



การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเปราะบางด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน:
กรณีศึกษาตำบลตาลีอ้ายร์ อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

Developing a Community-Based Participatory Model for Health Promotion
of Vulnerable Groups: A Case Study of Taleeyair Sub-district Yaring District
Pattani Province

สมฤดี สวงแก้ว¹, ศรีสุตา วนาลีสิน^{2*} และจิรัชยา เจียวัก³

Somrudee Saguankaew¹, Srisuda Vanaleesin^{2*} and Jirachaya Jeawkok³

^{1,3}อาจารย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, วิทยาเขตปัตตานี

^{2*}ข้าราชการบำนาญ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, วิทยาเขตหาดใหญ่

^{1,3}Lecturer from the Faculty of Humanities and Social Sciences Prince of Songkla University, Pattani Campus

^{2*}Retired civil servant the Faculty of Nursing Prince of Songkla University, Hat Yai Campus

*Corresponding author e-mail: svanaleesin@gmail.com

Received: 25 February 2026 Revised: 15 June 2026 Accepted: 20 June 2026

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพของครัวเรือนในตำบลตาลีอ้ายร์ และ 2. เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเปราะบางด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เลือกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจงตามการอ้อมตัวของข้อมูลจำนวน 47 คน แล้วนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการรวบรวมข้อมูลจากกระบวนการสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์แบบเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) การดูแลสุขภาพของกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ยังขาดระบบที่เป็นทางการ กิจกรรมหลักอาศัยบทบาทของโรงเรียนในการส่งเสริมโภชนาการและการละเล่นพื้นบ้านสำหรับเด็กและเยาวชน ส่วนผู้สูงอายุมีกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อ รำไทเก๊ก และกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่น การทำตบะและ 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยโมเดลการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินชุมชน การจัดลำดับปัญหา การวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน พร้อมกรอบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ประการ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาจิตวิญญาณ รูปแบบนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการทำงานในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงได้ โดยควรขยายกลุ่มเป้าหมายและมีการติดตามประเมินผลระยะยาวเพื่อสร้างความยั่งยืน

คำสำคัญ: สุขภาวะครัวเรือน, กลุ่มเปราะบาง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research consists purpose were 1. to study the household health situation and 2. to develop a community-based participatory model for health promotion of vulnerable groups in Taleeyair Sub-district Yaring District Pattani Province. This research is qualitative research There are research tools which were in-depth interviews and focus group discussion guidelines. Key informants included children, youth, the elderly and relevant stakeholders, totaling 47 participants. The information gathered from in-depth interviews and focus group discussions forms and related documents content analysis. The findings revealed that 1) Health care for vulnerable groups in the area lacked a formal system. Key activities relied on schools to promote nutrition and traditional games for children and youth, while the elderly engaged in muscle exercises, Tai Chi and spiritual practices such as Tasbih and 2) The developed model consists of a five-step operational process community assessment, problem prioritization, planning, implementation and evaluation, emphasizing community participation throughout. It is accompanied by a framework of six health-promoting behaviors health responsibility, nutrition, physical activity, stress management, interpersonal relationships and spiritual development. This model can be adapted as a guideline for similar contexts in other areas. Expanding target groups and implementing long-term monitoring and evaluation are recommended to ensure sustainability.

Keywords: Household Health, Vulnerable Groups, Community Participation

บทนำ

จังหวัดปัตตานี เป็นพื้นที่ที่มีอัตราความยากจนสูงและมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ด้อยโอกาส ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) จากการประมวลผลทุนทั้ง 5 มิติของจังหวัดปัตตานี พบว่า ทุนมนุษย์มีค่าเฉลี่ย 3.06 (อยู่ในระดับ “อยู่ได้”) ทุนกายภาพมีค่าเฉลี่ย 3.48 (อยู่ในระดับ “อยู่ดี”) ทุนธรรมชาติมีค่าเฉลี่ย 2.71 (อยู่ในระดับ “อยู่ได้”) ขณะที่ทุนการเงินมีค่าเฉลี่ย 1.96 (อยู่ในระดับ “อยู่ยาก”) และทุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 2.21 (อยู่ในระดับ “อยู่ยาก”) สะท้อนให้เห็นว่าคนจนในจังหวัดปัตตานียังคงเผชิญกับความเปราะบางด้านทุนการเงินและทุนทางสังคมเป็นสำคัญ (จิรัชยา เจียวัก, 2567)

ตำบลตาโลฮายร์ อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีครัวเรือนยากจนกระจุกตัวอยู่จำนวนมาก จากการสำรวจพบว่า มีครัวเรือนที่อยู่ในเกณฑ์ยากจนทั้งสิ้น 86 ครัวเรือน และมีครัวเรือนที่สมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพจำนวน 24 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 27.9 ของครัวเรือนยากจนทั้งหมด (จิรัชยา เจียวัก, 2567) กลุ่มเปราะบางเหล่านี้เผชิญกับข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพในครัวเรือน ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความรุนแรง การใช้สารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์และส่งเสริมสุขภาวะอย่างเป็นระบบ (ธัญกานต์ เอกสัน และวิลาวัลย์ ขมิณรัตน์, 2563)

สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ พบปัญหาด้านกาย คือ การมีร่างกายที่ไม่แข็งแรงและมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกระดูกพรุน เป็นต้น ปัญหาด้านจิตใจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว จากผู้ให้ความช่วยเหลือกลายเป็นผู้รับความช่วยเหลือ ส่งผลให้ต้องปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ คือ การต้องการมีส่วนร่วมในครอบครัวและสังคม การต้องการพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด และการไม่ต้องการความสงสารที่แสดงออกโดยตรง (จิรัชยา เจียวีก, 2567)

การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้องค์ความรู้ท้องถิ่น และบทบาทของโรงเรียนและสถาบันศาสนาเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ (World Health Organization, 2013; อังศุธร อังคะนิต และวีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, 2557; นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และปัทมา สุพรรณกุล, 2563) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในพื้นที่ซึ่งขาดรูปแบบที่ชัดเจนและยั่งยืน โดยเฉพาะในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและศาสนาอย่างจังหวัดปัตตานี ในตำบลตาลีอาฮ์ การดูแลสุขภาพของกลุ่มเปราะบางยังขาดระบบที่เป็นทางการ โดยกิจกรรมส่วนใหญ่อาศัยบทบาทของโรงเรียนเป็นหลัก เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การให้ความรู้ด้านโภชนาการ และการละเล่นพื้นบ้าน (จิรัชยา เจียวีก, ฐานิดาภักดิ์ แสงทอง และนพพล แก้วสุวรรณ, 2567) ส่วนผู้สูงอายุได้รับการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อมือ การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การรำไทเก๊ก และการทำตีสบิยะ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมอิสลามในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานดังกล่าวยังขาดการบูรณาการที่เป็นระบบ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบและขับเคลื่อนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความยั่งยืนของกิจกรรมถูกจำกัด (World Health Organization, 2013) จากสภาพปัญหาดังกล่าว มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี จึงได้ดำเนินโครงการ “ตาลีอาฮ์ยั่งยืน (Eco-Tali-Ai)” ซึ่งมีโมเดลย่อย Tali-Ai Health ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพของเด็กเยาวชน และผู้สูงอายุในครัวเรือนยากจนของตำบลตาลีอาฮ์

ดังนั้น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพของครัวเรือน และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลตาลีอาฮ์ อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี เพื่อให้ได้แนวทางที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริง และสามารถนำไปขยายผลยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพของครัวเรือนในตำบลตาลีอาฮ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

การบทวนวรรณกรรม

การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ แนวคิด Ottawa Charter for Health Promotion (WHO, 1986) ได้เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ และการเสริมอำนาจชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ศึกษา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากโรงเรียน มัสยิด และผู้นำชุมชน อังศุธร อังคะนิต และวีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา (2557) ชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมการละเล่นพื้นบ้านไม่เพียงส่งเสริมสุขภาพกาย แต่ยังพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กใน

ชุมชนชนบทได้อีกด้วย ในขณะที่การศึกษาของดวงพร ศุภพิชญ์, พิชิต เมืองนาโพธิ์ และทรงพล ต่อมิ (2555) พบว่า รูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในโรงเรียนยังขาดความต่อเนื่องและความหลากหลาย สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก, นภาพิพย์ ตั้งตรีจักร, กุลพิธาน จุลแสวง และชาฎามาต พุมิพิง (2565) แสดงให้เห็นว่าการบริหารกล้ามเนื้อด้วยอุปกรณ์ง่าย ๆ เช่น ลูกบอลนุ่ม แป้งโดว์ สามารถฟื้นฟูกล้ามเนื้อผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนในมิติจิตวิญญาณ นิรัชรา ลิลละธกุล และปัทมา สุพรรณกุล (2563) พบว่า การทำตบเบี่ยงช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีจิตใจสงบและจดจ่อกับการรำลึกถึงพระเจ้า ซึ่งสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมอิสลามในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ อย่างไรก็ตาม งานศึกษาส่วนใหญ่ยังเน้นการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเฉพาะโดยขาดรูปแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงระหว่างเด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุในครัวเรือนเดียวกัน นอกจากนี้ ยังขาดแนวทางการดำเนินงานที่เป็นขั้นตอนและเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบตั้งแต่การประเมินจนถึงการติดตามผล (World Health Organization, 2013) ช่องว่างความรู้ดังกล่าวนำไปสู่คำถามวิจัยว่าชุมชนสามารถพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเปราะบางอย่างเป็นระบบและยั่งยืนได้อย่างไร โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นฐาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. **กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย** ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 47 คน แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเด็กและเยาวชน จำนวน 20 คน 2) กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน ซึ่ง 2 กลุ่มนี้ ตามคุณลักษณะของกลุ่มเปราะบางและผู้มีบทบาทในชุมชน และ 3) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู เจ้าหน้าที่ อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมจำนวน 12 คน เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเด็กและเยาวชน และ กลุ่มผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้สำหรับเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ และสถานการณ์การดูแลสุขภาพ

2.2 แนวทางการสนทนากลุ่ม ใช้สำหรับเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบและแนวทางการดูแลสุขภาพ

2.3 แบบสังเกต ใช้สำหรับบันทึกพฤติกรรม ปฏิสัมพันธ์ และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพระหว่างกรดำเนินกิจกรรม

โดยเครื่องมือทั้ง 3 ชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

3.1 ระยะที่ 1 การเตรียมการและสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน ผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน โดยการเข้าช่วยฉีดวัคซีน การอาสาดูแลสุขภาพด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้นำชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย

3.2 ระยะที่ 2 สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาวะ ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ควบคู่กับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม

3.3 ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบและกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาวะ โดยดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 8-12 คน เพื่อร่วมกันออกแบบกิจกรรม วางแผน ปฏิบัติการ ประเมินผล และกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาวะที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

อีกทั้ง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และการศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ตามหนังสือเลขที่ psu.pn.2-091/67 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสิทธิในการถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) ก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ตลอดจน การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยมีการตรวจสอบด้านข้อมูล โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน เช่น ข้อมูลจากเด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงการตรวจสอบด้านวิธีการ (Methodological Triangulation) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม และ การตรวจสอบโดยผู้ร่วมวิจัย (Member Checking) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญตรวจสอบความถูกต้องและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (ชาย โพธิ์สิตา, 2549)

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ได้แก่ การจัดระเบียบข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่มมาถอดเทป (Transcription) และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หลังจากนั้นมีการกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดอย่างละเอียดหลายครั้ง แล้วกำหนดรหัสเบื้องต้นตามประเด็นที่ศึกษา และได้ทำการจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ประเด็น ผู้วิจัยนำรหัสที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ แล้วสังเคราะห์เป็นประเด็นหลักตามวัตถุประสงค์การวิจัย สุดท้ายมีการสรุปและตีความ ผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์และตีความข้อมูลโดยเชื่อมโยงกับบริบทชุมชนและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ชาย โพธิ์สิตา, 2549)

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยสามารถจำแนกผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลสุขภาพของครัวเรือนในตำบลตาลีฮายร์

ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพของครัวเรือนในตำบลตาลีฮายร์ อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ยังไม่มีการดูแลสุขภาพของกลุ่มเปราะบางอย่างเป็นทางการ คณะผู้วิจัยจึงได้ร่วมหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเปราะบางแต่ละกลุ่ม เพื่อให้เกิดเป็นกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเปราะบางในครัวเรือนตำบลตาลีฮายร์ ซึ่ง จำแนกการดูแลตามกลุ่มเด็กและเยาวชนและกลุ่มของผู้สูงอายุได้ ดังนี้

1.1 การดูแลสุขภาพของกลุ่มเด็กและเยาวชนในตำบลตาสีอ้าย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี โรงเรียนในพื้นที่ทั้งโรงเรียนตาดีกาและโรงเรียนรัฐมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนผ่านกิจกรรมที่สอดคล้องกับพัฒนาการตามช่วงวัย

โรงเรียนตาดีกาที่ 1 (หมู่ 1) ให้ความสำคัญกับปัญหาขาดโภชนาการของนักเรียน ครูผู้ดูแลกิจกรรมเล่าให้ฟังว่า “...เด็ก ๆ ในชุมชนส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าไม่ตรงเวลาและไม่ครบหมู่ เราจึงจัดกิจกรรมสอนเรื่องอาหารฮาลาลและมีคุณค่า พร้อมชวนผู้ปกครองมาร่วมเรียนรู้ด้วย...” การให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมตามวัยนี้ ไม่เพียงช่วยให้นักเรียนตระหนักถึงความสำคัญของการกิน แต่ยังสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โรงเรียนรัฐ (หมู่ 2) นำการเล่นพื้นบ้านมาเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพทางกาย เช่น การเดินกะลา แก้อัดดนตรี วิ่งซูปเปอร์แมน และตีกอล์ฟคนจน ครูพลศึกษาเล่าว่า “...เด็ก ๆ สนุกมากเวลาได้เล่นกิจกรรมเหล่านี้ แล้วยังช่วยให้เขาเคลื่อนไหวร่างกาย ลดความเครียดจากการเรียน และทำงานร่วมกันเป็นทีม...” กิจกรรมเหล่านี้ไม่เพียงส่งเสริมสุขภาพกาย แต่ยังเสริมสร้างทักษะสังคมและความสามัคคีในหมู่เยาวชนได้อีกด้วย

โรงเรียนตาดีกาที่ 2 (หมู่ 4) จัดโครงการส่งเสริมการวิ่งประเภทต่างๆ และให้ความรู้ด้านการออกกำลังกาย นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คนหนึ่งแบ่งปันว่า “...หนูชอบกิจกรรมวิ่งเก็บของที่สุด เพราะได้ทั้งวิ่งได้ทั้งคิด รู้สึกร่างกายแข็งแรงและสดชื่นขึ้น...” การบูรณาการกิจกรรมทางกายกับกระบวนการเรียนรู้เช่นนี้ ช่วยสร้างนิสัยรักการออกกำลังกายตั้งแต่วัยเด็ก ดังนั้น ทั้งโรงเรียนตาดีกา และโรงเรียนรัฐมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพ โดยออกแบบกิจกรรมตามพัฒนาการแต่ละวัย โรงเรียนตาดีกาที่ 1 เน้นแก้ปัญหาขาดโภชนาการผ่านการให้ความรู้แก่นักเรียนและผู้ปกครอง โรงเรียนรัฐ ส่งเสริมสุขภาพกายด้วยการเล่นพื้นบ้าน เช่น การเดินกะลา ซึ่งสร้างทั้งความสนุกและความสามัคคี ส่วนโรงเรียนตาดีกาที่ 2 ส่งเสริมการวิ่งและให้ความรู้ด้านการออกกำลังกาย ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีสุขภาพกายดีขึ้นและเรียนรู้การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

1.2 การดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลตาสีอ้าย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี จากการลงพื้นที่วิจัย โดยผู้วิจัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลตาสีอ้าย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ส่งผลให้เกิดเป็นกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุได้รับการออกแบบร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก

กิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อ เพื่อบรรเทาอาการชาตามนิ้วมือ ผ่านการทำของชำร่วย ผักสมานิร่วมกับการใช้ยางยืด และบริหารสมองด้วยนิ้วมือ ผู้สูงอายุท่านหนึ่งบอกด้วยรอยยิ้มว่า “...ตั้งแต่ได้มาบริหารมือทุกสัปดาห์ นิ้วไม่ชาบ่อยเหมือนก่อน รู้สึกว่ามีพลังแรงใช้ทำงานเบา ๆ ได้...”

การบรรยายความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ผู้เข้าร่วมซึ่งเป็นคุณตาอายุ 72 ปี แสดงความคิดเห็นว่า “...ฟังแล้วเข้าใจง่ายว่าผู้สูงอายุควรกินอะไร เคลื่อนไหวอย่างไรให้ปลอดภัย นำไปทำที่บ้านได้จริง...”

การรำไทเก๊ก เพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ครูผู้สอนสังเกตว่า “...ผู้สูงอายุหลายท่านบอกว่าปวดข้อ น้อยลง นอนหลับดีขึ้น หลังจากได้รำไทเก๊กอย่างต่อเนื่อง...”

กิจกรรมทำตัสเบ๊ยะ (การรำลึกถึงพระเจ้าโดยใช้นิ้วมือนับคำซิกข์) ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจสงบและใช้เวลาว่างอย่างมีค่า คุณยายท่านหนึ่งบอกอย่างซาบซึ้งว่า “...เวลานับตัสเบ๊ยะ ใจจะสงบ รู้สึกใกล้ชิดอัลลอฮ์ สบายใจมาก...”

ดังนั้น การดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่าน 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ กิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อมือ การบรรยายความรู้การดูแลตนเอง การร่ำไถ่เก็ก และการทำตบะช่วย ช่วยให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมากขึ้น มีความรู้ในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย และมีจิตใจสงบจากกิจกรรมทางจิตวิญญาณ ลดความโดดเดี่ยวและส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมอย่างยั่งยืน จนเกิดผลลัพธ์เบื้องต้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมเหล่านี้ช่วยเชื่อมโยงผู้สูงอายุกลับสู่สังคม พวกเขาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างมิตรภาพใหม่ ๆ เข้าใจวิธีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่มั่นคง แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายในชุมชนได้อย่างแท้จริง

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะกลุ่มเปราะบางด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า จากสถานการณ์การดูแลสุขภาพของครัวเรือนในตำบลตาลีฮายร์ ได้พัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก ซึ่งสามารถนำไปขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ได้ รูปแบบนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ โมเดลการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ประการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 รูปแบบการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน โมเดลนี้เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของและความยั่งยืน ได้แก่ 1) การประเมินสุขภาวะชุมชน เป็นขั้นตอนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาวะของชุมชน โดยใช้วิธีการผสมผสาน เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม อสม. คนหนึ่งในพื้นที่ให้ความเห็นว่า “...เราต้องลงไปคุยกันแบบบ้าน ๆ ถึงจะรู้ว่าปัญหามันอยู่จุดไหน บางทีข้อมูลในรายงานอาจไม่เต็มเรื่อง...” หลังเก็บข้อมูลแล้ว ทีมงานจะคืนข้อมูลให้ชุมชนช่วยตีความร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้าใจตรงกันตั้งแต่เริ่มต้น 2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยชุมชนร่วมกันวิเคราะห์และจัดลำดับปัญหาจากข้อมูลที่ได้ ผู้เข้าร่วมเวทีชาวบ้าน ท่านหนึ่งกล่าวว่า “...พอเห็นข้อมูลรวมแล้ว เราก็อ่านว่าอะไรควรทำก่อนหลัง เพราะเราเป็นคนอยู่กับปัญหานี้ทุกวัน...” กระบวนการมีส่วนร่วมนี้ช่วยให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและแนวทางแก้ไข 3) การวางแผนการดูแลสุขภาพชุมชน โดยชุมชนร่วมออกแบบแผนการแก้ไขปัญหาด้านข้อมูลและภูมิปัญญาท้องถิ่น ครูโรงเรียนตาลีฮายร์ระหว่างการระดมสมองว่า “...กิจกรรมควรสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่นี่ เช่น ใช้เวลาหลังละหมาดร่วมกันทำกิจกรรมเบา ๆ สำหรับผู้สูงอายุ...” 4) การปฏิบัติการตามแผน ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ถูกดำเนินการตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน โดยความร่วมมือของหลายภาคส่วน ผู้ประสานงานโครงการเล่าให้ฟังว่า “...ครั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีสียิต และโรงเรียน ทำงานร่วมกันจริง ๆ ทำให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม...” 5) การประเมินผลการดำเนินงาน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลตลอดกระบวนการ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการแบ่งปันว่า “...เราช่วยกันดูว่ากิจกรรมได้ผลไหม มีอะไรควรปรับปรุง ทำให้รู้สึกว่ามีประโยชน์ ไม่ใช่แค่ถูกประเมิน แต่เราได้พัฒนากันไปพร้อม ๆ กัน...”

ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยข้างต้น พัฒนาเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการมีส่วนร่วมแบบครบวงจร เริ่มจาก (1) การประเมินชุมชน โดยร่วมกันเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล (2) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพร่วมกัน (3) วางแผนแก้ไข โดยใช้องค์ความรู้ท้องถิ่น (4) ปฏิบัติการจริง ผ่านเครือข่ายชุมชนและหน่วยงาน และ (5) ประเมินผล ร่วมกันทุกขั้นตอน เน้นให้ชุมชนเป็นเจ้าของกระบวนการตั้งแต่เริ่มจนจบ จากนั้นผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องของรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนารูปแบบ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินองค์ประกอบของรูปแบบ ความเชื่อมโยงของขั้นตอนต่าง ๆ ความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ผลการตรวจสอบพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมี

ความเห็นสอดคล้องกันว่ารูปแบบมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพะกลุ่มเปราะบางในพื้นที่อื่นได้ โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ควรเพิ่มบทบาทของครอบครัวในการขับเคลื่อนกิจกรรมให้ชัดเจนขึ้น และควรมีการประเมินผลที่หลากหลายมิติ ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์ก่อนนำเสนอ



แผนภาพ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพะกลุ่มเปราะบางด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (สมฤดี สงวนแก้ว และคณะ, 2569)

2.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพะ 6 ประการ แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพะในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพะแบบองค์รวม (Holistic Health Promotion) และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแคซดิน (Kazdin, 1984) ร่วมกับข้อมูลเชิงบริบทจากพื้นที่ตำบลตาโลอ้าย โดยแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ในบทความวิจัยนี้ผู้วิจัยขอเสนอเฉพาะผลการวิเคราะห์ในมิติเชิงคุณภาพที่สะท้อนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพะ 6 ประการ ซึ่งเป็นกรอบสำคัญที่ชุมชนร่วมกันกำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบประเมินและออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพะ โดยมีการตระหนักและดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ ชายวัยกลางคนคนหนึ่งบอกว่า “...ตอนนี้ฉันตรวจความดันเองเป็นประจำ รู้ตัวเร็วถ้ามีอาการผิดปกติ...”
- 2) โภชนาการ โดยมีการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกาย แม่บ้านท่านหนึ่งกล่าวว่าระหว่างกิจกรรมสอนทำอาหารว่า “...เรียนรู้ว่าอาหารพื้นบ้านอย่างข้าวต้มผัดผักสด ก็มีประโยชน์และเหมาะกับผู้สูงอายุในบ้าน...”
- 3) กิจกรรมทางกาย โดยมีการเคลื่อนไหวร่างกายผ่านกิจกรรมประจำวันหรือการออกกำลังกาย เด็กนักเรียนคนหนึ่งบอกด้วยความภูมิใจ “...ทุกเช้าผมวิ่งรอบหมู่บ้านกับปู่ สุขภาพดีทั้งคู่เลย...”

4) การจัดการความเครียด โดยมีการรู้จักวิธีผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุที่ฝึกทำไทเก๊กแบ่งปันว่า “...หลังรำไทเก๊กทุกวัน ใจสงบ นอนหลับดี ไม่ฟุ้งซ่านเหมือนก่อน...”

5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมีการปฏิสัมพันธ์เชิงบวกและการช่วยเหลือกันในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขกล่าวว่า “...เมื่อเราได้พูดคุยช่วยเหลือกัน ความเครียดก็ลดลง สุขภาพจิตก็ดีขึ้นโดยไม่รู้ตัว...”

6) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยมีการเสริมสร้างความสงบทางใจผ่านความเชื่อหรือหลักปฏิบัติทางศาสนา ผู้เข้าร่วมกิจกรรมดัดสเปียร์บอกอย่างซาบซึ้งว่า “...เวลานับดัดสเปียร์ ใจนิ่ง รู้สึกว่าชีวิตมีจุดหมายและไม่โดดเดี่ยว...”

ดังนั้น กิจกรรมที่เป็นกรอบพฤติกรรมบุคคลที่ชุมชนส่งเสริม ประกอบด้วย (1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยตระหนักรู้และดูแลตนเอง (2) โภชนาการ ที่เหมาะสม (3) กิจกรรมทางกาย ที่สม่ำเสมอ (4) การจัดการความเครียด ได้เหมาะสม (5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในเชิงบวก และ (6) การพัฒนาจิตวิญญาณ เพื่อความสงบในชีวิต พฤติกรรมทั้งหมดนี้เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่เชื่อมโยงกับกิจกรรมในโมเดล 5 ขั้นตอนข้างต้น

รูปแบบทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนต้องเริ่มจากการเข้าใจชุมชน และให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางของการออกแบบ ดำเนินการ และประเมินผล จะเห็นได้ว่า กระบวนการในการดูแลสุขภาพชุมชน จะต้องเน้น ให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมต้องมีการใช้ข้อมูลจากการศึกษาและประเมินชุมชน มาวิเคราะห์และสังเคราะห์และแสดงให้คนในชุมชนเห็นปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกัน และร่วมกันออกแบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการ ซึ่งบริการสุขภาพในชุมชนสามารถ ดำเนินการในรูปแบบของกิจกรรม โครงการ บริการ สุขภาวะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการด้านสุขภาพในแต่ละประเด็นและศักยภาพของชุมชน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยสามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพของครัวเรือนในตำบลตาลีอ้ายร์ พบว่า การดูแลสุขภาพของครัวเรือน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางในตำบลตาลีอ้ายร์ยังขาดความเป็นระบบและความต่อเนื่อง แม้จะมีกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่างโรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนเอง อาทิ โรงเรียนมีการส่งเสริมโภชนาการและการละเล่นพื้นบ้านสำหรับเด็กเยาวชน ส่วนผู้สูงอายุมีกิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อ รำไทเก๊ก และกิจกรรมทางจิตวิญญาณอย่างการทำดัดสเปียร์ กิจกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นและได้รับผลตอบรับที่ดีในด้านสุขภาพกาย สังคม และจิตใจ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังขาดการบูรณาการที่เป็นทางการ การบันทึกผลอย่างเป็นระบบ และการติดตามประเมินผลที่ชัดเจนส่งผลให้ความยั่งยืนของโครงการอาจถูกจำกัด

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า รูปแบบการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน อันประกอบด้วย การประเมินชุมชน การจัดลำดับปัญหา การวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจหลักในทุกขั้นตอน เพื่อสร้างความเป็นเจ้าของและความยั่งยืน พร้อมกันนี้ได้กำหนดกรอบ “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ประการ” ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาจิตวิญญาณ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมและประเมินผล

บุคคล รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มีลักษณะยืดหยุ่น เน้นบริบทชุมชน และสามารถนำไปปรับใช้เป็นแนวทางในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลสุขภาพของครัวเรือนในตำบลตาโล อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โรงเรียนตาโลและโรงเรียนของรัฐ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชน แม้ว่าจะขาดระบบการดูแลที่เป็นทางการ กิจกรรมที่โรงเรียนจัดขึ้นสอดคล้องกับพัฒนาการตามช่วงวัยและบริบททางวัฒนธรรมของพื้นที่ โรงเรียนตาโลที่ 1 ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นปัญหาพื้นฐานที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก การจัดกิจกรรมให้ความรู้ทั้งนักเรียนและผู้ปกครองเป็นการสะท้อนถึงความเข้าใจว่าปัญหาด้านโภชนาการต้องการการแก้ไขที่ครอบคลุมทั้งตัวบุคคลและสังคมแวดล้อม ดังการศึกษาของน้ำทิพย์ อุณแก้ว (2565) ที่ศึกษาพบว่าเพื่อนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนมัธยม ส่วนโรงเรียนรัฐเลือกใช้การละเล่นพื้นบ้านเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพทางกายซึ่งนับเป็นตัวอย่างที่ดีของการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเดินกะลา และเก้าอี้ดนตรี ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ไม่เพียงส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย แต่ยังพัฒนาทักษะทางสังคมและการทำงานเป็นทีม ดังที่เตชชน ทองเดิม (2568) พบว่า การละเล่นพื้นบ้านทำหน้าที่เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่เสริมสร้าง ความสามัคคี ความไว้วางใจและสายสัมพันธ์ระหว่างรุ่น และยังเป็นการพัฒนาทางกาย ทางจิตใจ เพิ่มทักษะทางสังคมของเด็กในยุคปัจจุบัน ข้อสังเกตที่น่าสนใจคือกิจกรรมเหล่านี้ช่วยลดความเครียดจากการเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่คำนึงถึงมิติทางจิตสังคม ในขณะที่โรงเรียนตาโลที่ 2 เน้นกิจกรรมการวิ่งและการให้ความรู้ด้านการออกกำลังกาย ซึ่งแสดงถึงความพยายามในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน การที่โรงเรียนจัดกิจกรรมต่อเนื่องและให้ความรู้ควบคู่ไปกับการปฏิบัติ ช่วยให้นักเรียนเข้าใจหลักการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่ยังขาดการบันทึกและประเมินผลอย่างเป็นระบบซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อต่อเนื่องและประสิทธิภาพในระยะยาว

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ได้รับการออกแบบร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นการบูรณาการระหว่างการดูแลสุขภาพและจิตวิญญาณ กิจกรรมบริหารกล้ามเนื้อที่พัฒนาขึ้นเพื่อบรรเทาอาการชาตามนิ้วมือ สะท้อนความเข้าใจในปัญหาสุขภาพเฉพาะที่ผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบ ซึ่งสอดคล้องกับบุณทิพย์ เชื้อมนอก, นภาพิพย์ ตั้งศิริจักร, กุลพิธาน จุลแสวง และชฎามาต พุมิจ (2565) ที่พบว่า การบริหารกล้ามเนื้อด้วยอุปกรณ์อย่างง่าย สามารถฟื้นฟูความแข็งแรงของมือผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการบรรยายความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และความเข้าใจของผู้เข้าร่วมการให้ความรู้ในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและนำไปปฏิบัติได้จริงช่วยเพิ่มการยอมรับและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าการติดตามผลและการปรับเปลี่ยนความรู้ตามความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปยังมีจำกัด ขณะที่กิจกรรมรำไทเก๊กซึ่งเป็นกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ ได้รับการตอบรับที่ดีจากผู้เข้าร่วม เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ปรับความหนักเบาได้ตามสภาพร่างกาย ประโยชน์ด้านการทรงตัวและการลดอาการปวดข้อ ผลการตอบรับสอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับประโยชน์ของไทเก๊กสำหรับผู้สูงอายุที่สำคัญคือกิจกรรมนี้ยังสร้างโอกาสในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุได้ด้วย ทั้งนี้ กิจกรรมทำตัสเบียร์ ที่เป็นกิจกรรมทางจิตวิญญาณเฉพาะในชุมชนมุสลิม

แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในบริบททางวัฒนธรรมและศาสนาของพื้นที่ ดังการศึกษาของนิรัชรา ลิลละธกุล และปัทมา สุพรรณกุล (2563) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ muslim พบว่ากิจกรรมทางศาสนามีบทบาทสำคัญต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณ กิจกรรมนี้ไม่เพียงแต่สร้างความสงบทางใจแต่ยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนทางศาสนาอีกด้วย

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะกลุ่มเปราะบางด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะกลุ่มเปราะบางด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นรูปแบบที่มีการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยมีรากฐานมาจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1986) ซึ่งเน้นการเสริม สร้างอำนาจชุมชน ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินสุขภาวะชุมชนที่ใช้วิธีการผสมผสานหลายวิธีช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งเป็นไปตามแนวทางที่ World Health Organization (2013) เสนอเกี่ยวกับการประเมินชุมชนเพื่อการวางแผนงานสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการตีความร่วมกันช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของโครงการ โดยขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นการสะท้อนหลักการประชาธิปไตยในการพัฒนาชุมชน กระบวนการนี้ช่วยให้ชุมชนเข้าใจสภาพปัญหาของตนเองอย่างลึกซึ้งและรู้สึกมีส่วนร่วมในการแก้ไขการศึกษาพบว่า การที่ชุมชนได้ร่วมกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหาทำให้กิจกรรมที่ตามมา ถูกยอมรับและสนับสนุนมากยิ่งขึ้นในการวางแผนการดูแลสุขภาพชุมชนที่อาศัยข้อมูลจากชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น (จิรัชยา เจริญกัก, ฐานิดาภักดิ์ แสงทอง และ นวพล แก้วสุวรรณ, 2567) ช่วยให้แผนงานสอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ การระดมสมองและการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นเครื่องมือสำคัญในการรวบรวมความคิดเห็นและสร้างฉันทามติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยและชุมชน ขณะที่ขั้นตอนการปฏิบัติและการประเมินผลที่ชุมชนมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการช่วยให้สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ทันที่ การประเมินผลแบบมีส่วนร่วมไม่เพียงวัดผลสำเร็จของโครงการ แต่ยังสร้างกระบวนการเรียนรู้ภายในชุมชนเอง และยังเป็นแนวทางที่ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพชุมชนอย่างยั่งยืนได้ด้วย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาวะ 6 ประการ ที่พัฒนาขึ้นนี้ สะท้อนแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่คำนึงถึงมิติต่าง ๆ ของชีวิต พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาวะเน้นการตระหนักรู้และการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2561) ที่ว่า สุขภาพดีเริ่มที่ตนเอง โดยพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและการมีอารมณ์ดี เป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางกายและทางจิตใจโดยตรง การศึกษาของหนึ่งฤทัย ศรีภิรมย์ สารโจน์ เพชรบุรี และธนกร ปัญญาโสโสภณ (2568) พบว่า ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการมีอารมณ์ดี เทิดศักดิ์ เดชคง (2565) กล่าวว่า ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจที่ถูกต้องและแรงจูงใจที่ต่อเนื่อง พฤติกรรมด้านโภชนาการ และการออกกำลังกาย ทั้งสองด้านนี้เมื่อปฏิบัติควบคู่กันจะเสริมสร้างสุขภาพกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพฤติกรรมด้านอารมณ์ การจัดการความเครียดและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตสังคม ซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าสุขภาวะทางกาย ในบริบทพื้นที่ชายแดนใต้ที่อาจมีปัจจัยกดดันหลายด้าน การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกในชุมชนจึงมีความสำคัญเป็นพิเศษ และพฤติกรรมพัฒนาทางจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและศาสนาของพื้นที่ ช่วยสร้างความสมดุลในชีวิต เป็นไปตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่คำนึงถึงมิติทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในชุมชน muslim ที่กิจกรรมทางศาสนามีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน



ข้อค้นพบ หรือองค์ความรู้ใหม่

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะกลุ่มเปราะบางด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มีกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ กาประเมินชุมชน การจัดลำดับปัญหา การวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจหลักในทุกขั้นตอน และมีเนื้อหาเป็น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาวะ 6 ประการ คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะกลุ่มเปราะบางกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 ขั้นตอนสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้ ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ รวมถึง การบูรณาการวัฒนธรรมและศาสนาในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยเพิ่มการยอมรับและเกิดความต่อเนื่องได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายขอบเขตของการวิจัยไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่นเพิ่มเติม เช่น ผู้พิการ หรือผู้ดูแลในครัวเรือน เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาวะที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น รวมถึง ควรติดตามผลระยะยาวของกิจกรรมหรือโครงการที่ดำเนินการในชุมชน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของผลลัพธ์ และนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จิรัชยา เจียวกิก, ฐานิดาภักดิ์ แสงทอง และนพพล แก้วสุวรรณ. (2567). การประเมินระบบการหนุนเสริมของกลุ่มพี่เลี้ยงกองทุนและบัณฑิตอาสาในการจัดทำโครงการตามแผนดำเนินงานสันติสุขภาวะในพื้นที่ชายแดนใต้. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 19(2), 29–42.
- จิรัชยา เจียวกิก. (2567). *โครงการปฏิบัติการแก้จนและการขับเคลื่อนการปฏิบัติการด้านสุขภาวะในพื้นที่ ตำบลตาลีอาฮ์ อำเภอ ยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี*. (รายงานการวิจัย). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี: ปัตตานี.
- ชาย โพธิ์สีตา. (2549). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ดวงพร ศุภพิชญ์, พิชิต เมืองนาโพธิ์ และทรงพล ต่อนี. (2555). การพัฒนารูปแบบการเพิ่มกิจกรรมทางกายของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (ระยะที่ 1). *วารสารวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและกีฬา*, 9(2), 45–58.
- เดชภณ ทองเดิม. (2568). การละเล่นพื้นบ้านไทยในยุคดิจิทัล: บทบาททางสังคมคุณค่าทางวิทยาศาสตร์การกีฬาและแนวทางการอนุรักษ์. *วารสารนวัตกรรมการสังคมศาสตร์*, 2(5), 57-80.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2565). *แนวปฏิบัติการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.



- ธัญกานต์ เอกสัน และวิลาวณีย์ ขมนิรัตน์. (2563). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในโรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 33-42.
- นิรัชรา ลิลละย์กุล และปัทมา สุพรรณกุล. (2563). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน: กรณีศึกษาจังหวัดยะลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 194-205.
- น้ำทิพย์ อุ่นแก้ว. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอดอยหลวง จังหวัดกำแพงเพชร. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร: พิษณุโลก.
- วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก, นภาทิพย์ ตั้งตรีจักร, กุลพิธัน จุลแสวก และชาฎามาศ พุมิพิจ. (2565). การเปรียบเทียบผลการบริหารกล้ามเนื้อโดยใช้ลูกบอลนุ่ม แบงโดว์ และฟองน้ำ ต่อแรงบีบมือของผู้สูงอายุที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(1), 463-472.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). *รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่ และภาพรวมปี 2564*. สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2567, จาก <https://www.nesdc.go.th>
- หนึ่งฤทัย ศรีภิรมย์ สาโรจน์ เพชรบุรี และธนกร ปัญญาไสโสภณ. (2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 8(2), 59-80.
- อังศุธร อังคะนิต และวีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา. (2557). ผลของการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาการเล่นพื้นบ้านที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีต่อทักษะทางสังคมของเด็กในชุมชน. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 9(4), 27-40.
- Kazdin, A. E. (1984). *Behavior Modification in Applied Settings*. (3rd ed.). Homewood, IL: Dorsey Press.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013). *Community health assessment: A guide for practitioners*. World Health Organization Regional Office for Europe. Retrieved 26 January 2025, from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108440/9789289011945-eng.pdf>