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังทางบวก โดยใช้กระบวนการกลุ่มฝึกอบรมทางจิตวิทยาที่บูรณาการกับแนวคิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถสะท้อนถึงความสามารถในการกำกับตนเองของผู้สูงอายุที่ยังคงมีบทบาททางสังคมและเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ

การเสริมสร้างพลังทางบวกที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องพัฒนาบนฐานขององค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน การตัดสินใจด้วยตนเอง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการลงมือทำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นในอนาคต องค์ประกอบเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ช่วยยกระดับศักยภาพของแรงงานผู้สูงอายุ และแนวทางการพัฒนาแรงงานนอกระบบผู้สูงอายุให้เป็น “ผู้เชี่ยวชาญชรา” (Senior Expert) ที่มุ่งเน้นการนำประสบการณ์ ความรู้ภูมิปัญญา และวัฒนธรรมท้องถิ่นมาผสมผสานกับต้นทุนชีวิตที่มีอยู่ สร้างคุณค่าใหม่ทางสังคมในฐานะพลังขับเคลื่อนเศรษฐกิจและวัฒนธรรมท้องถิ่น การพัฒนาเชิงรุกเช่นนี้จะช่วยส่งเสริมการเติบโตของเมืองที่เป็นมิตร



กับผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืนในระยะยาว อีกทั้งควรผลักดันให้เกิดนโยบายระดับจังหวัดหรือระดับชาติที่ส่งเสริมการสร้างบทบาทใหม่แก่ผู้เชี่ยวชาญชรา โดยสนับสนุนการใช้ประสบการณ์และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่คนรุ่นใหม่ ซึ่งเป็นการสร้างทั้งอาชีพและการสะท้อนพลังทางบวกจากผู้สูงอายุเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำแนวคิดพลังทางบวก และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง เช่น การตัดสินใจตนเอง ความเชื่อมั่น และความรู้สึกมีคุณค่า ต่อยอดสู่การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานด้านสังคม เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่
2. สถาบันการศึกษาและภาคีเครือข่ายควรทำงานเชิงบูรณาการเพื่อส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานรัฐ และภาคธุรกิจในพื้นที่มีบทบาทร่วมในการฝึกอบรม จ้างงาน หรือสนับสนุนแรงงานผู้สูงอายุในระบบ เช่น การลดหย่อนภาษีสำหรับกิจการที่จ้างแรงงานผู้สูงอายุ หรือมีโครงการฝึกทักษะ เป็นต้น
3. ในการวิจัยครั้งต่อไปสามารถศึกษาความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุในด้านการพัฒนาทักษะอาชีพ เพื่อออกแบบหลักสูตรฝึกอบรมที่เหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป และควรมีการศึกษาวิจัยแนวทางในการเสริมสร้างสุขภาวะจิตของผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมที่ส่งเสริมพลังทางบวก เช่น การมีส่วนร่วมในชุมชน การฝึกสมาธิ หรือกิจกรรมทางศิลปะ เป็นต้น



เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ธนู ชาตธนานนท์. (2540). *จิตวิทยาผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธีระ สันเดชาธิ์ และ พรทิพย์ เนตรภิญโญ. (2554). *ความพร้อมของแรงงานนอกระบบกับการเป็นสังคมสูงอายุ*. คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นภมณ พุ่มโสภา และ นาตยา พแดนนอก. (2563). ภาวะสุขภาพของเกษตรกรผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(4), 110–120.
- วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์. (2553). *แรงงานนอกระบบกับการคุ้มครองทางสังคม*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิแรงงานและการพัฒนา.
- ศรีธยา มหาสันต์. (2562). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนเมืองผ่านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและพลังทางบวก. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ*, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579)*. กรุงเทพฯ: สภาพัฒน์.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2568 จาก https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=14368
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). *รายงานสถานการณ์ทางสังคม จังหวัดเชียงราย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2568 จาก https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/download/article/article_20220920161208.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *รายงานสถานการณ์แรงงานจังหวัดเชียงราย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2568 จาก https://lib.doe.go.th/ebookdoc/020400010257_3.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *รายงานภาวะประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567*. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2568 จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- Burns, N., & Grove, S. K. (2011). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (5th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity: Top-notch research reveals the 3-to-1 ratio that will change your life*. Crown.
- Merriam, S. B., & Caffarella, R. S. (1999). *Learning in adulthood: A comprehensive guide* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.



- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2000). *Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium*. *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), 30–44. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0401_4
- United Nations. (2021). *World Population Ageing 2021 Highlights: Living arrangements of older persons*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.





นวัตกรรมบริการการบินสำหรับผู้สูงอายุ: การปรับปรุงประสบการณ์ผู้โดยสาร
และโมเดลธุรกิจที่ยั่งยืน

Innovation in Age-Friendly Air Travel: Enhancing Elderly Passenger Experience
and Sustainable Business Models

สรวิฐ ฤทธิธรรณศักดิ์¹, วาสนา จักรแก้ว^{2*}, วสันต์ นิลมัย¹,
ศุภิสรา ทองจรรยา¹ และภคพร กระจาดทอง²

*Corresponding author E-mail address: djwasna@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้ เพื่อศึกษานวัตกรรมด้านบริการที่สามารถยกระดับประสบการณ์ของผู้สูงอายุในกระบวนการเดินทางทางอากาศ และเสนอแนวทางพัฒนาโมเดลธุรกิจที่ยั่งยืนสำหรับผู้ให้บริการสายการบิน การวิเคราะห์ครอบคลุมทั้งด้านการออกแบบบริการ (Service Design) เทคโนโลยีสนับสนุน และการจัดการทรัพยากรมนุษย์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนานวัตกรรม โดยกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 คน โดยการประชุมกลุ่มย่อย และสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง การศึกษาพบว่า การบูรณาการเทคโนโลยีช่วยเหลือ (Assistive Technology) ระบบการจองและเช็คอินที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ รวมถึงการอบรมพนักงานให้เข้าใจจิตวิทยาและความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับประสบการณ์ผู้โดยสารและสร้างความภักดีต่อแบรนด์ นอกจากนี้ โมเดลธุรกิจที่เน้นความยืดหยุ่น ความร่วมมือข้ามภาคส่วน และการใช้ข้อมูลเพื่อออกแบบบริการเชิงรุก ยังมีศักยภาพในการสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: นวัตกรรมบริการการบินสำหรับผู้สูงอายุ ประสบการณ์ผู้โดยสาร โมเดลธุรกิจที่ความยั่งยืน

¹ โรงเรียนการท่องเที่ยวและการบริการ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

² คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต



Abstract

This research aims to examine service innovations that improve the air travel experience for elderly passengers and to develop sustainable business models for airline providers. The analysis covers service design, assistive technologies, and human resource management, with a focus on involving elderly individuals actively in the innovation process. The target group included 15 elderly participants who shared insights through focus groups and structured interviews. The findings show that integrating assistive technology, implementing elderly-friendly booking and check-in systems, and training staff to understand the psychological and specific needs of the elderly are crucial in enhancing passenger experience and building brand loyalty. Additionally, business models that prioritize flexibility, cross-sector collaboration, and data-driven proactive service design show strong potential for creating sustainable competitive advantages.

Keywords: Aviation Service Innovation for the Elderly, Passenger Experience, and Sustainable Business Models



บทนำ

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา อุตสาหกรรมการบินทั่วโลกเผชิญกับความท้าทายครั้งสำคัญในการปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร ซึ่งหนึ่งในประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง คือ การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ (United Nations, 2020) จากรายงานขององค์การสหประชาชาติ คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากระดับปัจจุบัน ส่งผลให้ภาคธุรกิจหลากหลายอุตสาหกรรม รวมถึงการบินพาณิชย์ จำเป็นต้องหันมาให้ความสำคัญกับการออกแบบบริการที่ตอบโจทย์ความต้องการเฉพาะของกลุ่มผู้บริโภครายนี้มากขึ้น ผู้สูงอายุในยุคปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีวิถีชีวิตที่กระตือรือร้นและยังคงแสวงหาประสบการณ์การเดินทางในระดับภูมิภาคและระดับโลก โดยเฉพาะในกลุ่มที่เกษียณอายุและมีรายได้ประจำ ทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นกลุ่มผู้โดยสารที่มีศักยภาพในการใช้บริการสายการบิน ทั้งในแง่ของจำนวนการเดินทางและกำลังซื้อ (IATA, 2021) อย่างไรก็ตาม การเดินทางทางอากาศสำหรับผู้สูงอายุยังคงเต็มไปด้วยข้อจำกัด ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดทางกายภาพ เช่น การเคลื่อนไหวที่ยากลำบาก ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง หรือแม้กระทั่งความเครียดจากสภาพแวดล้อมในสนามบินและบนเครื่องบินที่อาจไม่เอื้อต่อความสะดวกสบายของผู้สูงอายุเท่าที่ควร (Budd & Ison, 2020)

ดังนั้น นวัตกรรมบริการที่ออกแบบมาเพื่อรองรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จึงเป็นแนวทางสำคัญที่สายการบินสามารถใช้เพื่อยกระดับประสบการณ์ของผู้โดยสารกลุ่มนี้ ตัวอย่างของนวัตกรรมดังกล่าว ได้แก่ ระบบช่วยเหลืออัตโนมัติภายในสนามบิน เช่น หุ่นยนต์แนะนำเส้นทาง ระบบเช็คอินด้วยเสียง การออกแบบพื้นที่ภายในห้องโดยสารให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น ที่นั่งที่มีพื้นที่วางขากว้างขึ้น การติดตั้งราวจับในที่นั่ง และบริการพนักงานดูแลส่วนตัว (personal assistant) ที่พร้อมช่วยเหลือผู้สูงอายุตลอดการเดินทางในแง่ของโมเดลธุรกิจ นวัตกรรมบริการผู้สูงอายุไม่เพียงแต่ตอบสนองต่อแนวโน้มของตลาดเท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสายการบินในระยะยาว การให้บริการที่แตกต่างและมีความเห็นอกเห็นใจ (Empathy-driven service) สามารถสร้างความประทับใจและความภักดีต่อแบรนด์ (Brand loyalty) ได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังช่วยเปิดโอกาสให้สายการบินสามารถขยายบริการแบบเฉพาะกลุ่ม (Niche services) เพื่อเพิ่มรายได้จากลูกค้ากลุ่มพรีเมียม (Zhang & Zhang, 2022) อย่างไรก็ตาม การพัฒนานวัตกรรมเพื่อรองรับผู้โดยสารสูงอายุจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบด้าน ทั้งในเชิงนโยบายองค์กร ทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยี และการบริหารต้นทุน การเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยในระบบบริการ เช่น การฝึกอบรมพนักงานต้อนรับให้เข้าใจพฤติกรรมของผู้สูงอายุ การปรับปรุงป้ายบอกทางให้ชัดเจน หรือการจัดทำแอปพลิเคชันที่เหมาะสมกับผู้ใช้งานสูงอายุ ล้วนสามารถมีผลอย่างมากต่อการสร้างประสบการณ์การเดินทางที่เป็นบวก ในขณะเดียวกัน สายการบินยังสามารถผสานแนวคิดความยั่งยืน (Sustainability) เข้าไปในแผนพัฒนานวัตกรรมเหล่านี้ ผ่านการเลือกใช้วัสดุที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ และการสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในบริบทของการเดินทาง



ด้วยเหตุนี้ งานวิจัยฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานวัตกรรมบริการการบินที่ออกแบบมาเพื่อกลุ่มผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์จากทั้งมุมมองของผู้โดยสารและผู้ให้บริการ รวมถึงการพัฒนาโมเดลธุรกิจที่สามารถนำเสนอคุณค่าที่ยั่งยืนให้กับทั้งองค์กรและสังคม การศึกษาเน้นการสำรวจแนวโน้มปัจจุบันของอุตสาหกรรม การรวบรวมกรณีศึกษาจากสายการบินต่าง ๆ รวมถึงการวิเคราะห์โมเดลต้นแบบที่มีศักยภาพในการนำไปสู่การพัฒนาบริการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในสังคมไทยและนานาชาติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษานวัตกรรมบริการการบินที่ออกแบบมาเพื่อกลุ่มผู้สูงอายุ
2. เพื่อหาแนวในการพัฒนานวัตกรรมบริการการบินสำหรับผู้สูงอายุ
3. เพื่อพัฒนาโมเดลธุรกิจบริการการบินสำหรับผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมบริการของสายการบิน ผู้เชี่ยวชาญด้านธุรกิจการบินหรือบริการผู้สูงอายุ เช่น นักวิจัยด้านสุขภาพผู้สูงอายุ นักวางแผนธุรกิจการบิน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ใช้วิธีการเลือกแบบเจตนา (Expert Sampling) ประกอบด้วย ผู้บริหารสายการบิน 3 คน นักออกแบบนวัตกรรมหรือฝ่ายพัฒนาเทคโนโลยี 3 คน ผู้เชี่ยวชาญหรืออาจารย์มหาวิทยาลัยด้านธุรกิจการบิน/การจัดการบริการ 3 คน ผู้ประกอบการสายการบิน 3 คน ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ให้บริการผู้โดยสารภาคพื้น (Passenger ground service agent) จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) สำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนานวัตกรรม แนวคิดธุรกิจยั่งยืน และความท้าทายในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุแบบบันทึกการสังเกต (Observation Checklist) ใช้สังเกตพฤติกรรมผู้โดยสารสูงอายุในสนามบินหรือขณะใช้บริการ เพื่อเก็บข้อมูลสนับสนุนเชิงคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

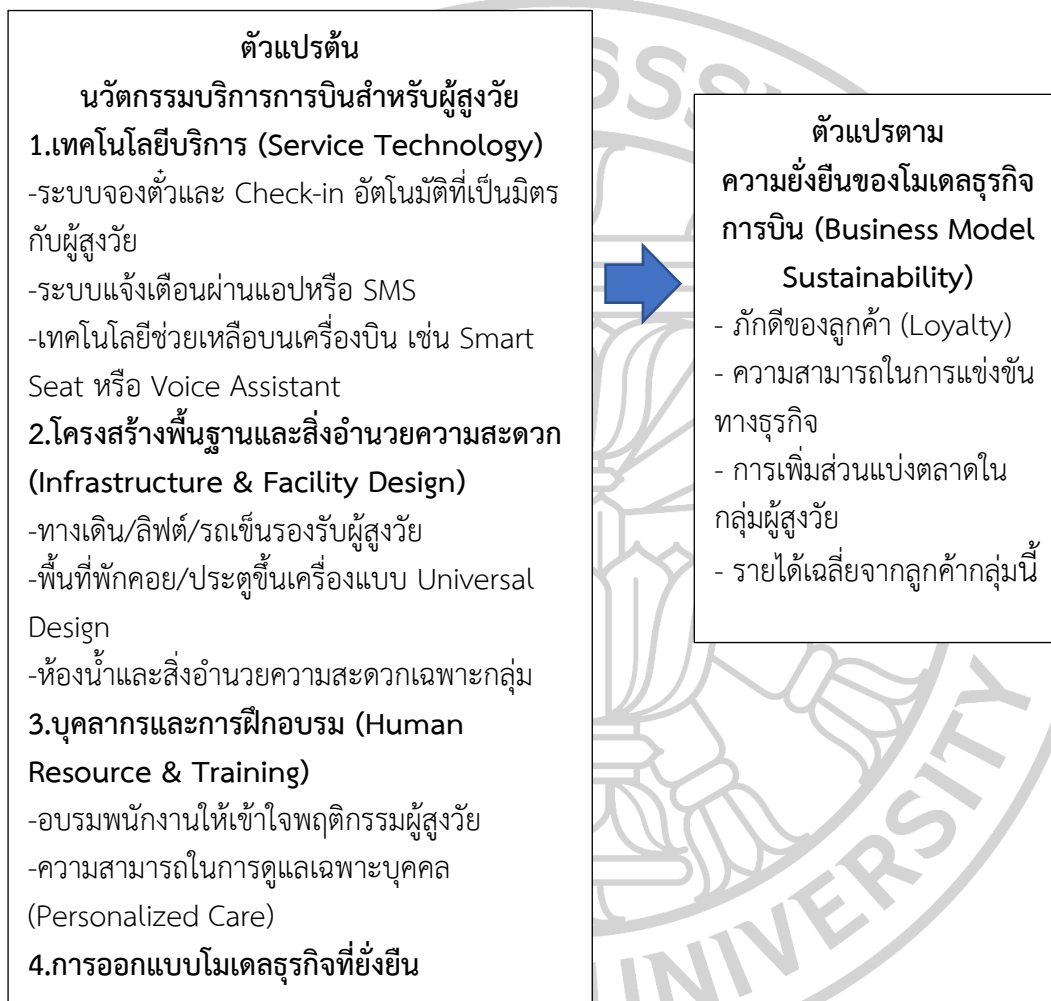
การสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการแบบตัวต่อตัว หรือผ่านระบบออนไลน์ (เช่น Zoom) ใช้เทคนิคการบันทึกเสียงและถอดความตามขั้นตอนจริยธรรม การสังเกต ดำเนินการในพื้นที่สาธารณะของสนามบินพิจารณาจากความสมัครใจของผู้เข้าร่วมและไม่ระบุชื่อ



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์และสังเกต ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และมีการจัดหมวดหมู่ (Coding) ตามธีมหลัก เช่น ความต้องการเชิงบริการ อุปสรรคในการออกแบบ การสร้างคุณค่าทางธุรกิจ สังเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อเสนอโมเดลทางธุรกิจที่เป็นไปได้

กรอบแนวคิด



จากการสังเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายพบว่า การพัฒนานวัตกรรมบริการการบินสำหรับผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่ต้องพิจารณาในหลายมิติ ทั้งด้านเทคโนโลยี โครงสร้างพื้นฐาน การฝึกอบรมพนักงาน และการพัฒนาโมเดลธุรกิจ การวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบบริการที่เข้าถึงได้และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยปรับปรุงประสบการณ์การเดินทางของผู้โดยสาร แต่ยังเป็นโอกาสในการพัฒนาอุตสาหกรรมการบินให้เติบโตอย่างยั่งยืน ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ 4 มิติดังต่อไปนี้



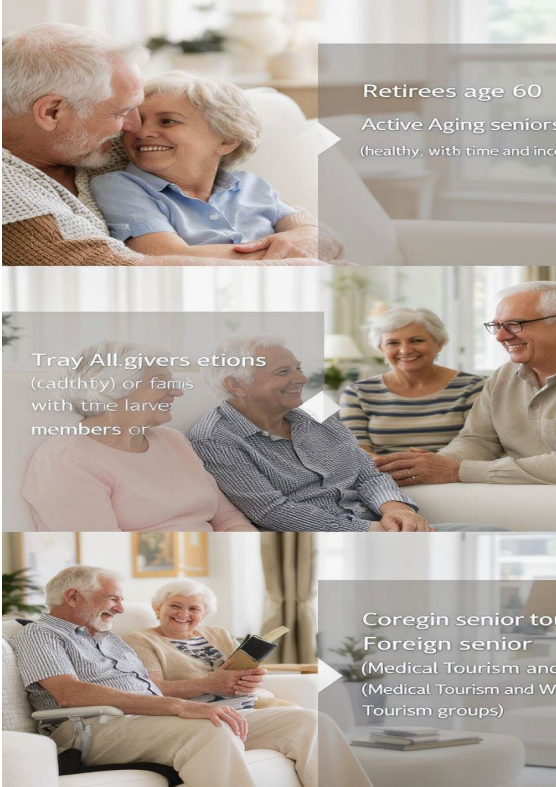
1. มิติด้านเทคโนโลยี มีการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อผู้สูงอายุในสนามบินและบนเครื่องบิน เป็นนวัตกรรมที่สำคัญ เช่นระบบนำทางอัตโนมัติด้วยเสียง (Voice Navigation Apps) เพื่อช่วยผู้ที่มีปัญหาด้านการมองเห็นรถเข็นอัตโนมัติ (Autonomous Wheelchairs) ที่สามารถพาผู้โดยสารไปยังจุดหมายในสนามบินโดยไม่ต้องมีเจ้าหน้าที่คอยควบคุมระบบเช็คอินด้วยใบหน้า (Facial Recognition Check-in) ซึ่งช่วยลดขั้นตอนที่ยุ่งยากการนำเทคโนโลยีมาช่วยเหลือผู้โดยสารสูงอายุไม่เพียงเพิ่มความสะดวก แต่ยังช่วยลดภาระของเจ้าหน้าที่และลดความเสี่ยงจากการสัมผัสโดยตรง ซึ่งเป็นประโยชน์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ

2. มิติด้านโครงสร้างพื้นฐาน การวางแผนโครงสร้างที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุไม่เพียงช่วยเพิ่มประสบการณ์เชิงบวก แต่ยังช่วยยกระดับภาพลักษณ์สนามบินในระดับสากล สนามบินที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุควรออกแบบตามหลัก Universal Design เช่น: ทางลาด/ทางเดินที่ปลอดภัย ป้ายบอกทางขนาดใหญ่ที่อ่านง่าย ห้องน้ำและพื้นที่นั่งพักเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ จุดบริการพิเศษ (Assistance Point) ที่มองเห็นชัดเจน

3. มิติด้านการฝึกอบรมพนักงาน พนักงานทุกระดับในสายการบินควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับ: ความเข้าใจทางกายภาพและจิตใจของผู้สูงอายุทักษะในการสื่อสารที่ชัดเจนและเป็นมิตร การตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้โดยสารสูงอายุ การสร้าง “จิตสำนึกในการบริการแบบอ่อนไหว” (Empathetic Service Awareness) เป็นหัวใจสำคัญของการฝึกอบรม

4. มิติด้านโมเดลธุรกิจที่ยั่งยืน นวัตกรรมบริการที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุสามารถกลายเป็นโอกาสทางธุรกิจ เช่น การสร้างสายการบินที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ (Silver-friendly Airline) การจัดแพ็คเกจท่องเที่ยวเฉพาะกลุ่ม (Senior Travel Program) การออกแบบบริการเสริม เช่น อาหารพิเศษ, ประกันสุขภาพการเดินทาง, หรือบริการดูแลพิเศษระหว่างเที่ยวบิน กลุ่มผู้สูงอายุมักมีเวลาว่างและกำลังซื้อสูง การออกแบบโมเดลธุรกิจที่ตอบโจทย์จึงช่วยเพิ่มส่วนแบ่งตลาดและความภักดีในระยะยาว โดยใช้แนวคิด "มิติด้านโมเดลธุรกิจที่ยั่งยืน" สำหรับ การให้บริการผู้สูงอายุในภาคการท่องเที่ยวและการบิน เป็นหัวข้อที่สอดคล้องกับแนวทาง ธุรกิจเพื่อสังคม (Social Business) และ การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) โดยเฉพาะในประเด็น Aging Society ซึ่งกำลังเติบโตในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ดังนี้



 Retirees age 60 Active Aging seniors (healthy, with time and income) Travelers (individuals or families with time and money) members or Core group senior tour Foreign senior (Medical Tourism and Wellness Tourism groups)	1. กลุ่มเป้าหมาย (Customer Segment) ผู้สูงอายุวัยเกษียณ (60 ปีขึ้นไป) ผู้สูงวัยแบบ Active Aging (มีสุขภาพดี มีเวลา มีรายได้) ผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้สูงอายุ (Caregiver) นักท่องเที่ยวสูงวัยต่างชาติ (กลุ่ม Medical Tourism และ Wellness Tourism)
2. คุณค่าและข้อเสนอหลัก (Value Proposition) บริการเฉพาะทางที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้สูงวัย เช่น สายการบิน Silver-friendly: เครื่องบินปรับแต่งพิเศษ, พนักงานอบรมเฉพาะ, การดูแลทางการแพทย์เบื้องต้น แพ็กเกจท่องเที่ยวเฉพาะกลุ่ม: โปรแกรมที่เน้นสุขภาพ ผ่อนคลาย ชำ ปลอดภัย อาหารสุขภาพเฉพาะบุคคล: สำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดด้านอาหาร เช่น เบาหวาน ความดัน การประกันสุขภาพและดูแลทางการแพทย์ ระหว่างเดินทาง บริการผู้ช่วยส่วนตัว (Travel Assistant) ที่มีความเชี่ยวชาญดูแลผู้สูงวัย	VALUE PROPOSITION: • Specialized services: • Specializer-friendly airlines; • Specially modified aircraft basic medicals based staff, trained staff medical medical care. • Group-specific travel packages: • Programs to the needs, relaxation, user needs focused to health, Relaxation, slow-paced, and safe. • Group-specific travel packages: • Programs dietary restrictions restrictions, diabetes or hypertension • Personalized healthy meals: • Specialized meals for • Personalized healthy meals: • For those's dietary meals, • restrictions restrictions that • diabetes or hypertension • Personal Travel Assistant: • Health insurance and medical care in-in • during travel • Personal Travel Assistant service • expertise in elderly in elderly • travel



0 _____



4. พันธมิตรหลัก (Key Partners) สถานพยาบาล / โรงพยาบาล บริษัทประกัน สุขภาพ บริษัททัวร์และการบิน องค์การภาครัฐที่ ดูแลผู้สูงอายุ เช่น พม. สสส. มหาวิทยาลัย / ศูนย์วิจัยด้าน Aging Society	• Medical institutions / Hospitals • Health insurance companies / overging heations • Tour and of actant no nediory. • Govirh neurt anek neldact of the erme miength bre then frust end over aational coplier bectom's about. • Health insurance companies apeed as the and, inotlding of Social Seciriy adant Huse Noistrys the cartival insrñ er dia. • Tour and aviation companies: Government of ganizations anPeliners, thait Hielnal contace of the ithre accie of the esfersing the eldery • Government organizations owerseiding the el Ministry' of the othes and Human Security. Securtation, of Mithneuti Promotion Foundation • Unversiy of Social Development and Human Security, (hey factive and that elgits) • Thai Health Promot Foundation: Thai Patigach Coortack, and Patioum— madimes, and duastry thanfy ti be neation. • Was edeen Social Foundation Human Security, (Thai Health centiom—Aging Society). • Universities / Research centiital centers on Aging Society.
5. Revenue Streams Income from niche tourism services – tencriour, inditional services Revenue from additional services, (seat, adicentnal tourismps) ↓ Revenue from additional services (special meal, special heals, friendly friendly accommodations) Fees for consultation/design for individuals ↓ Income from partners collaborating on developing travel travel care programs	5. แหล่งรายได้ (Revenue Streams) ค่าบริการท่องเที่ยวแบบเฉพาะ กลุ่ม รายได้จากบริการเสริม (เช่น อาหาร พิเศษ, ที่พักแบบ Senior-friendly) ค่าธรรมเนียมการให้คำปรึกษา / ออกแบบ โปรแกรมรายบุคคล รายได้จากพาร์ทเนอร์ที่ ร่วมพัฒนาโปรแกรมดูแลระหว่างทาง เดินทาง



6. โครงสร้างต้นทุน (Cost Structure) ค่าพัฒนาโปรแกรมการท่องเที่ยวและบริการ เฉพาะกลุ่มค่าอบรมพนักงาน ค่าจ้างผู้เชี่ยวชาญ หรือพยาบาล ค่าเทคโนโลยีและอุปกรณ์อำนวยความสะดวก	Cost Structure • Costs for developing tourism • What it torucan (20 soswihau vay service for ditegrean, that the particalin the service program extrienidres eximnit costfor doess in the nicht incigretes). ↓ Employee training costs. • Employee trainnal costs figniws and consetturies. • serviests croal and F5X thennctelreless the included). ↓ Salaries for Specialists or Nurses • Employee training costs: • Treatfer inforation crouces. • Septioral 30 cff-82.24 • say suse - tendured fite. • fatiental \$0 aculations. • Stratsht cred, and technology pur leacunderd costs and eftretior and products only coed ↓ 3 Coshnology and Specialists or Nurses. • Technology and equipmmic cose: ffi service (Sexringy of Fnd-surviesi gnort-exienities an- opeciaize fhit the ampuence. ↓ Technology and equipment costs • Erethaize the equiriely and equipment anch, other for pur sentibed that clocest of cenierstanc).
SUSTAINABILITY IMPACT  Creates jobs and develops skills air s skidl for personnel care for elderly for the elderly  Enhances the quality of life burrden on the public sector Reduces the long-term care public sector Supports the tourism industry to cater of fair aging society  Aligns with SDGs out arn sustained, caters of an aging society. 7 Health  Goal 8 Employment  Goal 11 Goal 11 	7. ผลกระทบด้านความยั่งยืน (Sustainability Impact) สร้างงานและพัฒนาทักษะให้บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ลดภาระภาครัฐในการดูแลระยะยาว สนับสนุนอุตสาหกรรมท่องเที่ยวให้ตอบโจทย์สังคมสูงวัยเชื่อมโยงกับ SDGs เช่น เป้าหมายที่ 3 ด้านสุขภาพ, เป้าหมายที่ 8 ด้านการจ้างงาน, เป้าหมายที่ 11 ด้านการเมืองและชุมชนยั่งยืน



แนวโน้มและแนวทางในการพัฒนาบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้โดยสารสูงวัย

1. **ความสำคัญของการออกแบบบริการที่เข้าถึงได้สำหรับผู้สูงวัย** การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยทั่วโลกส่งผลให้อุตสาหกรรมการบินต้องปรับตัวเพื่อรองรับความต้องการเฉพาะของกลุ่มนี้ ผู้สูงวัยมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การมองเห็น และการได้ยิน ซึ่งอาจส่งผลต่อประสบการณ์การเดินทาง การออกแบบบริการที่เข้าถึงได้จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงวัยสามารถเดินทางได้อย่างสะดวกและปลอดภัย

2. **นวัตกรรมด้านเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนผู้โดยสารสูงวัย** การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปรับปรุงบริการสำหรับผู้สูงวัยเป็นแนวทางที่ได้รับความนิยม ตัวอย่างเช่น การใช้รถเข็นอัตโนมัติที่สามารถนำผู้โดยสารไปยังประตูขึ้นเครื่องได้โดยไม่ต้องมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือ นอกจากนี้ การใช้ระบบนำทางด้วยเสียงหรือแอปพลิเคชันที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้สูงวัยก็เป็นอีกหนึ่งแนวทางที่ช่วยเพิ่มความสะดวกในการเดินทาง

3. **การปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานในสนามบิน** สนามบินหลายแห่งได้ดำเนินการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้เหมาะสมกับผู้โดยสารสูงวัย เช่น การติดตั้งป้ายบอกทางที่ชัดเจน การเพิ่มที่นั่งพัก การจัดทำทางเดินที่ปลอดภัย และการจัดพื้นที่สำหรับผู้โดยสารที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ

4. **การฝึกอบรมพนักงานเพื่อให้บริการที่เหมาะสม** การให้บริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงวัยไม่เพียงแต่ขึ้นอยู่กับโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยีเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับทักษะและความเข้าใจของพนักงาน การฝึกอบรมพนักงานให้มีความรู้เกี่ยวกับความต้องการเฉพาะของผู้สูงวัย และการให้บริการด้วยความเอาใจใส่จึงเป็นสิ่งสำคัญ

5. **การพัฒนาโมเดลธุรกิจที่ยั่งยืน** การออกแบบบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงวัยไม่เพียงแต่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้โดยสาร แต่ยังเป็นโอกาสในการพัฒนาโมเดลธุรกิจที่ยั่งยืน โดยการสร้างความภักดีต่อแบรนด์ การขยายฐานลูกค้า และการเพิ่มมูลค่าโดยรวมของบริการ

จากข้อมูลแนวโน้มและแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้โดยสารสูงวัยในอุตสาหกรรมการบิน สามารถสังเคราะห์เป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้โดยสารสูงวัย ได้อย่างเป็นระบบใน 5 มิติหลัก ดังนี้

1. **การออกแบบบริการที่เข้าถึงได้ (Accessible Service Design)** โดยนำแนวคิด “Universal Design” หรือ “Design for All” ในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การจองตั๋ว การเช็คอิน การเดินทางภายในสนามบิน ไปจนถึงบริการบนเครื่องบินออกแบบอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงวัย เช่น เคาน์เตอร์บริการที่มีระดับความสูงเหมาะสม ป้ายอักษรขนาดใหญ่พร้อมสัญลักษณ์ภาพสร้างเส้นทางการเดินที่ปลอดภัยและต่อเนื่อง ไม่มีสิ่งกีดขวาง พร้อมติดตั้งราวจับที่แน่นหนา และห้องสุขาพิเศษ

2. **การนำนวัตกรรมเทคโนโลยีมาใช้อำนวยความสะดวก (Tech-Supported Services)** ด้วยการพัฒนาพัฒนาเทคโนโลยีอัจฉริยะ เช่น รถเข็นไฟฟ้าอัตโนมัติ (Autonomous Wheelchairs) ที่สามารถสั่งการผ่านแอปพลิเคชัน และระบบนำทางด้วยเสียงหลายภาษาออกแบบแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่ายด้วยอินเทอร์เฟซเรียบง่าย สีสันที่ชัดเจน และมีโหมดการใช้งานเฉพาะ



ผู้สูงอายุ เช่น ขนาดตัวอักษรใหญ่ ปุ่มกดชัดเจนใช้ AI/IoT ตรวจสอบความปลอดภัยและสุขภาพ เช่น การตรวจชีพจรหรือความดันโลหิตเบื้องต้นในจุดบริการเฉพาะ

3. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure Adaptation) โดยมีการปรับปรุงสนามบินให้เป็น “Age-friendly Airport” ด้วยมาตรฐานที่เน้นการเข้าถึง เช่น ลิฟต์เฉพาะทางเดินทาง, เก้าอี้ นั่งพักมีพนักพิงสูง, จุดพักสำหรับรถเข็น จัดพื้นที่บริการเฉพาะ (Priority Zone) สำหรับผู้สูงอายุ เช่น จุดรับบริการเร็วพิเศษ (Fast Track for Seniors), ห้องพักผ่อนเงียบสงบติดตั้งระบบข้อมูลอัจฉริยะ เช่น ป้ายอัจฉริยะ (Smart Signage) ที่สามารถเปลี่ยนภาษา หรือขยายตัวอักษรอัตโนมัติตามผู้ใช้งาน

4. การพัฒนาทักษะและจิตบริการของบุคลากร (Human-Centered Service Training) แนวทางพัฒนาจัดอบรมพนักงานแบบเฉพาะทางด้าน “Gerontology for Service” เพื่อเข้าใจ พฤติกรรม ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้สูงอายุ พัฒนาทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น การพูดชัดเจน น้ำเสียงสุภาพ การอธิบายเป็นขั้นตอนอย่างใจเย็นส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความเคารพและเห็นคุณค่าผู้โดยสารสูงอายุผ่าน Service Charter for Elderly Passengers

5. การพัฒนาโมเดลธุรกิจที่ยั่งยืน (Sustainable Silver Economy Model) แนวทาง พัฒนาพัฒนาแพ็คเกจเฉพาะ เช่น “Silver-Friendly Travel Program” หรือ “Premium Elderly Experience” ที่รวมบริการตั้งแต่บ้านถึงปลายทางสร้างแบรนด์ภาพลักษณ์องค์กรที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น การรับรองจากหน่วยงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หรือ ISO Elderly-Friendly Certification ร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพ การแพทย์ หรือการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อขยายบริการเสริม เช่น ตรวจสุขภาพก่อนเดินทาง ประกันสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุ

ข้อเสนอเพื่อการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายและการวิจัย

ส่งเสริมการออกแบบ Elderly Passenger Journey Map เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัญหา ในทุก Touchpoint พัฒนาระบบ Data Analytics วิเคราะห์พฤติกรรมผู้โดยสารสูงอายุเพื่อปรับปรุง บริการให้ตรงความต้องการเฉพาะรายสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนา (R&D) ด้านเทคโนโลยี บริการเพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะในอุตสาหกรรมการบินผลักดันมาตรฐานและนโยบายการให้บริการ ผู้สูงอายุในสนามบินและสายการบินในระดับประเทศและภูมิภาค



สรุปผลการวิจัย

จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ พบว่า การพัฒนานวัตกรรมบริการสำหรับผู้สูงอายุ ในอุตสาหกรรมการบินควรดำเนินไปใน 4 มิติหลัก ได้แก่ เทคโนโลยี โครงสร้างพื้นฐาน การฝึกอบรมบุคลากร และโมเดลธุรกิจที่ยั่งยืน โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับประสบการณ์ของผู้โดยสารกลุ่มนี้ และเสริมสร้างความสามารถในการแข่งขันของสายการบินในระยะยาว

1. มิติด้านเทคโนโลยี (Technological Innovation) โดยการลดข้อจำกัดทางกายภาพของผู้สูงอายุ และทำให้กระบวนการเดินทางสะดวก ปลอดภัย และเป็นมิตร มีระบบนำทางด้วยเสียงและภาพ: ใช้แอปพลิเคชันที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ระบบนำทางในสนามบินที่ใช้เสียงพูดซ้ำและชัดเจน พร้อมแสดงภาพและตัวอักษรขนาดใหญ่ รถเข็นอัตโนมัติ (Autonomous Wheelchairs): ให้บริการเคลื่อนย้ายผู้โดยสารแบบไม่ต้องพึ่งพาพนักงานตลอดเวลาแอปบริการเฉพาะทาง เช่น แอปที่สามารถเรียกความช่วยเหลือ แจ้งเตือนการขึ้นเครื่อง หรือให้คำแนะนำเฉพาะด้านสุขภาพการเดินทาง Internet of Things (IoT): ติดตั้งอุปกรณ์เชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุกับสายการบิน เพื่อช่วยตรวจสอบความต้องการพิเศษระหว่างการเดินทางเทคโนโลยีช่วยจำ/เตือน: ระบบเตือนเวลาทานยา แจ้งเตือนประตูขึ้นเครื่อง หรือเตือนให้แวะห้องน้ำก่อนขึ้นเครื่อง

2. มิติด้านโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure Development) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเดินทางอย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรีสำหรับผู้สูงอายุ การออกแบบ Universal Design: เช่น ทางลาด, ราวจับ, ลิฟต์เฉพาะผู้สูงอายุ, ทางเดินพื้นกันลื่น จุดบริการพิเศษ (Priority Zone): บริการเคาน์เตอร์เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในสนามบิน จุดนั่งพักพร้อมเก้าอี้พนักพิงสูงและมีพนักงานดูแล ห้องสุขาและห้องพยาบาลเฉพาะมีการเพิ่มห้องสุขาสำหรับผู้ที่ใช้วีลแชร์ และมีพยาบาลพร้อมเครื่องมือฉุกเฉินในจุดสำคัญระบบป้ายอัจฉริยะ: ป้ายบอกทางที่สามารถเปลี่ยนภาษา ขยายตัวอักษรอัตโนมัติ และมีสัญลักษณ์เข้าใจง่ายทางเดินที่เชื่อมต่ออย่างต่อเนื่อง: ไม่มีสิ่งกีดขวาง ปลอดภัย แม้เดินช้า พร้อมมีเจ้าหน้าที่ Standby

3. มิติด้านการฝึกอบรมบุคลากร (Human Resource & Empathy Training) โดยการเสริมสร้างทักษะและทัศนคติที่ถูกต้องให้บุคลากรสามารถดูแลผู้สูงอายุด้วยความเข้าใจและเอาใจใส่หลักสูตรอบรมเฉพาะทาง (Elderly-Centered Service): พนักงานควรเรียนรู้พฤติกรรมและข้อจำกัดของผู้สูงอายุ เช่น การเคลื่อนไหวช้า การได้ยินต่ำ ความวิตกกังวลในการเดินทาง การฝึก Soft Skills: เช่น ความอดทน การสื่อสารอย่างชัดเจน ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล และเข้าใจความรู้สึกของผู้โดยสารสถานการณ์จำลอง (Scenario-based Training): ฝึกให้พนักงานเผชิญสถานการณ์ฉุกเฉินหรือช่วยเหลือผู้สูงอายุจริงระบบ Feedback: ให้ผู้โดยสารสูงอายุสามารถประเมินพนักงานเพื่อปรับปรุงและให้รางวัลแก่บริการที่เป็นเลิศ

4. มิติด้านโมเดลธุรกิจที่ยั่งยืน (Sustainable Business Model) เพื่อสร้างความคุ้มค่าในระยะยาว ทั้งในเชิงเศรษฐกิจและภาพลักษณ์องค์กร ผ่านการให้บริการที่ใส่ใจกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการสร้างแพ็คเกจพิเศษ: เช่น แพ็คเกจการเดินทางสำหรับผู้สูงอายุที่มีบริการครบวงจร (door-to-door service), การดูแลด้านสุขภาพ, การประกันการเดินทาง สร้าง Brand Loyalty ผ่านการให้บริการที่เป็นมิตรและเชื่อถือได้ต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ทำให้เกิดความภักดีต่อสายการบิน รวมถึงการต่อยอดสู่การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพร่วมกับโรงพยาบาล โรงแรม และหน่วยงานภาครัฐในการ



จัดโปรแกรมท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ มีการขยายตลาดผู้สูงอายุ (Silver Market) เพื่อการปรับตัวเพื่อรองรับตลาดนี้ช่วยเพิ่มรายได้ในระยะยาวในขณะที่ประชากรโลกเข้าสู่สังคมสูงวัยมีการนำนโยบายสิ่งแวดล้อมและความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) เช่น ลดการใช้เอกสารโดยใช้ระบบดิจิทัลที่ใช้งานง่าย หรือการออกแบบผลิตภัณฑ์ที่ใช้งานได้ เป็นมิตรต่อโลกและต่อผู้สูงอายุ

อภิปรายผลการวิจัย

1. การออกแบบบริการที่เข้าถึงได้ (Accessible Service Design) ผลการวิจัยยืนยันว่าการออกแบบบริการโดยยึดหลัก Universal Design มีบทบาทสำคัญต่อการยกระดับประสบการณ์ของผู้โดยสารสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ronald Mace ผู้บุกเบิกแนวคิด "Design for All" ที่เสนอว่าผลิตภัณฑ์และบริการควรออกแบบเพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้งานได้ โดยไม่จำเป็นต้องปรับปรุงเฉพาะบุคคลนอกจากนี้ งานวิจัยของ Patterson & Pegg (2009) ชี้ว่าการเดินทางของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากบริการและโครงสร้างพื้นฐานสามารถตอบโจทย์ความต้องการด้านกายภาพและจิตใจได้

2. การนำนวัตกรรมเทคโนโลยีมาใช้อำนวยความสะดวก (Tech-Supported Services) จากผลการสังเคราะห์พบว่า เทคโนโลยี เช่น รถเข็นอัตโนมัติ ระบบเช็คอินด้วยใบหน้า และแอปพลิเคชันที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นนวัตกรรมที่ช่วยลดความซับซ้อนในการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Technology Acceptance Model (TAM) ของ Davis (1989) ที่ระบุว่า ความง่ายในการใช้งาน (Perceived Ease of Use) และประโยชน์ของเทคโนโลยี (Perceived Usefulness) จะส่งผลต่อการยอมรับและใช้งานโดยผู้ใช้งานเป้าหมาย งานวิจัยของ Lee & Coughlin (2015) ระบุว่าเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่อมีการออกแบบที่คำนึงถึงประสบการณ์ใช้งานจริง เช่น อินเทอร์เฟซขนาดใหญ่ สีสันที่ตัดกันสูง และระบบสั่งงานด้วยเสียง

3. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure Adaptation) สนามบินที่มีการออกแบบตามหลัก "Age-Friendly Environment" สร้างความมั่นใจให้แก่ผู้โดยสารสูงอายุ และเพิ่มความสะดวกสบายต่อการบริการโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ World Health Organization (WHO, 2007) ที่ระบุว่าเมืองหรือสถานที่สาธารณะควรพัฒนาให้เป็น "Age-friendly city" ผ่านโครงสร้างพื้นฐานที่ปลอดภัยและเข้าถึงได้ตัวอย่างในต่างประเทศ เช่น สนามบิน Changi (สิงคโปร์) และ Narita (ญี่ปุ่น) ได้รับการยอมรับในเรื่องบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยเน้นที่จุดให้บริการเฉพาะป้ายอจลริยะ และระบบช่วยเหลืออัตโนมัติ

4. การพัฒนาทักษะและจิตบริการของบุคลากร (Human-Centered Service Training) การฝึกอบรมพนักงานด้านจิตวิทยาผู้สูงอายุและทักษะการสื่อสาร เป็นปัจจัยที่ช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Empathy in Service Design ของ Stickdorn et al. (2011) ที่ชี้ให้เห็นว่าการเข้าใจบริบทและอารมณ์ของผู้ใช้บริการมีผลต่อคุณภาพการบริการ โดยรวมแนวคิดเรื่อง "Empathetic Service" ยังได้รับการสนับสนุนโดยงานวิจัยของ Bitner et al. (1994) ที่เน้นการสร้างประสบการณ์เชิงบวกผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างพนักงานและผู้โดยสาร

5. การพัฒนาโมเดลธุรกิจที่ยั่งยืน (Sustainable Silver Economy Model) การออกแบบแพ็คเกจบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น โปรแกรมท่องเที่ยวสุขภาพหรือบริการดูแลพิเศษ



เป็นแนวทางสร้างรายได้ใหม่ในยุคสังคมสูงวัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Blue Ocean Strategy (Kim & Mauborgne, 2005) ที่เน้นการสร้างตลาดใหม่ (New Demand) ผ่านการตอบโจทย์ลูกค้ากลุ่มเฉพาะ (Niche Market) นอกจากนี้ แนวคิด “Silver Economy” ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนเศรษฐกิจผ่านกลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับเอกสารของ European Commission (2018) ที่เสนอให้ภาครัฐกิจลงทุนในผลิตภัณฑ์และบริการที่ตอบสนองกลุ่มนี้ โดยถือเป็นทั้งโอกาสและความรับผิดชอบทางสังคม

ข้อเสนอเชิงกลยุทธ์ ควรพัฒนาโมเดลธุรกิจที่รวมการตลาดเฉพาะกลุ่ม (Niche Marketing) สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเน้นการสร้างประสบการณ์เชิงบวกและบริการแบบครบวงจร ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการพัฒนานวัตกรรมบริการสำหรับผู้สูงอายุควรเป็น แนวทางเชิงยุทธศาสตร์ที่บูรณาการทุกมิติของการบริการ เพื่อสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันอย่างยั่งยืนในยุคประชากรสูงวัย นอกจากการปรับปรุงด้านกายภาพและระบบงานแล้ว องค์กรจำเป็นต้องมีมุมมองเชิงสังคมและจริยธรรมต่อกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางนี้ด้วย





เอกสารอ้างอิง

- Bitner, M. J., Booms, B. H., & Tetreault, M. S. (1994). The service encounter: Diagnosing favorable And unfavorable incidents. *Journal of Marketing*.
- Budd, L., & Ison, S. (2020). The Resilient Airport: Integrating Sustainable Development and Risk Management. *Journal of Air Transport Management*, 89, 101899.
- Davis, F. D. (1989). *Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology*. MIS Quarterly.
- Dormakaba. (2022). *Senior-Friendly Airports: Enhancing Accessibility for Older Travelers*.
- European Commission. (2018). *The Silver Economy: Final report*.
- Fast Company. (2024). American Airlines tests autonomous wheelchairs to help the elderly Travelers navigate airports.
- International Airport Review. (2023). *Airport accessibility initiatives for PRMs (Persons with Reduced Mobility)*.
- IATA. (2023). *Why accessibility is essential for air travel*.
- IATA. (2023). Training ground staff to support passengers with accessibility needs.
- IATA. (2021). *Guidance on Accessible Air Travel for All Passengers*. International Air Transport Association.
- Kim, W. C., & Mauborgne, R. (2005). *Blue ocean strategy: How to create uncontested market space and make the competition irrelevant*.
- Lee, C., & Coughlin, J. F. (2015). Perspective: Older adults' adoption of technology: An integrated approach to identifying determinants and barriers. *Journal of Product Innovation Management*.
- Patterson, I., & Pegg, S. (2009). Marketing the leisure experience to baby boomers and older tourists. *Journal of Hospitality Marketing & Management*.
- Stickdorn, M., et al. (2011). *This is service design thinking: Basics – tools – cases*. BIS Publishers.
- United Nations. (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights*.
- WHO. (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. World Health Organization.
- Zhang, Y., & Zhang, X. (2022). Service innovation and sustainable value creation in airline business models: The case of aging populations. *Journal of Air Transport Management*, 102, 102211.
- Zhang, Y., & Zhang, H. (2022). Business Model Innovation for Sustainable Aviation: Opportunities and Challenges. *Sustainability*, 14(4), 2245.



การเพิ่มรายได้เสริมของสายการบิน: กรณีศึกษาสนามบินลำปางเพื่อออกแบบผลิตภัณฑ์
การเดินทางสำหรับเศรษฐกิจสูงวัย
Enhancing Ancillary Revenue for Airlines: A Case Study of Lampang Airport
for Designing Travel Products for the Silver Economy

วาสนา จักรแก้ว^{1*}, สุภาวดีร เฟื่องจารุกุล²,
พรรณสอางค์ อภิโกมลกร² และณฐาพัทธ์ พิชญปฐมสิทธิ์²

*Corresponding author E-mail address: djwasna@hotmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพในการออกแบบผลิตภัณฑ์การเดินทางที่ตอบ
โจทย์ผู้สูงอายุ และส่งเสริมการสร้างรายได้เสริม (ancillary revenue) ให้กับสายการบิน การศึกษา
ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุ นักออกแบบบริการ และผู้บริหารสายการ
บิน รวมถึงการวิเคราะห์กรณีศึกษาระดับสากล ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่เน้นความ
สะดวกสบาย ความปลอดภัย และความยืดหยุ่น เช่น แพคเกจบริการพิเศษเฉพาะผู้สูงอายุ ประกันภัย
เดินทางเฉพาะกลุ่ม และกิจกรรมท่องเที่ยวเชิงประสบการณ์ที่เหมาะสมกับวัย เป็นแนวทางสำคัญใน
การสร้างมูลค่าเพิ่ม นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนแนวคิดจากผู้โดยสารเป็นผู้ร่วมเดินทางเชิงคุณค่าช่วย
ให้สายการบินสามารถออกแบบบริการที่มีความหมายมากขึ้น และสร้างรายได้เสริมอย่างยั่งยืน
ในระยะยาว

คำสำคัญ: การเพิ่มรายได้เสริมของสายการบิน ผลิตภัณฑ์การเดินทาง เศรษฐกิจสูงวัย

¹ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

² โรงเรียนการท่องเที่ยวและการบริการ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต



Abstract

This study aims to explore the potential for designing travel products tailored to the needs of the elderly, with the goal of enhancing ancillary revenue for airlines. A qualitative research approach was employed, utilizing in-depth interviews with elderly individuals, service designers, and airline executives, as well as an analysis of international case studies. The findings reveal that the development of products emphasizing comfort, safety, and flexibility such as specialized service packages for seniors, age-specific travel insurance, and curated experiential travel activities constitutes a key strategy for value creation. Moreover, reframing the concept of elderly passengers as **“co-travelers of meaningful value”** enables airlines to design more purpose-driven services and generate sustainable ancillary revenue in the long term.

Keywords: Airline Ancillary Revenue, Travel Products, and the Silver Economy



บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรได้กลายเป็นประเด็นสำคัญระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ซึ่งกำลังเกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2023) ได้รายงานไว้ว่า ภายในปี ค.ศ. 2050 ประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า จาก 1.1 พันล้านคนในปี 2020 เป็น 2.1 พันล้านคน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่เพียงส่งผลต่อโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมเท่านั้น แต่ยังเปิดโอกาสทางธุรกิจใหม่ ๆ โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและการเดินทาง ที่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุได้กลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบันไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการใช้ชีวิตอย่างเรียบง่ายหลังเกษียณเท่านั้น หากแต่มีพฤติกรรมการบริโภคและรูปแบบการใช้ชีวิตที่หลากหลาย มีความพร้อมทางการเงินและเวลาในการเดินทางมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและแสวงหาประสบการณ์ใหม่ ๆ ทำให้เกิดแนวคิด "เศรษฐกิจผู้สูงอายุ" (Silver Economy) หมายถึงระบบเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งมีบทบาททางเศรษฐกิจมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศ โดยเฉพาะในสังคมที่กำลังก้าวเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (super-aged society) องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD) ประเมินว่า มูลค่าทางเศรษฐกิจของกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลกอาจสูงถึง 15 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี ค.ศ. 2030 (OECD, 2021) สะท้อนถึงพลังซื้อและความต้องการใช้บริการที่ตอบโจทย์ไลฟ์สไตล์ใหม่ของประชากรกลุ่มนี้ ทั้งในด้านสุขภาพ การเดินทาง ท่องเที่ยว และบริการเฉพาะกลุ่ม

สำหรับอุตสาหกรรมการบิน ซึ่งได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในช่วงปี 2020–2022 การฟื้นฟูกิจการไม่สามารถพึ่งพารายได้จากการจำหน่ายบัตรโดยสารเพียงอย่างเดียวอีกต่อไป ทำให้แนวทางการเพิ่ม รายได้เสริม (Ancillary Revenue) ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการออกแบบบริการเสริมที่ตอบโจทย์ผู้สูงอายุ เช่น บริการที่นั่งพิเศษ บริการโหลดสัมภาระเพิ่มเติม อาหารเฉพาะทางเพื่อสุขภาพ การให้บริการแบบ door-to-door ประกันภัยการเดินทาง ตลอดจนแพ็คเกจท่องเที่ยวแบบครบวงจรที่รวมกิจกรรมผ่อนคลายและการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุรุ่นใหม่จำนวนมากยังคงมีศักยภาพทางร่างกายและเศรษฐกิจ มีเวลาว่างและต้องการเดินทางเพื่อท่องเที่ยวหรือพบปะครอบครัว การออกแบบผลิตภัณฑ์การเดินทาง (Travel Product Design) ที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของกลุ่มนี้ เช่น เทคโนโลยีที่ใช้งานง่าย ความสะดวกในการเดินทาง ความปลอดภัย และบริการเฉพาะบุคคล จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่สายการบินสามารถใช้เพื่อขยายฐานลูกค้าใหม่และสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันแนวคิดนี้สามารถนำไปสู่การพัฒนาโมเดลธุรกิจใหม่ที่เชื่อมโยงการเดินทางกับบริการด้านสุขภาพ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Wellness Tourism) หรือการท่องเที่ยวเชิงประสบการณ์แบบมีผู้ดูแล (Assisted Travel) เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบในอนาคต

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาผลิตภัณฑ์การเดินทางสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความเข้าใจเชิงลึกทั้งในด้านกายภาพ จิตใจ และพฤติกรรมการบริโภค เพื่อให้สามารถออกแบบบริการที่ตอบโจทย์อย่างแท้จริง อาทิ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ความปลอดภัยในการเดินทาง ความยืดหยุ่นในการเปลี่ยนแปลงแผนการเดินทาง ตลอดจนกิจกรรมที่สอดคล้องกับความสนใจ



และข้อจำกัดทางสุขภาพ งานวิจัยของ Lee, Bonn และ Cho (2015) ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงวัยมีแนวโน้มเลือกใช้บริการสายการบินที่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะทางมากกว่าผู้โดยสารกลุ่มอื่น ๆ อีกทั้งยังมีความภักดีต่อแบรนด์สูง หากได้รับประสบการณ์ที่ดีและมีความหมายจากเหตุผลข้างต้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพในการออกแบบผลิตภัณฑ์การเดินทางที่ตอบโจทย์ผู้สูงวัย และส่งเสริมการสร้างรายได้เสริมให้กับสายการบิน โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์จากมุมมองของผู้ใช้งานจริง นักออกแบบบริการ และผู้บริหารสายการบิน พร้อมทั้งศึกษาแนวปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จในระดับสากล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวคิดและโมเดลทางธุรกิจที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาศักยภาพในการออกแบบผลิตภัณฑ์การเดินทางที่ตอบโจทย์ผู้สูงวัย และส่งเสริมการสร้างรายได้เสริม (Ancillary revenue) ให้กับสายการบิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีแบบคุณภาพ โดยเน้นการสัมภาษณ์เชิงลึก และการวิเคราะห์กรณีศึกษา ซึ่งจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงกลยุทธ์ในการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของสายการบินในระยะยาว ภายใต้บริบทของสังคมผู้สูงวัยที่กำลังขยายตัวอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในประเด็นที่ศึกษา โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

1. ผู้สูงวัยที่มีประสบการณ์ในการเดินทางทางอากาศ อายุ 60 ปีขึ้นไป เคยเดินทางกับสายการบินในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาทั้งผู้ที่เดินทางในประเทศและต่างประเทศ
2. นักออกแบบบริการ (Service Designers) ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการออกแบบประสบการณ์ผู้โดยสาร (Passenger Experience) มีความรู้ในเรื่องการพัฒนาบริการที่ตอบโจทย์ผู้บริโภคกลุ่มเฉพาะ
3. ผู้บริหารหรือผู้มีหน้าที่ด้านการพัฒนาผลิตภัณฑ์ของสายการบินผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนกลยุทธ์ รายได้เสริม หรือบริการเสริมในสายการบิน ทำงานในสายการบินพาณิชย์ระดับภูมิภาคหรือนานาชาติจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดโดยประมาณ: 15–20 คน (5–7 คนต่อกลุ่ม) หรือจนกว่าจะถึง จุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ที่พัฒนาขึ้นตามประเด็นการวิจัย เช่น ความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงวัยในการเดินทางรูปแบบผลิตภัณฑ์และบริการที่ตอบโจทย์ผู้สูงวัย แนวคิดการสร้างรายได้เสริมผ่านผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับเศรษฐกิจผู้สูงวัยความท้าทายและโอกาสในการออกแบบบริการเฉพาะกลุ่ม



บันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนาม เพื่อเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์กรณีศึกษาระดับสากลที่เกี่ยวข้องกับสายการบินที่ประสบความสำเร็จในการสร้างผลิตภัณฑ์เพื่อผู้สูงอายุ เช่น Japan Airlines, Singapore Airlines หรือ Lufthansa เพื่อเปรียบเทียบแนวปฏิบัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

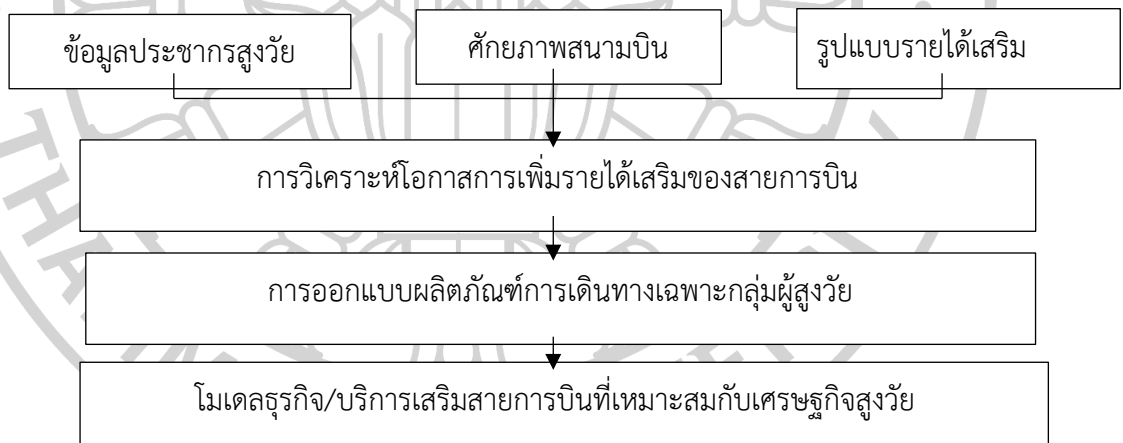
ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) โดยนัดหมายแบบตัวต่อตัวและทางออนไลน์ผ่าน Zoom/Google Meet แต่ละการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45–60 นาที ได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า และรักษาจริยธรรมงานวิจัยอย่างเคร่งครัด การสัมภาษณ์ดำเนินไปจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) คือไม่มีข้อมูลหรือประเด็นใหม่เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Thematic Analysis) โดยดำเนินการตามขั้นตอนหลักดังนี้

1. ถอดเทปคำสัมภาษณ์ และจัดหมวดหมู่ข้อมูล
2. อ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบ เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึก
3. สังเคราะห์ข้อมูล โดยเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการตลาดผู้สูงอายุ (Aging Consumer Behavior) หรือโมเดลการออกแบบบริการ (Service Design Thinking)
4. นำเสนอผลการวิเคราะห์ ในรูปแบบของสาระสำคัญและข้อความอ้างอิงจากผู้ให้ข้อมูล

กรอบแนวคิด



ผลการวิจัย

ศักยภาพในการออกแบบผลิตภัณฑ์การเดินทางที่ตอบโจทย์ผู้สูงอายุ และส่งเสริมการสร้างรายได้เสริม (Ancillary revenue) ให้กับสายการบิน จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายและการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุในการเดินทาง ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเฉพาะทางด้านกายภาพ อารมณ์ และพฤติกรรมทางบริโภคนิยม ส่งผลต่อความต้องการในการเดินทาง งานวิจัยพบว่า ความต้องการหลักของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสะดวก ความปลอดภัย ความยืดหยุ่น และความเข้าใจในบริบทของวัย เช่น บริการที่เข้าถึงง่าย การอำนวยความสะดวก



ในสนามบิน ความช่วยเหลือจากพนักงาน และการจัดการกับเวลารอที่ยาวนาน ผู้สูงวัยยังให้ความสำคัญกับ ประสบการณ์ที่มีความหมาย มากกว่าความหรูหรา เช่น การได้พบครอบครัว การเดินทางเพื่อเยี่ยมญาติ หรือการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ อีกทั้งยังคาดหวังว่าการเดินทางจะไม่สร้างความเครียดหรือลำบากเกินไป เช่น ไม่ต้องต่อเครื่องบ่อยครั้ง หรือไม่ต้องเดินไกลในสนามบิน

2. รูปแบบผลิตภัณฑ์และบริการที่ตอบโจทย์ผู้สูงวัย ผลิตภัณฑ์และบริการที่ตอบโจทย์ผู้สูงวัยจำเป็นต้องมีการออกแบบที่อิงจาก หลักการ Universal Design และ การบริการแบบเฉพาะกลุ่ม (Tailored services) ตัวอย่างบริการที่เหมาะสม เช่น แพ็กเกจตัวเครื่องบินพร้อมบริการช่วยเหลือ รถเข็น ห้องรับรองพิเศษ บริการอาหารเฉพาะโรค หรือโปรแกรมท่องเที่ยวที่ไม่เหน็ดเหนื่อยจนเกินไป บริการดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันของสายการบิน ควรออกแบบให้ใช้งานง่าย มีขนาดตัวอักษรที่ใหญ่ และเมนูที่ชัดเจน ซึ่งจะช่วยลดความกังวลของผู้สูงวัยเกี่ยวกับเทคโนโลยี และเพิ่มความมั่นใจในการใช้งาน

3. แนวคิดการสร้างรายได้เสริมผ่านผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับเศรษฐกิจผู้สูงวัย ในยุคที่สายการบินต้องพึ่งพารายได้เสริมมากขึ้น (Ancillary revenue) การออกแบบบริการที่มีมูลค่าเพิ่มสำหรับกลุ่มผู้สูงวัยจึงเป็นทางเลือกที่ยั่งยืน เช่น การขายประกันเดินทางเฉพาะผู้สูงวัย บริการตรวจสุขภาพก่อนเดินทาง การเพิ่มบริการทางการแพทย์บนเครื่องบิน หรือโปรแกรมการเดินทางแบบครบวงจรที่รวมที่พักและกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงวัย แนวคิด “ผู้โดยสารเป็นผู้ร่วมเดินทางเชิงคุณค่า” (Value co-creator) ได้รับความสนใจมากขึ้น โดยสายการบินสามารถเปิดโอกาสให้ผู้สูงวัยมีส่วนร่วมในการออกแบบบริการ เช่น ผ่านการให้ข้อเสนอแนะ หรือเข้าร่วมกิจกรรมทดสอบต้นแบบ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความภักดีและการใช้บริการซ้ำ

4. ความท้าทายและโอกาสในการออกแบบบริการเฉพาะกลุ่ม การออกแบบบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงวัยมีทั้งโอกาสและข้อจำกัด ความท้าทายหลักคือ การทำความเข้าใจความหลากหลายภายในกลุ่มผู้สูงวัย ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านสุขภาพ ความสามารถทางเทคโนโลยี และทัศนคติการเดินทาง การออกแบบที่เหมาะสมต้องยืดหยุ่นและไม่เหมารวม (Stereotype) ผู้สูงวัยเป็นกลุ่มเดียวกัน ในทางกลับกัน โอกาสที่เกิดขึ้นคือ การพัฒนานวัตกรรมบริการที่ส่งผลเชิงบวกต่อทั้งผู้สูงวัยและสายการบิน เช่น การนำเทคโนโลยี AI มาใช้ช่วยวางแผนการเดินทางให้เหมาะสม หรือการจัดกิจกรรมร่วมกับกลุ่มผู้สูงวัยในชุมชน เพื่อสร้างความผูกพันกับแบรนด์ในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงวัยในการเดินทาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงวัยให้ความสำคัญกับปัจจัยพื้นฐานด้านความสะดวก ความปลอดภัย และประสบการณ์ที่มีความหมาย มากกว่าความหรูหรา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “Gerontechnology” ที่เน้นการออกแบบบริการและเทคโนโลยีที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงวัย (Bouma et al., 2007) นอกจากนี้ การศึกษาของ Wu et al. (2021) พบว่า ความเครียดระหว่างการเดินทางเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงวัยลังเลที่จะเดินทางบ่อยครั้ง ดังนั้น การออกแบบประสบการณ์ที่ลดขั้นตอน ลดเวลารอ และมีบุคลากรช่วยเหลือจึงมีผลต่อความพึงพอใจและการตัดสินใจซ้ำ



2. รูปแบบผลิตภัณฑ์และบริการที่ตอบโจทย์ผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาการออกแบบผลิตภัณฑ์สำหรับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความเฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล โดยไม่ยึดติดกับภาพเหมารวม (non-stereotypical design) ซึ่งสนับสนุนแนวคิด Inclusive Service Design ที่ส่งเสริมให้ผู้มีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการออกแบบ เช่น การทดสอบต้นแบบกับกลุ่มผู้สูงอายุ และการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเก็บข้อมูลจริงจากผู้ใช้บริการ (Stickdorn et al., 2018) ผลวิจัยของ Lee & Tussyadiah (2022) ยังเสนอว่า การให้บริการแบบ omnichannel ที่เชื่อมโยงบริการออฟไลน์และออนไลน์อย่างไร้รอยต่อ มีบทบาทสำคัญในการดึงดูดและรักษากลุ่มลูกค้าผู้สูงอายุ

3. แนวคิดการสร้างรายได้เสริมผ่านผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับเศรษฐกิจผู้สูงอายุ การปรับตัวของสายการบินสู่โมเดลรายได้หลากหลาย (Diversified revenue model) โดยเฉพาะจากกลุ่มผู้สูงอายุ ถือเป็นแนวทางที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร สอดคล้องกับงานวิจัยของ IATA (2021) รายงานว่า สัดส่วนของรายได้เสริม (Ancillary revenue) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังจากการระบาดของ COVID-19 และผลิตภัณฑ์ที่ตอบโจทย์เฉพาะกลุ่มมีแนวโน้มให้ผลตอบแทนสูง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีกำลังจ่าย เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยหลังเกษียณแนวคิด Value Co-Creation ของ Prahalad & Ramaswamy (2004) ที่ระบุว่าการเปิดพื้นที่ให้ลูกค้ามีส่วนร่วมในกระบวนการออกแบบสามารถเพิ่มคุณค่าทางเศรษฐกิจและอารมณ์ให้กับผลิตภัณฑ์ สอดคล้องกับแนวโน้มสายการบินที่เริ่มจัดโปรแกรมรับฟังเสียงผู้โดยสารผู้สูงอายุเพื่อนำมาปรับปรุงบริการ เช่น ANA และ Singapore Airlines

4. ความท้าทายและโอกาสในการออกแบบบริการเฉพาะกลุ่ม แม้ว่าผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพสูงในฐานะลูกค้าประจำของสายการบิน แต่การออกแบบบริการที่เหมาะสมยังคงเผชิญกับข้อจำกัด เช่น การตีความแบบเหมารวม หรือการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะในการให้บริการผู้สูงอายุ (Moschis, 2022) การตอบสนองต่อความท้าทายเหล่านี้สามารถทำได้ผ่านแนวคิด “Adaptive Service Design” ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนบริการตามบริบท เช่น รูปแบบที่พักผ่อนหย่อนใจระหว่างการเดินทาง หรือบริการช่วยเหลือแบบอัจฉริยะด้วย AI (Gretzel et al., 2015) อย่างไรก็ตาม โอกาสสำคัญคือการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาประยุกต์ เช่น ระบบแนะนำการเดินทางส่วนบุคคล (Personalized travel planner) การใช้ AR/VR ช่วยจำลองประสบการณ์ล่วงหน้า และการสร้าง community สำหรับผู้สูงอายุที่รักการเดินทาง ซึ่งจะเสริมสร้างความภักดีในระยะยาว



ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ (Strategic Implications)

1. การออกแบบผลิตภัณฑ์การเดินทางเฉพาะกลุ่ม (Segmented Travel Product Design) สายการบินควรพัฒนาบริการและแพ็คเกจการเดินทางที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น บริการอำนวยความสะดวกตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง (door-to-door service), โปรแกรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หรือกิจกรรมเชิงวัฒนธรรมที่ไม่เร่งรีบ
2. การร่วมมือกับพันธมิตรท้องถิ่น (Local Partnership) สนามบินลำปางและสายการบินสามารถจับมือกับภาคธุรกิจในพื้นที่ เช่น โรงแรม ศูนย์สุขภาพ และผู้ประกอบการท่องเที่ยวท้องถิ่น เพื่อพัฒนาแพ็คเกจแบบครบวงจร (bundle package) ที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ
3. การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนผู้สูงอายุ (Aging-friendly Technology) ควรพัฒนาช่องทางดิจิทัลที่ใช้งานง่าย เช่น แอปพลิเคชันการจองที่ออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ หรือระบบการช่วยเหลือผู้โดยสารอัตโนมัติในสนามบิน เช่น รถเข็นอัจฉริยะ หรือ Virtual guide แบบเสียง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendations)

1. การบูรณาการนโยบายส่งเสริมเศรษฐกิจผู้สูงอายุ (Silver Economy Policy) หน่วยงานรัฐ เช่น การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) และกรมการบินพลเรือน ควรร่วมกันพัฒนากฎหมายที่สนับสนุนการเดินทางของผู้สูงอายุ เช่น การลดหย่อนภาษีสำหรับธุรกิจที่ออกแบบบริการเพื่อผู้สูงอายุ หรือสนับสนุนงบประมาณสำหรับนวัตกรรมบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
2. การยกระดับสนามบินระดับภูมิภาคสู่การเป็น “ศูนย์กลางบริการผู้สูงอายุ” (Senior-friendly Regional Airport) สนามบินลำปางควรได้รับการสนับสนุนให้เป็นต้นแบบสนามบินที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกเฉพาะ การฝึกอบรมบุคลากรด้าน Soft skill และการพัฒนาเส้นทางบินที่ตอบโจทย์กลุ่มนี้
3. การส่งเสริมข้อมูลและฐานข้อมูลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเชิงพื้นที่ ภาครัฐควรสนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลพฤติกรรมกรรมการเดินทางของผู้สูงอายุแบบแยกตามภูมิภาค เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงลึกสำหรับสายการบินและผู้ประกอบการในการออกแบบผลิตภัณฑ์

ข้อเสนอแนะเชิงวิจัยในอนาคต (Recommendations for Future Research)

1. การศึกษาความพึงพอใจและประสบการณ์ของผู้สูงอายุต่อบริการการบิน ควรมีการวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับความคาดหวัง ปัญหา และประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้สูงอายุที่ใช้บริการสายการบิน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบริการที่ตรงจุดมากขึ้น
2. การศึกษาผลตอบแทนทางเศรษฐกิจจากการพัฒนา Ancillary Revenue สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เห็นความคุ้มค่าในการลงทุน ควรศึกษาต้นทุน-ผลประโยชน์ (Cost-benefit Analysis) ของบริการเฉพาะกลุ่ม และการปรับปรุงระบบในสนามบินภูมิภาค
3. การเปรียบเทียบแนวทางการเพิ่มรายได้เสริมของสนามบินระดับภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นระบบ ควรเปรียบเทียบโมเดลรายได้เสริมของสนามบินอื่น เช่น สนามบินนานาชาติ สนามบินตรง หรือสนามบินอุบลราชธานี ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับลำปาง



เอกสารอ้างอิง

- Bouma, H., Fozard, J. L., Bouwhuis, D. G., & Taipale, V. (2007). *Gerontechnology in perspective. Gerontechnology, 6*(4), 190–216.
- Gretzel, U., Sigala, M., Xiang, Z., & Koo, C. (2015). Smart tourism: Foundations and developments. *Electronic Markets, 25*(3), 179–188
- IATA. (2021). *Airline ancillary revenues: A path to recovery*. International Air Transport Association.
- Koo, B., Lee, J., & Lee, S. (2021). Designing air travel experience for older adults: A qualitative approach. *Service Industries Journal, 41*(5-6), 370–390.
- Lee, S. H., Bonn, M. A., & Cho, M. (2015). An investigation of travelers' behavior: The influence of wellness service quality on perceived value, satisfaction, and behavioral intentions. *International Journal of Hospitality Management, 49*, 158–167.
- Lee, D., & Tussyadiah, I. (2022). Seniors and technology-enhanced travel experiences: A value co-creation perspective. *Journal of Travel Research, 61*(7), 1465–1479.
- Liu, Y., & Vogt, C. (2020). Targeting senior travelers through value-based service development. *Tourism Management Perspectives, 36*, 100745.
- Moschis, G. P. (2022). *Consumer behavior in later life: The silver market phenomenon*. Routledge.
- Niemeier, D. (2022). *Transportation and aging: A systems perspective*. Springer.
- OECD. (2021). *The Silver Economy as a Pathway for Growth: Insights from the OECD-GCOA Expert Consultation*. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2004). Co-creating unique value with customers. *Strategy & Leadership, 32*(3), 4–9 .
- Schäfer, D., Kipke, R., & Müller, N. (2020). Designing travel services for older passengers: A user- centered perspective. *Journal of Transport & Health, 16*, 100823.
- Stickdorn, M., Lawrence, A., Hormess, M., & Schneider, J. (2018). *This is service design doing: Applying service design thinking in the real world*. O'Reilly Media.
- United Nations. (2023). *World Population Prospects 2023: Summary of Results*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- Wang, Y., & Malthouse, E. C. (2019). Aging travelers and technology use: Implications for digital service design. *Journal of Travel Research, 58*(8), 1403–1417.
- Wu, B., Zhai, X., & Shen, H. (2021). Senior travelers' perception of travel constraints and well-being: A qualitative study. *Tourism Management Perspectives, 37*, 100792.



การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพรอบสนามบินเพื่อการพัฒนาเป็นศูนย์กลางการเดินทางสำหรับผู้สูงวัย
กรณีศึกษาสนามบินลำปาง

Developing a Senior Travel Hub through Wellness Tourism
in the Airport Vicinity: A Case Study of Lampang Airport

วาสนา จักรแก้ว^{1*}, สุรพิน สุประดิษฐ์²,

พรรณสอางค์ อภิโกมลกร², วสันต์ นิลมัย² และศิริกร โรจนศักดิ์¹

*Corresponding author E-mail address: djwasna@hotmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพของพื้นที่รอบสนามบินลำปางในการพัฒนาเป็นศูนย์กลางการเดินทางเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย โดยมุ่งเน้นการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การคมนาคม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงวัย การศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงวัย นักวางแผนเมือง ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และผู้ประกอบการท่องเที่ยวในพื้นที่รอบสนามบิน จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า พื้นที่รอบสนามบินลำปางมีศักยภาพในการเป็นจุดเชื่อมโยงระหว่างการเดินทางกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยปัจจัยที่ส่งเสริมความเป็นไปได้ ได้แก่ การมีระบบบริการสาธารณสุขที่พร้อมรองรับ ความสะดวกในการเดินทางต่อ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์ท่องเที่ยวที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้สูงวัย และแนวทางการวางแผนพื้นที่และออกแบบบริการที่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัย พร้อมทั้งสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน โดยการมีส่วนร่วมของทุกส่วน

คำสำคัญ: การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ศูนย์กลางการเดินทาง ผู้สูงวัย

¹ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

² โรงเรียนการท่องเที่ยวและการบริการ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต



Abstract

This study aims to examine the potential of areas surrounding Lampang airports to be developed into wellness travel hubs for the elderly, focusing on the integration of healthcare services, transportation systems, and environments conducive to senior living. A qualitative research methodology was employed, utilizing in-depth interviews with 30 key informants, including elderly individuals, urban planners, health professionals, and tourism entrepreneurs in the vicinity of the airport. The findings reveal that the area around Lampang Airport holds significant potential to serve as a nexus between travel and access to healthcare services. Key enabling factors include the availability of responsive public health infrastructure, convenient transport connectivity, and the development of tourism products suited to the lifestyle needs of older adults. The study proposes spatial planning and service design strategies that not only enhance the quality of life for elderly travelers but also generate sustainable local economic opportunities through inclusive stakeholder participation.

Keywords: Wellness Tourism, Travel Hub, Elderly Travelers



บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยได้ทวีความสำคัญในระดับโลก โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียซึ่งมีจำนวนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2020) คาดการณ์ว่า ภายในปี ค.ศ. 2050 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเกือบ 1.5 พันล้านคน โดยกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในเอเชีย ประเทศไทยเองก็เป็นหนึ่งในประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงวัยโดยสมบูรณ์ (Aged Society) แล้วในปัจจุบัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) ซึ่งความเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลต่อความต้องการในด้านการท่องเที่ยวอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะ “การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” (Wellness Tourism) ที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นจากกลุ่มผู้สูงวัย เนื่องจากสามารถตอบสนองทั้งด้านการพักผ่อน ฟื้นฟูสุขภาพ และเสริมสร้างคุณภาพชีวิต (Global Wellness Institute, 2023) ในขณะเดียวกัน สหประชาชาติในหลายประเทศได้มีการปรับบทบาทจากการเป็นเพียงจุดเปลี่ยนผ่านการเดินทาง ให้กลายเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ บริการ และการท่องเที่ยวแบบครบวงจร โดยเฉพาะในบริเวณโดยรอบสนามบินที่มักได้รับการพัฒนาให้เชื่อมโยงกับกิจกรรมทางสุขภาพ และการท่องเที่ยวเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มในระดับพื้นที่ (Kasarda & Lindsay, 2011) ด้วยเหตุนี้ สนามบินจึงมีศักยภาพในการพัฒนาเป็น “ศูนย์กลางการเดินทางเพื่อสุขภาพของผู้สูงวัย” (Elderly Wellness Transit Hub) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีการจัดวางกิจกรรมและบริการที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2566 มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนถึงการเป็นสังคมผู้สูงวัยโดยสมบูรณ์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) กลุ่มประชากรนี้มีลักษณะเฉพาะทางกายภาพ จิตใจ และพฤติกรรมการบริโภคที่แตกต่างจากประชากรในวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะความต้องการด้านสุขภาพ การพักผ่อน และการเข้าถึงบริการที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจึงกลายเป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยมอย่างมากในกลุ่มผู้สูงวัยทั่วโลก เนื่องจากสามารถผสานระหว่างพักผ่อนและการดูแลสุขภาพเข้าด้วยกัน (Global Wellness Institute, 2023) ประเทศไทยเองมีจุดแข็งหลายประการในด้านนี้ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรธรรมชาติ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เช่น การนวดแผนไทย อาหารสุขภาพ และบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานในราคาที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยดึงดูดนักท่องเที่ยวสูงวัยทั้งชาวไทยและต่างชาติ ในอีกด้านหนึ่ง สนามบินนานาชาติถือเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญในการเดินทาง โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองหรือเขตเศรษฐกิจพิเศษ สนามบินไม่ได้เป็นเพียงโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคม แต่ยังมีศักยภาพในการเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจและบริการที่สามารถรองรับกิจกรรมด้านสุขภาพ และการท่องเที่ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kasarda & Lindsay, 2011) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพื้นที่โดยรอบสนามบินในประเทศไทยหลายแห่งยังขาดการวางแผนเชิงระบบและบูรณาการที่ชัดเจนในการรองรับกลุ่มผู้สูงวัย ทั้งในด้านการกายภาพ บริการ การคมนาคมต่อเนื่อง และกิจกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย

นอกจากนี้ ข้อมูลจากองค์การการท่องเที่ยวโลก (UNWTO, 2023) ชี้ให้เห็นว่า หลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 นักท่องเที่ยวมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงวัยที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความต้องการ



โครงสร้างพื้นฐานและกิจกรรมที่เน้นการดูแล สุขอนามัย และความสะดวกสบายในทุกขั้นตอนของการเดินทาง ด้วยเหตุนี้ การศึกษาศักยภาพของพื้นที่โดยรอบสนามบินเพื่อพัฒนาให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ตอบโจทย์ผู้สูงวัย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในเชิงนโยบายและการปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจใหม่ในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและสุขภาพของประเทศอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาศักยภาพของพื้นที่รอบสนามบินลำปางในการพัฒนาเป็นศูนย์กลางการเดินทางเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายและประชากร

กลุ่มประชากร ผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอบสนามบินลำปางและพื้นที่ใกล้เคียงกลุ่มเป้าหมายรองคือ นักวางแผนเมือง ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ผู้ประกอบการท่องเที่ยวในพื้นที่ รวมถึงคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและการพัฒนาพื้นที่ จำนวน 30 คน จากการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือและวิธีการรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แบบสอบถามเป็นโครงสร้างเบื้องต้น จัดทำเป็นคำถามที่ครอบคลุมด้านความต้องการด้านสุขภาพ การเดินทาง สภาพแวดล้อม รวมถึงโอกาสและอุปสรรคในการพัฒนาพื้นที่การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อรับความคิดเห็นและความรู้สึกของกลุ่มผู้สูงวัยและผู้ประกอบการในประเด็นที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์เอกสารและข้อมูลสถิติ เช่น ผลสำรวจประชากร รายการบริการสุขภาพ สภาพพื้นที่ และกิจกรรมการท่องเที่ยวในบริเวณรอบสนามบิน

กระบวนการรวบรวมข้อมูล

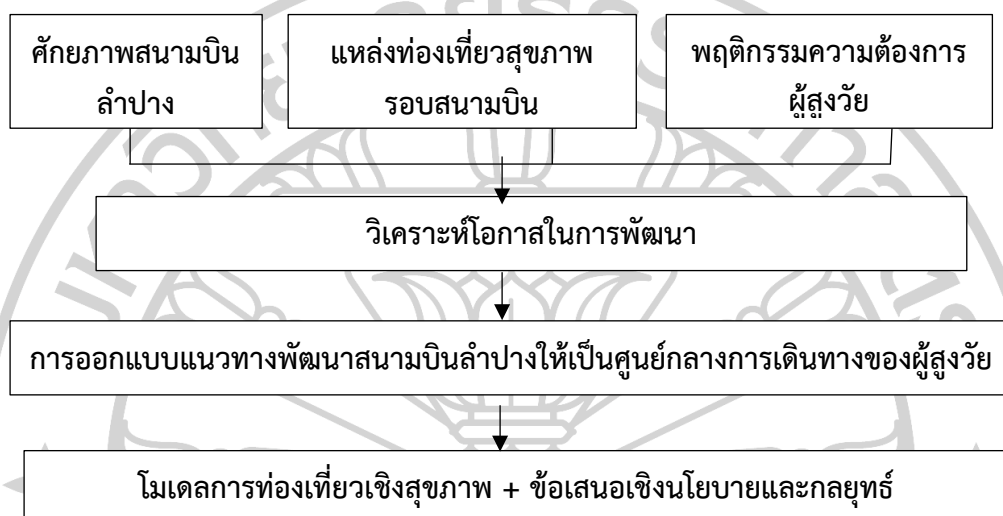
การสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายจำนวนประมาณ 30 คน โดยเลือกกลุ่มอย่างครอบคลุมทั้งในด้านเพศ อายุ ภาวะสุขภาพ ฯลฯ จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติม การรวบรวมข้อมูลเอกสารและสถิติที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และชุมชนท้องถิ่น โดยกระบวนการจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของพื้นที่รอบสนามบินจังหวัดลำปาง เพื่อเป็นศูนย์กลางการเดินทางเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เพื่อสกัดค่าข้อมูลสำคัญ และแนวโน้มความต้องการ การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ (Comparative Analysis) ระหว่างข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมายและข้อมูลสถิติ เพื่อให้มองเห็นศักยภาพและปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคการสรุปผลและวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ (SWOT Analysis) เพื่อประเมินความเป็นไปได้และแนว

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ผลการวิจัย

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพรอบสนามบินเพื่อการพัฒนาเป็นศูนย์กลางการเดินทางสำหรับผู้สูงวัย กรณีศึกษาสนามบินลำปาง โดยพิจารณาทั้งบริบทของพื้นที่ ศักยภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และแนวโน้มประชากรสูงวัยในระดับภูมิภาคและประเทศโดยวิเคราะห์ SWOT ได้ดังนี้

1. จุดแข็ง (Strengths)

1. สนามบินลำปางเป็นสนามบินระดับภูมิภาคที่มีศักยภาพในการขยายเที่ยวบิน
2. จังหวัดลำปางมีแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่หลากหลาย เช่น น้ำพุร้อนแจ้ซ้อน แพทย์แผนไทย วิถีธรรมชาติ และอาหารพื้นถิ่นเพื่อสุขภาพบรรยากาศของเมืองเงียบสงบ เหมาะแก่การพักผ่อนสำหรับผู้สูงวัย
3. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าครองชีพในพื้นที่ต่ำกว่าจังหวัดท่องเที่ยวหลัก
4. มีเครือข่ายสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพ

2. จุดอ่อน (Weaknesses) |

1. ความถี่ของเที่ยวบินและสายการบินที่ให้บริการยังมีจำกัด
2. โครงสร้างพื้นฐานของสนามบินยังไม่รองรับผู้สูงวัยอย่างเต็มรูปแบบ (เช่น ลิฟต์, ทางลาด, signage ที่เป็นมิตร)
3. ขาดแพ็คเกจการท่องเที่ยวแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงกับบริการสุขภาพรอบสนามบิน



4. บุคลากรบริการอาจยังขาดทักษะเฉพาะด้านผู้สูงอายุ (Aging-sensitive service)

3. โอกาส (Opportunities)

1. แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก

2. ผู้สูงอายุรุ่นใหม่มีพฤติกรรมเดินทางท่องเที่ยวและสนใจสุขภาพมากขึ้น

3. รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการท่องเที่ยวกลุ่มเปราะบาง (ผู้สูงอายุ/ ผู้พิการ)

4. การเชื่อมโยงกับเครือข่ายเมืองสุขภาพ เช่น เมืองสมุนไพร์ เมืองแห่งผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นต้นแบบ “สนามบินเพื่อสังคมสูงวัย” สำหรับสนามบินระดับภูมิภาคอื่น

4. อุปสรรค (Threats)

1. การแข่งขันจากจังหวัดท่องเที่ยวสุขภาพขนาดใหญ่ เช่น เชียงใหม่ หรือกรุงเทพฯ

2. ข้อจำกัดด้านงบประมาณในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบริการแบบเฉพาะกลุ่ม

3. ความไม่แน่นอนของการฟื้นตัวของอุตสาหกรรมการบินหลัง COVID-19

4. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่อาจเกิดจากปัจจัยด้านสุขภาพหรือความกังวลด้านความปลอดภัย

กลยุทธ์จาก SWOT คือ กลยุทธ์เชิงรุก (SO) ใช้จุดแข็งด้านทรัพยากรท้องถิ่นและบรรยากาศสงบผนวกกับแนวโน้มผู้สูงอายุที่เติบโตเพื่อออกแบบบริการสุขภาพแบบเฉพาะกลุ่ม กลยุทธ์เชิงป้องกัน (ST) การปรับตัวด้วยการสร้างความแตกต่าง เช่น การเป็นสนามบินที่เน้น “คุณภาพการพักผ่อน” มากกว่าปริมาณ กลยุทธ์พัฒนา (WO) การพัฒนาแพ็คเกจท่องเที่ยวร่วมกับภาคเอกชนเพื่อเติมเต็มจุดอ่อนด้านโครงสร้างบริการกลยุทธ์รับมือ (WT): ร่วมมือกับรัฐและองค์กรท้องถิ่นในการหาทุนสนับสนุน และลดผลกระทบจากการแข่งขันของพื้นที่อื่น

แนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพรอบสนามบินลำปาง เพื่อการเป็นศูนย์กลางการเดินทางสำหรับผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพบว่า ควรเน้นการออกแบบบริการแบบองค์รวม (Holistic Service) โดยผสานจุดแข็งของท้องถิ่นเข้ากับแนวโน้มประชากรสูงวัย สร้างประสบการณ์ที่ผ่อนคลาย ปลอดภัย และมีคุณค่า พร้อมเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน ดังนี้

1. **การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวก (Infrastructure Development)** โดยการปรับปรุงสนามบินลำปางให้มีความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Senior-friendly Airport) เช่น ทางลาด/ลิฟต์/ราวจับ พื้นที่นั่งพักเป็นจุด ๆ ป้ายสัญลักษณ์ที่เข้าใจง่าย เจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกเฉพาะทาง โดยการพัฒนาเส้นทางเชื่อมโยงจากสนามบินไปยังแหล่งท่องเที่ยวสุขภาพ เช่น ถนนมิตรภาพการแพทย์ หรือเส้นทางเพื่อสุขภาพ

2. **การออกแบบบริการท่องเที่ยวและแพ็คเกจเชิงสุขภาพ (Health and Wellness Travel Product Design)** การสร้างแพ็คเกจการท่องเที่ยวที่เน้นบริการเพื่อสุขภาพ เช่น แพ็คเกจ “พักผ่อน-ผ่อนคลาย” รวมบริการนวดแผนไทย อาหารสุขภาพ และฟื้นฟูร่างกาย โปรแกรม “เที่ยวแบบช้า ๆ” สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เน้นเร่งรีบ เชื่อมโยงกับกิจกรรมท้องถิ่น เช่น โยคะสมาธิ ทำลูกประคบสมุนไพร เยี่ยมชมสวนเกษตรอินทรีย์



3. การสร้างเครือข่ายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในระดับพื้นที่ (Local Wellness Tourism Network) มีการจัดตั้ง “คลัสเตอร์ผู้ให้บริการสุขภาพ” รอบสนามบิน เช่นสปา, โรงแรมสุขภาพ, ร้านอาหารสุขภาพ, สถานพยาบาลแผนไทยผู้ประกอบการรับ-ส่งที่มีระบบรองรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างสายการบิน หน่วยงานท้องถิ่น และผู้ประกอบการ เพื่อออกแบบบริการร่วมกันแบบครบวงจร (One Stop Wellness Travel)

4. การพัฒนาบุคลากรและระบบบริการเฉพาะกลุ่ม (Human Resource & Service Development) มีการฝึกอบรมบุคลากรให้เข้าใจผู้สูงอายุ เช่น วิธีการสื่อสาร การดูแลพื้นฐาน การให้บริการแบบ personalized จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาหรือบริการสุขภาพเบื้องต้น ณ สนามบิน เช่น จุดวัดความดัน จุดให้คำปรึกษาด้านสุขภาพก่อนเดินทาง

5. การประชาสัมพันธ์และสร้างภาพลักษณ์ (Marketing & Branding Strategy) โดยการวางตำแหน่งทางการตลาดให้สนามบินลำปางเป็น “ประตูสู่เมืองสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ” จัดทำสื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ เช่น VDO, แพ็กเกจทดลอง, การตลาดร่วมกับ Influencer กลุ่มผู้สูงอายุ เชื่อมโยงการสื่อสารผ่านช่องทางดิจิทัลที่ใช้งานง่าย เช่น แอปจองที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

6. การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (Policy Support) โดยการผลักดันให้สนามบินลำปางเป็นสนามบินนำร่องใน “แผนพัฒนาเศรษฐกิจสูงวัยระดับภูมิภาค” ประสานกับหน่วยงาน เช่น ททท., กระทรวงสาธารณสุข, กรมการบินพลเรือน เพื่อสนับสนุนงบประมาณและโครงสร้างเชิงนโยบาย การสนับสนุนสิทธิพิเศษ เช่น ส่วนลด/สิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพในแพ็คเกจท่องเที่ยว

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.), กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์แผนไทย, สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (CEA) การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์และสร้างภาพลักษณ์ของไทย ในฐานะศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยร่วมมือกับสายการบิน โรงพยาบาล และผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ดูแลด้านมาตรฐานบริการสุขภาพ ความปลอดภัย และระบบการรับรองโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้นักท่องเที่ยว กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น นวดไทย สมุนไพร การอบ และอาหารสุขภาพ รวมถึงการผลักดันให้เข้าสู่มาตรฐานสากล สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (CEA) พัฒนาแนวคิดการออกแบบพื้นที่ (Place design) และการสร้างประสบการณ์เชิงสร้างสรรค์ในศูนย์สุขภาพ รวมถึงการบูรณาการงาน ศิลปะ วัฒนธรรม และเทคโนโลยีเพื่อดึงดูดกลุ่มเป้าหมายควรจัดตั้ง คณะกรรมการระดับชาติ หรือ คณะทำงานเฉพาะกิจ ด้านการพัฒนา “สนามบินเพื่อการท่องเที่ยวสุขภาพ” เพื่อกำหนดแผนแม่บทระดับประเทศ

2. ควรมีการจัดตั้ง “เขตพัฒนาพิเศษด้านการท่องเที่ยวสุขภาพ” ใกล้เคียงสนามบิน ซึ่งเขตพิเศษควรมีสถานะคล้าย “เขตเศรษฐกิจพิเศษ” โดยที่รัฐกำหนดขอบเขตพื้นที่อย่างชัดเจน เช่น รัศมี 5-10 กิโลเมตร จากสนามบินให้มีสิทธิประโยชน์เฉพาะทางด้านกฎหมายผังเมือง การจัดซื้อที่ดิน การลงทุน ด้านโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยีสารสนเทศพื้นที่ควรรวมบริการต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล เพื่อผู้สูงอายุ รีสอร์ทสุขภาพ คลินิกการแพทย์แผนไทย ศูนย์สุขภาพแบบองค์รวม โรงเรียนนวด



โรงเรียนฝึกรบ และพื้นที่กิจกรรมสุขภาพ เช่น ฟิตเนส โยคะพัฒนาให้เป็น ต้นแบบเมืองสุขภาพ (Wellness City Model) ซึ่งเชื่อมโยงกับระบบโลจิสติกส์ การเดินทางที่สะดวก และสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อการพักผ่อน

3. ควรมีการส่งเสริมการลงทุนภาคเอกชนผ่านมาตรการภาษีและสิทธิประโยชน์ BOI ให้การสนับสนุนการลงทุนในธุรกิจสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) เช่น ยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล 5-8 ปี ลดหย่อนภาษีการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ วัตถุดิบสมุนไพร ฯลฯ เปิดโอกาสให้ การร่วมทุนระหว่างภาคเอกชนไทยกับต่างชาติ (Joint Venture) ได้สิทธิประโยชน์เท่าเทียม เพื่อดึงเทคโนโลยีและการบริหารจัดการมาตรฐานสากลเข้ามาในประเทศ มีการส่งเสริม Startups และ SMEs ด้านเทคโนโลยีสุขภาพ (HealthTech) ที่พัฒนาแพลตฟอร์มดูแลสุขภาพ การแพทย์ทางไกล การติดตามผู้สูงอายุ และ AI เพื่อการวินิจฉัย ให้ BOI ร่วมมือกับ CEA และ ททท. จัดโครงการ “Accelerator for Wellness Investment” เพื่อบ่มเพาะผู้ประกอบการรุ่นใหม่ในกลุ่มธุรกิจสุขภาพและการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เน้นการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาพื้นที่โดยรอบสนามบินลำปางให้เป็น ศูนย์กลางเชิงสุขภาพและการท่องเที่ยวแบบบูรณาการ โดยมีกรณีศึกษาเปรียบเทียบกับต่างประเทศที่สามารถนำมาเป็นต้นแบบได้ ได้แก่ สนามบินโกลด์โคสต์ (ออสเตรเลีย), สนามบินชางจี (สิงคโปร์), สนามบินมิวนิก (เยอรมนี), สนามบินอัมสเตอร์ดัม (เนเธอร์แลนด์) และสนามบิน Kodumon (อินเดีย) ซึ่งต่างมีจุดเด่นในด้านการออกแบบพื้นที่เพื่อผู้สูงอายุ การเชื่อมโยงระบบขนส่งสาธารณะ และการส่งเสริมสุขภาพผ่านแนวทางการแพทย์ทางเลือก สนามบินโกลด์โคสต์นำเสนอแนวคิดการพัฒนา “mixed-use precinct” ที่เชื่อมโยงพื้นที่ที่อยู่อาศัย การศึกษา สุขภาพ และค้าปลีก เข้าด้วยกันอย่างครบวงจร ซึ่งถือเป็นแนวทางที่สามารถนำมาปรับใช้กับประเทศไทย โดยเฉพาะสนามบินเชียงใหม่ ภูเก็ต กระบี่ และอุตะเถา ที่มีจุดแข็งด้านภูมิศาสตร์และทรัพยากรธรรมชาติ (Queensland Airport Limited, 2023) ในขณะที่สนามบินชั้นนำในยุโรปและเอเชีย เช่น ชางจี มิวนิก และอัมสเตอร์ดัม แสดงให้เห็นถึงการออกแบบที่ใส่ใจต่อผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการลดมลภาวะทางเสียง การให้บริการผู้โดยสารแบบเฉพาะบุคคล และการออกแบบพื้นที่ที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Journee-Mondiale, n.d.) ส่วนสนามบิน Kodumon ในรัฐ Kerala ประเทศอินเดีย เป็นกรณีศึกษาที่โดดเด่นในการพัฒนาพื้นที่สนามบินให้เป็น “Gateway to Health Tourism” โดยมีการบูรณาการคลินิกอายุรเวช รีสอร์ทสุขภาพ และสถาบันฝึกรบด้านการแพทย์ทางเลือก ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน (Kodumon Airport, 2024)

จากแนวทางดังกล่าว ประเทศไทยมีศักยภาพในการพัฒนาพื้นที่รอบสนามบินให้เป็น ศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยเฉพาะในภูมิภาคที่มีจุดเด่นด้านทรัพยากรธรรมชาติและวัฒนธรรม เช่น ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย สมุนไพร และนวดแผนไทย ซึ่งสามารถผลักดันให้ได้รับการรับรองในระดับนานาชาติ เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจและภาพลักษณ์ประเทศ การสร้างโครงข่ายบริการสุขภาพแบบครบวงจรใกล้สนามบิน (Wellness Hub) ที่ประกอบด้วย โรงพยาบาล รีสอร์ทสุขภาพ สปา ฟิตเนส และโยคะ พร้อมระบบบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น บริการรถรับส่ง ทางเดินไร้รอยต่อ และเจ้าหน้าที่ดูแลส่วนบุคคล จะช่วยยกระดับประสบการณ์ของ



นักท่องเที่ยวกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ด้านการสร้างตราสินค้า (branding) เช่น “Phuket Wellness Gateway” หรือ “Chiang Mai Senior Health Corridor” จะช่วยเจาะตลาดนักท่องเที่ยวผู้สูงอายุจากประเทศญี่ปุ่น เกาหลี และยุโรป ซึ่งเป็นกลุ่มตลาดที่มีกำลังซื้อสูงและมองหาจุดหมายปลายทางเพื่อการพักผ่อนและดูแลสุขภาพในระยะยาวนอกจากนี้ การขับเคลื่อนเชิงนโยบายต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์แผนไทย และสำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (CEA) รวมถึงการตั้ง “เขตพัฒนาพิเศษด้านการท่องเที่ยวสุขภาพ” และส่งเสริมการลงทุนจากภาคเอกชนผ่านมาตรการภาษีหรือสิทธิประโยชน์ BOI เพื่อสร้างแรงจูงใจที่ยั่งยืน





เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *สถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- Chaiyachati, K., & Chaiyachati, A. (2021). GIS identifies elderly healthcare centre future planning: A case study of local areas in Northeast of Thailand. PubMed.
- Global Wellness Institute. (2023). *Global Wellness Tourism Economy*.
- Journee-Mondiale. (n.d.). Best airports for elderly travelers: 10 innovative hubs redefining senior-friendly travel.
- Kasarda, J. D., & Lindsay, G. (2011). *Aerotropolis: The way we'll live next*. Farrar, Straus and Giroux.
- Kodumon Airport. (2024). *The impact of Kodumon Airport on the healthcare industry and health tourism*.
- Li, Y., & Wang, X. (2024). Age-friendly environment design of high-speed railway stations from a healthy ageing perspective: A case implementation in Nanjing, China. *Buildings*, 14(10),
- United Nations World Tourism Organization (UNWTO). (2023). *Tourism and Ageing Population*.



ผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
ในรายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการ
ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์



การกำหนดนโยบายการแพทย์ด้านผู้สูงอายุและการนำไปปฏิบัติ:วิเคราะห์ผ่านตัวแบบพหุกระแส

The Formulation of Geriatric Medicine Policy and Practices: An analysis of Multiple Stream Model

สุรศักดิ์ วงศ์ษา¹

*Corresponding author E-mail address: surasak_wongsa_uk@hotmail.com

บทคัดย่อ

สถานการณ์ผู้สูงอายุเป็นประเด็นปัญหาที่ได้รับความสนใจทั่วโลก ภาครัฐจึงกำหนดให้มีนโยบายเชิงบูรณาการที่ให้ความสำคัญกับประเด็นผู้สูงอายุร่วมกับการแพทย์ผ่านนโยบายการแพทย์เฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบการรักษายาบาลที่มีคุณภาพ และดำเนินการอย่างเบ็ดเสร็จอย่างเป็นองค์รวมทุกมิติของการดำรงชีวิต บทความฉบับนี้มุ่งทำความเข้าใจกระบวนการกลายเป็นนโยบายและการนำนโยบายการแพทย์ด้านผู้สูงอายุไปปฏิบัติด้วยการวิเคราะห์ตามตัวแบบพหุกระแส นโยบายของ John W. Kingdon ซึ่งประกอบด้วย 3 กระแส ได้แก่ การเมือง นโยบาย และปัญหา การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นรากฐานของการศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้การวิเคราะห์เชิงเอกสารโดยประมวลข้อสรุปด้วยการตีความและนำเสนอข้ออธิบายเชิงอุปนัย ผลการศึกษาพบว่า กระแสปัญหา (ปัญหาผู้สูงอายุ ปัญหาความเหลื่อมล้ำ ปัญหาสุขภาพ และปัญหาระบบสาธารณสุข) และกระแสการเมือง (นโยบายของนายกรัฐมนตรี และการตอรองอำนาจของกลุ่มผู้สูงอายุ) มีอิทธิพลต่อกระแสนโยบายว่าด้วยการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ และมีการนำไปสู่การปฏิบัติจากผู้กระทำการหลายภาคส่วน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ และโรงพยาบาลด้วยการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนาสาธารณสุขให้มีความพร้อมในการรองรับความเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ความก้าวหน้าทางการแพทย์เฉพาะกลุ่มโรค และความเสมอภาคในการเข้าถึงระบบการรักษายาบาลที่มีคุณภาพได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การกำหนดนโยบาย, การนำนโยบายไปปฏิบัติ, การแพทย์ด้านผู้สูงอายุ, ตัวแบบพหุกระแสนโยบาย

¹ อาจารย์ประจำ สาขาการพัฒนชุมชน คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง



Abstract

The elderly problem has become a globally recognized concern. Governments have therefore implemented integrated policies that prioritize elderly issues with healthcare. They develop geriatric-specific medical policies. These initiatives aim to ensure that elderly individuals have access to high-quality healthcare services, delivered comprehensively and holistically across all aspects of their lives. This article aims to understand the policy formation process and the implementation of elderly medical policy by analyzing John W. Kingdon's Multiple Streams Framework with 3 streams (Politics, Policy, and Problem). This qualitative research study is based on document analysis, drawing conclusions through interpretation and presenting inductive explanations. The findings reveal that the problem stream (issues related to aging, inequality, health, and the public health system) and the political stream (the Prime Minister's policies and power negotiations among elderly groups) influence the policy stream concerning geriatric healthcare. Implementation involves multiple stakeholders, such as the Ministry of Public Health, the Ministry of Social Development and Human Security, the National Health Security Office, and hospitals, which have established Centers of Excellence in Elderly Care. These efforts contribute to developing a healthcare system adapted to demographic shifts, advancements in specialized medical treatment, equitable access to sustainable, and high-quality healthcare services.

Keyword: Policy Formulation, Policy Implementation, Geriatric Medicine, Multiple Stream Framework



ความนำ

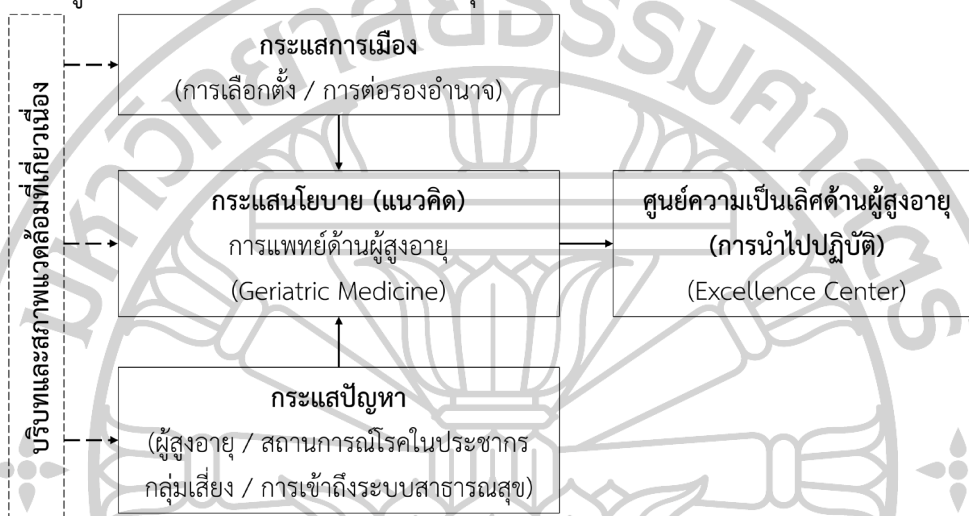
ปัจจุบันผู้สูงอายุทั่วโลกสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท โดยประเภทแรก คือ ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป พบว่า ในปี ค.ศ. 2023 มีจำนวนประชากรประมาณ 1.1 พันล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน ภายในปี ค.ศ.2030 ตามมาด้วยปี ค.ศ. 2050 ที่คาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 2.1 พันล้านคน ประเภทที่สอง คือ ประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10.3 ของประชากรโลก (กว่า 1 พันล้านคน) และคาดว่าจะในปี ค.ศ. 2074 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.7 (กว่า 2 พันล้านคน) และประเภทที่สาม คือ ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป คาดว่าจะเพิ่มจาก 127 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 เป็น 426 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2024) เมื่อจำแนกสถานการณ์ผู้สูงอายุตามประเทศ พบว่า ญี่ปุ่นมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั่วทั้งประเทศ อีกทั้งประชากรผู้สูงอายุกว่า 2 ใน 3 มักอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผลดังกล่าวจึงหมายความว่าทวีปเอเชียมีประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลก และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2567 มีประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 14,034,929 คน (ร้อยละ 20.00) ของประชากรทั้งหมด นั้นจึงหมายถึงประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ภาครัฐบรรจุปัญหาผู้สูงอายุให้เป็นวาระเชิงนโยบาย (Policy Agenda) จนนำไปสู่การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.2560-2570 แผนปฏิบัติราชการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566-2570) และแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) จนกระทั่งมีการนำไปปฏิบัติ โดยการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้ประชากรกลุ่มนี้ได้เข้าถึงระบบการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึงและเบ็ดเสร็จ ดังนั้นบทความฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์การศึกษา 2 ประการ ได้แก่ 1) เพื่อการทำความเข้าใจสภาพปัญหาด้านผู้สูงอายุและปัญหาที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะระบบสาธารณสุข รวมถึงอิทธิพลทางการเมืองทั้งในระดับสูงและระดับรากหญ้าที่มีส่วนสำคัญต่อการกำหนดนโยบายการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ และ 2) เพื่อสำรวจการนำแนวคิดการแพทย์ด้านผู้สูงอายุมาปฏิบัติโดยเฉพาะการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุ ผลดังกล่าวจะช่วยทำความเข้าใจกระบวนการนโยบายตั้งแต่การกำหนดประเด็นปัญหา บทบาททางการเมืองในการผลักดันนโยบาย และบทบาทของหน่วยงานในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ อีกทั้งยังส่งเสริมความสำคัญของการบริหารเชิงนโยบายตั้งแต่แนวคิดมาสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Methodology) โดยเริ่มต้นด้วยการศึกษาเชิงเอกสาร (Documentary Study) จากห้องสมุดและสื่อออนไลน์ในรูปแบบของบทความวิจัย บทความวิชาการ วิทยานิพนธ์ หนังสือพิมพ์ และเว็บไซต์ โดยเอกสารส่วนใหญ่เป็นเอกสารภาษาไทย จากนั้นจึงทำการจัดหมวดหมู่เอกสาร (Categorization) โดยอาศัยเกณฑ์ความเป็นปัจจุบันร่วมกับความเกี่ยวข้องของเนื้อหาสาระ สำหรับเอกสารที่มีความเกี่ยวข้องและทันสมัยมากที่สุดจะถูกอ่านและสกัดข้อมูลตามกรอบแนวคิดนำในการศึกษา (ภาพที่ 1) ได้แก่ ประเด็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับแนวคิดการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ การเมืองระดับสูง (การเลือกตั้ง)

มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายอย่างไร และการนำแนวคิดดังกล่าวมาปฏิบัติมีลักษณะอย่างไร เป็นต้น โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวได้ปรับปรุงจากแนวคิดพหุกระแสนโยบาย (Multiple Stream Framework) ของ John W. Kingdon (2010) จากนั้นผู้ศึกษาใช้วิธีการเข้ารหัสข้อมูลด้วยโปรแกรม Microsoft Excel เพื่อนำไปสู่การตีความและวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการศึกษา โดยใช้เวลาประมาณ 4 เดือน (มกราคม-เมษายน พ.ศ. 2568) และข้อมูลเหล่านั้นจะถูกสังเคราะห์และสรุปเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายการแพทย์ด้านผู้สูงอายุและการนำไปปฏิบัติตามแนวทางการสร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย (Inductive Conceptualization) ซึ่งจะช่วยให้คำอธิบายมีความชัดเจนและสอดคล้องกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้มิได้เก็บข้อมูลจากบุคคลจึงไม่เข้าสู่วิธีการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดนำในการศึกษา

ผลการศึกษา

ผู้ศึกษาได้แบ่งข้อมูลจากการตีความและวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดนำในการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ กระแสการเมือง (Political Stream) กระแสปัญหา (Problem Stream) กระแสนโยบาย (Policy Stream) และการนำไปปฏิบัติด้วยการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุ ทั้งนี้ประเด็นเรื่องบริบทและสภาพแวดล้อมผู้ศึกษาได้สังเคราะห์ข้อมูลร่วมกับประเด็นดังกล่าวข้างต้นแล้ว รายละเอียดตามหัวข้อดังต่อไปนี้

กระแสการเมืองกับนโยบายการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มสำคัญในกระบวนการประชาธิปไตย เนื่องด้วยจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องประกอบกับความตระหนักในการใช้สิทธิเลือกตั้ง ดังจะพบว่าการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ปี พ.ศ. 2566 ผู้สูงอายุมิบทบาทสำคัญและมีส่วนร่วมอย่างมากในการใช้สิทธิเลือกตั้งและสำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง (กกต.) ได้จัดสถานที่เลือกตั้งพิเศษจำนวน 28 แห่ง ในพื้นที่ 23 จังหวัด เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุในการออกเสียงลงคะแนน อีกทั้งในภาคเหนือยังพบว่าผู้มีสิทธิเลือกตั้งในกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวน 1,613,639 คน คิดเป็นร้อยละ 32.75 ของผู้มีสิทธิเลือกตั้งทั้งหมดในภาคเหนือ ผลดังกล่าวจึงอนุมานได้ว่าการกำหนดนโยบายสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุจึงเกี่ยวกับแหล่งที่มาของคะแนนเสียงในการเลือกตั้ง และสะท้อนให้เห็นถึงอำนาจต่อรอง (Negotiation Power) ของผู้สูงอายุที่เป็นความสามารถหรือศักยภาพของผู้สูงอายุในการใช้



สิทธิ เสี่ยง และอิทธิพลของตนเองในการตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองทั้งในระดับชุมชนและสังคม รวมถึงการเรียกร้องสิทธิและบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง จากการศึกษาเชิงเอกสารปรากฏความเชื่อมโยงดังกล่าวในแนวนโยบายของนางสาวแพทองธาร ชินวัตร นายกรัฐมนตรี อย่างน้อย 3 ด้านต่อทิศทางนโยบายการดูแลผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นฐานคะแนนเสียงหลัก ได้แก่

1) ด้านที่ 1 ว่าด้วยการพัฒนาระบบการแพทย์และสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โครงการ 30 บาทรักษาทุกที่ (เฟส 4)² โดยขยายบริการให้ครอบคลุมทั่วประเทศผ่านการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพด้วยระบบ Health ID ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น ในขณะเดียวกันยังมีโครงการ บริการทุกช่วงวัยด้วยความห่วงใยจากกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ โดยตั้งเป้าให้ประชาชนกว่า 38 ล้านคนให้เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงกว่า 22,000 ล้านบาท นอกจากนี้รัฐบาลยังมีแผนสร้างนักบริบาลจำนวน 15,000 คน เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2) ด้านที่ 2 ว่าด้วยการสนับสนุนทางเศรษฐกิจและสวัสดิการ โดยเฉพาะโครงการแจกเงิน 10,000 บาทให้ผู้สูงอายุ รัฐบาลได้ดำเนินการแจกเงินให้กับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจและบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย โดยในเฟสที่ 2³ มีการแจกเงินให้กับผู้สูงอายุกว่า 3 ล้านคน อีกทั้งยังมีนโยบายส่งเสริมสวัสดิการสังคมสำหรับกลุ่มเปราะบาง รัฐบาลมุ่งเน้นการพัฒนาสวัสดิการสังคมโดยให้ความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงคนพิการและกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อสร้างความเท่าเทียมทางเศรษฐกิจ และ 3) ด้านที่ 3 ว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและบทบาทของผู้สูงอายุ รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนกิจกรรมและโครงการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อสังคม

นอกจากอำนาจระดับสูงทางการบริหารราชการแผ่นดินของนายกรัฐมนตรีแล้วยังพบอำนาจระดับรากหญ้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบทบาทการต่อรอง เรียกร้อง และประสานผลประโยชน์เชิงนโยบายซึ่งพบว่าผู้สูงอายุเรียกร้องให้มีสถานบริการที่ใกล้บ้านหรือในชุมชน รวมถึงมีบริการที่ครอบคลุมทั้งการตรวจรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระยะยาว อีกทั้งการอำนวยความสะดวก เช่น การจัดสถานที่นั่งรอที่เหมาะสม ทางลาดสำหรับรถเข็น หรือการจัดคิวพิเศษ นอกจากนี้ด้านการแพทย์แล้วยังหมายถึงรวมถึงความเป็นธรรมและความเท่าเทียมในการได้รับบริการ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติหรือถูกปฏิเสธการรักษาเนื่องจากอายุที่มาก และการรักษาที่ไม่เป็นภาระทางการเงินมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ในขณะเดียวกันยังส่งเสริมสิทธิและการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการรับฟังความต้องการและข้อเสนอแนะจากผู้สูงอายุในการวางแผนและพัฒนาบริการ อีกทั้งยังมีการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพของตนเอง

² เริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2568

³ เริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2567



กระแสปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ

การศึกษาเชิงเอกสารพบว่า มีสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อย่างน้อย 4 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นแรก คือ ปัญหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ (Chronic Diseases) หรือโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เป็นโรคที่ดำเนินอย่างช้าและมีระยะเวลายาวนาน โดยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะสั้น และต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โรคเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของความเจ็บป่วย การทุพพลภาพ และการเสียชีวิต จากการสำรวจสุขภาพประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ด้วยการตรวจร่างกาย ในปี พ.ศ.2562-2563 พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่าร้อยละ 60 อีกทั้งยังมีโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งพบในผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง ส่วนโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุพบประมาณร้อยละ 20.3 และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง พบในผู้สูงอายุไทยประมาณร้อยละ 5.5 ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าถึงการคัดกรองและการรักษาโรคเรื้อรังได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมักมีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น และมีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังหมายถึงรวมถึงสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยเช่นกันที่เป็นสาเหตุทางอ้อมของโรคเรื้อรัง

ประเด็นที่สอง คือ ปัญหาการเข้าถึงระบบสาธารณสุขในผู้สูงอายุ เป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความเท่าเทียมในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและร่างกาย ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถจำแนกออกประกอบของสาเหตุที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 5 ประการ ได้แก่ 1) ด้านกายภาพ ผู้สูงอายุมักอยู่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการเคลื่อนไหวลำบาก ทำให้เดินทางไปโรงพยาบาลยาก อีกทั้งยังขาดผู้ดูแลหรือพาหนะสำหรับเดินทาง 2) ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้น้อย นอกจากนี้ยังหมายถึงรวมถึงการขาดหลักประกันสุขภาพในบางกรณี เช่น ผู้สูงอายุไร้บ้านหรือไม่มีทะเบียนบ้าน 3) ด้านสังคมและจิตใจ ผู้สูงอายุมักมีความรู้สึก “ไม่อยากเป็นภาระ” ทำให้ไม่กล้าไปพบแพทย์ รวมถึงความเหงาและโดดเดี่ยว 4) ด้านระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพในบางพื้นที่ยังไม่เพียงพอหรือมีบริการไม่สม่ำเสมอ ขาดบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน (Home Care) เป็นต้น และ 5) ด้านข้อมูลและเทคโนโลยี ผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางออนไลน์หรือแอปพลิเคชันที่รัฐจัดไว้ รวมถึงขาดทักษะการใช้เทคโนโลยี ผลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลทางสถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงกว่า 415,023 คน ในขณะที่ข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระบุว่า ปี พ.ศ.2567 ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 83 (ประมาณ 1.5 ล้านคน) เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

ประเด็นที่สาม คือ ปัญหาทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นความท้าทายที่สำคัญในยุคที่ประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบ ปัญหาดังกล่าวมีองค์ประกอบเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 6 ประการ ได้แก่ 1) ขาดบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง โดยเฉพาะผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatrician) อีกทั้งพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลยังขาดการอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซับซ้อน 2) ระบบการรักษาที่สอดคล้องกับประชากรสูงอายุ โดยระบบโรงพยาบาลทั่วไปถูกออกแบบสำหรับประชาชนทุกวัย ซึ่งมักเจ็บป่วยเพียงโรคเดียวจึงเป็นการรักษาแบบเน้นรายโรค โดยไม่เชื่อมโยงในภาพรวม



3) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังและการใช้ยา ผู้สูงอายุมีภาวะซับซ้อนในการรักษา และเกิดความเสี่ยงจากการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันทำให้เกิดผลข้างเคียงสูง 4) การบูรณาการด้านการแพทย์กับการดูแลระยะยาว เนื่องจากไม่มีระบบประสานส่งต่ออย่างชัดเจน รวมถึงการขาดระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of Care) สำหรับผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง 5) การวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากอาการของโรคในผู้สูงอายุไม่ชัดเจน เช่น ภาวะสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้าในผู้สูงวัยถูกมองข้ามหรือเข้าใจผิดว่าเป็นเรื่องของอายุ และ 6) การแพทย์เชิงป้องกันไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการคัดกรองโรคบางประเภทในผู้สูงอายุยังไม่ทั่วถึง เช่น การประเมินสุขภาพจิตหรือความจำ (กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมารีสา สุวรรณราช, 2562)

และประเด็นสุดท้าย คือ ปัญหาสิทธิการรักษาพยาบาลในผู้สูงอายุ แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในทางปฏิบัติยังมีหลายประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้สิทธิ ซึ่งพบเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 5 ประการ ได้แก่ 1) ความไม่เข้าใจหรือขาดข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของตนเอง โดยผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ทราบว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลประเภทใด นอกจากนี้ยังมีความสับสนในเรื่องขั้นตอนการใช้สิทธิ เช่น การเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ (โรงพยาบาลต้นสังกัด) 2) ความยุ่งยากในการเข้าถึงสิทธิ โดยเฉพาะการเดินทางไปดำเนินการเรื่องสิทธิหรือการขอเปลี่ยนโรงพยาบาลต้นสังกัดอาจเป็นภาระ ในขณะที่ระบบดิจิทัล ยังไม่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ไม่มีความชำนาญด้านเทคโนโลยี 3) การใช้สิทธิข้ามเขตหรือข้ามหน่วยบริการ บางกรณีผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนละพื้นที่กับโรงพยาบาลต้นสังกัด เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินและไปรับการรักษาโรงพยาบาลนอกเครือข่ายอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน 4) การใช้สิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีบัตรประชาชนหรือทะเบียนบ้าน โดยเฉพาะกลุ่มไร้บ้านหรือผู้ย้ายถิ่นบางกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ และ 5) สิทธิการดูแลระยะยาวยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการบริการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนยังไม่อยู่ภายใต้สิทธิอย่างชัดเจนหรืออยู่ในระยะทดลองในบางพื้นที่

กระแสนโยบายกับนโยบายการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ

การแพทย์ด้านผู้สูงอายุ (Geriatric medicine) คือ สาขาหนึ่งของการแพทย์ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (Geriatrician) การแพทย์แขนงนี้มีความสำคัญมากในสังคมปัจจุบันเนื่องจากผู้สูงอายุมักมีหลายโรคเรื้อรังและซับซ้อนพร้อมด้วยความเปราะบางทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงความต้องการการดูแลที่เฉพาะและครอบคลุมมากกว่าคนกลุ่มอื่น ๆ สำหรับลักษณะเด่นของการแพทย์ในประชากรกลุ่มสูงอายุมียังอย่างน้อย 5 ประการ ได้แก่ 1) การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม 2) การประเมินภาวะสุขภาพหลายมิติ เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน ความจำ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต 3) การจัดการยาหลายชนิด (polypharmacy) ซึ่งอาจเกิดผลข้างเคียงหรือปฏิกิริยาระหว่างยา 4) การป้องกันการหกล้มและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ แผลกดทับ หรือสมองเสื่อม และ 5) การวางแผนการดูแลระยะยาวและวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

การประมวลเอกสารพบว่ามีนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ด้านผู้สูงอายุหลายระดับ โดยเฉพาะนโยบายระดับชาติว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.2560-2579 พบว่ามีการแปลงแผนมาสู่การปฏิบัติเพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัย



โดยเน้น 4 เสาหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี เน้นกิจกรรมทางกาย โภชนาการ และสุขภาพจิต 2) ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ (Geriatric Clinic) ในโรงพยาบาลทุกระดับ รวมถึงพัฒนาโรงพยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุบางขุนเทียนเป็นโรงพยาบาลต้นแบบ 3) พัฒนาศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เช่น อบรมแพทย์ พยาบาล และ อสม. ให้มีทักษะด้านผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมหลักสูตรเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในระดับแพทย์เฉพาะทาง และ 4) การดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง โดยทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนผ่านระบบ Care Manager หรือ Care Giver นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นภาระด้วยแนวคิดผู้สูงอายุที่ขยันแข็งและชาญฉลาด (Smart Aging/Active Aging)

ในขณะที่นโยบายระดับกระทรวงว่าด้วยแผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ.2566-2570) อันประกอบด้วยแนวนโยบาย 5 รูปแบบ ได้แก่ 1) การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ และคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเข้าถึง ทั่วถึง ทั่วประเทศด้วยพลังเครือข่าย และการสร้างความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี 2) การพัฒนาขีดความสามารถทางการแพทย์เพื่อการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีและความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ระดับสากล 3) การพัฒนาสวัสดิการสุขภาพ ความมั่นคงทางสุขภาพ และวิถีสุขภาพในครัวเรือนชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ 4) การพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม และระบบการจัดการข้อมูลสารสนเทศสุขภาพเพื่อการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในวิถีถัดไป และ 5) ยกกระดับประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางการรักษาทางการแพทย์มูลค่าสูง เพื่อสร้างเศรษฐกิจในการดูแลผู้สูงอายุ ในประเทศไทยรัฐบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ (Geriatric Center) เพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน อาจกล่าวได้ว่าภาครัฐมีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนนโยบายการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุให้เกิดการปฏิบัติอย่างบูรณาการ 4 ลักษณะดังต่อไปนี้

ประการแรก คือ การพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบบูรณาการด้านผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566–2570) เพื่อสร้างเสริมระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครบวงจร โดยบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ดังจะพบว่า กระทรวงมหาดไทยมีบทบาทที่เกี่ยวข้องการส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Communities/Cities) กระทรวงมหาดไทยได้สนับสนุนการพัฒนาเมืองและชุมชนให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย การเข้าถึงบริการสาธารณะ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีบทบาทในการสนับสนุนและเสริมสร้างความร่วมมือที่เกี่ยวข้องด้านสำคัญ เช่น การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ โดยการกำหนดมาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการสนับสนุนการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรแบบสหวิชาชีพ รวมถึงจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนสวัสดิการและสิทธิ



ประโยชน์ต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ เช่น เงินสงเคราะห์และการสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้สิทธิบัตรทองในการรับบริการทางการแพทย์ รวมถึงการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น โครงการ SMART & STRONG ที่เน้นการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประการที่สอง คือ การส่งเสริมและพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลได้สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุในสถาบันการศึกษาต่าง ๆ เช่น มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ซึ่งมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเชิงท่องเที่ยวสุขภาพ (Wellness Hub) และมีบริการที่หลากหลาย เช่น คลินิกสหการแพทย์ คลินิกการแพทย์แผนไทย ฟิตเนส และการบำบัดด้วยการแพทย์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีคลินิกกัญชาทาง สปาความงาม สระว่ายนํ้าระบบเกลือ รวมถึงการพำนักระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและชาวต่างชาติ

ประการที่สาม คือ การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาช่วยปัญหาความห่างไกลจากโรงพยาบาล โดยผู้สูงอายุสามารถเข้ารับคำปรึกษาทางการแพทย์จากที่บ้าน อีกทั้งยังลดความเสี่ยงจากการเดินทางและการติดเชื้อ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรังที่สามารถรับการติดตามอาการและปรับแผนการรักษาผ่านระบบออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และ Thailand 4.1 ยังให้ความสำคัญกับการนำระบบปัญญาประดิษฐ์มาใช้เป็นเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุ ดังเช่น หุ่นยนต์ Dinsaw Home AI Assistance สามารถช่วยเตือนการรับประทานยา บรรเทาความเครียดด้วยดนตรีหรือธรรมะ อีกทั้งยังเชื่อมต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ผ่านจอภาพเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับระบบ Well-Living Systems โดยระบบนี้ใช้ AI ที่เรียนรู้พฤติกรรมประจำวันของผู้สูงอายุและแจ้งเตือนผู้ดูแลเมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ

ประการที่สี่ คือ การสร้างความร่วมมือกับภาคประชาสังคม โดยการจัดตั้งเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังจะพบว่า Ruth Center ที่ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2008 ได้มุ่งเน้นการทำงานกับชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ยากไร้และโดดเดี่ยว รวมถึงมูลนิธิ Saint Camillus Foundation ที่ดำเนินงานร่วมกับศูนย์สังคมสงเคราะห์หลายแห่งในประเทศไทย โดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวที่ให้บริการทั้งด้านการแพทย์และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าองค์กรพัฒนาเอกชนหลายแห่งยังทำงานร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นมาตรฐาน

การนำนโยบายไปปฏิบัติ: กรณีศูนย์ความเป็นเลิศด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

นโยบายการแพทย์ด้านผู้สูงอายุได้นำมาสู่การปฏิบัติโดยการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ (Geriatric Center) หรือ ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นศูนย์เฉพาะทางที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระยะยาว รวมถึงการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต สำหรับองค์ประกอบสำคัญของศูนย์ฯ มีอย่างน้อย 5 ประการ ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) ไม่เพียงเน้นการรักษาโรค แต่รวมถึงการประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน สภาพจิตใจ และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ 2) การทำงานเป็นทีมสหสาขา



วิชาชีพ (Multidisciplinary Team) ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาล เกสซิกเกอร์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ 3) การฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ 5) การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ และฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ความเข้าใจในด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ในประเทศไทยพบว่า มีหลายหน่วยงานได้จัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุ ในขณะที่บางหน่วยงานยังอยู่ในขั้นพัฒนาในระดับคลินิควัดผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาได้จำแนกคุณลักษณะของการดำเนินงานของหน่วยงาน ทั้ง 2 ประเภทดังจะพบในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ศูนย์ความเป็นเลิศฯ และคลินิกผู้สูงอายุจำแนกตามองค์ประกอบของการให้บริการ

ศูนย์ความเป็นเลิศฯ และคลินิกผู้สูงอายุ	ประเภทการบริการ			
	HC ⁴	PC ⁵	CGA ⁶	MT ⁷
1. ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	✓	✓	✓	✓
2. ศูนย์วิทยาการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล	✓	✓	✓	✓
3. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	✓	✓	✓	✓
4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	✓	✓	✓	✓
5. โรงพยาบาลนครธน	✓	✓	✓	✓
6. โรงพยาบาลเมดพาร์ค	✓	✓	✓	✓
7. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา		✓	✓	✓
8. โรงพยาบาลธนบุรี		✓	✓	✓
9. โรงพยาบาลวิชัยเวช		✓		✓
10. โรงพยาบาลกรุงเทพ		✓		✓

แหล่งที่มา: วิเคราะห์โดยการตีความเชิงเอกสารของผู้ศึกษา

จากการสังเคราะห์กรณีศึกษาของศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุและคลินิกในประเทศไทย พบว่า การจัดตั้งศูนย์มักมีองค์ประกอบเกี่ยวกับการแพทย์ด้านผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน เช่น ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศูนย์วิทยาการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น หน่วยงานเหล่านี้มักตั้งอยู่ในมหาวิทยาลัยเนื่องจากมีความโดดเด่นด้าน

⁴ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยพิจารณาทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ โดยไม่เน้นพิจารณาเพียงโรคใดโรคหนึ่ง

⁵ การดูแลแบบเฉพาะบุคคล (Personalized Care) โดยประเมินสุขภาพตามความจริงของแต่ละบุคคล เช่น ความสามารถในการเดิน การทำกิจวัตร การรู้คิด และการใช้ยา

⁶ การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment - CGA) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม โดยดูทั้งสมรรถภาพทางกาย จิตใจ สังคม และภาวะโภชนาการ

⁷ การทำงานแบบสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) เป็นทีมที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพ นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และเกสซิกเกอร์ ทำงานร่วมกันเพื่อให้บริการที่ดีที่สุด



การแพทย์เฉพาะทาง มีบุคลากรหลายสาขา มีเครือข่ายการทำงานระหว่างมหาวิทยาลัยและชุมชน ในขณะที่ศูนย์ความเป็นเลิศในระดับของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานระดับกรม มักมีความโดดเด่นด้านงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ โครงสร้างการปฏิบัติงานแบบระบบราชการ ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งยังมีข้อได้เปรียบในการดำเนินรูปแบบใหม่ ๆ ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว การออกแบบผลิตภัณฑ์และการบริการได้สอดคล้องตามความต้องการของลูกค้าได้มากกว่า การบริการจัดการคล่องตัวเนื่องจากไม่มีกฎระเบียบและข้อบังคับ อย่างไรก็ตามการมีข้อได้เปรียบน้อยกว่าในแง่ของการมีเครือข่ายดูแลระดับชุมชน สำหรับความคลินิกผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่ในสถานพยาบาล มักมีองค์ประกอบเพียงบางประเด็น ซึ่งอาจมีความโดดเด่นเฉพาะการมีแพทย์ด้านผู้สูงอายุ แต่ยังขาดการทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้างบุคลากรและจำนวนผู้ให้บริการไม่มากนักจึงไม่มีรูปแบบการให้บริการที่ซับซ้อน

สำหรับประโยชน์ของการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุสามารถสรุปได้เป็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและครอบคลุม โดยเฉพาะการดูแลตามความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล มีการรักษาแบบองค์รวมที่เน้นการทำงานแบบสหวิชาชีพหลายแขนงในการช่วยป้องกัน รักษา และฟื้นฟูอย่างสอดคล้องกัน นอกจากมิติด้านสุขภาพทางกายแล้วยังให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพทางจิตสังคม และอารมณ์ไปพร้อมกัน 2) ด้านสังคม การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่มาก ขาดอุปกรณ์แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความพิการแต่ยังมีศักยภาพในการประกอบอาชีพ การจัดการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรจึงช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงบริการได้ในพื้นที่ใกล้เคียง เดินทางสะดวกสบาย และความเป็นมิตรใกล้เคียงระหว่างศูนย์ ชุมชน และผู้สูงอายุ 3) ด้านการเมือง ช่วยเสริมพลังและอำนาจการต่อรองของผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นกลุ่มการเมืองสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดประโยชน์สาธารณะ ทั้งการเลือกตั้งและการรวมกลุ่มผ่านสมาคมและมูลนิธิต่าง ๆ และ 4) ด้านเศรษฐกิจ การเสริมสร้างความพร้อมของผู้สูงอายุอาจส่งเสริมการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจทางเลือก (ประชารัฐร่วมใจ) ในขณะที่เดียวกันยังเป็นโอกาสสำหรับสถานพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการบริการให้สอดคล้องกับคุณลักษณะประชากร ซึ่งนอกจากการเพิ่มแหล่งรายได้ยังเป็นการยกระดับการบริการทางการแพทย์เฉพาะกลุ่มในรูปแบบที่เข้มข้นมากขึ้น อย่างไรก็ตามในทัศนะของผู้ศึกษาเห็นว่าประโยชน์ของการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศแม้มีงานศึกษาปรากฏอย่างชัดเจน ประเด็นด้านวัฒนธรรมอาจเป็นสิ่งที่ไม่ยากเกินที่จะทำความเข้าใจ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงปรับกระบวนการแพทย์ที่เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง วัฒนธรรมดังกล่าวจึงช่วยยกระดับของความเป็นอัตลักษณ์เฉพาะกลุ่มแบบใหม่ที่มีพลังขับเคลื่อนการพัฒนาสังคม การเมือง และเศรษฐกิจไปพร้อมกัน

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากสาธารณชนและภาครัฐมาอย่างต่อเนื่อง ด้วยสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การเข้าถึงระบบสาธารณสุข การแพทย์ที่ไม่สอดคล้องกับผู้สูงอายุ และสิทธิการรักษาพยาบาลที่ไม่ทั่วถึง ซึ่งนับว่าเป็นกระแสปัญหา (Problem Stream) และบริบททางการเมืองจากการประกาศเป็นนโยบายของนางสาวแพทองธาร ชินวัตร นายกรัฐมนตรี รวมถึงการต่อสู้เรียกร้องของกลุ่มผู้สูงอายุในการผลักดันประเด็นปัญหาให้เป็นวาระทางการเมือง (Political Stream) ผลดังกล่าว



มีส่วนขับเคลื่อนกระแสนโยบายว่าด้วยการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ (Geriatric Medicine Policy) ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะของ Kingdon (2010) ที่ระบุว่าเป็นกระแสปัญหาและกระแสการเมืองร่วมกัน ผลักดันวาระนโยบายจนรัฐบาลสามารถตัดสินใจที่จะกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างเป็นรูปธรรม เช่น แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.2560-2579 แผนปฏิบัติราชการ แผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ.2566-2570) เป็นต้น เมื่อผู้ตัดสินใจนโยบาย ถูกชักจูงด้วยความสำคัญ ความจำเป็น และความต้องการที่เพียงพอของปัญหาจะทำให้เกิดการเมือง และนักบริหารรับเอาประเด็นมาจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ ชัชชชา บุญนิยมแต่ง และคณะ (2566) ที่อธิบายว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินนโยบายการบริการ ผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย ประกอบด้วยคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ค่านิยมในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงบทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้การนำไปปฏิบัติให้เกิดผลตามเป้าหมายจึงมีการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศและคลินิกด้านผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่มีคุณภาพ สามารถเข้าถึงได้ (ปิยากร หลังมหาพร, 2546) และยังมีการแสดงพันธะสัญญา (Commitment) ของภาครัฐที่มีต่อฐานคะแนนเสียงหลัก ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุทำให้การกำหนดและการนำไปปฏิบัติจึงประสบความสำเร็จในแง่ของความชอบธรรมและสอดคล้องตามสภาพแวดล้อมของสังคมไทย



เอกสารอ้างอิง

- Kingdon, J. (2010). *Agendas, Alternatives and Public Policy*, (2nd ed.). New York: Pearson.
- World Health Organization. (2024). *Ageing and Health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมารีสา สุวรรณราช. (2562). สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี*, 11(2), 118-132.
- ชัชชานุกูญเนียมแต่ง ชาญชัย จิตรเหล่าอาพร และจิตาภา ถิรศิริกุล. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 8(10), 70-83.
- ปิยากร หวังมหาพร. (2556). *นโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย*. ดุษฎีนิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต, คณะรัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพมหานคร:สำนักงานสถิติแห่งชาติ.



การเปรียบเทียบลักษณะทางภาษาของคู่มือมัคคุเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุ
ของประเทศไทยและคู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษา

A comparison of the linguistic features of marine tourism guidebooks for
the elderly in Thailand and those from native English-speaking countries.

เสาวณี ทับเพชร¹

*Corresponding author E-mail address: micle2001@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์วาทกรรมและการวิเคราะห์เชิงสไตรล์ของคู่มือมัคคุเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยและคู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษาพบความแตกต่างในด้านโครงสร้างทางภาษา กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ และการสอดแทรกวัฒนธรรม ดังนี้ คู่มือมัคคุเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยมีการใช้โครงสร้างประโยคแบบ “Tinglish” ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างไวยากรณ์ไทยและอังกฤษ เช่น การละกริยาเชื่อม (linking verbs) การใช้สรรพนามซ้ำ และคำศัพท์ที่มาจากกรณภัย เช่น “Tom Yam Seafood” รวมถึงการใช้ภาษาเชิงทางการ เช่น “Don’t worry” เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นกันเองผ่านการเล่าเรื่องท่องเที่ยว โดยมักใช้ถ้อยคำที่ชักชวนเชิงอารมณ์ เช่น “Welcome to our beautiful island” เพื่อดึงดูดใจนักท่องเที่ยว สำหรับ คู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษาจะเน้นโครงสร้างทางภาษาที่เป็นมาตรฐาน เช่น การใช้เสียงถูกกระทำ (passive voice) และประโยคเงื่อนไข (conditional clauses) ใช้คำศัพท์ทางเทคนิค เช่น “reef conservation” และภาษาทางวิชาการที่เน้นเรื่องความปลอดภัยและการอนุรักษ์ กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ มักใช้คำในระดับสูงสุด (superlatives) เช่น “most breathtaking coral reef” และคำถามเชิงวาทศิลป์ เช่น “Have you ever dreamed...?” คู่มือท่องเที่ยวสองรูปแบบนี้สะท้อนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมผ่านการเลือกใช้ภาษา โดยคู่มือมัคคุเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยให้ความสำคัญกับความอบอุ่นในการต้อนรับและประเพณีท้องถิ่น ส่วนคู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษาให้ความสำคัญกับการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนโดยอ้างอิงข้อมูลทางนิเวศวิทยา การวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่าคู่มือท่องเที่ยวไม่ใช่เพียงแค่การให้ข้อมูลเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่เป็นสื่อกลางทางสังคมและวัฒนธรรมผ่านกลยุทธ์ทางภาษาที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

คำสำคัญ: การเปรียบเทียบลักษณะทางภาษา, คู่มือมัคคุเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย, คู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษา

¹ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา วิทยาเขตสตูล



Abstract

A discourse and stylistic analysis of marine tourism guidebooks for the elderly in Thailand and those from native English-speaking countries reveals significant differences in linguistic structures, persuasive strategies, and cultural integration. Thai marine tourism guidebooks for the elderly often feature “Tinglish,” a blend of Thai and English grammar. This includes the omission of linking verbs, repetitive use of pronouns, and transliterated vocabulary such as “Tom Yam Seafood.” The language is semi-formal, using expressions like “Don’t worry” to create a friendly tone through local storytelling, and often employs emotionally persuasive phrases such as “Welcome to our beautiful island” to attract tourists. In contrast, guidebooks from native English-speaking countries tend to follow standardized linguistic structures, including the use of passive voice and conditional clauses. They frequently incorporate technical terms like “reef conservation” and academic language that emphasizes safety and environmental preservation. Their persuasive strategies often include superlatives such as “most breathtaking coral reef” and rhetorical questions like “Have you ever dreamed...?” These two types of guidebooks reflect distinct cultural identities through language use. Thai guidebooks emphasize warmth, hospitality, and local traditions, whereas those from native English-speaking countries focus on sustainable tourism supported by ecological data. This analysis highlights that guidebooks are not merely informational tools but also serve as socio-cultural media, employing diverse linguistic strategies to convey meaning and cultural values.

Keywords: Linguistic Features, Marine Tourism Guidebooks for the elderly, Thailand and native English-speaking countries



ความเป็นมาของปัญหาหรือบทนำ

แม้ว่ามัคคุเทศก์ไทยจะใช้ภาษาอังกฤษแบบ Tinglish ซึ่งสะท้อนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมไทยในการสื่อสารกับนักท่องเที่ยว (Bennui, 2017) แต่ลักษณะของ Tinglish ยังแตกต่างจากมาตรฐานภาษาอังกฤษสากลในด้านโครงสร้างคำศัพท์ ไวยากรณ์ และรูปแบบการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทการท่องเที่ยวที่มัคคุเทศก์เป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลและสร้างประสบการณ์แก่ชาวต่างชาติ (Phuengpitipornchai & Teo, 2021; Vansook, 2021) งานวิจัยพบว่า Tinglish มีลักษณะเฉพาะ เช่น การใช้โครงสร้างประโยคและคำศัพท์ที่ได้รับอิทธิพลจากภาษาไทย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดหรือความคลุมเครือ โดยเฉพาะในกลุ่มนักท่องเที่ยวผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านภาษาอังกฤษ (Bennui, 2017; Chueasuai, 2022)

ในขณะที่คู่มือท่องเที่ยวจากประเทศเจ้าของภาษา เช่น Lonely Planet หรือ DK Eyewitness มักใช้ภาษาที่เป็นทางการ กระชับ และมีโครงสร้างเป็นระบบ ส่งผลให้ข้อมูลมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า (The Koh Samui Guide, 2023) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเปรียบเทียบเชิงระบบเกี่ยวกับลักษณะทางภาษาระหว่างคู่มือมัคคุเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลของไทยสำหรับผู้สูงอายุและคู่มือจากประเทศเจ้าของภาษายังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะในประเด็นด้านไวยากรณ์ กลวิธีการโน้มน้าวใจ และการถ่ายทอดวัฒนธรรม (Chueasuai, 2022; Laoriandee, 2021) ภาษาที่ใช้ในคู่มือท่องเที่ยวมีผลโดยตรงต่อความเข้าใจและประสบการณ์ของนักท่องเที่ยวสูงอายุ หากภาษาที่มีความชัดเจน กระชับ และใช้ศัพท์ง่าย จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลสำคัญ เช่น เส้นทาง ความปลอดภัย และข้อควรระวังได้ดียิ่งขึ้น (Emerald Insight, n.d.) ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มความมั่นใจและความปลอดภัย รวมถึงส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงคุณภาพในกลุ่มนี้ ทั้งยังลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการตีความผิดพลาดในคู่มือ

หากคู่มือมัคคุเทศก์ใช้ภาษา Tinglish ที่แตกต่างจากมาตรฐานสากลมากเกินไป อาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีทักษะภาษาอังกฤษในระดับสูง ความแตกต่างนี้อาจส่งผลให้เกิดความสับสนระหว่างการเดินทาง เข้าใจผิดเกี่ยวกับสถานที่หรือข้อควรระวัง และลดทอนคุณภาพของประสบการณ์การท่องเที่ยว ตลอดจนสร้างภาพลักษณ์ที่ไม่เป็นมืออาชีพต่อนักท่องเที่ยวต่างชาติ (Phuengpitipornchai & Teo, 2021; Bennui, 2017) ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาเนื้อหาและภาษาของคู่มือจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนและการอนุรักษ์ทรัพยากรทางทะเล โดยสนับสนุนการพัฒนาคู่มือและการสื่อสารที่มีคุณภาพเพื่อรองรับนักท่องเที่ยวทุกกลุ่ม รวมถึงผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นกลุ่มเปราะบาง (Thai Government Department of Marine and Coastal Resources, n.d.)

งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางภาษาของคู่มือมัคคุเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลของไทยกับคู่มือคู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษาโดยมุ่งวิเคราะห์ความแตกต่างด้านโครงสร้างทางภาษา กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ และการสอดแทรกวัฒนธรรม รวมถึงประเมินผลกระทบของลักษณะภาษาเหล่านี้ต่อความเหมาะสมในการสื่อสารกับนักท่องเที่ยวผู้สูงอายุ เพื่อเสนอแนะแนวทางพัฒนาคู่มือไทยให้ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายการท่องเที่ยวยั่งยืน



เนื้อเรื่อง

1. ทฤษฎี กรอบแนวคิด และลักษณะทางภาษาที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุ

การส่งเสริมการท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุสามารถอธิบายผ่านกรอบแนวคิดสำคัญ 4 แนว ได้แก่ กรอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active Aging Framework) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ซึ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพิจารณาปัจจัยกำหนดหลัก 6 ด้าน ได้แก่ ระบบสุขภาพ พฤติกรรมส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งหมดอยู่ในบริบทของวัฒนธรรมและเพศ

ทฤษฎีปัจจัยผลักและดึง (Push and Pull Factors Theory) ของ Dann (1977) ช่วยอธิบายแรงจูงใจของผู้สูงอายุในการเดินทาง โดยปัจจัยผลัก ได้แก่ ความต้องการหลีกเลี่ยงจากความเครียดหรือความซ้ำซาก ส่วนปัจจัยดึง ได้แก่ แหล่งท่องเที่ยวที่น่าสนใจหรือมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม ขณะที่โมเดลระบบการท่องเที่ยวของ Leiper (1990) แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์การท่องเที่ยวครอบคลุมตั้งแต่จุดเริ่มต้น (ต้นทาง) การเดินทาง (Transit) จนถึงแหล่งท่องเที่ยว (Destination) โดยการวิเคราะห์ระบบนี้ทำให้เข้าใจพฤติกรรมผู้สูงอายุในทุกขั้นตอนของการท่องเที่ยว นอกจากนี้ โมเดล SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988) เป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินคุณภาพบริการ โดยเน้นความคาดหวังและการรับรู้ในด้านต่าง ๆ เช่น ความปลอดภัย ความสะดวกสบาย และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในบริบทของผู้สูงอายุ ในด้านภาษาที่ใช้ในการท่องเที่ยว โดยเฉพาะมณฑลภาคไทย มักใช้ภาษาอังกฤษแบบ Tenglish หรือ Thai-English hybrid language ซึ่งมีลักษณะเฉพาะทั้งในระดับคำ เสียง และไวยากรณ์ โดย Tenglish สะท้อนการผสมผสานระหว่างภาษาอังกฤษกับวัฒนธรรมไทย และแสดงความเป็นไทยในระดับวจนภาษาและอวจนภาษา (Bennui, 2017) โดยลักษณะเด่น เช่น การใช้เสียงแบบไทย การแปลตรงตัวจากไทยเป็นอังกฤษ การใช้คำซ้ำ และการสร้างคำใหม่ที่น่าสนใจในบริบทคนไทย (Page 27-30)

แนวคิดจาก Kachru เกี่ยวกับ World Englishes และ New Englishes (Page 27) ช่วยอธิบายสถานะของภาษาอังกฤษในบริบทท้องถิ่น เช่น ประเทศไทยที่ใช้ภาษาอังกฤษเพื่อสื่อสารในบริบทเฉพาะ ซึ่งบางครั้งอาจเบี่ยงเบนจากมาตรฐานเจ้าของภาษา ทศนคติของไกด์ทัวร์ที่ใช้ Tenglish พบว่าส่วนใหญ่ยอมรับในประสิทธิภาพการสื่อสาร แม้อาจไม่ภาคภูมิใจในภาษารูปแบบนี้ (Page 27, 33) ขณะที่การยอมรับในระดับสังคมไทยยังมีความหลากหลาย บางกลุ่มมองว่า Tenglish ขาดความเป็นทางการ (Page 27) แต่ในอีกด้านหนึ่ง Tenglish ก็ช่วยสร้างอัตลักษณ์ของมณฑลภาคไทยในเวทีนานาชาติ

2. ภาษาผสมระหว่างไทย-อังกฤษ (Tenglish หรือ Thai-English hybrid language)

จากเอกสารที่ศึกษาเกี่ยวกับ Tenglish ของไกด์ทัวร์ในประเทศไทย พบว่ามีแนวคิดและแนวทางการวิเคราะห์หลายด้าน โดยสามารถสรุปเป็นส่วน ๆ ได้ดังนี้:



1. **แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาษาอังกฤษในบริบทของประเทศไทย:** มีการนำทฤษฎีจาก Kachru ซึ่งเสนอแนวคิดเรื่อง World Englishes และสถานะของภาษาอังกฤษในแต่ละบริบท (Page 27,) รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับ New Englishes ที่เป็นการพูดถึงภาษาอังกฤษที่พัฒนาและปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่น (Page 27,) อีกทั้งมีการพูดถึงความแตกต่างระหว่างระดับต่าง ๆ ของภาษาอังกฤษในบริบทไทย เช่น acrolectal และ basilectal varieties.

2. **ลักษณะและคุณสมบัติของ Tenglish:** ลักษณะศัพท์และโครงสร้างภาษา Tenglish มีความเป็นเอกลักษณ์ คือ การกลายเสียง การผสมคำ การนำคำไทยเข้ามาใช้ในภาษาอังกฤษ รวมไปถึงเสียงและการเน้นเสียงที่เป็นสำเนียงไทย (Page 27–30,,) เช่น การใช้เสียงแบบ Thai tones, การออกเสียงคำศัพท์ต่าง ๆ ที่แตกต่างจากมาตรฐานภาษาอังกฤษ รวมถึงการแสดงความเป็น Thainess ในภาษา (Page 27–30,,).

3. **คุณลักษณะทางไวยากรณ์และโครงสร้างประโยค:** Tenglish แสดงออกในด้านโครงสร้างและไวยากรณ์ เช่น การแปลตรงตัว การใช้คำซ้ำ การสร้างคำใหม่ การใช้คำย่อและคำตัด ซึ่งเป็นผลมาจากการผสมผสานวัฒนธรรมและภาษาในบริบทการสื่อสารของไค้ท้องถิ่น (Page 17–18,) รวมถึงการใช้วลีและประโยคที่สะท้อนถึงความเป็นไทยในภาษาอังกฤษ.

4. **ทัศนคติของไค้ท้องถิ่น:** พบว่าความรู้สึกของไค้ต่อการใช้ Tenglish มีความหลากหลาย โดยส่วนใหญ่ยังไม่ภาคภูมิใจในภาษาอังกฤษแบบไทย แต่ก็ยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว (Page 27,) รวมถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นทางการและความเหมาะสมในการใช้ Tenglish ในบริบทงาน (Page 33,).

5. **การรับรู้และการยอมรับในสังคม:** มีการอธิบายว่าชุมชนและกลุ่มภาษาอังกฤษในประเทศไทย ยังคงมีความเห็นที่หลากหลายต่อ Tenglish โดยในช่วงทศวรรษ 1980 ก็มีการถกเถียงเรื่องความถูกต้องและความเป็นทางการของ English ที่ใช้ในประเทศไทย และมักมีความรู้สึกไม่แน่ใจหรือไม่ภาคภูมิใจในภาษาไทยอังกฤษของตนเอง (Page 27,).

สรุปโดยรวม เท่าที่ศึกษามา พบบ่งชี้ว่า Tenglish เป็นรูปแบบภาษาที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งมีความเป็นเอกลักษณ์และสะท้อนความเป็นไทยในระดับวัฒนธรรมและการสื่อสารในอุตสาหกรรมท่องเที่ยว แม้ว่าจะถูกมองว่าเป็นภาษาที่ไม่ถูกต้องตามหลักภาษามาตรฐาน แต่ก็มีมีความสำคัญในด้านการสื่อสารและสร้างอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มผู้ใช้ภาษาในบริบทเฉพาะนี้

3. คู่มือการท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุ

คู่มือมีวัตถุประสงค์ทางทะเลที่ออกแบบสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้สูงวัย การใช้ภาษาและการสื่อสารมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายนี้ โดยทั่วไปจะต้องใช้ภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นมิตร เพื่อส่งเสริมความรู้สึกปลอดภัยและความสบายใจในการรับข้อมูล นอกจากนี้ การสื่อสารควรเน้นการสร้างสัมพันธ์ส่วนตัวและการเล่าเรื่องที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อกระตุ้นความสนใจและความผูกพันทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาลักษณะทางภาษาของคู่มือมีวัตถุประสงค์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่าใช้โครงสร้างประโยคแบบผสมระหว่างภาษาไทยและอังกฤษ (Tenglish) ซึ่งมีการละเว้นกริยาเชื่อมและคำสรรพนาม พร้อมคำศัพท์ทับศัพท์และภาษาถิ่นทางการ เช่น วลีเชิญชวนเชิงอารมณ์ ("Welcome to our beautiful island") เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นกันเองและต้อนรับอย่าง



อบอุ่น ขณะที่คู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษา เน้นโครงสร้างมาตรฐานและศัพท์เชิงวิชาการ เช่น "reef conservation" พร้อมกลวิธีโน้มน้าวใจด้วยคำคุณศัพท์ขั้นสูงและคำถามเชิงวาทีศิลป์ ซึ่งสะท้อนการส่งเสริมการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนและความปลอดภัย

ในบริบทของการฝึกอบรมมัคคุเทศก์ทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุ ยังมีการเน้นความสำคัญของการใช้ภาษาอังกฤษที่เป็นมาตรฐานและชัดเจนตามข้อกำหนดของ STCW (Standards of Training, Certification and Watchkeeping for Seafarers) เพื่อความปลอดภัยและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพบนเรือ (International Transport Workers' Federation, 2019) นอกจากนี้คู่มือและการฝึกอบรมยังต้องคำนึงถึงการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้สูงอายุเพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำสามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้จริง

สรุปได้ว่า ภาษาและการสื่อสารในคู่มือมัคคุเทศก์ทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุควรมีลักษณะดังนี้ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และเป็นมิตร มีการผสมผสานวัฒนธรรมท้องถิ่นเพื่อสร้างความผูกพันทางอารมณ์ คำนึงถึงความปลอดภัยและข้อมูลเชิงเทคนิคในระดับที่เหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐานสากลด้านภาษาและการสื่อสารในงานทางทะเล

3. ระเบียบวิธีการวิจัย (Methodology)

3.1 กลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยกลุ่มตัวอย่างคือเอกสารคู่มือการท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุจากทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ โดยเลือก 3 ประเทศ สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย เป็นกลุ่มเปรียบเทียบหลัก เนื่องจากทั้งสามประเทศเป็นตลาดนักท่องเที่ยวที่ใช้ภาษาอังกฤษขนาดใหญ่ที่สุดของไทย และคิดเป็นประมาณ 42% ของนักท่องเที่ยวชาวตะวันตกที่เดินทางเข้าไทย (Tourism Authority of Thailand, 2023) ทั้งยังมีอุตสาหกรรมท่องเที่ยวทางทะเลที่ได้รับการยอมรับในระดับโลก รวมถึงมาตรฐานและแนวปฏิบัติสำหรับนักท่องเที่ยวสูงอายุที่ครอบคลุมมากที่สุด (UNWTO, 2020; Australian Government, 2022; VisitBritain, 2023; U.S. Department of the Interior, 2023) นอกจากนี้ทั้งสามประเทศยังเป็นตัวแทนของความหลากหลายทางวัฒนธรรมและรูปแบบภาษาอังกฤษหลัก ได้แก่ British English, American English และ Australian English ซึ่งช่วยเพิ่มคุณค่าในการเปรียบเทียบด้านการสื่อสารและการออกแบบเนื้อหาสำหรับผู้สูงอายุ (Richards, 2021; Smith & Puczko, 2014) นอกจากนี้ศึกษาจากเอกสารทั้งสิ้น 12 แหล่ง แบ่งเป็นเอกสารจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เอกสารที่จัดทำระหว่างปี พ.ศ. 2560-2565 โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้สูงอายุ และเน้นการท่องเที่ยวทางทะเล การเก็บข้อมูลดำเนินการผ่านการรวบรวมเอกสารจากห้องสมุดดิจิทัล แหล่งออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ และฐานข้อมูลงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ

3.2 เครื่องมือในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ และการใช้สถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ คือ ตารางกรอบวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis Framework) ซึ่งออกแบบขึ้นเฉพาะสำหรับศึกษาคู่มือการท่องเที่ยว โดยแบ่งหมวดหมู่การวิเคราะห์เป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ลักษณะการใช้ภาษา (ศัพท์เฉพาะ, ระดับภาษา, โครงสร้างประโยค), (2) การนำเสนอด้านวัฒนธรรม, (3) เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางทะเล และ



(4) การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ถูกสังเคราะห์เชิงคุณภาพ และใช้การตรวจสอบความเชื่อถือได้โดยวิธีการ Triangulation ระหว่างเอกสารแต่ละแหล่ง และการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของการตีความข้อมูล ทั้งนี้ ไม่ได้ใช้การวิเคราะห์เชิงสถิติเชิงปริมาณ แต่เน้นการสังเคราะห์เปรียบเทียบเชิงเนื้อหา (qualitative content comparison).

4. ประเด็นการศึกษาเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ทางสำนวนภาษา (Stylistic Analysis)

1.1 การเลือกใช้คำศัพท์

คู่มือมีคฤเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยนิยมใช้คำทับศัพท์ และคำผสมไทย-อังกฤษ เช่น “Tom Yam Seafood” หรือ “long-tailed boat” ซึ่งสะท้อน Tingles และวัฒนธรรมไทย (Bennui, 2017) โดยใช้คำทั่วไป เช่น “nice”, “beautiful” เพื่อให้เข้าใจง่าย แต่ขาดความแม่นยำ ในขณะที่คู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษามักใช้คำเฉพาะทางเช่น “marine biodiversity”, “tidal patterns” ที่มีความชัดเจนและเป็นมาตรฐาน (Laosirattanachai, 2021)

2. ภาพพจน์และการบรรยาย

คู่มือมีคฤเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยใช้คำเปรียบเทียบ เช่น “น้ำใสเหมือนกระจก” เพื่อสร้างจินตนาการ และใช้การเล่าเรื่องวัฒนธรรมท้องถิ่นเพื่อสร้างอารมณ์ร่วม

คู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษา ใช้เครื่องมือวาทศิลป์ เช่น คำถามเชิงวาทศิลป์ “Have you ever dreamed...?” และคำกล่าวเกินจริง “the best vacation ever!” รวมถึงคำบรรยายเชิงประสาทสัมผัส เช่น “crystal-clear water” เพื่อกระตุ้นการจินตนาการ

3. กลยุทธ์การโน้มน้าวใจ

คู่มือมีคฤเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยใช้ภาษาเชิงการและเน้นการสร้างความสัมพันธ์ เช่น “Let’s enjoy snorkeling together” พร้อมเชื่อมโยงกับวัฒนธรรม

คู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษา ใช้คำคุณศัพท์เชิงบวกและข้อมูลเชิงวิชาการ เช่น “unforgettable experience”, “marine ecosystem” เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและกระตุ้นความสนใจ

4. การใช้วลีเชิญชวน

คู่มือมีคฤเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยเน้นความอบอุ่นและความเป็นมิตร เช่น “Welcome to our beautiful island”

คู่มือเจ้าของภาษา เน้นความตื่นเต้นและแรงจูงใจ เช่น “Discover the wonders of the reef” โดยอ้างอิงจากสื่อการสอนภาษาอังกฤษสำหรับมีคฤเทศก์ เช่น EnglishClub, Your Native Teacher



5. ความแตกต่างในประเด็นวัฒนธรรม

คู่มือมัคคุเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยเน้นความสุภาพ ความผูกพันแบบครอบครัว และกิจกรรมท้องถิ่น โดยมีความยืดหยุ่นในการบริการ

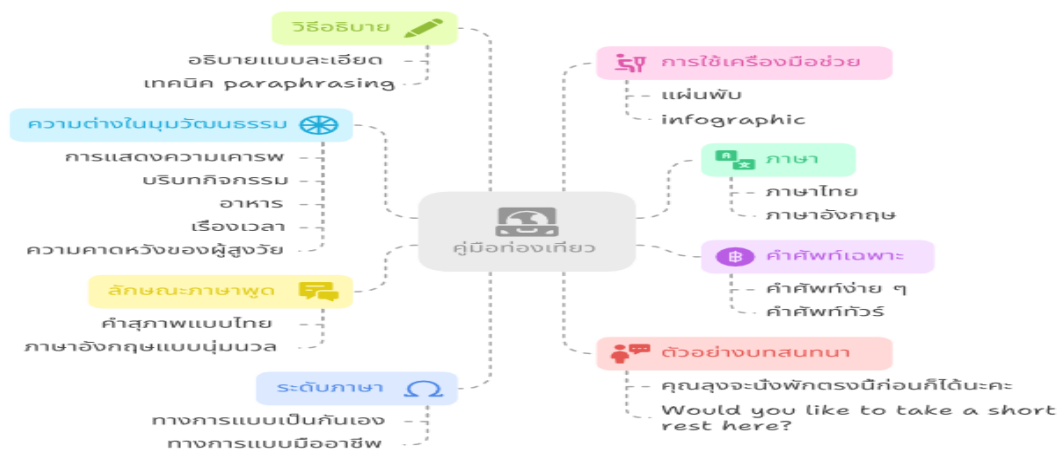
คู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศไทยของภาษา เน้นความเป็นมืออาชีพ เคารพความเป็นส่วนตัว ตรงต่อเวลา และให้บริการที่ตอบสนองเฉพาะกลุ่ม เช่น อาหารพิเศษ

ตารางที่ 1.1 ความแตกต่างด้านภาษาและการสื่อสาร

หัวข้อ	คู่มือมัคคุเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย	คู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศไทยของภาษา
ภาษา	ใช้ภาษาไทยเป็นหลัก	ใช้ภาษาอังกฤษ (หรือแปลได้หลายภาษา เช่น เยอรมัน ฝรั่งเศส)
คำศัพท์เฉพาะ	เน้นคำศัพท์ง่าย ๆ เช่น “ชายหาด”, “คลื่น”, “เดินเล่น”	เน้นคำศัพท์ที่ใช้ในทัวร์ เช่น <i>cruise</i> , <i>shoreline</i> , <i>marine biodiversity</i>
ลักษณะภาษาพูด	ใช้คำสุภาพแบบไทย เช่น “คุณลุง/คุณป้า”, “เชิญทางนี้ค่ะ”	ใช้ภาษาอังกฤษแบบนุ่มนวล เช่น “Please take your time”, “Would you like a rest?”
ระดับภาษา	ทางการแบบเป็นกันเอง	เป็นทางการแบบมืออาชีพ (Professional yet friendly)
ตัวอย่างบทสนทนา	“คุณลุงจะนั่งพักตรงนี้ก็ได้นะคะ”	“Would you like to take a short rest here?”
วิธีอธิบาย	อธิบายแบบละเอียด ช้า ใช้ภาษาทางการ	ใช้เทคนิค paraphrasing, speaking clearly, and confirming understanding
การใช้เครื่องมือช่วย	อาจใช้แผ่นพับ รูปภาพ	ใช้ infographic, audio guide, หรือ mobile app ที่รองรับผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1.2 ความต่างในมูมวัฒนธรรม (Cultural Considerations)

หัวข้อ	คู่มือมีคฤเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย	คู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษา
การแสดงความเคารพ	ยกมือไหว้ ใช้สรรพนามแบบให้เกียรติ	การสบตา, พุด “Sir/Madam” หรือเรียกชื่อ
บริบทกิจกรรม	มุ่งเน้นวัฒนธรรมท้องถิ่นชายหาดไทย	เน้นวัฒนธรรมยุโรป เช่น เมืองท่าเก่า พิพิธภัณฑ์ทางทะเล
อาหาร	ต้องใส่ใจเรื่องรสชาติและการปรุง	ต้องใส่ใจอาหารเฉพาะกลุ่ม (มังสวิรัติ, แพ้อาหารทะเล)
เรื่องเวลา	ยืดหยุ่นตามสภาพ	ตรงต่อเวลา และแจ้งเวลาชัดเจนทุกกิจกรรม
ความคาดหวังของผู้สูงวัย	ต้องการความใส่ใจเหมือน “ลูกหลานดูแล”	ต้องการ “บริการมีอาชีพ ไม่ล่วงเกินสิทธิส่วนตัว”



รูปที่ 1 การเปรียบเทียบคู่มือมีคฤเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย และคู่มือท่องเที่ยวทางทะเลของประเทศเจ้าของภาษา

การอภิปรายผล

การจัดทำคู่มือท่องเที่ยวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการออกแบบเนื้อหาและภาษาที่ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมาย โดยควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สื่อสารด้วยเครื่องมือเสริม เช่น แผ่นพับหรือบทสนทนาตัวอย่าง (Bennui, 2017; Phuengpitipornchai & Teo, 2021; Laoriandee, 2021) ภาษา Tinglish ที่พบในคู่มือไทยช่วยสร้างบรรยากาศเป็นกันเองและสะท้อนวัฒนธรรมไทย ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเข้าถึงง่าย (Bennui, 2017) ขณะที่คู่มือจากประเทศเจ้าของภาษามุ่งเน้นเนื้อหาเชิงลึกและภาษาทางการ โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (Phuengpitipornchai & Teo, 2021) งานวิจัยยังชี้ว่าผู้สูงอายุต้องการข้อมูลที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับวัฒนธรรม เช่น ความสุภาพ อาหารอ่อน และกิจกรรมที่เหมาะสมกับสุขภาพ (Emerald Insight, n.d.; Thai Government Department of Marine and Coastal Resources, n.d.;



Laoriandee, 2021) โดยสรุป คู่มือที่ดีควรมีความยืดหยุ่น ครอบคลุม และสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถวางแผนการเดินทางและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเหมาะสมในทุกมิติ ทั้งด้านภาษา วัฒนธรรม และสุขภาพ (Laoriandee, 2021)

บทสรุป

การศึกษาคู่มือมัคคุเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุพบความแตกต่างชัดเจนระหว่างไทยและประเทศเจ้าของภาษา (อังกฤษ/อเมริกัน/ออสเตรเลีย) คู่มือไทยเน้นภาษาสุภาพแบบไทย (การไหว้ สรรพนามให้เกียรติ) และการดูแลแบบครอบครัว มีโครงสร้างยืดหยุ่นพร้อมภาพประกอบ ในขณะที่คู่มือต่างประเทศใช้ภาษามืออาชีพแต่เป็นมิตร เน้นคำศัพท์เฉพาะทางเทคนิคการสื่อสารชัดเจน (เช่น paraphrasing) และเครื่องมือช่วยสื่อสารที่หลากหลายกว่า (infographics, mobile apps) โดยมีโครงสร้างเป็นระบบแบ่งหมวดหมู่ชัดเจน ข้อเสนอแนะสำหรับไทยคือพัฒนามาตรฐานเนื้อหา เพิ่มสื่อช่วยสอน และฝึกทักษะการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมเพื่อยกระดับสู่มาตรฐานสากล

ข้อเสนอแนะเพื่อยกระดับคู่มือมัคคุเทศก์ท่องเที่ยวทางทะเลสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย ให้เหมาะกับการใช้งานในระดับสากล ควรพัฒนาเนื้อหาให้มีความเป็นมาตรฐานมากขึ้น เช่น จัดหมวดหมู่เนื้อหาอย่างชัดเจน เพิ่ม infographics และแบบฝึกหัดภาษาอังกฤษในสถานการณ์จริง รวมถึงฝึกเทคนิคการสื่อสารแบบมืออาชีพ เพื่อให้มัคคุเทศก์สามารถดูแลผู้สูงอายุจากหลากหลายวัฒนธรรมได้อย่างมั่นใจและเป็นมิตร พร้อมทั้งส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเสริมการอธิบาย เช่น audio guide หรือแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่ายสำหรับผู้สูงอายุ



รายการอ้างอิง

- American Sailing. (n.d.). *40 sailing phrases to know*. <https://asa.com/news/2022/06/13/40-sailing-phrases-to-know/>
- Bennui, P. (2017). A reflection of Thai English used by tour guides along the Andaman Sea. *Humanities, Arts and Social Sciences Studies*, 17(3), 233–266. <https://doi.org/10.14456/sujsha.2017.30>
- Bennui, P. (2017). Speaking Tenglish for professional communication: A reflection of Thai English used by tour guides along the Andaman Sea. *Humanities, Arts and Social Sciences Studies*, 17(3), 233–266. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/hasss/article/download/107000/84672/272347>
- Chueasuai, P. (2022). Analysing the Thai to English Translations of Tourism Discursive Elements in the Tourism Authority of Thailand’s English Webpages.
- Dann, G. M. S. (1977). Anomie, ego-enhancement and tourism. *Annals of Tourism Research*, 4(4), 184–194. [https://doi.org/10.1016/0160-7383\(77\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0160-7383(77)90026-6)
- EnglishClub. (2025). *English vocabulary for tour guides*. <https://www.englishclub.com/english-for-work/tour-guide-vocabulary.php>
- EnglishClub. (n.d.). *Sample tour guide speech in English | English for work*. <https://www.englishclub.com/english-for-work/tour-guide-speech.htm>
- Emerald Insight. (n.d.). Senior citizen tourists’ push and pull motivations: an approach–avoidance perspective.
- Laoriandee, W. (2021). From Experience to Classroom Activities: Preparing EIL Hosts for Visitors to Thailand.
- Laosirattanachai, P. (2021). *Applying lexical profiling to construct technical word lists for Thai tourist guides*.
- Leiper, N. (1990). *Tourism systems: An interdisciplinary perspective*. Department of Management Systems, University of Strathclyde.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40. [https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(99\)80003-2](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(99)80003-2)
- Phuengpitipornchai, K. & Teo, A. (2021). You Understand I Na Ka?: A Study of Comprehensibility of Thai English to Foreign Tourists.
- SpeakLanguages.com. (n.d.). *English phrases for travelling by boat*. <https://www.speaklanguages.com/english/phrases/travelling-by-boat>
- Thai Government Department of Marine and Coastal Resources. (n.d.). *The First Meeting on dugong conservation in the Indian Ocean and South-east Asian*



region under the auspices of the Convention on Migratory Species (CMS).
https://www.cms.int/sites/default/files/document/Inf_02_1st_Dugong_Mtg_Rpt_0.pdf

The Koh Samui Guide. (2023). *The best Thailand travel guidebooks.*
<https://www.thekohsamuiguide.com/post/thailand-travel-guide>

Vansook, A. (2021). Thai tour guides' perception toward English communication skills.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework.*
<https://iris.who.int/handle/10665/67215>

Your Native Teacher. (n.d.). *Being a tour guide in English: Key phrases and vocabulary.*
<https://yournativeteacher.com/english-tour-guide-phrases/>



The background of the page features a large, faint watermark of the Thammasat University seal. The seal is circular, with the Thai text "มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์" (Mahavithayalai Thammassat) along the top arc and "THAMMASAT UNIVERSITY" along the bottom arc. In the center of the seal is a stylized lotus flower with a tiered pedestal above it.

ผลงานวิชาการนำเสนอแบบบรรยายและตีพิมพ์เผยแพร่
ในรายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการ
ด้านนักวิจัยรุ่นใหม่



พัฒนาการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย Legal developments to protect the rights and welfare of the elderly in Thailand

ธิติพัทธ์ ชาป่ง^{1*} และเกียรติศักดิ์ แสงอรุณ²

*Corresponding author E-mail address: thitipat.char@dome.tu.ac.th

บทคัดย่อ

ภายหลังการปฏิรูประบอบราชาธิปไตยในปี พ.ศ.2545 ประเทศไทยได้ออกมาตรการเพื่อรองรับการเป็นสังคมสูงวัยผ่านกฎหมายสำคัญคือพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งเกิดขึ้นก่อนที่ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) อย่างเป็นทางการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 แม้จะเป็นกฎหมายที่ได้ถูกตราขึ้นมาด้วยเหตุผลหลักจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 54 ที่ใช้อยู่ในขณะนั้นกำหนดเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุให้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ แต่ถือเป็นกฎหมายหลักที่รองรับการเป็นสังคมสูงวัยของประเทศไทยได้ทันทั่วถึงจนถึงขณะนี้กฎหมายดังกล่าวได้ถูกปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมมาแล้ว 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2553 และครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2560 ทั้งนี้เพื่อเป็นการเพิ่มสิทธิประโยชน์แก่ผู้สูงอายุให้มากขึ้นในรัฐสวัสดิการ และเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงของประเทศและของโลกรอบด้านโดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม นอกจากกฎหมายระดับพระราชบัญญัติแล้วยังมีกฎหมายที่มีลำดับศักดิ์รอง ๆ ลงมาที่เป็นการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนผู้สูงอายุ เช่น กฎกระทรวงสาธารณสุขที่ออกเมื่อ พ.ศ. 2563 เกี่ยวกับการกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ การกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย การให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงหรือ ข้อบัญญัติขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบลที่ว่าด้วยการควบคุมกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ เป็นต้น กฎหมายเหล่านี้ล้วนบัญญัติขึ้นเพื่อผู้สูงวัยที่จะได้รับสิทธิในด้านต่าง ๆ รวมทั้งก่อให้เกิดสิทธิประโยชน์ต่อองค์กรด้านผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไป บทความนี้จะนำเสนอแนวทางการส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์สิทธิแก่ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยมุ่งเน้นมิติด้านกฎหมายเพื่อให้สามารถนำไปบังคับใช้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ , กฎกระทรวง , ข้อบัญญัติท้องถิ่น

¹ โรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² คณะวิทยาการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



Abstract

After the civil service reform in 2002, Thailand has issued measures to support the aging society through an important law, the Act on the Elderly, B.E. 2546 (2003 A.D.) This law was enacted before Thailand officially became an aged society in 2005. Although this law was enacted for the main reason of the Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2540, Section 54, which was in use at that time, stipulates the rights of the elderly to receive assistance from the state, it is considered the main law that supports the country's aging society in a timely manner. So far, the law has been amended twice: once in 2010 and once in 2017 in order to increase the benefits for the elderly in the welfare state and to comply with the changes in the country and the world, especially in the economic, social and cultural aspects. In addition to the Act, there are also secondary laws that protect, promote and support the elderly, such as the Ministry of Public Health Regulation issued in 2020 on the designation of care businesses for the elderly or dependents as other businesses in health establishments. Setting standards for locations, safety, and services in health care establishments such as elderly care or dependent care businesses, or regulations of various local administrative organizations, especially sub-district administrative organizations regarding the control of elderly care services at the homes of service recipients, etc. These laws are all enacted to provide rights to the elderly and to create benefits for organizations related to the elderly and the general public. This article presents guidelines for promoting welfare and protecting the rights of the elderly population in Thailand, focusing on legal aspects to ensure concrete implementation.

Keywords: the Act on the Elderly, Ministerial regulations, Local regulations

บทนำ

โลกกำลังก้าวเข้าสู่ยุคที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าจะมีจำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เกิน 1 พันล้านคนทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยซึ่งก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) มาตั้งแต่ปี 2548 เนื่องจากมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ จน 20 ปี ผ่านไป ข้อมูลด้านประชากรในปี 2567 พบว่า มีประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น 65.97 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 13.34 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.23 ปรากฏการณ์นี้ทำให้สรุปได้ว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มตัวแล้วในปี 2568 และคาดว่าจะในอีก 15 ปีข้างหน้าคือปี 2583 (ค.ศ.2040) จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 31.28 (วิช เกษมทรัพย์, 2564; กรมอนามัย, 2567)

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างมากทั้งในระดับชาติและในระดับโลก เนื่องจากมีผลกระทบอย่างกว้างขวางในระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) รายได้ต่อหัวของประชากร การออมและการลงทุน งบประมาณของรัฐบาล การจ้างงานและผลิตภาพของแรงงาน และระดับสุขภาพ ได้แก่ ผลต่อตลาดผลิตภัณฑ์และบริการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการเงินและด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนสำคัญที่ต้องการการวางแผนอย่างเป็นระบบและควรดำเนินการล่วงหน้า เนื่องจากมาตรการต่าง ๆ หลายประการ ล้วนแล้วแต่ต้องใช้เวลาในการดำเนินการ กว่าที่จะเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม ประเทศไทยเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจึงมีการเตรียมการเพื่อรองรับ ยิ่งเมื่อมีจำนวนของผู้สูงอายุมากขึ้นทุกปีและเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว ยิ่งต้องออกแบบมาตรการหรือนโยบายรองรับ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในทุก ๆ มิติ ซึ่งมาตรการทางกฎหมายก็เป็นหนึ่งเครื่องมือที่ช่วยขับเคลื่อนการดำเนินการเพื่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุ ให้รัฐสามารถดำเนินนโยบายที่เป็นประโยชน์แก่ประชากรกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี

แผนปฏิบัติการเพื่อผู้สูงอายุในระดับนานาชาติ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ริเริ่มจัดการประชุมระดับโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (World Assembly on Ageing : WAA I) ขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อปี 2525 (ค.ศ. 1982) ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ประเทศไทยซึ่งเป็นภาคีสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ ก็ส่งผู้แทนไปร่วมประชุมในครั้งนี้ด้วย โดยการประชุมระดับโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุในครั้งนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นถึงเจตนารมณ์ ความตระหนัก และความห่วงใยของบรรดาประเทศภาคีสมาชิกองค์การสหประชาชาติที่มีต่อผู้สูงอายุทั่วโลก ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่องในทุกภูมิภาคของโลก และเป็นสถานการณ์ที่องค์การสหประชาชาติเรียกร้องให้ทุกประเทศในโลกร่วมกันผลักดันและร่วมดำเนินการเพื่อให้ความคุ้มครองดูแลและจัดให้มีสวัสดิการพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2557)

ผลสรุปของการประชุมในครั้งนั้นได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศเวียนนาว่าด้วยผู้สูงอายุ (The Vienna International Plan of Action on Ageing) ปี ค.ศ. 1982



(พ.ศ. 2525) ซึ่งนับเป็นแผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุฉบับแรกที่ได้รับการรับรองโดยองค์การสหประชาชาติเพื่อให้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Framework) โดยแผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ The Vienna International Plan of Action on Ageing ค.ศ. 1982 (พ.ศ. 2525) ฉบับนี้ได้มีข้อเสนอให้ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติร่วมมือกันขับเคลื่อนให้เกิดความก้าวหน้าในการดำเนินงาน โดยมีประเด็นสำคัญประกอบด้วย การจัดเก็บข้อมูล (Data collection) การวิจัย (Research) การวิเคราะห์ (Analysis) การฝึกอบรมและการศึกษา (Training and Education) การดูแลด้านสุขภาพและโภชนาการ (Health and Nutrition) การปกป้องคุ้มครองผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค (protection of elderly consumers) ที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อม (Housing and Environment) ครอบครัว (Family)สวัสดิการสังคม (Social Welfare) ความมั่นคงด้านรายได้ (Income Security) การทำงาน (Employment) และการส่งเสริมความรู้และการศึกษาในผู้สูงอายุ (Education) ทั้งนี้ในกระบวนการดำเนินงาน ประเทศภาคีสมาชิกจำเป็นต้องมีข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้จากการจัดเก็บ การศึกษาวิจัย ตลอดจนการ วิเคราะห์ เพื่อการวางแผนและการกำหนดนโยบาย ต่อมาในปี 2534 (ค.ศ.1991) องค์การสหประชาชาติได้จัดทำหลักการขององค์การสหประชาชาติสำหรับผู้สูงอายุขึ้น (United Nations Principles for older Persons) โดยมีสาระสำคัญกำหนดไว้ 18 ประการดังนี้ (เทศบาลเมืองบางกรวย, ม.ป.ป.)

1. ผู้สูงอายุควรจะได้รับอาหาร น้ำ ที่พักอาศัย เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ โดยผ่านกระบวนการในด้าน งบประมาณ ครอบครัว ความช่วยเหลือจากชุมชน และการ ช่วยเหลือตัวเอง
2. ผู้สูงอายุควรจะมีโอกาสที่จะทำงานเพื่อหารายได้ เพิ่มเติมมาใช้จ่าย
3. ผู้สูงอายุควรจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเมื่ออยู่ในกลุ่ม หรือออกจากกลุ่มของผู้ใช้แรงงาน
4. ผู้สูงอายุควรจะได้รับการศึกษาและฝึกอบรมที่เหมาะสม
5. ผู้สูงอายุควรมีสิทธิที่จะได้พักอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับบุคลิกภาพ
6. ผู้สูงอายุควรมีสิทธิพักอาศัยอยู่ในบ้านนานเท่าที่สามารถจะทำได้
7. ผู้สูงอายุควรจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งกำหนดนโยบายซึ่งมีผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่อันดี และแลกเปลี่ยนความรู้ตลอดจนประสบการณ์กับบุคคลวัยอื่น ๆ
8. ผู้สูงอายุควรได้รับสิทธิในการแสวงหาและพัฒนาโอกาสที่จะให้บริการแก่ชุมชน และอาสาสมัครทำงานในตำแหน่งที่เหมาะสมกับความสนใจ ความสามารถของแต่ละคน
9. ผู้สูงอายุควรมีสิทธิก่อตั้งขบวนการหรือสมาคมเพื่อผู้สูงอายุด้วยตนเอง
10. ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับประโยชน์จากครอบครัวและชุมชนในการอุปการะเลี้ยงดูและการปกป้องคุ้มครอง
11. ผู้สูงอายุควรมีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยเพื่อให้สามารถดำรงสภาวะทางร่างกายและจิตใจและอารมณ์อย่างดี รวมทั้งการป้องกันโรคต่าง ๆ
12. ผู้สูงอายุควรมีสิทธิได้รับการบริการทางสังคมและกฎหมาย เพื่อประโยชน์ในการครองชีพ และการอุปการะเลี้ยงดู



13. ผู้สูงอายุควรมีสติได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์ในการคุ้มครองป้องกัน การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมทางด้านสังคมและจิตใจในสภาพแวดล้อมที่มั่นคง

14. ผู้สูงอายุควรได้รับสิทธิมนุษยชนทั้งปวง รวมทั้งเสรีภาพพื้นฐานในการดำรงชีวิต การดูแลเอาใจใส่และการปฏิบัติด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ การเคารพในเกียรติศักดิ์ ความเชื่อถือความต้องการและความเป็นส่วนตัว รวมทั้งสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และคุณภาพชีวิต

15. ผู้สูงอายุควรมีสติแสวงหาโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างสมบูรณ์

16. ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับประโยชน์จากปัจจัยทางการศึกษา วัฒนธรรม ศาสนา และ นันทนาการของสังคมอย่างเหมาะสม

17. ผู้สูงอายุควรมีสติดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีความมั่นคงปลอดภัย และปลอดภัยจากการทำร้ายทางด้านร่างกายและจิตใจ

18. ผู้สูงอายุควรได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรมโดยไม่คำนึงถึงวัย เพศ เชื้อชาติ ภูมิหลัง ความพิการ หรือสถานะอื่น ๆ รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจ

ทั้งนี้องค์การสหประชาชาติได้เผยแพร่และขอความร่วมมือให้ประเทศภาคีสมาชิกร่วมกัน ดำเนินการด้านผู้สูงอายุในทิศทางที่สอดคล้องกับหลักการดังกล่าวด้วย

ปี 2542 (ค.ศ.1999) เป็นปีที่องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีผู้สูงอายุสากล และกำหนดให้วันที่ 1 ตุลาคมของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุสากล เพื่อให้ประเทศภาคีสมาชิกร่วมกัน จัดกิจกรรม เฉลิมฉลองและร่วมกันเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแสความตระหนักเพื่อให้ สาธารณชนให้ความสนใจ และร่วมกันใส่ใจดูแล ให้ความเกื้อหนุนผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลไทยในขณะนั้น ได้ร่วมเฉลิมฉลอง “ปีผู้สูงอายุสากล” ดังกล่าวด้วยการประกาศ “ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย” ที่เป็นการแสดงออกถึงเจตนารมณ์ ความตระหนักและความเอาใจใส่ของรัฐบาลในการคุ้มครอง ปกป้อง และดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสาระสำคัญของปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (Thailand Declaration on Older Persons) มีดังนี้ (กรมประชาสงเคราะห์, 2542)

ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการ พิตักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิด ความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่าง ต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าถึงความ เปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนเองให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่ เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและ เห็นชีวิตมีคุณค่า



ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจร โดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

ข้อ 6 ผู้สูงอายุควรมีบทบาท และส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน สังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน และกับบุคคลทุกวัย

ข้อ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ ค้ำครอง และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูต่อบุพการีและความเอื้ออาทรต่อกัน

สำหรับประเทศไทยในปีที่ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศเวียนนาว่าด้วยผู้สูงอายุ (The Vienna International Plan of Action on Ageing) เมื่อ ปี ค.ศ. 1982 (พ.ศ. 2525) คณะรัฐมนตรีในขณะนั้นก็ได้มีมติให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี ซึ่งเป็นวันสงกรานต์ ให้เป็นวัน “ผู้สูงอายุแห่งชาติ” ด้วย และได้มีการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติตั้งแต่นั้นจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งได้เริ่มจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ.2525 - 2544) การกำหนดนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535 - 2554) ทั้งนี้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติถึงเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ ในหมวดของสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยและหน้าที่ชนชาวไทยเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ หลังจากนั้น หน่วยงานต่าง ๆ ได้พิจารณายกร่าง พระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุเพื่อเป็นการนำเจตนารมณ์ในเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ ดังที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หลักการของสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ พัฒนาเป็น แผนงาน นโยบาย และมาตรการต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติ รัฐธรรมนูญฉบับนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้การดำเนินการเพื่อสิทธิของผู้สูงอายุค่อย ๆ เริ่มเติบโตขึ้นในประเทศไทย ให้ผู้บริหารภาคส่วนต่าง ๆ ถือปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้สูงอายุไทยมาจนปัจจุบัน



กฎหมายเพื่อผู้สูงอายุของประเทศไทย

ภายหลังจากแผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุฉบับแรกที่ได้รับการรับรองโดยองค์การสหประชาชาติเกิดขึ้นมาในปี 2525 ทำให้หลายประเทศเริ่มมีมาตรการเพื่อรองรับกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรนี้มากขึ้น ในส่วนของประเทศไทยการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นเมื่อ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่มีบทบัญญัติกล่าวถึงผู้สูงอายุ เป็นบทบัญญัติภายใต้ หมวด 5 ว่าด้วยแนวนโยบายแห่งรัฐ ในมาตรา 81 ดังนี้

“มาตรา 81 รัฐพึงช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีสุขภาพ กำลังใจ และความหวังในชีวิต เพื่อสามารถดำรงตนอยู่ได้ตามสมควร”

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุไว้ใน มาตรา 54 และมาตรา 80

“มาตรา 54 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

“มาตรา 80 มาตรา 80 รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาค ของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน

รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้”

รัฐธรรมนูญฉบับต่อ ๆ มาก็ได้บัญญัติหลักการในการช่วยเหลือคนกลุ่มนี้ชัดเจนเพิ่มมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของประชากรในสังคม โดย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้มีบทบัญญัติที่กำหนดหลักการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้ดังนี้

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

“มาตรา 40 บุคคลย่อมมีสิทธิในกระบวนการยุติธรรม ดังต่อไปนี้

(6) เด็ก เยาวชน สตรีผู้สูงอายุ หรือผู้พิการหรือทุพพลภาพ ย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสม และย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางเพศ”

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

“มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ”

“มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุผู้ยากไร้ผู้พิการ หรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้”

“มาตรา 84 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้



(4) จัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง”

สำหรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มีบทบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุในมาตรา 71 วรรค 3 ดังนี้

“รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด พิ้นฟูและเยียวยาผู้ถูกระทำการดังกล่าว”

อย่างไรก็ตามนอกจากกฎหมายรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดที่ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับจากรัฐ ภายหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้มีการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ขึ้น เพื่อให้ได้กฎหมายที่ครอบคลุมทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุและเพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนต่อสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ซึ่ง พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 นี้ได้มีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมมาแล้ว 2 ครั้ง เป็นพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 และ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นการให้บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทยให้มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตามมาตรา 11 ดังนี้

(1) การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็ว แก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ (2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต (3) การส่งเสริมการประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม (4) การพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน (5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม (7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ (8) การช่วยเหลือในกรณีที่ได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง (9) การให้คำแนะนำ ปรีกษา หรือการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางแก้ไขปัญหาครอบครัว (10) การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง (11) การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม (12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี (13) การจัดบริการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด (14) การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑสถาน โบราณสถาน หอจดหมายเหตุแห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด (15) ด้านการลดหย่อนภาษีเงินได้ และการลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้บริจาคทรัพย์สินเงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ และ (16) ด้านกองทุนผู้สูงอายุ

นอกจากนั้นพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดให้มีการจัดตั้ง คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) มีสถานะเป็นกลไกระดับชาติด้านผู้สูงอายุ (National Focal Point) โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีหน้าที่หลักในการกำหนดทิศทางการนโยบาย และจัดทำแผนหลัก



เพื่อการปกป้องคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนสถานภาพ บทบาท รวมทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ในระดับกระทรวงนอกจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่รัฐมนตรีต้องรักษาการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ แล้ว กระทรวงสาธารณสุขก็เป็นอีกหนึ่งกระทรวงที่มีบทบาทสำคัญในการพิทักษ์สิทธิและดำเนินมาตรการเพื่อผู้สูงอายุมาโดยตลอด จึงได้มีกฎหมายระดับกระทรวงออกมาเพื่อบังคับใช้ให้เหมาะสมกับภารกิจ เช่น กฎกระทรวงกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563 สืบเนื่องจากมีสถานประกอบการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากเพื่อให้ความช่วยเหลือ ดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งการบริการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานและหลักวิชาการอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มารับบริการได้ ดังนั้น เพื่อให้การประกอบกิจการมีมาตรฐาน มีการให้บริการโดยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญและผ่านการอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะ และมีการช่วยเหลือ ดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างปลอดภัย สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคลได้ จึงได้มีการออกกฎกระทรวงนี้เพื่อกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ให้อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับดูแลตามกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ นอกจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขยังได้ตรากฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2563 ให้สอดคล้องกับกฎกระทรวงกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563 ที่ออกมาพร้อมกัน และเป็นไปตาม มาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามพระราชบัญญัติอยู่ด้วย

นอกจากนี้ยังมีกฎหมายในระดับท้องถิ่น ทั้งเทศบัญญัติ หรือ ข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบลต่าง ๆ ที่ออกมาเพื่อควบคุมกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการ ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้รับบริการขยายตัวอย่างรวดเร็วตามสภาพของสภาวการณ์ด้านสุขอนามัยและการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุ หน่วยงานผู้รับผิดชอบเหล่านั้นจึงเห็นถึงความจำเป็นต้องกำกับดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการดังกล่าว รวมทั้งเป็นการยกระดับมาตรฐานการประกอบกิจการให้ถูกสุขลักษณะ อนามัย และเกิดความปลอดภัยกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้รับบริการได้รับความคุ้มครองและมีความปลอดภัยจากการรับบริการ และผู้ให้บริการมีคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ตามมาตรฐานการให้บริการ

บทวิเคราะห์และแนวทางการพัฒนา

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หากผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตย่อมเป็นภาระทั้งด้านงบประมาณและการบริหารจัดการของภาครัฐโดยไม่อาจปฏิเสธได้ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาภาครัฐจึงได้เสนอการดำเนินการด้วยกลไกทางกฎหมายซึ่งมีความครอบคลุมตั้งแต่ระดับพระราชบัญญัติมาจนถึงระดับข้อบัญญัติของท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ในทางฝ่ายบริหารย่อมต้องมีหลักประกันทางสังคมที่เหมาะสมเพื่อให้ประชาชนมีรายได้เพียงพอที่จะใช้เลี้ยงชีพไปจนถึงวัยที่ต้องเป็นผู้สูงอายุ สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งเป็นไปเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้คนไทยทุกคนก่อนที่จะถึงช่วงวัยเหล่านั้นที่ทุกคนต้องประสบในช่วงสุดท้ายของชีวิต ที่ผ่านมามีการพิจารณาศึกษาแนวทางทั้งในระดับกระทรวงที่เกี่ยวข้องคือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระดับกรมการในสภาผู้แทนราษฎร หรือวุฒิสภา ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบบำนาญขั้นพื้นฐานของประชาชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการทำมาหากินของประชาชนในทุกระดับ มีการเสนอต่อรัฐบาลให้ปรับการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากแบบขั้นบันไดเป็นระบบบำนาญพื้นฐานประชาชนแบบถ้วนหน้า ให้กับผู้สูงอายุทุกคนในอัตรา 1,200 บาท ต่อคนต่อเดือน โดยให้ผู้สูงอายุที่กำหนดถึงเกณฑ์ได้รับสิทธิเท่ากันทุกคน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและลดภาระการพึ่งพิงกับประชาชนวัยแรงงานทั้งเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในแต่ละวัน อย่างไรก็ตามการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบถ้วนหน้านี้นี้ต้องคำนึงถึงความยั่งยืนทางการเงินและคลังของประเทศในระยะยาว เนื่องจากในอนาคตภาครัฐอาจได้รับผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ควบคู่กับวิกฤตเด็กเกิดน้อยอาจก่อให้เกิดข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทั้งรายได้และรายจ่ายของประชากรในวัยทำงานที่ลดลง ส่งผลให้ฐานภาษีปรับตัวลดลงและจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ย่อมทำให้ภาระการจ่ายสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เพิ่มสูงขึ้นไปด้วย

อย่างไรก็ตามแนวทางการพัฒนาเพื่อการพิทักษ์สิทธิและส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืนได้ในทางปฏิบัติคือความเคร่งครัดในบทบัญญัติแห่งกฎหมายในทุกระดับ และการทำงานอย่างบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกิจการของผู้สูงอายุ โดยมีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมมือกับ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงคมนาคม สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สถาบันวิทยาลัยชุมชน หรือมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ที่พร้อมสนับสนุนภูมิปัญญาอันมีคุณค่าจากผู้สูงอายุ พร้อมกันนั้นก็จะต้องมีการเตรียมแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่วัยทำงานเพื่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ไม่เป็นภาระของคนวัยอื่น ๆ ในสังคม มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถเข้าถึงระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพและด้านสภาพแวดล้อม ที่พักอาศัยและสถานที่ที่ผู้สูงอายุจะต้องใช้ทำกิจกรรมหรือใช้ประโยชน์ร่วมกัน ให้ได้รับการปรับปรุงให้มีความเหมาะสม ปลอดภัยในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นไปตามที่กฎหมายในทุก ๆ ระดับได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนแล้วด้วย สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลถึงการให้ความสำคัญกับพลังของสังคมที่จะเป็นหมุดหมายการสร้างสังคมของการเคารพและเรียนรู้ร่วมกัน



บทสรุป

ตั้งแต่การปรากฏสิทธิของผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2534 จนถึงการมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ตลอดจนกลไกที่เป็นเครื่องมือทางกฎหมายอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการบังคับใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ นับเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ได้สร้างความร่วมมือเชิงบูรณาการจากภาคส่วนต่าง ๆ ช่วยกันบริการดูแลและเอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม และมีความจริงจังมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 นั้น ได้จุดประกายและสร้างกระแสนโยบายสาธารณะที่เป็นความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการมีบทบาทร่วมดูแลและจัดให้มีบริการสาธารณะแก่ผู้สูงอายุในบริบทที่กว้างขวางและหลากหลายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการจัดบริการในมิติด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนบริการเพื่อความสะดวกสบายในการดำรงชีวิตประจำวัน มองเห็นการทำงานร่วมกันของภาคส่วนรัฐ คือ กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการคลัง กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น รวมทั้งภาคเอกชน องค์กรธุรกิจต่าง ๆ ที่สนับสนุนสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ ถือเป็นกำลังใจในการมีชีวิตที่มีคุณภาพ เพื่อสร้างสังคมผู้สูงอายุที่มีความสุขร่วมกัน



รายการอ้างอิง

- กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2563
- กฎกระทรวงกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563
- กรมประชาสัมพันธ์. (2542). *ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย*. กองสวัสดิการสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม.
- กรมอนามัย. (2567). 'รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตัวชี้วัดที่ 3.22 ร้อยละของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้าน ตามชุดสิทธิประโยชน์' สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. เข้าถึงได้จาก https://eh.anamai.moph.go.th/th/322-2568/download?id=123560&mid=39530&mkey=m_document&lang=th&did=36186 เมื่อ 11 พฤษภาคม 2568.
- เทศบาลเมืองบางกรวย. (ม.ป.ป.). *คู่มือกฎหมายสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ*. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองบางกรวย จังหวัดนนทบุรี.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560
- วิชช์ เกษมทรัพย์. (2564). 'ไทยพร้อมหรือไม่' กับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์' กองบริหารงานทั่วไป สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. เข้าถึงได้จาก op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-22-2/ เมื่อ 11 พฤษภาคม 2568.
- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. (2557). *การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยได้กรอบพันธกรณี องค์การสหประชาชาติ : แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing : MIPAA)*. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.



การพัฒนาไฮโดรเจลอัลจินต/ยางอะคาเซียบรรจุผงขมิ้นชันรักษาแผลในช่องปาก
Development of Turmeric extract-Loaded Alginate-Acacia Gum Hydrogel
for Oral Ulcer Treatment

ธัญรดา มณีรัตนพร^{1*}, ศศิภา สันตะวัน¹,
พิชาญญาณ์ จันธู¹, ปัทมา ยานู¹ และชวลิต มนัสพล²

*Corresponding author E-mail address: sasipa2550.25@gmail.com

บทคัดย่อ

แผลร้อนใน เป็นแผลที่เกิดขึ้นบริเวณเยื่อในช่องปาก ในปัจจุบันสามารถบรรเทาด้วยการใช้ยาในรูปแบบเจลหรือขี้ผึ้ง ซึ่งอาจหลุดและแปะไม่สนิทกับบริเวณแผล งานวิจัยนี้ต้องการพัฒนาแผ่นไฮโดรเจลที่ประกอบด้วยโซเดียมอัลจินต (SA) ร่วมกับยางอะคาเซีย (AG) ที่สามารถหาได้ง่าย เพื่อควบคุมการปลดปล่อยสารออกฤทธิ์ชนิดเคอร์คูมิน ขมิ้นชัน (สารสกัดอภัยภูเบศร (Abh)) ทำการศึกษาอัตราการเตรียม อัตราการปลดปล่อยสารสกัดขมิ้นชัน ฤทธิ์ด้านการอักเสบ และความเข้ากันได้ทางชีวภาพด้วยเซลล์ L929 โดยแผ่นไฮโดรเจลนี้เตรียมขึ้นจากโซเดียมอัลจินต (0.5 และ 1% w/v) ยางอะคาเซีย (0.05 – 0.40% w/v) และสารสกัดอภัยภูเบศร (ปริมาณ 5 – 20 มิลลิกรัม) โดยใช้แคลเซียมคลอไรด์ (3.2 M) เป็นสารเชื่อมเพื่อขึ้นรูปแผ่นไฮโดรเจล ผลการทดลองพบว่าแผ่นไฮโดรเจลที่มีโซเดียมอัลจินต 1% w/v และยางอะคาเซีย 0.4% w/v ร่วมกับสารสกัดอภัยภูเบศร 20 มิลลิกรัม สามารถควบคุมการปลดปล่อยสารสกัดขมิ้นชันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทดสอบในหลอดทดลองพบว่าการปลดปล่อยสารสกัดอภัยภูเบศรปริมาณ 237.67 ไมโครกรัมภายใน 6 ชั่วโมง มีประสิทธิภาพในการยับยั้งเอนไซม์ LOX2 ได้ 36.8% เมื่อเทียบกับสารควบคุม (Quercetin) การทดสอบความเป็นพิษต่อเซลล์ตามมาตรฐาน ISO 10993 Part 5 พบว่าไม่มีความเป็นพิษอย่างมีนัยสำคัญ โดยเซลล์ L929 มีอัตราการรอดชีวิตประมาณร้อยละ 75 – 80 โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์แสดงให้เห็นว่าแผ่นไฮโดรเจลที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้มีศักยภาพในการนำไปใช้เป็นตัวเลือกในการรักษาแผลร้อนในได้ต่อไป

คำสำคัญ: แผลร้อนใน, ขมิ้นชัน, แผ่นไฮโดรเจล

¹ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่

² สถาบันวิศวกรรมชีวการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่



Abstract

Aphthous ulcers are the most common oral ulcers. However, the effectiveness of existing treatments like gel-based ointments is unclear due to inconsistent release of active compounds. This study aimed to develop a hydrogel sheet from sodium alginate combined with Acacia gum to control the release of curcumin from Abhaibhubejhr brand by assessing the released curcumin, anti-inflammatory, and biocompatibility testing against L929 cell line. The hydrogel sheet was prepared by cross-linking sodium alginate (0.5 and 1% w/v) with Acacia gum (0.05 - 0.40% w/v) using 3.2 M CaCl_2 as a crosslinker. Abhaibhubejhr (5 - 20 mg) was added during the mixture of sodium alginate and Acacia gum. Results showed that a hydrogel sheet containing 1% w/v of sodium alginate and 0.4% w/v of Acacia gum incorporated with 20 mg of Abhaibhubejhr, was effectively prepared and controlled turmeric extract release. *In vitro* studies demonstrated that 237.67 μg of Abhaibhubejhr was released by diffusion within 6 hours. This release translated to 36.8% LOX inhibition activity compared to the standard, quercetin. Cytotoxicity testing using L929 cells, conducted according to ISO 10993 Part 5, indicated no significant cytotoxicity, with cell survival rates approximately 75–80% and no observable cell deformation using both bare hydrogels and turmeric extract-loaded hydrogels. The hydrogel sheet shows potential for aphthous ulcer treatment.

Keywords: Aphthous ulcer, Turmeric, Hydrogel,



ความเป็นมาของปัญหาหรือบทนำ

แผลร้อนในในช่องปากเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในปัจจุบัน โดยในระดับนานาชาติ มีรายงานแผลร้อนในเกิดขึ้นในทุกทวีปที่มีประชากร โดยมีอัตราการกระจายตัวประมาณ 2-66% ของประชากรโดยรวมของโลกในปี พ.ศ. 2551 (Casiglia, Mirowski, & Nebesio, 2008) โดยจะแผลที่เกิดขึ้นจะมีรูปแบบเป็นวงกลมหรือวงรีขึ้นกับบริเวณที่เกิดโรค อาจมีขนาดเล็กในระดับมิลลิเมตรถึงเซนติเมตร ซึ่งแผลร้อนในเป็นแผลที่สร้างความเจ็บปวดและรบกวนการดำรงชีวิตประจำวัน สามารถหายได้เองภายในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาจะบรรเทาอาการและลดความระคายเคืองในผู้ป่วยได้ โดยยาที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะอยู่ในรูปแบบทาแบบเนื้อเจลหรือขี้ผึ้งที่มีองค์ประกอบของสารในกลุ่มสเตียรอยด์ เช่น ไตรแอมซิโนโลน ซึ่งสามารถถูกชะล้างไปด้วยของเหลวในช่องปากได้ง่าย ทำให้การออกฤทธิ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพน้อยรวมถึงต้องทาหรือป้ายซ้ำเมื่อตัวเนื้อยาถูกชะล้างออกไป

ทีมวิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาไฮโดรเจลจากสารธรรมชาติที่สามารถหาทั่วไป มีแนวโน้มที่จะสามารถควบคุมการปลดปล่อยสารต้านอักเสบได้ โดยใช้สารออกฤทธิ์จากขมิ้นชัน (*Curcuma longa* Linn. หรือ *C. longa*) ที่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ต้านการอักเสบ (Kaur, Al-Khazaleh, Bhuyan, Li, & Li, 2024) อีกทั้งยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ขมิ้นชันเปรียบเทียบกับการใช้ยาสเตียรอยด์ triamcinolone acetonide 0.1% พบว่าขมิ้นชันสามารถลดอาการปวด เจ็บ ปวด บวม และแดงที่เกิดจากแผลร้อนในได้ (Casiglia et al., 2008) และไม่พบผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย

ดังนั้นการศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ขึ้นรูปแผ่นไฮโดรเจลจากโซเดียมอัลจิเนตซึ่งมีคุณสมบัติในการสร้างเจลเมื่อทำปฏิกิริยากับแคลเซียม และยางอะคาเซียที่มีส่วนผสมของสารสกัดขมิ้นชัน เพื่อพัฒนารูปแบบการนำส่งยาแบบหนึ่งเพื่อรักษาแผลร้อนใน โดยทำการศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของสารก่อนเจลที่ใช้และศึกษาหาประสิทธิภาพการปลดปล่อยสารสำคัญจากแผ่นไฮโดรเจล และทำการทดสอบฤทธิ์ต้านการอักเสบและความปลอดภัยในเซลล์ไฟโบรบลาสต์จากสารที่ปลดปล่อยมาจากแผ่นไฮโดรเจล

การดำเนินการวิจัย

การเตรียมไฮโดรเจล: ไฮโดรเจลถูกเตรียมโดยใช้โซเดียมอัลจิเนต (SA) ที่ความเข้มข้น 0.5 - 1% (w/v) ผสมกับสารเพิ่มความหนืด Acacia gum (AG) ที่ความเข้มข้นแตกต่างกันตั้งแต่ 0.05 - 0.40% (w/v) และเติมสารสกัดขมิ้นชันจากอภัยภูเบศร (Abh) ที่ระดับความเข้มข้น 5, 10 หรือ 20 มิลลิกรัม การเชื่อมโยงโครงสร้างของไฮโดรเจลดำเนินการโดยใช้แคลเซียมคลอไรด์ (CaCl_2) ที่ความเข้มข้น 3.2 โมลาร์ ดังตารางที่ 1 เพื่อให้ได้โครงสร้างไฮโดรเจลที่มีความคงตัว



Sample	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
SA (% w/v)	0.5									1.0								
GA (% w/v)	0.05			0.20			0.40			0.05			0.20			0.40		
Abh (mg)	50	10	20	50	10	20	50	10	20	50	10	20	50	10	20	50	10	20

ตารางที่ 1 แสดงส่วนประกอบของแผ่นไฮโดรเจล

การวิเคราะห์คุณลักษณะของสารสกัดขมิ้นชัน:

การวิเคราะห์ปริมาณฟลาโวนอยด์ (Total Flavonoid Content; TFC): การวิเคราะห์ปริมาณสารฟลาโวนอยด์ใช้วิธี aluminum chloride colorimetric method (Shraim, Ahmed, Rahman, & Hijji, 2021) โดยเตรียมตัวอย่างสารละลายของขมิ้นชัน ผสมกับสารละลาย $AlCl_3$ (10% w/v) ในอัตราส่วน 1:1 จากนั้นบ่มไว้ที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลา 15 นาที แล้ววัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 435 นาโนเมตร โดยผลลัพธ์จะแสดงเป็นปริมาณเทียบเท่าไมโครกรัมของ quercetin (ไมโครกรัม quercetin/มิลลิกรัมขมิ้นชัน)

การวิเคราะห์การปลดปล่อยและการวิเคราะห์เชิงปริมาณ: ตัวอย่างแผ่นไฮโดรเจลขนาดประมาณ 3.8 ตารางเซนติเมตร ที่มีสารขมิ้นชันที่ระดับความเข้มข้นต่าง ๆ ($n = 3$) ถูกนำไปทดสอบการปลดปล่อยสารด้วยการแช่ในน้ำกลั่นปริมาตร 1 มิลลิลิตร และตั้งไว้ที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ภายใต้การเขย่าที่ความเร็ว 90 รอบต่อนาที โดยจะเก็บตัวอย่างสารละลายที่ปลดปล่อยออกมาในช่วงเวลาระหว่าง 24 ชั่วโมง โดยตัวอย่างแต่ละชุดถูกเติม DMSO: dimethyl sulfoxide ในอัตราส่วน 10% (v/v) และวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ความยาวคลื่น 425 นาโนเมตร จากนั้นคำนวณปริมาณขมิ้นชันที่ปลดปล่อยโดยอ้างอิงจากกราฟมาตรฐานขมิ้นชันที่ความเข้มข้น 50 – 1000 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร

การศึกษา release kinetic: นำข้อมูลการปลดปล่อยสารจากการวิเคราะห์การปลดปล่อยและการวิเคราะห์เชิงปริมาณมาศึกษาแนวโน้มของวิธีการปลดปล่อยสาร โดยอ้างอิงค่าความสอดคล้องหรือค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (r^2 : coefficient of determination) จากสมการ 3 สมการ คือ Zero order release, First order release และ Higuchi release model (Cascella et al., 2024)



สมการ Zero order release:

$$Q_t = Q_0 + K_0 t$$

สมการ First order release:

$$Q_0 = Q_0 e^{-Kt}$$

สมการ Higuchi release:

$$Q_t = K_H \sqrt{t}$$

Q_t = ปริมาณสะสมของสารที่ถูกปลดปล่อยออกมา ณ เวลาต่าง ๆ

Q_0 = ปริมาณสารสกัดขมขึ้นเริ่มต้น

K_0 = ค่าคงที่ของ Zero order

K = ค่าคงที่ของ First order

K_H = ค่าคงที่ของ Higuchi release

t = เวลา

การประเมินฤทธิ์ต้านการอักเสบ (Anti-inflammatory Activity): ประสิทธิภาพในการต้านการอักเสบของสารขมขึ้นที่ปลดปล่อยออกมาจากแผ่นไฮโดรเจลถูกประเมินโดยการทดสอบฤทธิ์ของเอนไซม์ LOX-2 โดยเตรียมเอนไซม์ LOX ที่ระดับความเข้มข้น 400 ไมโครโมลต่อนาที่ ต่อมิลลิตร ใน 0.2 M Borate buffer, pH9 ทำการไปเติมปริมาตรของเอนไซม์ 975 μ l ผสมกับสารตัวอย่างที่เก็บได้ในช่วงเวลา 3 และ 6 ชั่วโมง 25 μ l จากนั้นเติมสารตั้งต้น (Linoleic acid, 250 ไมโครโมลาร์ ใน 0.2 M Borate buffer, pH9) ปริมาตร 1,000 μ l และวัดการเกิดผลิตภัณฑ์ที่ความยาวคลื่น 234 นาโนเมตร โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่มีสารยับยั้ง และกลุ่มควบคุมบวกที่ใช้สารมาตรฐาน คือ quercetin ซึ่งเป็นฟลาโวนอยด์ มีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ (Li et al., 2022)

LOX inhibition activity (%)

$$= \frac{\text{Absorbance of control} - \text{Absorbance of sample}}{\text{Absorbance of control}} \times 100$$

การทดสอบความเป็นพิษต่อเซลล์ (Cytotoxicity Testing): การประเมินความเป็นพิษต่อเซลล์ดำเนินการตามมาตรฐาน ISO 10993-5 โดยใช้เซลล์ L929 ที่เพาะเลี้ยงในความหนาแน่น 10,000 เซลล์ต่อหลุม และบ่มไว้เป็นเวลา 24 ชั่วโมงก่อนการทดลอง จากนั้นให้เซลล์สัมผัสกับสารละลายที่ปลดปล่อยจากไฮโดรเจลที่เก็บในช่วงเวลา 3, 6 และ 24 ชั่วโมง และประเมินความมีชีวิตของเซลล์โดยใช้การทดสอบ MTT โดยวัดค่าการดูดกลืนแสงที่ 570 นาโนเมตร (Li et al., 2022)

ทุกการทดลองจะดำเนินการทำซ้ำอย่างน้อย 3 ซ้ำ และเปรียบเทียบค่าผลที่ได้ตามความแตกต่างทางสถิติผ่าน student *t*-test

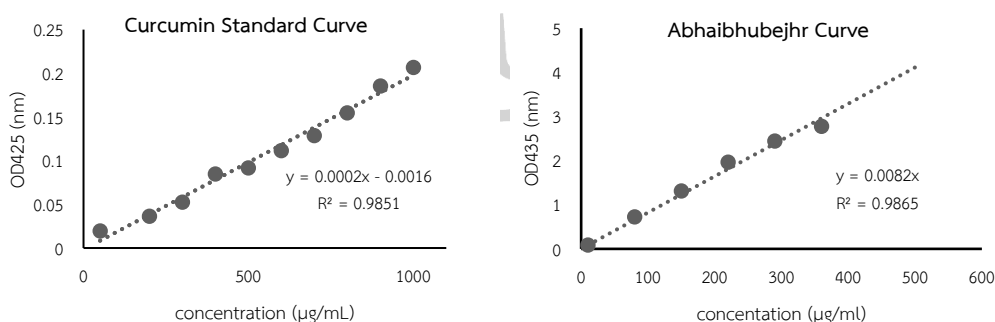


ผลการวิเคราะห์และการอภิปรายผล

การเตรียมแผ่นไฮโดรเจลโดยใช้โซเดียมอัลจิเนต (SA) ที่ระดับความเข้มข้น 0.5 และ 1% w/v สามารถขึ้นรูปเป็นแผ่นไฮโดรเจลได้ทุกระดับความเข้มข้น อย่างไรก็ตามที่ระดับความเข้มข้น 1% แผ่นไฮโดรเจลจะมีลักษณะความคงตัวและการกลายเป็นแผ่นที่ดีกว่าการใช้ระดับความเข้มข้นที่ 0.5% สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Lee & Mooney, 2012) ที่อธิบายไว้ว่า ความเข้มข้นของ SA ที่สูงขึ้นจะเพิ่มความหนาแน่นและความแข็งแรงของโครงสร้างไฮโดรเจลอย่างมีนัยสำคัญ แผ่นไฮโดรเจลที่มี SA ที่ระดับ 1% จึงถูกเลือกและใช้ในการทดสอบถัดไปรวมกับการผสมสารเพิ่มความหนืด (AG) โดยการเปรียบเทียบแผ่นไฮโดรเจลที่มี AG ที่ระดับ 0.40% ร่วมกับ SA 0.5% และ 1% พบว่า การใช้ระดับ SA และ AG ที่ 1% และ 0.40% สามารถขึ้นรูป คงความแข็งแรงและเสถียรภาพได้ดี แม้การเพิ่ม AG จะส่งผลให้น้ำหนักแผ่นลดลง แต่ความแตกต่างทางเนื้อสัมผัสไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงเลือกสูตร SA 1% w/v + AG 0.40% w/v สำหรับการทดลองเพิ่มเติม รวมถึงการเติมสารสกัดเข้มข้นจากอภัยภูเบศร (Abh) และศึกษาการปลดปล่อยสารออกฤทธิ์ ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงแผ่นไฮโดรเจลสูตร SA 1% w/v และ AG 0.4% w/v ที่บรรจุ Abh ปริมาณ 20 มิลลิกรัม งานวิจัยนี้ใช้สารเข้มข้นจากอภัยภูเบศร (Abh) โดยได้ทำการวัดค่าปริมาณสารฟลาโวนอยด์รวม (TFC) เพื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนสัดส่วน Abh ต่อเคอร์คูมินบริสุทธิ์ ผลการทดลองพบว่าสารละลาย Abh ที่ความเข้มข้น 50, 75 และ 100 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร มีปริมาณฟลาโวนอยด์เท่ากับ 17.61, 25.17 และ 34.11 ไมโครกรัม ตามลำดับ ผ่านการคำนวณจากกราฟมาตรฐานของเคอร์คูมิน และเปรียบเทียบได้ค่าเฉลี่ยเคอร์คูมินได้เท่ากับ 2.92 ไมโครกรัมต่อ 1 ไมโครกรัมของ Abh แสดงให้เห็นว่าสารสกัด Abh สามารถให้ปริมาณเคอร์คูมินที่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับเคอร์คูมินบริสุทธิ์



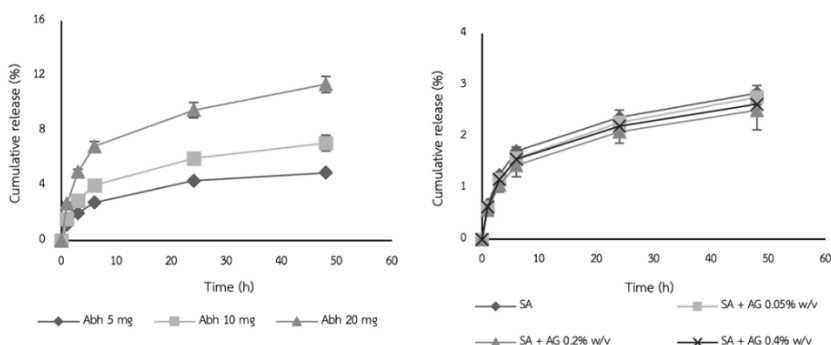
รูปที่ 2 กราฟมาตรฐานในการวิเคราะห์ปริมาณฟลาโวนอยด์ และปริมาณเคอร์คูมิน



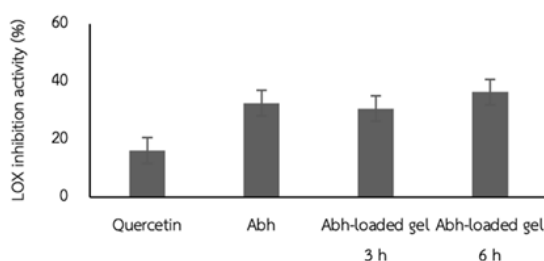
จากการศึกษาการปลดปล่อยพบว่าแผ่นไฮโดรเจลที่มีองค์ประกอบ SA ร้อยละ 1 ต่อน้ำหนัก, AG ร้อยละ 0.4 ต่อน้ำหนักและ Abh 20 มิลลิกรัม สามารถปลดปล่อยสารสกัดขมิ้นชันได้มากกว่าสูตรที่มี Abh เพียง 5 มิลลิกรัมอย่างมีนัยสำคัญ (ดังรูปที่ 3) โดยการเพิ่มขึ้นของ AG สามารถลดการปลดปล่อยสารสกัดขมิ้นชันได้เล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ไฮโดรเจลชนิด SA เพียงอย่างเดียวที่ระดับ Abh ที่ 20 มิลลิกรัม ทั้งนี้กลไกการปลดปล่อยของสารสกัดจาก Abh ถูกอธิบายตามแบบจำลองของ Higuchi ซึ่งบ่งชี้ว่าเป็นกระบวนการควบคุมโดยการแพร่ผ่าน (diffusion-controlled release) ของเมทริกซ์ไฮโดรเจล และมีค่าความสอดคล้อง (r^2) มากกว่า 0.9600 เมื่อเปรียบเทียบกับแบบจำลองชนิด Zero order และ First order ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของ (Bakosz, 2024) ที่อธิบายการปลดปล่อยวิตามินซีจากระบบนำส่งต่าง ๆ โดยใช้ SA เป็นองค์ประกอบหลักในระบบ โดยพบว่าแบบจำลองแบบ Higuchi และ Korsmeyer-Peppas ให้อธิบายได้ดีที่สุด ผ่านการควบคุมโดยการแพร่และการบวมของเนื้อเจล (matrix)

การศึกษากฎด้านการอักเสบของสารที่ปลดปล่อยจากแผ่นไฮโดรเจลที่บรรจุสารสกัด Abh ในช่วงเวลา 3 และ 6 ชั่วโมง พบว่ามีการยับยั้งเอนไซม์ LOX-2 ได้ร้อยละ 30.64 และร้อยละ 36.37 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับสารละลาย Abh ที่ความเข้มข้น 100 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ซึ่งสามารถยับยั้ง LOX-2 ได้ร้อยละ 32.56 ขณะที่ quercetin ที่ความเข้มข้นเดียวกันยับยั้งได้เพียงร้อยละ 16.13 (ดังรูปที่ 4) โดยการปลดปล่อยของสารออกฤทธิ์จาก Abh ภายในไฮโดรเจลแสดงให้เห็นถึงลักษณะที่ขึ้นกับเวลา โดยการยับยั้ง LOX-2 ที่เพิ่มขึ้นจากชั่วโมงที่ 3 ไปยังชั่วโมงที่ 6 บ่งชี้ถึงลักษณะการปลดปล่อยแบบต่อเนื่อง ยาวนาน และยังแสดงให้เห็นความเสถียรของการมีฤทธิ์ของสารขมิ้นชันสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Menon & Sudheer, 2007) ที่ศึกษาการปลดปล่อยของสารเคอร์คูมินในการยับยั้งเอนไซม์สำคัญในกลุ่มการต้านการอักเสบ เช่น COX-2, LOX และ iNOS โดยฤทธิ์การต้านการอักเสบนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

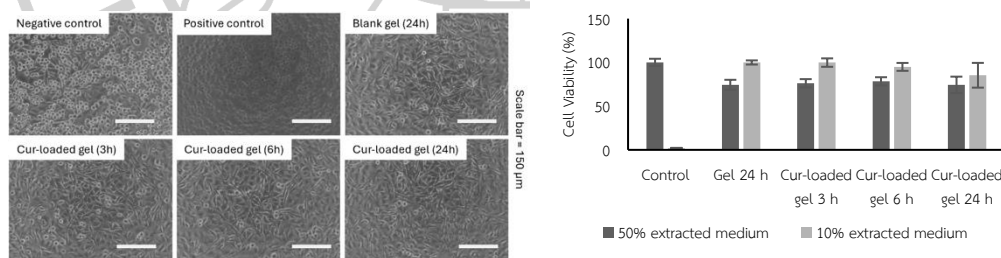
การทดสอบความเป็นพิษต่อเซลล์โดยใช้เซลล์ L929 พบว่าไม่มีความเป็นพิษอย่างมีนัยสำคัญทั้งในกรณีของตัวอย่างแผ่นไฮโดรเจลเปล่าและแผ่นไฮโดรเจลที่บรรจุ Abh อัตราการรอดชีวิตของเซลล์อยู่ในช่วงร้อยละ 75 ถึง 80 โดยใช้สารสกัดจากแผ่นไฮโดรเจลเปล่าในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง และสารสกัดจากแผ่นไฮโดรเจลที่บรรจุ Abh ในช่วงเวลา 3, 6 และ 24 ชั่วโมง พบว่าไม่พบการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์ (ดังรูปที่ 5) ทั้งนี้ สารสกัดที่ใช้ทดสอบถูกเจือจางในระดับ 50% และ 10% โดยงานวิจัยของ (Zhang, Cheng, & Ao, 2021) ที่ได้อธิบายถึงความเข้ากันได้ทางชีวภาพขององค์ประกอบของ SA กับเซลล์ชนิดต่าง ๆ รวมถึงเซลล์ชนิดไฟโบรบลาสต์ว่า SA จะไม่ส่งผลให้เกิดความเป็นพิษในระดับหลอดทดลอง (*in vitro*) รวมการนำไปใช้สำหรับการแพทย์อีกด้วย



รูปที่ 3 แสดงการปลดปล่อยสะสมของขมิ้นชันจากแผ่นไฮโดรเจลที่ประกอบด้วย SA 1% w/v และ AG 0.4% w/v ที่บรรจุ Abh ในปริมาณต่าง ๆ และการเปรียบเทียบไฮโดรเจลที่มีปริมาณ AG ต่าง ๆ โดยบรรจุ Abh ที่ 20 มิลลิกรัม ที่ปลดปล่อยจากแผ่นไฮโดรเจลในช่วง 3 และ 6 ชั่วโมง (n = 3)



รูปที่ 4 แสดงการยับยั้งเอนไซม์ LOX-2 ของ Abh จากแผ่นไฮโดรเจลที่ประกอบด้วย SA 1% w/v และ AG 0.4% w/v ที่บรรจุ Abh 20 มิลลิกรัม โดยสารตัวอย่างถูกปลดปล่อยจากแผ่นไฮโดรเจลในช่วง 3 และ 6 ชั่วโมง (n = 3)



รูปที่ 5 แสดงลักษณะรูปร่างเซลล์และอัตราการอยู่รอดของเซลล์ L929 ที่ทดสอบด้วยสารสกัดจากไฮโดรเจลที่บรรจุ Abh ณ ช่วงเวลาต่าง ๆ (n = 3)



สรุปผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาและวิเคราะห์ลักษณะของไฮโดรเจลที่มีส่วนประกอบจาก Abh เพื่อการประยุกต์ใช้ในการรักษาแผลในช่องปาก โดยพบว่าแผ่นไฮโดรเจลที่มีโซเดียมอัลจิเนต (SA) ความเข้มข้น 1% w/v แสดงความสม่ำเสมอและความคงตัวที่ดี และผสมสารเพิ่มความหนืด (AG) ที่ความเข้มข้น 0.40% w/v ช่วยเพิ่มสมบัติเหล่านี้ให้ดียิ่งขึ้น ทำให้สามารถควบคุมการปลดปล่อยเคอร์คูมินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีลักษณะการปลดปล่อยแบบควบคุมการแพร่กระจาย (diffusion-controlled mechanism) นอกจากนี้ Abh ที่ปลดปล่อยออกมาแสดงฤทธิ์ต้านการอักเสบอย่างมีนัยสำคัญ โดยสารที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบที่ถูกปลดปล่อยคือเคอร์คูมิน ซึ่งแสดงให้เห็นโดยการยับยั้งเอนไซม์ LOX-2 และแผ่นไฮโดรเจลดังกล่าวยังไม่แสดงความเป็นพิษต่อเซลล์ L929 อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่าไฮโดรเจลที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการเป็นระบบนำส่งสารสกัดขมิ้นชันสำหรับการรักษาแผลในช่องปาก โดยสามารถปลดปล่อยยาอย่างต่อเนื่อง มีฤทธิ์ต้านการอักเสบและไม่เป็นพิษต่อเซลล์



เอกสารอ้างอิง

- Bańkosz, M. (2024). Physicochemical Characterization and Kinetics Study of Polymer Carriers with Vitamin C for Controlled Release Applications. *Materials*, 17(22), 5502.
- Cascella, M., Semeraro, F., Montomoli, J., Bellini, V., Piazza, O., & Bignami, E. (2024). The breakthrough of large language models release for medical applications: 1-year timeline and perspectives. *Journal of Medical Systems*, 48(1), 22.
- Casiglia, J. M., Mirowski, G., & Nebesio, C. (2008). Aphthous stomatitis. *Medscape Reference*, 201, 267-270.
- Kaur, K., Al-Khazaleh, A. K., Bhuyan, D. J., Li, F., & Li, C. G. (2024). A review of recent curcumin analogues and their antioxidant, anti-inflammatory, and anticancer activities. *Antioxidants*, 13(9), 1092.
- Lee, K. Y., & Mooney, D. J. (2012). Alginate: properties and biomedical applications. *Progress in polymer science*, 37(1), 106-126.
- Li, M., Kamdenlek, P., Kuntanawat, P., Eawsakul, K., Porntaveetus, T., Osathanon, T., & Manaspon, C. (2022). In vitro preparation and evaluation of chitosan/pluronic F-127 hydrogel as a local delivery of crude extract of phycocyanin for treating gingivitis. *Chiang Mai Univ. J. Nat. Sci*, 21, e2022052.
- Menon, V. P., & Sudheer, A. R. (2007). Antioxidant and anti-inflammatory properties of curcumin. *The molecular targets and therapeutic uses of curcumin in health and disease*, 105-125.
- Shraim, A. M., Ahmed, T. A., Rahman, M. M., & Hijji, Y. M. (2021). Determination of total flavonoid content by aluminum chloride assay: A critical evaluation. *Lwt*, 150, 111932.
- Zhang, H., Cheng, J., & Ao, Q. (2021). Preparation of alginate-based biomaterials and their applications in biomedicine. *Marine Drugs*, 19(5), 264.



แอปพลิเคชัน สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในกลุ่มผู้สูงอายุ For the Elderly: A Life of Peace, Care, and Promote holistic health

ณัฐนันท์ สวัสดิ์อ่ำ^{1*}, เพ็ญพิชชา หินทอง¹,
คเชนพงษ์ กล่อมจิตต์¹ และธีรโชติ สิริจัย¹

*Corresponding author E-mail address: chen18kl@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) พัฒนาแนวทางในการควบคุมและดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมต่อสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมและแนะนำรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นพิเศษ เนื่องจากระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีแนวโน้มเสื่อมถอยลงตามวัย 3) เพื่อช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี กลุ่มเป้าหมายของการวิจัยได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยดำเนินการผ่านการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชัน “สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ” ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมอย่างยั่งยืนในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยประกอบด้วย 3 ฟังก์ชันหลัก ได้แก่ 1) อิ่มอุ่นใจ เป็นฟังก์ชันคำนวณปริมาณพลังงาน (แคลอรี) ที่เหมาะสมต่อวัน เพื่อสนับสนุนการรับประทานอาหารที่สมดุลและเหมาะสม 2) กายอุ่นใจ เป็นฟังก์ชันแนะนำการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ 3) จิตอุ่นใจ เป็นฟังก์ชันฝึกสมาธิและการผ่อนคลาย เพื่อบรรเทาความเครียดและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งในมิติของสุขภาพกายและสุขภาพจิตอันจะส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิต และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะการดำรงชีวิตที่เหมาะสมมีความสุขและมีความมั่นคงในช่วงวัยสูงอายุอย่างยิ่งยั้ง

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม, ผู้สูงอายุ, แอปพลิเคชัน สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ

¹ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนธรรมศาสตร์คลองหลวงวิทยาคม



Abstract

The research abstract aims to 1) develop guidelines for systematic control and supervision of elderly people's nutrition by focusing on raising awareness about the importance of food consumption that is beneficial and appropriate for their health and quality of life, 2) promote and recommend appropriate exercise patterns for the elderly. This is an age when special attention is needed because the function of various organs tends to deteriorate 3) to reduce stress and promote good mental health. The research target group is the elderly aged 60 or older through the application of the "aged, warm-hearted, health-conscious" application. It aims to promote sustainable holistic health among the elderly. The application consists of three main functions: 1) Im Aun Jai is the appropriate energy calculation function per day to support a balanced and appropriate diet 2) Aun Jai is a function to recommend safe exercise and It is suitable for the physical condition of the elderly. 3) Mind-warming is a function to practice meditation and relaxation to relieve stress and promote mental health of the elderly. The benefits are expected to be provided as a tool to promote care and support the elderly in both physical and mental health dimensions. Mental health that will affect the improvement of the quality of life and encourage the elderly to have a living condition that Appropriate, happy and stable in old age sustainably.

Keywords: Holistic Health Promotion Program, Elderly, Elderly Health Application



ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยประชากรไทยกว่า 65.9 ล้านคนมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) และคาดการณ์ว่าจะมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในทุก ๆ ปี ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นโดยปัญหาหลักที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ซึ่งปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทั้งนี้ โรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคข้อเข่าเสื่อม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 48.8 อัตราการป่วยด้วยโรคอ้วนร้อยละ 24.6 และอัตราการป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าร้อยละ 10 (กรมควบคุมโรค, 2566) ซึ่งโรคแต่ละชนิดที่กล่าวมาข้างต้น ล้วนต้องการการดูแลที่เหมาะสมและถูกวิธี เพื่อควบคุมอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจำเป็นต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างแท้จริง

นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนแล้ว ปัญหาด้านสุขภาพจิตก็ถือเป็นประเด็นสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุเช่นกัน (สุกัญญา แก่นงูเหลือม, 2564) เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายประการในชีวิต อารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุจึงมีความแปรปรวนเป็นพิเศษ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ประสบภาวะซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้าไม่ถือเป็นการเจ็บป่วยทางกาย แต่เป็นความบกพร่องทางจิตใจ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย อาทิ ความเสื่อมถอยของสมอง ความไม่สมดุลของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ที่อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีบทบาทลดลงในสังคม จนนำไปสู่การสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ภาวะการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง หรือโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ โดยการรักษาโรคเหล่านี้มักต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ก่อให้เกิดความเจ็บปวด รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่สูง อีกทั้งผลลัพธ์ของการรักษาในส่วนใหญ่ไม่สามารถทำให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหมดกำลังใจ ขาดความสุขในชีวิต มีความหดหู่ วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย และน้อยใจได้โดยง่าย เนื่องด้วยสังคมไทยในปัจจุบันได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

การให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหามืออาชีพที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อเป็นการตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว แอปพลิเคชัน สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ จึงได้รับการพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล รวมถึงผู้ที่ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง โดยแอปพลิเคชัน สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ มีบทบาทเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต อันเป็นการช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและความเป็นอยู่ที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

เนื้อหา

แอปพลิเคชัน สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ เป็นแอปพลิเคชันที่สร้างขึ้นมาเพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร โดยครอบคลุมทั้งในด้านของสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีพลังใจในการดำเนินชีวิตและยังคงสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเสริมสร้างความสุขจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตและส่งเสริมความผาสุกในระยะยาวอย่างแท้จริง ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้



1. อิ่มอุ่นใจ เป็นฟังก์ชันที่มุ่งเน้นการควบคุมและดูแลด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและเหมาะสมต่อสุขภาพ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการด้านพลังงานและสารอาหารที่แตกต่างจากกลุ่มวัยทำงานหรือบุคคลทั่วไป เนื่องจากการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายมีแนวโน้มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (สุพรรณิ พฤกษา, 2559) ภาวะดังกล่าวอาจส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น ดังนั้นการดูแลด้านโภชนาการจึงนับเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

เพื่อส่งเสริมการควบคุมด้านโภชนาการที่เหมาะสมในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงได้พัฒนานวัตกรรมการวิจัยผ่าน แอปพลิเคชัน “สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ” โดยภายในแอปพลิเคชันดังกล่าว ผู้พัฒนาจะนำเข้าฐานข้อมูลโภชนาการอาหารจากการบริโภคของคนไทย โดยจะสามารถคำนวณปริมาณ



พลังงาน (แคลอรี) ของอาหารแต่ละประเภทได้อย่างคร่าว ๆ โดยผู้ใช้งานสามารถใช้ฟังก์ชันการสแกนอาหารผ่านไอคอนกล้องถ่ายภาพในแอปพลิเคชัน นำกล้องไปส่องที่อาหาร ระบบจะประมวลผลและแสดงผลข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณพลังงานที่ได้รับจากอาหาร ซึ่งรวมถึงข้อมูลด้านแคลอรีที่สอดคล้องกับเมนูอาหารที่บริโภค ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่ปรากฏจะแสดงเป็นตัวเลขขนาดใหญ่ ชัดเจนและอ่านง่าย โดยตัวเลขที่ขึ้นมาจะแสดงปริมาณพลังงาน (แคลอรี) ที่จะได้รับจากอาหารชนิดนั้น เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านการมองเห็นหรือสายตา โดยมุ่งเน้นการใช้งานที่เข้าใจง่ายและเป็นมิตรกับผู้ใช้งานกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ ภายในระบบยังมีการพัฒนาฟังก์ชันสำหรับบันทึกข้อมูลการบริโภคพลังงานรายวัน โดยมีการกำหนดเป้าหมายการบริโภคพลังงานให้อยู่ในช่วงประมาณ 1,400–1,800 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งคำนวณจากความต้องการพลังงานเฉลี่ยของผู้สูงอายุ (ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก, 2563) ฟังก์ชันดังกล่าวช่วยให้สามารถติดตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแนวทางการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม การจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังที่มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะโภชนาการเกิน อีกทั้งยังเป็นแนวทางสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่ยั่งยืนในระยะยาว

อาหารนับเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคลในทุกช่วงวัย เนื่องจากเป็นแหล่งพลังงานหลักที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ การบริโภคอาหารจึงเป็นกิจกรรมที่ไม่สามารถละเลยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และสอดคล้องกับความต้องการของร่างกายในแต่ละช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว ทั้งนี้ อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการควรประกอบด้วยสารอาหารหลักครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ (พัชรานี ภวัตกุล, 2564) เพื่อสนับสนุนการเจริญเติบโต การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำสูตรอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ยกตัวอย่าง เช่น แกงตุ๋นใส่ปลาต้ม เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งมุ่งพัฒนาแนวทางการควบคุมและดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการสร้างความรู้ความตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมต่อสุขภาพร่างกาย รวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ



ภาพที่ 2 ตัวอย่างอาหารจานหลักภายในแอปพลิเคชัน

2. **กายอุ่นใจ** คือฟังก์ชันที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สมรรถภาพของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มขึ้น (โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่, 2562) ส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม เพื่อคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ (อุษณีย์ แป้นถึง, 2560) ได้แนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือประมาณสัปดาห์ละ 150 นาที เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพโดยรวม ด้วยเหตุนี้ แอปพลิเคชัน “สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ” จึงได้พัฒนาฟังก์ชัน “กายอุ่นใจ” เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งจัดเตรียมวิดีโอแนะนำท่าออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ โดยมีการออกแบบให้มีระดับความเข้มข้นปานกลาง เข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติตามได้ด้วยตนเองอย่างปลอดภัย จำนวน 15 ท่า โดยทำท่าละ 12 – 15 ครั้ง จำนวน 2 รอบ (เซต) ระยะเวลาพักระหว่างท่าบริหาร 30 วินาที อีกทั้งมีตารางบันทึกการออกกำลังกายต่อสัปดาห์และสรุปผลการออกกำลังกายในทุก ๆ เดือน เพื่อสามารถใช้เป็นข้อมูลในการประกอบการดูแลรักษา การดำเนินกิจกรรมผ่านฟังก์ชันดังกล่าว มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย รักษาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ ตลอดจนสนับสนุนการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ยกตัวอย่างท่าออกกำลังกาย เช่น



ท่าที่ 1 ยืนย่อเท้า

วิธีการปฏิบัติ: โดยจะปฏิบัติต่อเนื่องกัน 12 - 15 ครั้ง

- ยืนจับเก้าอี้ที่มั่นคงด้านหน้า 2 มือ หรือหากการทรงตัวดีขึ้น สามารถจับด้วยมือข้างเดียว
- ยื่นยกขา งอเข้าข้างขวาขึ้นสูงที่สุด แล้ววางลงแตะพื้นทำซ้ำข้างเดียวกัน 5 ครั้ง คลายในช่วงลดแขนลง และยกแขนขึ้นขณะสลับข้าง
- เปลี่ยนข้าง โดยทำแบบเดิม ซ้ำ 5 ครั้ง จากนั้น วนกลับมาทำข้างเดิมอีกครั้ง
- เมื่อเก่งขึ้นสามารถทำข้างเดียว 10 ครั้ง จึงสลับเปลี่ยนขาได้

ประโยชน์: ช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิต กระตุ้นการทำงานของข้อต่อและกล้ามเนื้อ รวมถึงช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของข้อเท้าและน่องขา

ท่าที่ 2 ยืนกางขา

วิธีการปฏิบัติ: โดยจะปฏิบัติต่อเนื่องกัน 12 - 15 ครั้ง

- ยืนแยกขาสองข้างความกว้างระดับไหล่ ใส่น้ำหนักหรือยางยืดที่ขาหรือข้อเท้า มือซ้ายจับเก้าอี้ที่มั่นคงและมีน้ำหนัก
- ถ่ายน้ำหนักไปขาซ้าย จากนั้นกางขาข้างขวาไปด้านข้าง โดยให้เข่าเหยียดตรง ยกขาสูง จากพื้นเท่าที่ไหว จากนั้นวางเท้ากลับมาที่พื้น
- จากนั้นเปลี่ยนมือมาจับเก้าอี้ด้วยข้างขวา ยืนทรงตัวด้วยขาขวา แล้วกางขาซ้ายออกทางด้านข้าง

ประโยชน์: ช่วยยืดกล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและสะโพก ลดอาการปวดหลัง และช่วยให้จิตใจสงบ

ท่าที่ 3 ทำยืนย่อเข้า

วิธีการปฏิบัติ: โดยจะปฏิบัติต่อเนื่องกัน 12 - 15 ครั้ง

- เริ่มจากยืนแยกขาสองข้างความกว้างระดับไหล่ หากทรงตัวไม่ค่อยดี หรือทำแรก ๆ อาจยืนจับเก้าอี้ที่มีน้ำหนักและมั่นคง
- ย่อเข่าลงช้า ๆ พยายามให้หลังตรง หรืออาจก้มไปด้านหน้าเพียงเล็กน้อย ไม่พับตัวก้มไปด้านหน้าเยอะ พยายามใช้กล้ามเนื้อขาให้มากที่สุด
- ย่อเข่าลงเท่าที่ไหว จากนั้นค่อยเกร็งสะโพกและยืนขึ้น

ประโยชน์: ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อต้นขาและสะโพก เพิ่มความแข็งแรงของข้อเข่าและข้อเท้า ปรับปรุงการทรงตัว และช่วยเผาผลาญแคลอรี หากทำอย่างถูกวิธีสามารถช่วยป้องกันและบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้สูงอายุได้

ท่าที่ 4 ทำยืนขาเดียว

วิธีการปฏิบัติ: โดยจะปฏิบัติต่อเนื่องกัน 12 - 15 ครั้ง

- เริ่มจากยืนแยกขาสองข้างความกว้างระดับไหล่ หากยังทรงตัวได้ไม่ดี ให้ใช้มือสองข้างจับเก้าอี้ที่หนักและมั่นคง
- ถ่ายน้ำหนักไปที่ขาซ้ายแล้วค่อย ๆ ยกขาขวาขึ้นสูงที่สุดเท่าที่ไหว ให้ยกค้างไว้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ และทำซ้ำในขาข้างเดิม - กางศอกไปด้านหลัง กำมือนับเป็น 1 ครั้ง



- จากนั้นทำท่าคล้ายเดิมแต่เปลี่ยนเป็นยืนด้วยขาขวา แล้วยกข้างซ้ายขึ้น เพื่อทำซ้ำ
ประโยชน์: ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ช่วยฝึกการทรงตัวและช่วยลดความเสี่ยง
ต่อการหกล้ม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 ซึ่งมุ่งเน้นการลดความเครียดและส่งเสริม
สุขภาพจิตที่ดี โดย จิตอ่อนใจ มีบทบาทในการช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น และ
สามารถลดระดับความเครียดที่ประสบอยู่

3. จิตอ่อนใจ คือ ฟังก์ชันที่ช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ประกอบไปด้วย การนั่ง
สมาธิ และ Deep talk โดยการนั่งสมาธิมีให้เลือกทั้งหมด 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การนั่งสมาธิพร้อมเปิด
เพลงที่เหมาะสมต่อการนั่งสมาธิควบคู่ไปด้วย ยกตัวอย่าง เช่น Deep meditation (กองกิจการ
นักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) 2) การฝึกสมาธิ โดยมีการเปิดบทสวดมนต์ที่เหมาะสม
ประกอบระหว่างการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมาธิและบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบทางจิตใจ เช่น บท
สวดมนต์สวดพระรัตนตรัย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจดจ่อและมีสมาธิในการทำงานได้ดียิ่งขึ้น การฝึก
สมาธิในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสติ สมาธิ และสามารถจดจ่อกับกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมี
ประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ การนั่งสมาธิยังมีประโยชน์หลากหลายประการ อาทิ ช่วยลดระดับ
ความเครียด ส่งเสริมความจำ เพิ่มสมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้นอนหลับได้ดีขึ้น ลดความ
ดันโลหิต ลดอาการซึมเศร้า และส่งเสริมความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น สำหรับองค์ประกอบสำคัญของการ
ทำสมาธิ มีดังนี้

1) เลือกสถานที่ที่เงียบสงบสำหรับการปฏิบัติสมาธิ โดยอาจหลับตาหรือก้มสายตาลง
เล็กน้อย เพื่อช่วยลดสิ่งรบกวนจากภายนอก

2) กำหนดระยะเวลาในการทำสมาธิ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น ควรตั้งเวลาไว้ประมาณ 5
ถึง 10 นาที เพื่อให้ร่างกายและจิตใจสามารถปรับตัวได้

3) รับรู้ถึงสภาวะของร่างกาย โดยจัดทำทางให้อยู่ในลักษณะที่มั่นคงและผ่อนคลาย เพื่อให้
สามารถนั่งได้นานโดยไม่รู้สึกไม่สบาย

4) ตั้งสมาธิอยู่กับลมหายใจ มีสองวิธีหลัก ได้แก่ การสังเกตการขยายและหดตัวของลำตัว
ขณะหายใจ หรือการรับรู้สัมผัสของลมหายใจที่ผ่านเข้าออกทางจมูก เมื่อจิตใจตั้งมั่นกับลมหายใจ
แล้ว จึงค่อย ๆ ขยายการรับรู้ไปยังความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและเสียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและดับไป
ตามธรรมชาติ

5) สังเกตเมื่อจิตใจเริ่มวอกแวกหรือหลุดออกจากลมหายใจ ซึ่งเป็นเรื่องปกติในกระบวนการ
ทำสมาธิ เมื่อพบว่าจิตใจล่องลอยไป ให้รับรู้โดยไม่ตัดสินตนเอง แล้วค่อย ๆ นำความสนใจกลับมายัง
ลมหายใจอย่างอ่อนโยน

6) ปิดท้ายการปฏิบัติสมาธิด้วยการระลึกถึงความเป็นหนึ่งเดียวกันของมนุษยชาติ โดยตั้ง
เจตนาในใจว่า “ขอให้ข้าพเจ้าและสรรพสัตว์ทั้งหลายมีสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย มีอาหารกิน
และไม่เบียดเบียนซึ่งกันและกัน”

เนื่องด้วยการนั่งสมาธิมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสมาธิเพิ่มมากขึ้น พัฒนาศักยภาพในการ
จัดการกับความเครียด ตลอดจนเสริมสร้างการตระหนักรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ตรงหน้า และการมีสติอยู่
กับปัจจุบัน อันจะส่งผลดีต่อกระบวนการคิด การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา อีกทั้งยังช่วยให้ผู้สูงอายุ



สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีความระมัดระวังในการดำเนินชีวิตมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 ซึ่งมุ่งลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี โดยกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การดำเนินงานใช้แนวทางประยุกต์แอปพลิเคชัน สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ โดยมี จิตอุ่นใจ เป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของแอปพลิเคชัน ซึ่งมีบทบาทในการช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้นและสามารถลดความเครียดที่ประสบอยู่

Deep talk

ภายในแอปพลิเคชัน “สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ” ได้มีการตั้งคำถาม “Deep Talk” ซึ่งเป็นฟีเจอร์ที่ออกแบบมาเพื่อรองรับและบรรเทาปัญหาความรู้สึกโดดเดี่ยวในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (ศุทธิดา ชนวนัน และคณะ, 2562) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 34 รายงานว่าตนเองมีความรู้สึกโดดเดี่ยวจากบุคคลรอบข้าง โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ 29 มีความรู้สึกดังกล่าวเป็นครั้งคราว และร้อยละ 5 มีความรู้สึกบ่อยครั้ง (พัชรารัตน์ ตั้งชุม และคณะ, 2565) ผลการศึกษาระบุว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเหงาเป็นบางครั้งหรือบ่อยครั้ง มีแนวโน้มที่จะมีอายุขัยเฉลี่ยลดลงประมาณ 3-5 ปี เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกันที่ไม่มีภาวะดังกล่าว โดยผลกระทบเชิงลบต่ออายุขัยยังพบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุช่วงวัย 70-80 ปี โดยกลุ่มที่มีความรู้สึกโดดเดี่ยวมีแนวโน้มที่จะมีอายุขัยเฉลี่ยลดลงประมาณ 3-4 ปี และ 2-3 ปี ตามลำดับ ด้วยเหตุนี้ ฟังก์ชัน “Deep Talk” จึงได้รับการออกแบบขึ้นเพื่อส่งเสริมการสะท้อนตนเองผ่านกระบวนการตั้งคำถามเชิงลึก โดยมุ่งเน้นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนและแสดงออกถึงความรู้สึกภายใน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าใจตนเองและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความเหงาอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ภายในแอปพลิเคชันจะมีการจัดเตรียมชุดคำถาม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2565) พร้อมมีเสียงพูดเมื่อคำถามนั้นขึ้นมากเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านการมองเห็นหรือสายตา โดยคำถามเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นการคิดวิเคราะห์ และส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและปลอดภัยต่อภาวะอารมณ์ ยกตัวอย่าง เช่น

- 1) ท่านมีอาการเจ็บปวดทางร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวหรือไม่
- 2) ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ใน แต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)
- 3) ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด
- 4) ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรได้ ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน วันสมบูรณ์แบบสำหรับคุณจะประกอบไปด้วยอะไรบ้าง
- 5) ท่านจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวันหากคุณมีอายุยืนถึง 90 ปี โดยที่สภาพร่างกายและจิตใจยังคงเหมือนตอนอายุ 30 ปี คุณต้องการทำอะไรในช่วง 60 ปีสุดท้ายของชีวิต



บทสรุป

แอปพลิเคชัน “สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ” เป็นแอปพลิเคชันที่สร้างขึ้นมาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการดูแลทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างยั่งยืน ฟังก์ชันหลักของแอปพลิเคชันประกอบด้วย

1. อิมอุ่นใจ เป็นฟังก์ชันการดูแลโภชนาการที่ช่วยควบคุมปริมาณแคลอรีและการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ พร้อมฟังก์ชันการถ่ายภาพอาหารและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อป้องกันปัญหาน้ำตาลในเลือดสูงและโรคเรื้อรัง
2. กายอุ่นใจ เป็นฟังก์ชันที่แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมผ่านคลิปวิดีโอสอนท่าออกกำลังกายและฟังก์ชันนับเวลา ช่วยรักษาสรรพภาพทางกายของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพ
3. จิตอุ่นใจ เป็นฟังก์ชันฝึกสมาธิร่วมกับการเปิดเพลงบำบัดเพื่อเสริมสร้างสมาธิและสติ ช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี

แอปพลิเคชัน สูงวัย อุ่นใจ ใส่ใจสุขภาพ จึงเป็นเครื่องมือที่ครบทุกรูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีพลังใจ และมีความสุขในระยะยาว โดยแอปพลิเคชันจะมีการเก็บบันทึกข้อมูล การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการประเมินสภาพจิตใจ เพื่อสามารถใช้เป็นข้อมูลในการประกอบการดูแลรักษา ของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ใช่การดูแลเพียงแค่วันหนึ่งวัน แต่คือการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตอบสนองต่อการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว



เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2566, มิถุนายน). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย.
กรมอนามัย. <https://eh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-23/>
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2563, 15 กันยายน). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/>
- ธีรณัย พยัฒวิเชียร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (ม.ป.ป.). ระวังข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. <https://www.med.cmu.ac.th/>
- Diabetes Research Institute Foundation. (ม.ป.ป.). Diabetes Statistics. <https://diabetesresearch.org/>
- สมิติเวช. (2563, 9 กันยายน). ผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้า คนในครอบครัวควรเข้าใจ. <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2561, 15 มกราคม). สูงวัย ออกกำลังกายแค่ไหนถึงเหมาะสม. <https://www.thaihealth.or.th/>
- วิชช์ เกษมทรัพย์ กองบริหารงานทั่วไป ม.มหิดล. (2564, 25 กรกฎาคม). ไทยพร้อมหรือไม่กับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์. [159](https://op.mahidol.ac.th/op/เอกโฟกัส. (2567, 13 พฤศจิกายน). โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลก. https://www.hfocus.org/content/โรงพยาบาลมนารมย์. (ม.ป.ป.). การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สำหรับผู้สูงอายุ. https://www.manarom.com/blog/exercise_for_eldery.html</p></div><div data-bbox=)



นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยการเดินสำหรับผู้ป่วย Innovative walking aid device for patients

ฉิมวดี โสพรม^{1*}, ฐิติวรดา จันทะ¹ และภาณุวิชญ์ มีเมือง¹

*Corresponding author E-mail address: csophrm7@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยการเดินสำหรับผู้ป่วย 2) เพื่อทดสอบนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยการเดินสำหรับผู้ป่วย 3) เพื่อช่วยปรับท่าทางการเดินให้เหมาะสม ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือประชากรตำบล ท่าอิบุญ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ หมู่ที่ 4 หมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 6 จำนวน 20 คน ซึ่งปัญหาที่พบคือความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมากซึ่งการพัฒนาการรักษาแบบองค์รวมเพื่อบรรเทาอาการปวดส่งเสริมการเคลื่อนไหวยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการเดินของผู้ที่มีความบกพร่องทางเคลื่อนไหวโดยการบูรณาการองค์ความรู้จากวิศวกรรมชีวการแพทย์และปัญญาประดิษฐ์ (AI) วิธีการเริ่มจากการออกแบบอุปกรณ์ชุดสวมใส่ทางกลศาสตร์ (Wearable Mechatronic Suit) ซึ่งมีโครงสร้างที่ยืดหยุ่นและออกแบบตามหลักชีวกลศาสตร์ (Biomechanics) เพื่อรองรับการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโดยใช้วัสดุทางวิศวกรรมอะลูมิเนียมผสมคาร์บอนไฟเบอร์สปริงแรงต้านที่ช่วยดูดซับแรงกระแทกเพื่อสร้างแรงส่งขณะเดิน ระบบกลไกประกอบด้วย เซอร์โวมอเตอร์ และข้อต่อที่อัจฉริยะที่ปรับมุมการเคลื่อนไหวแบบเรียลไทม์ การควบคุมได้ผ่านจอสัมผัสสัมผัสฟังก์ชันที่ใช้งานง่ายและมีโหมดบำบัดอัตโนมัติด้วยปัญญาประดิษฐ์ (AI) ที่วิเคราะห์ลักษณะการเดินของผู้ใช้และปรับโปรแกรมการช่วยเหลือโดยอัตโนมัติการพัฒนาอุปกรณ์ที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการเดินได้ดี โดยสามารถบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลระยะยาวผ่านอุปกรณ์พกพาการพัฒนาเป็นต้นแบบของเทคโนโลยีที่มีศักยภาพในเชิงพาณิชย์งานวิจัยได้สร้างนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยการเดินสำหรับผู้ป่วยออกแบบจากโปรแกรม Shapr3D และการทดสอบนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยการเดินสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว

โดยมีผลสรุปดังนี้ จากการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ในตำบลท่าอิบุญ ซึ่งมีปัญหาความบกพร่องในการเคลื่อนไหวเช่นภาวะอัมพฤกษ์, อัมพาต, ปวดขาจากข้อเข่าเสื่อมและการฟื้นฟูหลังการบาดเจ็บเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ พบว่าอุปกรณ์แสดงให้เห็นศักยภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพการเดินอย่างชัดเจนโดยมี ผลลัพธ์ที่น่าสนใจดังนี้คะแนนความมั่นคงโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 5.5 เป็น 7.5 (จากคะแนนเต็ม 10) หลังการใช้งาน 3 สัปดาห์ บ่งชี้ถึงทรงตัวที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญความเร็วในการเดินผู้ป่วยสามารถเดินได้เร็วขึ้นจากเฉลี่ย 26.3 เมตรต่อนาที เป็น 39.5 เมตรต่อนาที ซึ่งสะท้อนถึงการฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวที่คล่อง ระดับความปวดขาอาการปวดขาโดยเฉลี่ยลดลงจาก 4.0 เป็น 2.5 (จากคะแนนเต็ม 10) แสดงให้เห็นถึงการบรรเทาอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมีการปรับปรุงให้มีความสมมาตรมากขึ้นการก้าวยาว

¹ นักเรียน โรงเรียนหล่มสักวิทยาคม



ขึ้นและตัวตั้งตรงขึ้นซึ่งประเมินจากการสังเกตและการวิเคราะห์ เบื้องต้นความมั่นใจในการเดินระดับความมั่นใจของผู้ป่วยในกิจกรรมประจำวันเพิ่มขึ้นจาก 2.0 เป็น 3.5 (คะแนนเต็ม 5) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยกล้าที่จะเคลื่อนไหวและใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น พบว่าช่วยเพิ่มความมั่นคงในการเดินของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนลดความเสี่ยงในการหกล้มและเพิ่มความมั่นใจในการเดินนอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความเร็วในการเดินลดอาการปวดขาและความเมื่อยล้าจากการเดินผิดท่าได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้บางรายยังมีอาการปวดเล็กน้อยแต่สามารถจัดการได้ด้วยการปรับปรุงท่าทางการเดินเช่นการก้าวเดินที่สมมาตรขึ้น และการทรงตัวที่ดีขึ้นซึ่งเป็นผลลัพธ์เชิงบวกที่สังเกตได้จากทั้งข้อมูลและรายงานของผู้ป่วย

คำสำคัญ : ระบบช่วยเดินอัจฉริยะ การฟื้นฟูอย่างยั่งยืน ปัญญาประดิษฐ์





Abstract

This research aimed to: 1) develop an innovative walking aid device for patients, 2) test the effectiveness of the walking aid device, and 3) help improve walking posture. The target group consisted of 20 individuals from Moo 4, Moo 5, and Moo 6 in Tha Iboon Subdistrict, Lom Sak District, Phetchabun Province. The main issue among participants was mobility impairment, which significantly affects their quality of life. The research focused on holistic rehabilitation to alleviate pain, enhance mobility, and improve the quality of life for the elderly. The rehabilitation approach integrated knowledge from biomedical engineering and artificial intelligence (AI). The process began with the design of a Wearable Mechatronic Suit, engineered with a flexible structure based on biomechanical principles to support patient movement. The materials used included aluminum alloy combined with carbon fiber and resistance springs to absorb shock and provide propulsion during walking. The mechanical system included servo motors and smart joints capable of adjusting movement angles in real time. The device is controlled via a user-friendly multi-function touch screen, and it features an AI-driven automatic therapy mode that analyzes the user's gait and autonomously adjusts the assistance program. This walking aid innovation offers effective and safe gait rehabilitation. It can record and analyze long-term data via portable devices. The development at the youth level also serves as a prototype for potentially commercial technology. The walking aid device was designed using Shapr3D software and tested on patients with mobility issues, including those with paralysis, muscle weakness, knee osteoarthritis, and post-injury recovery. After 3 weeks of usage among the 20 participants, the results were promising: Stability score increased from an average of 5.5 to 7.5 (out of 10), indicating significant improvement in balance. Walking speed increased from 26.3 meters/minute to 39.5 meters/minute, reflecting improved mobility. Leg pain score decreased from 4.0 to 2.5 (out of 10), showing effective pain relief. Walking posture improved, becoming more symmetrical, with longer steps and a more upright stance, as assessed through observation and initial analysis. Confidence in walking increased from 2.0 to 3.5 (out of 5), indicating greater willingness to move and participate in daily activities. Overall, the innovative walking aid device significantly improved patient stability, reduced the risk of falls, and enhanced walking confidence. It also increased walking speed, reduced pain, and alleviated fatigue caused by improper walking posture. While some patients still experienced mild discomfort, this could be managed through adjustments to walking posture, such as achieving more symmetrical gait and better balance positive outcomes supported by both observed data and patient reports.



Keywords: Intelligent walking assistance system, sustainable recovery, Artificial Intelligence





ความเป็นมาของปัญหา

ปัญหาความบกพร่องในการเคลื่อนไหว (Mobility Impairment) เช่นภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาตหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการบาดเจ็บทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ นี้อรวมถึงอาการปวดขาและข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลการเหล่านี้ไม่เพียงนำไปสู่ความเจ็บปวดเรื้อรังข้อจำกัดการกิจกรรมและการพึ่งพาผู้อื่นแต่ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจเช่นความโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้า การทำความเข้าใจผลกระทบเหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนา แนวทางการรักษา และการดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการบรรเทาอาการปวดและส่งเสริมการเคลื่อนไหวเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจากการสำรวจเพื่อหาหลักการสำรวจเพื่อหาหลักการสำคัญของความเป็นมาผลการสำรวจจากการก่อนใช้

อายุเท่าไร	เพศ	ท่านสามารถเดินได้ปกติหรือไม่?	ท่านรู้สึกเจ็บหรือปวดขาเวลาที่เดินหรือไม่?	ท่านมีอาการปวดขามั้ยแต่ไหน?
51	ชาย	เดินได้แต่ช้า/ไม่สะดวก	ปวดเล็กน้อย	บางวัน
82	หญิง	เดินได้แต่ช้า/ไม่สะดวก	ปวดเล็กน้อย	ทุกวัน
74	หญิง	เดินได้แต่ช้า/ไม่สะดวก	ปวดเล็กน้อย	ทุกวัน
70	หญิง	เดินได้แต่ช้า/ไม่สะดวก	ปวดมาก	ทุกวัน
68	หญิง	เดินไม่ได้ ต้องใช้ไม้เท้าหรือรถเข็น	ปวดมาก	ทุกวัน
88	ชาย	เดินได้แต่ช้า/ไม่สะดวก	ปวดเล็กน้อย	ทุกวัน
86	หญิง	เดินไม่ได้ ต้องใช้ไม้เท้าหรือรถเข็น	ปวดมาก	ทุกวัน
78	หญิง	เดินไม่ได้ ต้องใช้ไม้เท้าหรือรถเข็น	ปวดมาก	ทุกวัน
80	หญิง	เดินไม่ได้ ต้องใช้ไม้เท้าหรือรถเข็น	ปวดเล็กน้อย	ทุกวัน
80	หญิง	เดินไม่ได้ ต้องใช้ไม้เท้าหรือรถเข็น	ปวดมาก	ทุกวัน
85	หญิง	เดินได้แต่ช้า/ไม่สะดวก	ปวดเล็กน้อย	บางวัน
68	หญิง	เดินได้ปกติ	ไม่ปวดเลย	นาน ๆ ครั้ง
70	ชาย	เดินได้แต่ช้า/ไม่สะดวก	ปวดเล็กน้อย	ทุกวัน
70	ชาย	เดินได้ปกติ	ปวดเล็กน้อย	ทุกวัน
89	หญิง	เดินได้แต่ช้า/ไม่สะดวก	ปวดเล็กน้อย	ทุกวัน
88	หญิง	เดินไม่ได้ ต้องใช้ไม้เท้าหรือรถเข็น	ปวดมาก	บางวัน
60	หญิง	เดินได้แต่ช้า/ไม่สะดวก	ปวดมาก	ทุกวัน
64	ชาย	เดินได้ปกติ	ปวดเล็กน้อย	ทุกวัน
80	ชาย	เดินไม่ได้ ต้องใช้ไม้เท้าหรือรถเข็น	ปวดเล็กน้อย	ทุกวัน
85	ชาย	เดินได้แต่ช้า/ไม่สะดวก	ปวดเล็กน้อย	นาน ๆ ครั้ง

ภาพที่ 1 ผลการสำรวจประชากรในตำบลท่าอิฐ

สรุปสถิติการสำรวจกลุ่ม (ตัวอย่าง)	
47.4%	เดินได้แต่ช้า / ไม่สะดวก
15.8%	เดินไม่ได้ ต้องใช้ไม้เท้าหรือรถเข็น
43.2%	เคยล้มเพราะขาไม่ดีหรือปวดขา
31.6%	เดินได้ปกติ
5.3%	เคย เคยล้มจนมีผลกระทบหลังร้าย
5.3%	เคยหลายครั้ง

ตารางที่ 1 สรุปสถิติการสำรวจกลุ่ม (ตัวอย่าง)



กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้สูงอายุ

ตัวอย่างกลุ่มเป้าหมาย (อายุ) 51 – 89 ปี จำนวน 20 คน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการดังนี้

- 1) เพื่อสร้างนวัตกรรมเครื่องช่วยเดินสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการเดิน
- 2) เพื่อทดสอบนวัตกรรมเครื่องช่วยเดินสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการเดิน
- 3) เพื่อช่วยปรับท่าทางการเดินให้เหมาะสม

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบช่วยเดินอัจฉริยะ (Intelligent Gait Assistive System) นี้อาศัยการบูรณาการองค์ความรู้จากหลายสาขาวิชาได้แก่วิศวกรรมชีวการแพทย์ (Biomedical Engineering) และปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence AI) วิศวกรรมชีวการแพทย์กับการฟื้นฟูสมรรถภาพการเดินวิศวกรรมชีวการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการออกแบบอุปกรณ์ที่คำนึงถึงหลักชีวกลศาสตร์ (Biomechanics) ของร่างกายมนุษย์การทำความเข้าใจแรงที่กระทำต่อข้อต่อและกล้ามเนื้อขณะเดินทำให้สามารถออกแบบโครงสร้างอุปกรณ์ที่ยึดหยุ่นและรองรับการเคลื่อนไหวตามธรรมชาติของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพวัสดุทางวิศวกรรมขั้นสูง เช่น อะลูมิเนียม ผสมคาร์บอนไฟเบอร์ และสปริงแรงต้านมีคุณสมบัติในการดูดซับแรงกระแทกและสร้างแรงส่งช่วยลดภาระของ ข้อต่อและกล้ามเนื้อของผู้ป่วย ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการฟื้นฟูสมรรถภาพการนำ ปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในอุปกรณ์ช่วยเดินนับเป็นนวัตกรรมที่สำคัญปัญญาประดิษฐ์สามารถวิเคราะห์ลักษณะการเดินของผู้ใช้ได้อย่างแม่นยำแบบเรียลไทม์และปรับโปรแกรมช่วยเหลือโดยอัตโนมัติให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลโดยสามารถช่วยให้การฟื้นฟูประสิทธิภาพและตรงจุดมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับอุปกรณ์ช่วยเดินแบบดั้งเดิมที่ไม่มีระบบปรับอัตโนมัติอุปกรณ์ช่วยเดินประเภทชุดสวมใส่ทางกล (Wearable Mechatronic Suit) อุปกรณ์ประเภทนี้ได้รับความสนใจอย่างมากในการฟื้นฟูสมรรถภาพเนื่องจากสามารถสวมใส่ได้และให้การสนับสนุนการเคลื่อนไหวโดยตรงตัวอย่างเช่นหุ่นยนต์โครงกระดูกภายนอก (Exoskeletons) ที่ช่วยเสริมกำลังขาแม้ว่าจะมีประสิทธิภาพสูงแต่ก็มีขนาดใหญ่และราคาสูงการวิจัยนี้มุ่งพัฒนาชุดสวมใส่ที่มี โครงสร้างเบาและใช้งานง่ายขึ้น

ผลการวิจัย

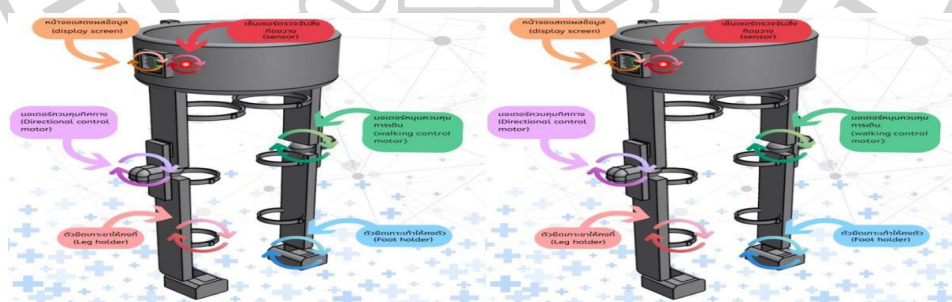
1) กรณีเพื่อสร้างนวัตกรรมเครื่องช่วยเดินสเต็ปสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการเดิน ได้ออกแบบนวัตกรรมเชิงวิศวกรรมทางการแพทย์ในโปรแกรม Shapr3D



ภาพที่ 2 ออกแบบนวัตกรรมเชิงวิศวกรรมทางการแพทย์ในโปรแกรม และวิดีโอประกอบคลิปออกแบบ360 องศา



ภาพที่ 3 กลไกการทำงานอุปกรณ์ช่วยเดิน



ภาพที่ 4 ภาพการออกแบบในการทดลอง



ภาพที่ 5 วิธีการทำอุปกรณ์ช่วยเดิน

2) กรณีสำรวจสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการเดิน



ภาพที่ 6 การสำรวจและลงพื้นที่เพื่อทราบปัญหาในการจัดทำนวัตกรรม

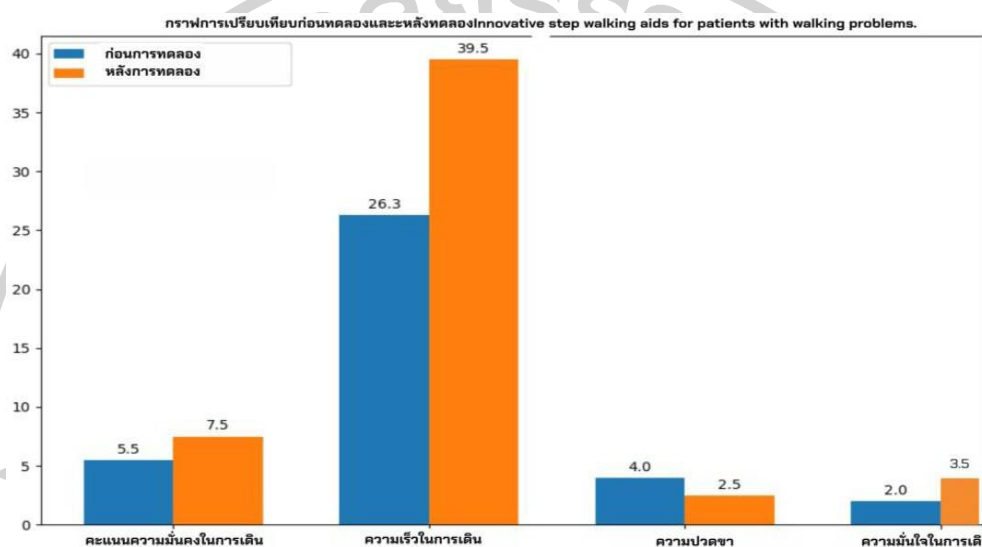
3) การทดลองใช้นวัตกรรมเครื่องช่วยเดินกับกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพการเดินอย่างชัดเจน โดยมีผลลัพธ์ที่น่าสนใจดังนี้



ภาพที่ 7 ภาพการทดลอง

ผลการทดลอง

คะแนนความมั่นคงในการเดิน โดยเฉลี่ยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 5.5 เป็น 7.5 (จากคะแนนเต็ม 10) ความเร็วในการเดิน ผู้ป่วยสามารถเดินได้เร็วขึ้นจากเฉลี่ย 26.3 เมตรต่อนาที เป็น 39.5 เมตร ต่อนาที ระดับความปวดขา อาการปวดขาโดยเฉลี่ยลดลงจาก 4.0 เป็น 2.5 (จากคะแนนเต็ม 10) ความมั่นใจในการเดินระดับความมั่นใจของผู้ป่วยในทุกกิจกรรมประจำวันเพิ่มขึ้นจาก 2.0 เป็น 3.5 (จาก 5) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยกล้าที่จะเคลื่อนไหวและใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นบ่งชี้ถึงการทรงตัวที่ดีขึ้นอย่างมีนัยยะซึ่งสะท้อนถึงการฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหวที่คล่องตัวขึ้นแสดงให้เห็นถึงการบรรเทาอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 8 กราฟเปรียบเทียบก่อนทดลองหลังทดลองผลการทดลอง

วิเคราะห์และวิจารณ์ผลการวิจัย

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่านวัตกรรมเครื่องช่วยเดินสามารถบรรลุมิติประสงค์ที่ตั้งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเพิ่มความมั่นคงและความเร็วในการเดิน รวมถึงการลดอาการปวดขาสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การบูรณาการองค์ความรู้ด้านวิศวกรรมชีวการแพทย์และปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการออกแบบอุปกรณ์ เช่น โครงสร้างที่ยืดหยุ่น การปรับมุมการเคลื่อนไหวแบบเรียลไทม์ และโหมดบำบัดอัตโนมัติด้วย AI เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อุปกรณ์สามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคลและส่งเสริมการฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพเหนือกว่าอุปกรณ์ช่วยเดินทั่วไป



สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยงานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จในการสร้างและทดสอบนวัตกรรมเครื่องช่วยเดินสแต็ปสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวอุปกรณ์นี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการเพิ่มความมั่นคงความเร็วและความมั่นใจในการเดินของผู้ป่วยรวมถึงช่วยลดอาการปวด และปรับปรุงท่าทางการเดินให้เหมาะสมขึ้นได้อย่างมีนัยยะสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในระยะยาว (เช่น 3-6 เดือน) เพื่อประเมินผลการฟื้นฟูที่ยั่งยืน และประสิทธิภาพของอุปกรณ์ในการลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว
2. ควรมีการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น มีความหลากหลายของพยาธิสภาพและอาจมีการจัดกลุ่มควบคุม (Control Group) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพกับวิธีการรักษาหรืออุปกรณ์ช่วยเดินแบบมาตรฐาน
3. พัฒนาอุปกรณ์ให้มีน้ำหนักเบาลงใช้งานง่ายขึ้น



เอกสารอ้างอิง

- สิทธิชาญบัญชา ย. ปัญญาประดิษฐ์ Artificial intelligence (AI) กับการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และเวชศาสตร์ฉุกเฉิน . Jemst-01JHS [อินเทอร์เน็ต]. 30 มิถุนายน 2021 [อ้างถึง 13 กรกฎาคม 2025];1(1):91-104. available at: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/Jemst-01JHS/article/view/140>การ
- ฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและกายภาพบำบัด: .Lauche R., Hunter DJ, Adams J. และคณะ โยคะ สำหรับโรคข้อเข่าเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้ม Curr Rheumatol Rep. 2019;21(9):47. doi:10.1007/s11926-019-0846-5.[DOI][PubMed][GoogleScholar]
- หุ่นยนต์โครงกระดูกภายนอกและวิศวกรรมชีวการแพทย์ สืบค้นการปรับแต่งระบบช่วยเหลือภายนอกขณะเดินในโลกแห่งความเป็นจริง Slade P, Kochenderfer MJ, Delp SL, Collins SH. Nature . 2022 ต.ค.;610(7931):277-282. doi: 10.1038/s41586-022-05191-1. Epub 2022 ต.ค. 12. PMID: 36224415
- พิชิตพล โชติกุลนันท์Keywords: การแพทย์ -- เครื่องมือและอุปกรณ์ -- วิจัย;อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน; เครื่องช่วยพยุงเดิน;อุปกรณ์ชีวการแพทย์Issue Date: 2561Publisher: สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต <https://rsuir-library.rsu.ac.th/handle/123456789/2459>
- Wieland LS, Skoetz N., Pilkington K. และคณะ การรักษาด้วยโยคะสำหรับอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังแบบไม่จำเพาะ Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1) doi: 10.1002/14651858.CD010671.pub2. CD010671. [DOI] [บทความ PMC ฟรี] [PubMed] [Google Scholar]



ผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
ในรายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการ
ด้านนักวิจัยรุ่นใหม่



“ลำลำโจ๊กไข่ผ่า” แห่งอนาคต Superfood สำหรับคนสูงวัย
“Lum Lum Joke Kaipum”: The Super food of the Future for senior Generation

กรณิศ ศรีอรุณศิริพร¹*, ก้องกพ เอียดทุ่งคา¹ และไอริน กิตติธชาญ¹
*Corresponding author E-mail address: kengkornit@gmail.com

บทคัดย่อ

โครงการนี้เป็นการศึกษาและพัฒนาอาหารที่มีส่วนผสมของไข่ผ่าซึ่งเป็นพืชที่มีโปรตีนสูง เป็นแหล่งอาหารที่สามารถตอบโจทย์ความต้องการของมนุษย์ในอนาคต ปัจจุบันความต้องการโปรตีน ในอุตสาหกรรมอาหารและโภชนาการได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษานี้มุ่งไปยังโภชนาการ สำหรับผู้สูงอายุ จากการศึกษาเบื้องต้นพบว่า ไข่ผ่ามีโปรตีนที่สูงถึงร้อยละ 30 - 40 ของน้ำหนักแห้ง และยังคงอุดมไปด้วยกรดอะมิโนจำเป็น วิตามินและแร่ธาตุ อีกทั้งยังช่วยลดการฟุ้งหาโปรตีนจากสัตว์ ลดการเกิดแก๊สเรือนกระจก จากประโยชน์ข้างต้นผู้วิจัยจึงนำประโยชน์ของไข่ผ่ามาพัฒนาผลิต เป็นอาหารกึ่งสำเร็จรูป เพื่อให้ผู้สูงอายุรับประทานได้ง่ายขึ้น ซึ่งไข่ผ่าส่งผลดีต่อสมอง กระดูก เสริมภูมิคุ้มกัน และยังมีวิตามิน A, D, E, B12 อีกทั้งยังช่วยเพิ่มทางเลือกในการบริโภคโปรตีน และสนับสนุนแนวคิดเศรษฐกิจหมุนเวียน ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ซึ่งนำไปสู่การพัฒนา อาหารแห่งอนาคต

คำสำคัญ (Keywords): ไข่ผ่า, โปรตีน, พืช

¹ นักเรียน โรงเรียนมงฟอร์ตวิทยาลัย แผนกมัธยม



Abstract

This project involves the study and development of food with *wolffia*, a high-protein aquatic plant that serves as a potential future food source for humans. Currently, the demand for protein in the food and nutrition industry continues to rise. This study focuses particularly on nutrition for the elderly. Preliminary research has shown that *wolffia* contains up to 30–40% protein by dry weight and is rich in essential amino acids, vitamins, and minerals. Moreover, it can reduce reliance on animal protein and lower greenhouse gas emissions. Based on these benefits, the researchers have utilized *wolffia* to develop semi-instant food products that are easier for elderly individuals to consume. *wolffia* also supports brain and bone health, enhances the immune system, and contains vitamins A, D, E, and B12. Furthermore, it offers an alternative source of protein and aligns with the concept of a circular economy by promoting efficient use of resources ultimately contributing to the development of future food.

Keywords: *wolffia*, protein, plants



บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นเป็นเรื่องสำคัญ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการความใส่ใจในด้านโภชนาการโดยเฉพาะ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านระบบย่อยอาหาร การดูดซึมอาหาร และความสามารถในการเคี้ยวและการกลืนอาหาร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะการขาดสารอาหารหรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จึงคิดค้นผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่มีลักษณะที่สะดวกในการรับประทาน ซึ่งโจ๊กเป็นหนึ่งในอาหารที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในไทย เนื่องจากรับประทานง่าย ย่อยง่าย เหมาะกับทุกวัย และให้พลังงานแก่ร่างกายได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงเช้าหรือเวลาที่เจ็บป่วย โจ๊กโดยทั่วไปมักทำจากข้าวและเสริมด้วยโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ หรือไข่ อย่างไรก็ตามวัตถุดิบจากเนื้อสัตว์อาจมีราคาสูงหรือไม่เหมาะสมกับบางกลุ่มผู้บริโภค เช่น ผู้ที่รับประทานอาหารเจหรือมังสวิรัต ปัจจุบันเริ่มมีการนำไข่ฝามาใช้เป็นโปรตีนทางเลือก เพื่อสร้างนวัตกรรมอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี ที่ใช้วัตถุดิบท้องถิ่นและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

ชื่อไทย : ไข่ฝำ ไข่น้ำ ไข่แฉ่ง

ชื่อสามัญ : *Wolffia* ,Water meal

ชื่อวิทยาศาสตร์ : *Wolffia arrhiza* (L.) Wimm

ในประเทศไทยพบไข่ฝำอยู่ 2 ชนิด ได้แก่ *Wolffia arrhiza* (L.) Wimm และ *Wolffia globosa* (L.) Wimm เป็นพืชดอกที่มีขนาดเล็กที่สุดในโลก มีรูปร่างกลมพองสีเขียว ลอยอยู่บนผิวน้ำ จัดเป็นพืชล้มลุกใบเลี้ยงเดี่ยวพบในบริเวณแหล่งน้ำนิ่งธรรมชาติโดยเฉพาะทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของประเทศไทย เป็นพืชขนาดเล็กที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงและกำลังได้รับความนิยมในฐานะซูเปอร์ฟู้ด (Superfood) เนื่องจากมีปริมาณโปรตีนสูงถึง ร้อยละ 30-40 ของน้ำหนักแห้ง ใกล้เคียงกับถั่วเหลืองและสาหร่ายสไปรูลินา ประกอบด้วยสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายหลายชนิด จากผลการศึกษาชนิดของไข่ฝำของ Klaus-J.Appenroth และคณะ พบว่าพืชในสกุล *Wolffia* ถูกใช้เป็นอาหารในบางประเทศแถบเอเชีย โดยมีการศึกษาทั้ง 11 ชนิดที่ระบุด้วยการตรวจสอบทางพันธุกรรม พบว่ามีคุณค่าทางโภชนาการสูง จากข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการของไข่ฝำแห้ง 100 กรัม พบว่ามีปริมาณโปรตีนที่สูงกว่าโปรตีนในเนื้อสัตว์และถั่วเหลือง^[3] และเมื่อเปรียบเทียบปริมาณโปรตีนคงเหลือระหว่างไข่ฝำกับพืชชนิดอื่น ๆ พบว่าไข่ฝำมีค่าเฉลี่ยของโปรตีนเท่ากับ 2080 กิโลกรัมต่อเฮกตาร์ต่อปีเมื่อเทียบกับถั่วเหลือง ถั่วลิสง ข้าวโพด และข้าวซึ่งให้โปรตีนเฉลี่ยที่ 303, 229,179 และ 71 กิโลกรัมต่อเฮกตาร์ต่อปี ตามลำดับ

ไข่ฝำแห้ง 100 กรัม มีคุณค่าทางโภชนาการสูง โดยเฉพาะด้านโปรตีนซึ่งมีปริมาณร้อยละ 6.80-45.00 นอกจากนี้ยังมีไขมันร้อยละ 1.80-9.20 และใยอาหารร้อยละ 5.70-16.20 ซึ่งช่วยในเรื่องการขับถ่ายและระบบทางเดินอาหาร สำหรับแร่ธาตุสำคัญไข่ฝำแห้งให้แคลเซียม 59.00 มิลลิกรัม ฟอสฟอรัส 25.00 มิลลิกรัม และธาตุเหล็กในปริมาณที่ค่อนข้างสูงคือ 6.60 มิลลิกรัม ในด้านวิตามินไข่ฝำมีวิตามินเอถึง 5,346 IU และมีวิตามินบี 0.03 มิลลิกรัม แม้จะน้อยแต่ก็เป็นสารอาหารสำคัญต่อระบบประสาทและการเผาผลาญพลังงาน อีกทั้งยังมีกรดอะมิโนรวม 16,211 มิลลิกรัม ซึ่งในจำนวนนั้น



เป็นกรดอะมิโนจำเป็นถึง 7,860 มิลลิกรัม จากคุณค่าทางโภชนาการทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นว่าไข่ผำแห้งเป็นอาหารที่อุดมไปด้วยสารอาหารหลากหลายชนิด มีประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในการเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ภูมิคุ้มกัน และช่วยบำรุงร่างกาย เหมาะสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องการอาหารที่มีโปรตีนสูงจากธรรมชาติ

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าไข่ผำมีคุณค่าทางโภชนาการที่หลากหลาย ส่งผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะด้านกล้ามเนื้อและเสริมภูมิคุ้มกัน คุณณัฐิราและคณะ ได้นำไข่ผำมาพัฒนาเป็นขนมขบเคี้ยวที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ใช้เทคนิค Response Surface Methodology (RSM) และ freeze-dried powder (WP) และได้วิเคราะห์สมบัติทางกายภาพ องค์ประกอบทางเคมีจนได้สูตรขนมที่เหมาะสมมีโปรตีนและใยอาหารสูง ซึ่งเป็นทางเลือกใหม่ในการผลิตขนมเพื่อสุขภาพ อีกทั้งงานวิจัยของ Myrthe F.A. de Beukelaar และคณะ ได้ศึกษาทัศนคติของผู้บริโภคไข่ผำของชาวตะวันตกพบว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่ยอมรับในการที่จะใช้ไข่ผำเป็นส่วนประกอบของมื้ออาหารบางประเภท

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาจึงสนใจนำไข่ผำมาพัฒนาเป็นโจ๊กไข่ผำซึ่งเหมาะสำหรับเป็นอาหารเพื่อสุขภาพ โดยนำไข่ผำมาผสมกับโจ๊กเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประทานซึ่งให้พลังงานอย่างเหมาะสมเป็นการผสมผสานระหว่างอาหารที่รับประทานง่ายและมีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมการพัฒนาโจ๊กไข่ผำสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นการส่งเสริมการใช้วัตถุดิบท้องถิ่นที่มีคุณค่าให้เกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อส่งเสริมการใช้วัตถุดิบท้องถิ่นที่มีคุณค่าทางโภชนาการ
2. เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนผสมของไข่ผำให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

วิธีการดำเนินการศึกษา

วัตถุดิบ

1. ข้าวหอมมะลิอบแห้ง ที่อุณหภูมิ 80 องศาเซลเซียส
2. เนื้อหมูบดอบแห้ง ที่อุณหภูมิ 80 องศาเซลเซียส
3. ไข่ผำอบแห้ง ที่อุณหภูมิ 80 องศาเซลเซียส
4. เครื่องปรุงรส ได้แก่ พริกไทยขาว ผงกระเทียม ผงหอมแดง ผงขิง ผงผักชี ผงอบเชย
5. น้ำร้อน



วิธีการทดลอง

- ผลิตโຈ้กໄຂ່ໄມ້โดยใช้ 4 สูตร ซึ่งแต่ละสูตรมีส่วนประกอบหลักคือ โຈ้กໄຂ່ໄມ້, เนื้อหุบดอบแห้ง, ข้าวหอมมะลิอบแห้ง และเครื่องปรุงรส ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สูตรการผลิตโຈ้กໄຂ່ໄມ້

สูตรที่	วัตถุดิบ (ร้อยละ)			
	ໄຂ່ໄມ້อบแห้ง	เนื้อหุบดอบแห้ง	ข้าวหอมมะลิอบแห้ง	เครื่องปรุงรส
1	0	10	88.5	1.5
2	2	10	88.5	1.5
3	5	10	88.5	1.5
4	7	10	88.5	1.5



รูปที่ 1 โຈ้กໄຂ່ໄມ້สูตรที่ 1-4

- นำส่วนผสมมาเติมน้ำร้อนอุณหภูมิ 90-95 องศาเซลเซียส เติมน้ำร้อนปริมาตร 125 มิลลิลิตร ของถ้วยขนาด 165 มิลลิลิตร เป็นเวลา 8 นาที

- นำโຈ้กໄຂ່ໄມ້แต่ละสูตรไปให้อาสาสมัครประเมินตามความพึงพอใจ โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป (ไม่ต้องระบุชื่อ) *

1. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

☐ Other: _____

2. อายุ *

☐ ต่ำกว่า 15 ปี

☐ 15-24 ปี

☐ 25-34 ปี

☐ 35-44 ปี

☐ 45 ปีขึ้นไป



3. ความถี่การบริโภคผักสำเร็จรูป *

- ☐ มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- ☐ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- ☐ เดือนละ 1-2 ครั้ง
- ☐ แทบไม่เคย

ส่วนที่ 2: ความพึงพอใจต่อรสชาติ (ในคะแนน 1-5) *

1 = ไม่พึงพอใจเลย, 5 = พึงพอใจมาก

	1	2	3	4	5
ความหอมของกลิ่น	☐	☐	☐	☐	☐
ความเค็ม/หวานที่เหมาะสม	☐	☐	☐	☐	☐
เนื้อสัมผัสของโจ๊ก (ความข้น, เนียน)	☐	☐	☐	☐	☐
ความรู้สึกโดยรวมหลังรับประทาน	☐	☐	☐	☐	☐
ปริมาณโปรตีนที่ได้รับ	☐	☐	☐	☐	☐
ปริมาณพลังงานเหมาะสมกับความต้องการ	☐	☐	☐	☐	☐
ปริมาณโซเดียมอยู่ในระดับปลอดภัย	☐	☐	☐	☐	☐
เหมาะสำหรับผู้รักสุขภาพ	☐	☐	☐	☐	☐
ข้อมูลโภชนาการบนฉลากชัดเจน	☐	☐	☐	☐	☐

ส่วนที่ 4: ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม *
โปรดแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ

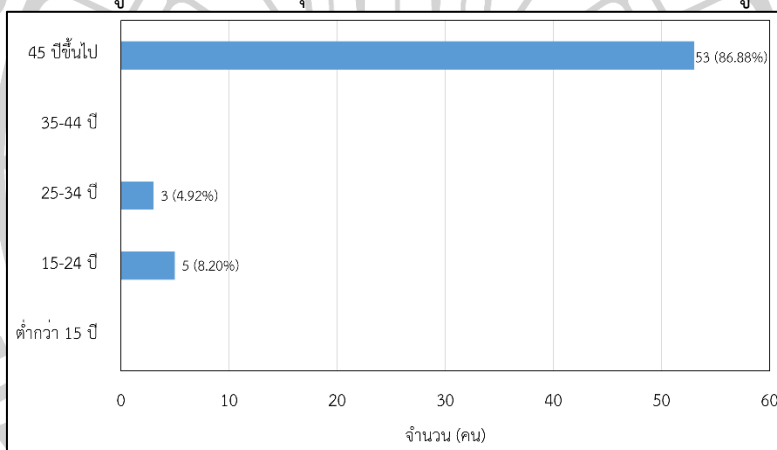
Your answer _____

4. วิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผลการทดลอง



ผลการศึกษาและอภิปรายผลการศึกษา

จากการพัฒนาสูตรโจ๊กที่มีไข่ผำเป็นส่วนประกอบหลัก จำนวนทั้งหมด 4 สูตร ได้มีการออกแบบสูตรโดยแตกต่างกันที่ปริมาณไข่ผำที่ใช้ในแต่ละสูตร โดยสูตรที่ 1 เป็นสูตรควบคุมซึ่งไม่ได้เติมไข่ผำลงไป ในโจ๊ก จึงมีลักษณะสีของโจ๊กเป็นสีขาวปกติของโจ๊กทั่วไป ส่วนสูตรที่ 2 ถึง 4 ได้มีการเพิ่มปริมาณไข่ผำในสัดส่วนที่แตกต่างกันตามร้อยละที่กำหนดไว้ ซึ่งส่งผลให้โจ๊กมีสีเขียวเฉพาะตัวที่เกิดจากสีของไข่ผำมากขึ้นตามปริมาณไข่ผำที่เพิ่มเข้าไป นอกจากสีที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว โจ๊กในแต่ละสูตรยังแสดงลักษณะทางด้านรสชาติและกลิ่นที่แตกต่างกัน โดยเมื่อปริมาณไข่ผำเพิ่มขึ้นกลิ่นและรสชาติของไข่ผำในโจ๊กจะยิ่งชัดเจนและโดดเด่นมากขึ้น ทำให้อาสาสมัครที่ได้รับประทานสามารถรับรู้ความแตกต่างระหว่างสูตรต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน เพื่อประเมินความพึงพอใจและการตอบรับของผู้บริโภคต่อโจ๊กไข่ผำในแต่ละสูตร จึงได้มีการเชิญอาสาสมัครจำนวน 61 คนเข้าร่วมชิมและให้คะแนนความพึงพอใจ ซึ่งประกอบด้วยผู้หญิงจำนวน 29 คน และผู้ชายจำนวน 32 คน ช่วงอายุของอาสาสมัครที่เข้าร่วมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 45 ปีขึ้นไปร้อยละ 86.88 โดยเป็นกลุ่มเป้าหมายในการผลิตโจ๊กไข่ผำ และให้กลุ่มช่วงอายุต่างๆได้ร่วมชิมและแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม โดยผลการศึกษาจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ความชอบและความเหมาะสมของแต่ละสูตร เพื่อพัฒนาสูตรโจ๊กไข่ผำที่มีคุณภาพและตอบโจทย์ความต้องการของผู้บริโภคได้มากที่สุด

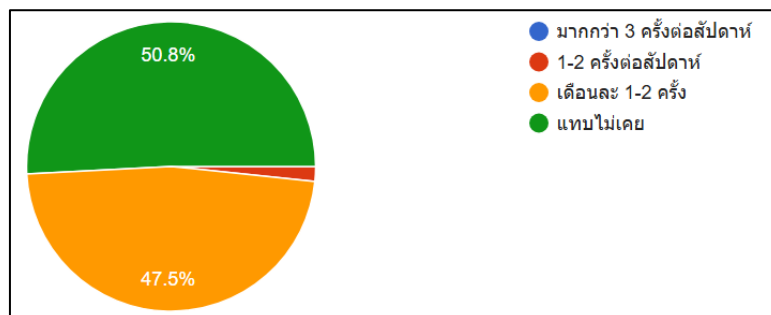


รูปที่ 2 ช่วงอายุของอาสาสมัครที่เข้าร่วมประเมินความพึงพอใจในการรับประทานโจ๊กไข่ผำ

จากการสอบถามอาสาสมัครในเรื่องความถี่ในการบริโภคโจ๊ก พบว่าส่วนใหญ่ไม่ค่อยนิยมบริโภคโจ๊ก มีบางส่วนที่รับประทานเดือนละ 1-2 ครั้ง และมีส่วนน้อยที่รับประทาน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งคนส่วนใหญ่อาจเกิดจากความเชื่อหรือความเข้าใจว่าโจ๊กเป็นอาหารที่ให้พลังงานต่ำและไม่เพียงพอสำหรับการใช้ชีวิตและทำกิจกรรมประจำวันอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ โจ๊กยังถูกมองว่าเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีเจ็บป่วยหรือช่วงเวลาที่ต้องการความสะดวกรวดเร็วเท่านั้น ซึ่งจำกัดการบริโภคในกลุ่มคนทั่วไป ซึ่งการพัฒนาโจ๊กไข่ผำที่เสริมคุณค่าทางโภชนาการสูงขึ้น และมีรสชาติที่อร่อยมากยิ่งขึ้น จึงเป็นการตอบโจทย์ความต้องการของผู้บริโภคยุคใหม่ที่ใส่ใจสุขภาพและคุณค่าทางอาหารมากขึ้น โจ๊กไข่ผำมีโปรตีนจากพืชและสารอาหารที่ครบถ้วน จะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความสนใจในการบริโภคโจ๊กมากขึ้น

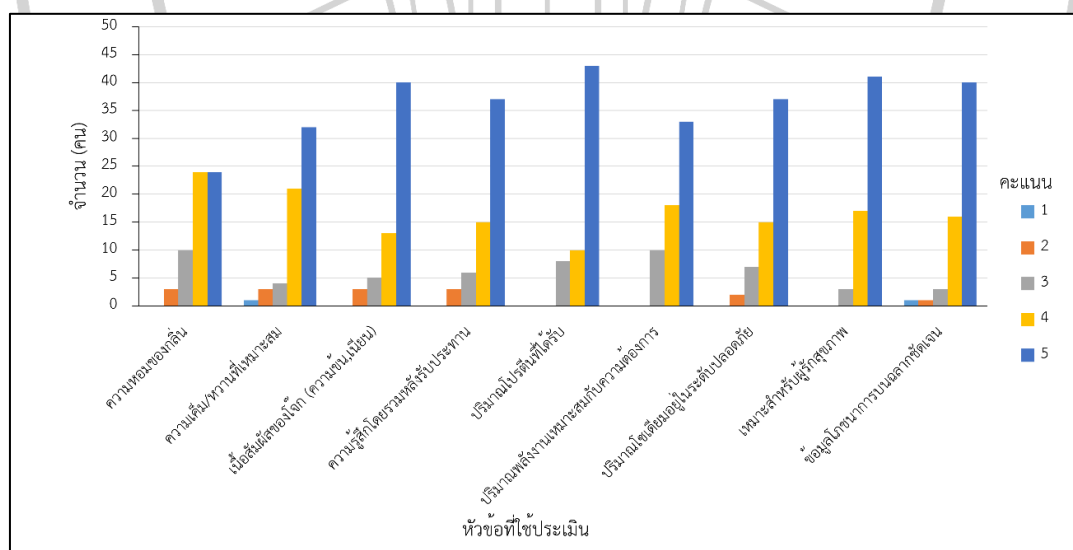


ทั้งยังมีโอกาสที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของผู้บริโภคให้รับประทานโจ๊กเป็นอาหารหลักหรืออาหารว่างที่สามารถบริโภคได้อย่างสม่ำเสมอในชีวิตประจำวันมากขึ้น



รูปที่ 3 ความถี่ในการบริโภคโจ๊ก

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน ได้ร่วมชมและแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในรสชาติความกลมกล่อมและคุณค่าทางโภชนาการที่ได้รับมากพอในแต่ละถ้วยของโจ๊กไข่ผ่าสูตรที่ 2 จึงใช้โจ๊กสูตรที่ 2 เป็นตัวแทนในการประเมินความพึงพอใจในหัวข้อต่าง ๆ ได้ผลการศึกษาดังรูปที่ 4 พบว่าคะแนนความพึงพอใจในรสชาติและคุณค่าทางโภชนาการที่ได้รับจากอาสาสมัครส่วนใหญ่มีระดับสูงมากกว่าร้อยละ 50 โดยโจ๊กไข่ผ่าให้โปรตีนจากพืชแทนเนื้อสัตว์ ความรู้สึกโดยรวมหลังรับประทานรู้สึกอร่อย มีความหวานเค็มพอเหมาะ ซึ่งพอดีกับรสชาติที่ผู้สูงอายุต้องการ มีปริมาณโซเดียมอยู่ในระดับที่ปลอดภัยสามารถรับประทานได้บ่อยครั้งตามต้องการ เหมาะสำหรับเป็นอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับคนรักสุขภาพ



รูปที่ 4 จำนวนผู้ที่เข้าร่วมประเมินความพึงพอใจในหัวข้อต่างๆ โดยประเมินจากคะแนน 1-5



บทสรุป

ไข่ฝ่ำถือเป็นพืชเศรษฐกิจชนิดหนึ่งที่พบได้ทั่วไปตามท้องถิ่นต่าง ๆ ซึ่งมีความสำคัญทั้งในด้านเศรษฐกิจและวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น เป็นพืชที่ปลูกได้ง่ายและมีคุณค่าทางโภชนาการสูง การนำไข่ฝ่ำมาแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์อาหารอย่างโจ๊กไข่ฝ่ำ จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่น่าสนใจสำหรับผู้บริโภคที่ต้องการอาหารที่อร่อยและมีประโยชน์ จากผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป พบว่าผู้บริโภคกลุ่มนี้มีความชื่นชอบโจ๊กไข่ฝ่ำสูตรที่ 2 เป็นอย่างมาก โดยให้คะแนนความพึงพอใจในเรื่องรสชาติและคุณค่าทางโภชนาการของโจ๊กไข่ฝ่ำในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโจ๊กไข่ฝ่ำสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้บริโภคที่ใส่ใจสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาโจ๊กไข่ฝ่ำไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการให้กับโจ๊กซึ่งเป็นอาหารดั้งเดิมเท่านั้น แต่ยังมีความสำคัญในการขยายฐานผู้บริโภคโจ๊กให้กว้างขวางมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้บริโภคที่ต้องการอาหารเพื่อสุขภาพและให้โปรตีนสูง นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างโอกาสทางการตลาดใหม่ๆ ให้กับผลิตภัณฑ์โจ๊กไข่ฝ่ำที่สามารถตอบโจทย์ทั้งในด้านรสชาติ คุณค่าโภชนาการและความต้องการของผู้บริโภคยุคปัจจุบันที่หันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ข้อเสนอแนะ

โจ๊กไข่ฝ่ำมีคุณค่าทางโปรตีนสูง แต่หากใส่ในปริมาณมากเกินไปอาจทำให้มีสี กลิ่น และรสชาติเข้มขึ้นเกินไป ควรเพิ่มข้าวและหมูเพื่อปรับปรุงรสชาติให้ดีขึ้น



เอกสารอ้างอิง

- ภาณุมาศ ทองคำ. (2562). ผลของอุณหภูมิต่อฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระในไข่ผ่าแฉังและการประยุกต์ใช้ในผลิตภัณฑ์อาหาร. วิทยานิพนธ์ คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์. ปทุมธานี: คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- Appenroth, K. J., Sree, K. S., Bog, M., Ecker, J., Seeliger, C., Böhm, V., ... & Jahreis, G. (2018). Nutritional value of the duckweed species of the genus *Wolffia* (Lemnaceae) as human food. *Frontiers in chemistry*, 6, 483.
- สุรีย์พันธุ์ บุญวิสุทธิ์. (2550). ตารางแสดงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- ณัฐนรี อินตา. (2565). แผนธุรกิจสำหรับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโปรตีนจากไข่ผ่าในรูปแบบผงแบรนด์ “W-Prime”. สารนิพนธ์วิทยาลัยการจัดการ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล
- On-Nom, N., Promdang, P., Inthachai, W., Kanoongon, P., Sahasakul, Y., Chupeerach, C., ... & Temviriyakul, P. (2023). *Wolffia globosa*-based nutritious snack formulation with high protein and dietary fiber contents. *Foods*, 12(14), 2647.
- De Beukelaar, M. F., Zeinstra, G. G., Mes, J. J., & Fischer, A. R. (2019). Duckweed as human food. The influence of meal context and information on duckweed acceptability of Dutch consumers. *Food quality and preference*, 71, 76-86.





ระบบดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ 5 ส. สูงวัยสุขนาน 5 Point Elderly Care and Support System

ธัญชนก พรหมมงคล^{1*}, ญัฐนิภรณ์ พันสีเงิน¹ และเมกुरु แสงแก้ว¹

*Corresponding author E-mail address: thunchanogp@gmail.com

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว และเต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงมากมายในสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องเจอกับปัญหาทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความมั่นคงในชีวิตหลังเกษียณ รวมทั้งในบางครั้งระบบสาธารณสุขหรือสวัสดิการต่าง ๆ ก็ยังไม่สามารถรองรับและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ ดังนั้นแนวคิด “ระบบดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ 5 ส. สูงวัยสุขนาน” จึงมีขึ้นเพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ รวมไปถึงส่งเสริมและพัฒนาสังคมผู้สูงอายุอย่างมั่นคงและยั่งยืน โดยประกอบไปด้วย (1) ส. สังคม สร้างความสัมพันธ์ รวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน (2) ส. สุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพทางกาย (3) ส. สร้าง สร้างอาชีพและสุขภาพจิตที่มั่นคง (4) ส. เสริม เสริมสร้างการป้องกันและแก้ไขปัญหา (5) ส. สาน สานต่อเครือข่ายเพื่อชุมชนสูงวัยที่ยั่งยืน โดยระบบดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ 5 ส. สูงวัยสุขนาน มุ่งเน้นการสร้างชุมชนที่มั่นคงและยั่งยืน เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการใช้ชีวิตหลังเกษียณให้มีความสุข

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การพัฒนาอย่างยั่งยืน, การดูแลผู้สูงอายุ

¹ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนธรรมศาสตร์คลองหลวงวิทยาคม



Abstract

As Thailand fully enters an aging society, it faces numerous social changes that significantly impact the lives of older adults. Many elderly individuals encounter challenges related to physical health, mental well-being, and financial security after retirement. In some cases, public health systems and welfare services are still unable to adequately address or resolve these issues within communities. To respond to these challenges, the “5ส. Elderly Care and Support System” has been developed to prevent and address health-related problems, while also promoting and fostering a stable and sustainable aging society. The system consists of: (1) ส. Social (สังคม): Building relationships and fostering elderly groups within the community (2) ส. Health (สุขภาพ): Promoting physical health and wellness (3) ส. Creates (สร้าง): Creating job opportunities and ensuring mental well-being (4) ส. Promote (เสริม): Preventing and solving problems through proactive support (5) ส. Collaborations สาม: Strengthening networks for a sustainable aging community. The 5S Elderly Care and Support System Focuses on building resilient and sustainable communities, enhancing the efficiency and quality of post-retirement life, and ensuring happiness in old age.

Keyword: Elderly, Sustainable development, Caring for the elderly



ความเป็นมาหรือปัญหา

ประเทศไทยในปัจจุบันกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว โดยพบว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดว่าจะสูงเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2567) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรในลักษณะนี้ ถือเป็นความท้าทายสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และนโยบายสาธารณะของประเทศ โดยเฉพาะในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เอมอร อารณรัตน์ และคณะ (2563) มีผู้สูงอายุประมาณ 960,000 คน ที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และอีกประมาณ 63,000 คน ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย จากข้อมูลของกรมควบคุมโรคพบว่า โรคเรื้อรัง 5 อันดับที่พบมากในผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ 1. โรคความดันโลหิตสูง 2. โรคเบาหวาน 3. โรคหลอดเลือดสมอง 4. โรคหัวใจและหลอดเลือด และ 5. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นอกจากนี้พบว่า มีผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 ที่สายตาไม่ดี มองเห็นไม่ชัดเจน และเกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาในการบริโภคอาหาร

ในอดีตการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยส่วนใหญ่อาศัยระบบครอบครัวแบบขยาย ซึ่งลูกหลานมีบทบาทเป็นผู้ดูแลเป็นหลัก แต่ปัจจุบันมีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่มีสัดส่วนการอยู่เพียงลำพังคนเดียว เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวส่วนมากทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองได้ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนจำนวนไม่น้อยที่ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ยิ่งไปกว่านั้นระบบบริการสาธารณสุขและสวัสดิการในบางพื้นที่ โดยเฉพาะในระดับชุมชน ยังไม่สามารถรองรับความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุได้อย่างเพียงพอ ครอบครัว และทั่วถึง

การออกแบบ “ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงวัย 5ส. สูงวัย สุขนาน” จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตสังคมผู้สูงอายุ และเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยเน้นการพัฒนาแนวทางหรือแบบจำลองการดูแลที่อิงกับบริบทท้องถิ่น ผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้สูงอายุ เพื่อสร้างสรรค์กลไกการดูแลที่ไม่เพียงตอบโจทย์ด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายในสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และเป้าหมายที่ 11 การสร้างชุมชนและเมืองให้น่าอยู่สำหรับทุกช่วงวัย

เนื้อหา

แนวคิดระบบดูแลช่วยเหลือผู้สูงวัย เป็นการออกแบบระบบดูแลช่วยเหลือที่ออกแบบขึ้นเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้สูงวัยในชุมชน ได้พัฒนาศักยภาพ มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ มีภูมิคุ้มกันทางกายและจิตใจที่เข้มแข็ง คุณภาพชีวิตที่ดี มีทักษะการดำรงชีวิตในสังคมและรอดพ้นจากวิกฤตปัญหาทั้งปวง ครอบคลุมการดูแลทั้งกายและใจ ให้ผู้สูงวัยมีกิจกรรมที่พัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 มีสุขภาพกายที่ดี มีภูมิคุ้มกันทางอารมณ์ โดยระบบดูแลช่วยเหลือผู้สูงวัยประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ระบบดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ

5 ส. สูงวัย สุขนาน



1. สร้างคม สร้างความสัมพันธ์ รวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน

การสร้างความสัมพันธ์ รวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน คือ การสร้างความสัมพันธ์ผ่านการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยบรรเทาปัญหาทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุ การมีพื้นที่สำหรับการพบปะ แลกเปลี่ยน และช่วยเหลือกันในชุมชน ซึ่งไม่เพียงแต่ทำให้ผู้สูงวัยรู้สึกมีคุณค่า แต่ยังช่วยเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีและลดภาวะพึ่งพิงในสังคมผู้สูงวัยที่กำลังเติบโตอย่างรวดเร็วในประเทศไทย

ในยุคที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยตามรายงานจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) พบว่า ผู้สูงอายุมีสัดส่วนมากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการออกแบบโครงสร้างชุมชนและกิจกรรมสังคมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

หนึ่งในประเด็นที่สำคัญ คือ “ความสัมพันธ์ทางสังคม” ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมากต่อสุขภาพจิต สุขภาพกาย และความรู้สึกของผู้สูงอายุ การแยกตัวจากสังคมหรือการใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความเครียด และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา ดังนั้น การสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะ สื่อสาร และร่วมกิจกรรมกับคนในชุมชนจึงถือเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

1.1. สาเหตุของปัญหา : ด้านสุขภาพและจิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน

ปัญหาด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุในชุมชนหลายพื้นที่ประสบกับปัญหาสุขภาพกาย อาทิ โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม ปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เช่น เดินลำบาก หกล้มง่าย เนื่องจากขาดกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัย



ปัญหาด้านสุขภาพจิต จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2564) พบว่าผู้สูงอายุไทยกว่า 30% มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ปัญหาสำคัญที่ไม่อาจมองข้ามได้ คือ สุขภาพจิตของผู้สูงวัย ซึ่งพบได้บ่อยในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ความเหงา ความรู้สึกโดดเดี่ยว โดยเฉพาะในผู้สูงวัยที่อาศัยอยู่คนเดียว ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือบทบาทในครอบครัว ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล ไม่มั่นใจในคุณค่าและบทบาทของตน การขาดพื้นที่ในการแสดงออกทางสังคมและอารมณ์

1.2. ลักษณะของปัญหา ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุมักเกิดจากการเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุ ซึ่งมักแสดงออกมาในรูปแบบโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงวัย และนอกจากนี้ยังมีโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคที่รักษาได้ยากเพราะต้องใช้เวลาและความเข้าใจ

1.3. แนวทางแก้ไขปัญหา สามารถแก้ปัญหาได้โดยการสร้างพื้นที่ในการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย เช่น งานฝีมือ ดนตรี นันทนาการ ออกกำลังกายเบา ๆ การจัด “ชมรมผู้สูงอายุ” ที่มีกิจกรรมประจำสัปดาห์ เช่น รำไทย สวดมนต์เจริญสติ การให้ความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพกายและจิตโดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโภชนาการ สุขภาพ และการป้องกันโรคเรื้อรัง ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่ม

ดังนั้นขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่จะรวบรวมผู้สูงวัยในชุมชนมาเพื่อรวมกลุ่มสร้างพื้นที่ปลอดภัยที่สามารถพูดคุย แลกเปลี่ยน เรียนรู้ได้ การรวมกลุ่มเหล่านี้ไม่ได้เพียงแค่เพิ่มพลังใจให้ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังช่วยลดปัญหาและส่งเสริมความยั่งยืนให้แก่ชุมชนของแต่ละครอบครัว และระบบสาธารณสุขในระยะยาวอีกด้วย

2. สุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพทางกาย

การส่งเสริมสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพทางกาย คือ การส่งเสริมสุขภาพทางกายในผู้สูงอายุที่เน้นการวางแผนเชิงระบบทั้งจากภายใน (การดูแลตนเอง) และภายนอก (หน่วยงานสาธารณสุข) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ห่างไกลโรคภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การบูรณาการทั้งสองแนวทางเข้าด้วยกันถือเป็นหัวใจสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง สร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และเตรียมความพร้อมรับมือกับความเปลี่ยนแปลงทางกายในระยะยาว

2.1 สาเหตุของปัญหา ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ส่งผลให้การส่งเสริมและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างชัดเจน ทั้งการเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งล้วนแต่เป็นโรคที่ต้องอาศัยการดูแลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

2.2 ลักษณะของปัญหา จากข้อมูลของกรมอนามัย (2563) พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และการเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะ



ในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากประสบปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ล่วงหน้า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเชิงรุกจึงจำเป็นต้องวางแผนและดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข ทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง มีคุณภาพ และเกิดผลอย่างยั่งยืน

2.3 แนวทางการแก้ไขปัญา

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถทำได้ผ่านกิจกรรมและแนวทางสำคัญ 4 ประการ ได้แก่

1. **การตรวจสุขภาพประจำปี** เป็นวิธีคัดกรองโรคและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง เช่น ตรวจความดันน้ำตาลในเลือด BMI และสมรรถภาพร่างกาย เพื่อให้สามารถพบความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

2. **การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ** ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่น อาหารที่มีกากใยสูง ไขมันต่ำ ลดหวาน มัน เค็ม และหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป พร้อมให้ความรู้ด้านการอ่านฉลากและปรับพฤติกรรมกินในชีวิตประจำวัน

3. **การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย** กระตุ้นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เช่น เดิน โยคะ หรือเต้นแอโรบิกเบา ๆ เพื่อลดความเสี่ยงการหกล้มและเสริมสุขภาพหัวใจ รวมถึงกิจกรรมกลุ่มเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมและลดความเหงา

4. **การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระยะยาว** ผู้สูงวัยควรบริหารจัดการชีวิตอย่างมีระเบียบ สังเกตความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และติดตามผลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือบุคลากรสาธารณสุข

ดังนั้น ขั้นตอนนี้จึงเป็นขั้นตอนที่มุ่งเน้นถึงการแก้ไขปัญาสุขภาพกายและสุขภาพจิตในชุมชนในการออกกำลังกาย และหน่วยงานภายนอก ในการตรวจสุขภาพเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพระยะยาว การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอควบคู่กับการสนับสนุนจากภายนอก จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มั่นใจ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน

3. สร้างอาชีพและสุขภาพจิตที่มั่นคง

การสร้างอาชีพและสุขภาพจิตที่มั่นคง คือ การป้องกัน แก้ไข และส่งเสริมให้ผู้สูงวัยมีสุขภาพจิตที่ดี โดยเน้นไปที่การให้ความรู้ที่ถูกต้องและการส่งเสริมให้ผู้สูงวัยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ลดการพึ่งพิงบุตรหลานและภาครัฐ ผ่านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสร้างอาชีพร่วมกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมายืนได้อย่างเข้มแข็งและมั่นคงอีกครั้งหลังวัยเกษียณ

3.1 การสร้างสุขภาพจิตที่มั่นคง

สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต การเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ มีปัจจัยหลัก ๆ ดังนี้

1. **ปัจจัยด้านร่างกาย** โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามอายุนอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและการใช้ชีวิตประจำวันแล้ว ยังสามารถทำให้เกิดความวิตกกังวลจากความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในภายหลังได้



2. ปัจจัยด้านจิตใจ การเสื่อมลงของสมองนำมาซึ่งระดับฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า อารมณ์อ่อนไหว หงุดหงิดง่าย หรือซีระแวง รวมไปถึงความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการขาดที่พึ่งพิงทางจิตใจ อันเนื่องมาจากการสูญเสียครอบครัว คนรัก หรือเพื่อนฝูง

3. ปัจจัยด้านสังคมและความมั่นคง การถูกลดบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุหลังเกษียณสามารถทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความมั่นคง โดยรายได้ที่ขาดหายไปและการพึ่งพิงบุตรหลานทำให้ความภาคภูมิใจในตัวเองของผู้สูงวัยลดลง นำมาสู่ปัญหาสุขภาพจิตในภายหลังได้

ปัญหาสุขภาพจิตที่มักพบในผู้สูงอายุ

1. ภาวะซึมเศร้า
2. อาการตื่นตระหนก วิตกกังวล
3. อาการทางจิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกาย เช่น ความวิตกกังวลเนื่องมาจากอาการป่วยเรื้อรัง ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย
4. ภาวะทางจิตอื่น ๆ เช่น อาการประสาทหลอน อารมณ์แปรปรวน

แนวทางการแก้ไขปัญหา ผู้สูงวัยและบุตรหลานสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้โดยเริ่มจากการทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของร่างกายและฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงวัย ออกไปพบปะกับผู้คนและหากิจกรรมทำ คอยสังเกต ใส่ใจกับอาการผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจที่อาจเกิดขึ้น เพื่อที่จะสามารถรักษาได้อย่างทันที่ทั้งที่ หมั่นออกกำลังกาย และตรวจสุขภาพเป็นประจำ จากวารสารเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดราชบุรีกล่าวว่า “ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางกายดี มีโอกาสที่จะไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีปัญหาทางกายถึง 8.3 เท่า” บุตรหลานสามารถดูแลผู้สูงอายุได้โดยการให้ความเคารพ นับถือ ทำให้ผู้สูงวัยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ หรือกลายเป็นบุคคลที่ถูกหมองเมิน

3.2 การสร้างความมั่นคงทางการเงินในวัยสูงอายุ

สาเหตุของปัญหาความมั่นคง เนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลงเรื่อย ๆ ของประเทศไทย และสภาพเศรษฐกิจโลก ทำให้ผู้สูงอายุมีบุตรหลานให้พึ่งพิงได้น้อยลง และบุตรหลานก็มีภาระค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นจนไม่สามารถค้ำจุนผู้สูงอายุได้เพียงพอ รวมไปถึงอัตราเงินเฟ้อที่เพิ่มขึ้นทำให้การวางแผนทางการเงินหลังเกษียณอายุของผู้สูงวัยเปลี่ยนไป ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต

ปัญหาทางความมั่นคงที่มักพบในวัยสูงอายุ มักจะเกิดจากรายได้และแหล่งรายได้ที่หายไปหลังจากเข้าสู่วัยเกษียณ ภาวะพึ่งพิงบุตรหลานได้น้อยลง ในขณะที่ผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และรายได้ที่เก็บออมไว้ในช่วงเวลาทำงานไม่พอใช้เนื่องจากสถานการณ์เงินเฟ้อในปัจจุบัน

แนวทางการแก้ไขปัญหา การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสร้างอาชีพภายในชุมชน สามารถช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองจากการได้เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนระบบการทำงาน ลดปัญหาขาดแคลนแรงงานในปัจจุบัน ได้พบปะกับผู้คนในช่วงวัยเดียวกันเพื่อคลายความเหงาจากการแยกกันอยู่กับบุตรหลาน และเป็นการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา



ในปัจจุบัน นอกจากนี่ยังเป็นการสร้างความมั่นคงทางการเงินให้ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือนมากขึ้น เป็นการเพิ่มแหล่งรายได้ ลดการพึ่งพิงบุตรหลานและภาครัฐ

แนวทางในการส่งเสริมอาชีพในวัยสูงอายุอย่างมั่นคง ดังนี้

1. สำรวจความเป็นอยู่และความคิดเห็นของคนในชุมชน เพื่อหาแนวทางการสร้างอาชีพในชุมชนให้มีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับวัยสูงอายุ

2. ส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ทักษะทางวิชาชีพต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการนำไปต่อยอด ทั้งการทำธุรกิจส่วนตัว การรวมกลุ่มทำธุรกิจ SME ในชุมชน และการเข้าสู่ตลาดแรงงานที่เปิดรับ

3. สนับสนุนสวัสดิการให้ผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องค่าตอบแทน เวลาในการทำงาน และรูปแบบของงาน เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุอยากมาทำงานด้วยความสมัครใจ

4. จัดให้มีการให้คำปรึกษาด้านอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถวางแผนการสร้างอาชีพในวัยเกษียณได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน

4.เสริมสร้างการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

เสริมสร้างการป้องกันและแก้ไขปัญหา คือ กระบวนการที่มุ่งเน้นการวางแผนอย่างรอบด้าน โดยมีเป้าหมายในการป้องกันปัญหาก่อนเกิด หาวิธีจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วให้มีประสิทธิภาพสูงสุด และส่งผลกระทบต่อผู้สูงวัยน้อยที่สุด หัวใจสำคัญของกระบวนการนี้ คือ ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยเฉพาะผู้นำและสมาชิกในชุมชนที่สามารถสังเกต สอดส่อง และรับรู้ถึงสัญญาณของปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนรับมืออย่างมีระบบสำหรับแก้ปัญหาหลักที่พบในผู้สูงวัย

4.1 สาเหตุของปัญหา

ปัญหาด้านสุขภาพกาย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งล้วนเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงวัย การป้องกันจึงสามารถป้องกันได้ด้วยขั้นตอนที่ “2. สุขภาพ” โดยการวางแผนร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข เช่น การจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปี ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ และส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เพื่อเตรียมพร้อมและลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยระยะยาว

ปัญหาด้านสุขภาพจิตและความเหงา เนื่องจากหลายครอบครัวมีลักษณะ “แยกกันอยู่” หรือมีภาระงานที่ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงวัยได้อย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การป้องกันในส่วนนี้สามารถเชื่อมโยงกับแนวทางในหัวข้อ “3. สร้าง” โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม เช่น การเรียนรู้ร่วมกัน การฝึกทักษะอาชีพ หรือกิจกรรมนันทนาการ เพื่อให้ผู้สูงวัยได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

4.2 ลักษณะของปัญหา

ปัญหาสุขภาพกาย เมื่ออายุเพิ่มขึ้นสภาพร่างกายและระบบการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะเสื่อมถอยลงไป จึงมีแนวโน้มการเจ็บป่วยได้ง่ายและเรื้อรัง ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่สามารถทำความเข้าใจ ป้องกัน และดูแลได้ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องทำความเข้าใจถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต



ปัญหาสุขภาพจิตและความเหงาเป็นหนึ่งในปัญหาที่สามารถเกิดขึ้นได้ในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีลักษณะนิสัยที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญปัญหาหลายด้าน เช่น ภาวะความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งอาจเกิดจากระดับฮอร์โมนในร่างกายที่เปลี่ยนไป จากบทความของ นายแพทย์ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรื่อง แพทย์บริการทางการแพทย์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้มีการอ้างอิงว่า ผู้สูงอายุบางคนมีภาวะโรคซึมเศร้าแอบแฝงอย่างไม่รู้ตัวอีกด้วย

4.3 แนวทางแก้ไขปัญหา

การวางแผนแก้ไขปัญหา แต่ละชุมชนต้องสำรวจปัญหาในพื้นที่ของตนเองว่ามีปัญหา ด้านใดบ้าง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพใจ ซึ่งผู้นำชุมชนสามารถร่วมมือกับคนในชุมชน วางแผนการแก้ไขปัญหาก็ เพื่อให้ได้ประสิทธิผลที่ตรงจุดตามแต่ละชุมชน เพื่อพัฒนาชุมชนให้ยั่งยืน

การเสริมสร้างระบบดูแลแบบมีส่วนร่วม ส่งเสริมการสร้างกลไกเฝ้าระวังในชุมชน เช่น กลุ่มเยี่ยมบ้าน กลุ่มอาสาดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง หรือกลุ่มอาสาสมัครจิตอาสาที่สามารถ เป็นเพื่อนพูดคุย เป็นหูเป็นตา และเป็นพี่ปรึกษาเบื้องต้นในชุมชน

ดังนั้นขั้นตอนนี้จึงไม่ได้เน้นเพียงการ "แก้ไขเมื่อเกิดปัญหา" แต่เป็นการมองไกลไปถึงการสร้าง ภูมิคุ้มกันให้ชุมชนสูงวัย เพื่อให้พร้อมรับมือกับความเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญ ของการพัฒนาสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมั่นคงและยั่งยืน

5.สานต่อเครือข่าย เพื่อชุมชนสูงวัยที่ยั่งยืน

เมื่อสามารถสร้างชุมชนผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ "การสานต่อ" เพื่อขยายผลและเชื่อมโยงเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดความยั่งยืนในระดับ ชุมชนและสังคมโดยรวม การสานต่อครอบคลุมทั้งเครือข่ายภายในและภายนอกชุมชน

เครือข่ายภายใน : เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มจิตอาสา กลุ่มผู้นำ ชุมชน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมถึงสมาชิกผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำในชุมชน ซึ่งล้วนมีบทบาท สำคัญในการดูแล สนับสนุน และส่งต่อองค์ความรู้สู่คนรุ่นถัดไป

เครือข่ายภายนอก : เช่น หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพยาบาล มหาวิทยาลัย องค์กรเอกชน และสื่อมวลชน ซึ่งสามารถเข้ามาช่วยสนับสนุนทั้งในเชิงวิชาการ ทุนทรัพย์ ทรัพยากร หรือองค์ความรู้ต่าง ๆ

ในขั้นตอนนี้ ชุมชนจะมีการเผยแพร่ผลงาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากการดำเนินงาน ตามโมเดลดูแลผู้สูงอายุ “5 ส. สูงวัย สุขนาน” ได้แก่ : สร้างสมาชิก สุขภาพดี สร้างอาชีพ ส่งเสริมป้องกัน สานต่อเครือข่าย ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายชุมชนรอบข้าง ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการเตรียมความพร้อมรับมือกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและ ยั่งยืน



บทสรุป

“ระบบดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ 5ส. สูงวัยสุขนาน” เป็นเพียงการออกแบบระบบที่ยังไม่ได้นำไปปฏิบัติจริง แนวทางการที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเตรียมพร้อมรับมือเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน บุตรหลานที่ใกล้ชิดและผู้สูงอายุจะต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อม สภาพร่างกาย และสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงวัย ในปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องเจอกับปัญหาทั้งทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต และปัญหาทางสังคม ซึ่งบางส่วนไม่สามารถดูแลตนเองได้ และไม่มีบุตรหลานคอยดูแล สิ่งนี้ถือเป็นความท้าทายสำคัญในระบบเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทย เพื่อให้สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในอนาคตได้ จึงจำเป็นจะต้องมีการวางแผนตั้งแต่ในระดับชุมชนไปถึงประเทศ ให้ครอบคลุมทั่วทั้งการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ ที่ยังคงมีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของไทย ให้ผู้สูงอายุสามารถสร้างอาชีพและมีสังคมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิต อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง





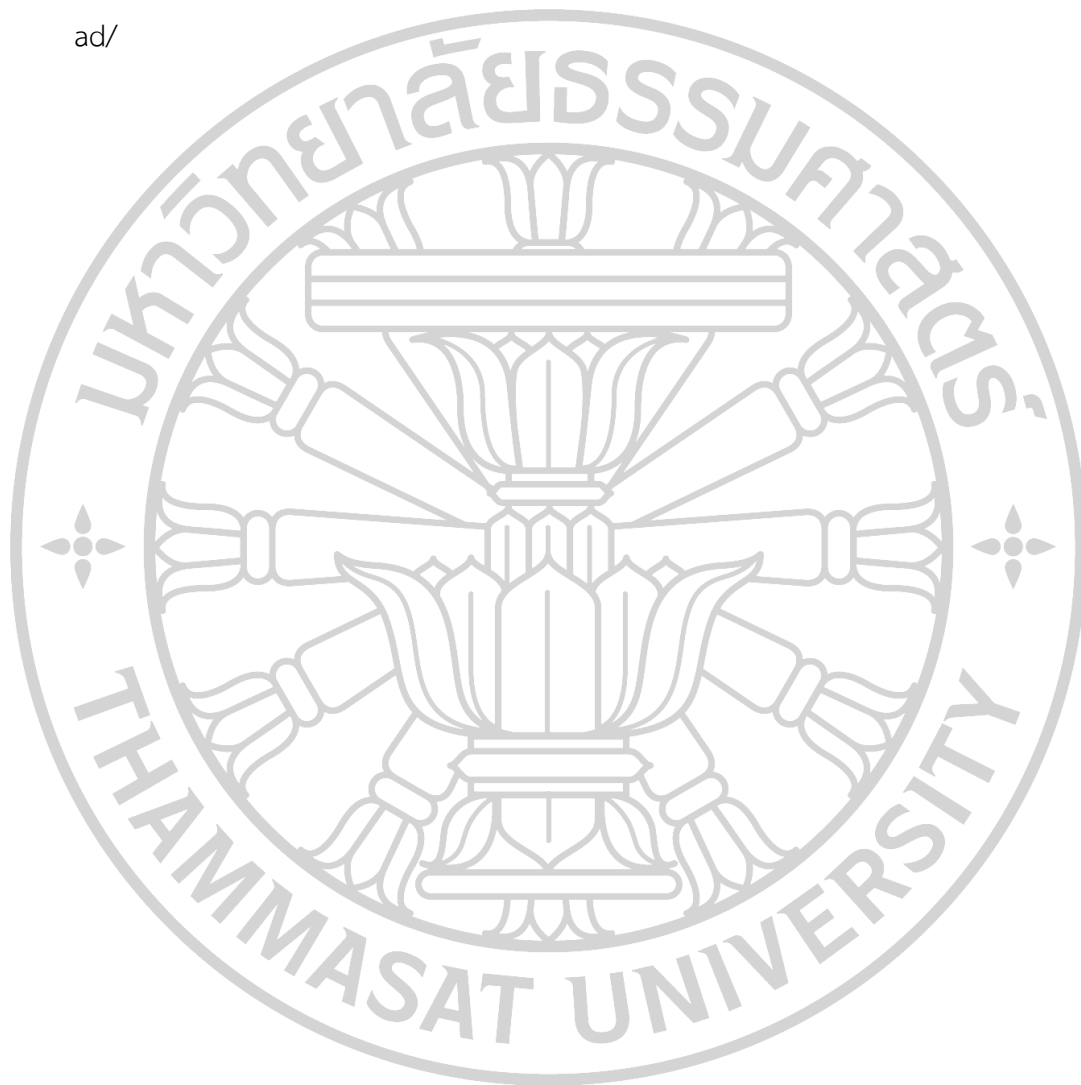
เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564, 21 มิถุนายน). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย.
<https://www.dop.go.th/th/know/1/926>
- จินตนา อาจสันเทียะ, และ รัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 19(1).<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/121906/92866>
- เจษฎี จันทวงศ์. (ม.ป.ป.). การพัฒนาอาชีพผู้สูงอายุของประเทศไทย. การประชุมวิชาการระดับชาติ “อาเซียนบนเส้นทางของประชาคม (ASEAN on the Path of Community)”. (55-62)
https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614762315-471_0.pdf
- นริสา วงศ์พนารักษ์, และ สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(3). <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/30214/26049>
- พาริณี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2651). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 27(5). 810-818.
<https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/5078/4809>
- สุนิสา คำชื่น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 36(3). 150-161. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/246933/167650>
- สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2568). รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตัวชี้วัดที่ 3.22 ร้อยละของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงระบบบริการและได้รับการเยี่ยมบ้านตามชุดสิทธิประโยชน์. https://eh.anamai.moph.go.th/th/322-2568/download?id=123560&mid=39530&mkey=m_document&lang=th&did=36186
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. พ.ศ. 2567.
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 29 มกราคม). 5 โรคไม่ติดต่อที่พบในผู้สูงอายุ และเสียชีวิตในประเทศไทย.
<https://ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?publish=15282&deptcode=dncd>



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557, 19 มีนาคม). ไทยจ่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มตัว ปี

2568.<https://www.thaihealth.or.th/%e0%b9%84%e0%b8%97%e0%b8%a2%e0%b8%88%e0%b9%88%e0%b8%ad%e0%b9%80%e0%b8%82%e0%b9%89%e0%b8%b2%e0%b8%aa%e0%b8%b1%e0%b8%87%e0%b8%84%e0%b8%a1%e0%b8%9c%e0%b8%b9%e0%b9%89%e0%b8%aa%e0%b8%b9%e0%b8%87%e0%b8%ad/>





รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ครั้งที่ 2

“นวัตกรรมการวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมสูงวัย”
Innovating Research for Sustainable Development in an Aging Society

