



สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. (02) 354-1081-2, (02) 247-4464, (02) 640-7927

Fax. (02) 247-4704, (02) 247-4470 Website: www.thainurse.org. E-mail: ns.head@thainurse.org

ที่ ศพท. 1276/2560

หนังสือรับรองการตีพิมพ์บทความวิจัย

หนังสือฉบับนี้ขอรับรองว่ารายงานวิจัย เรื่อง “การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน” โดย รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวางกูร ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.นัยนา หนูนิล ดร.อรทัย นนทเกท และ อาจารย์ อุษา น่วมเพชร ได้รับการตีพิมพ์ ในวารสารพยาบาล ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ปีที่ 67 ฉบับที่ 2 เดือน เมษายน - มิถุนายน 2561

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคต)

บรรณาธิการวารสารพยาบาล

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

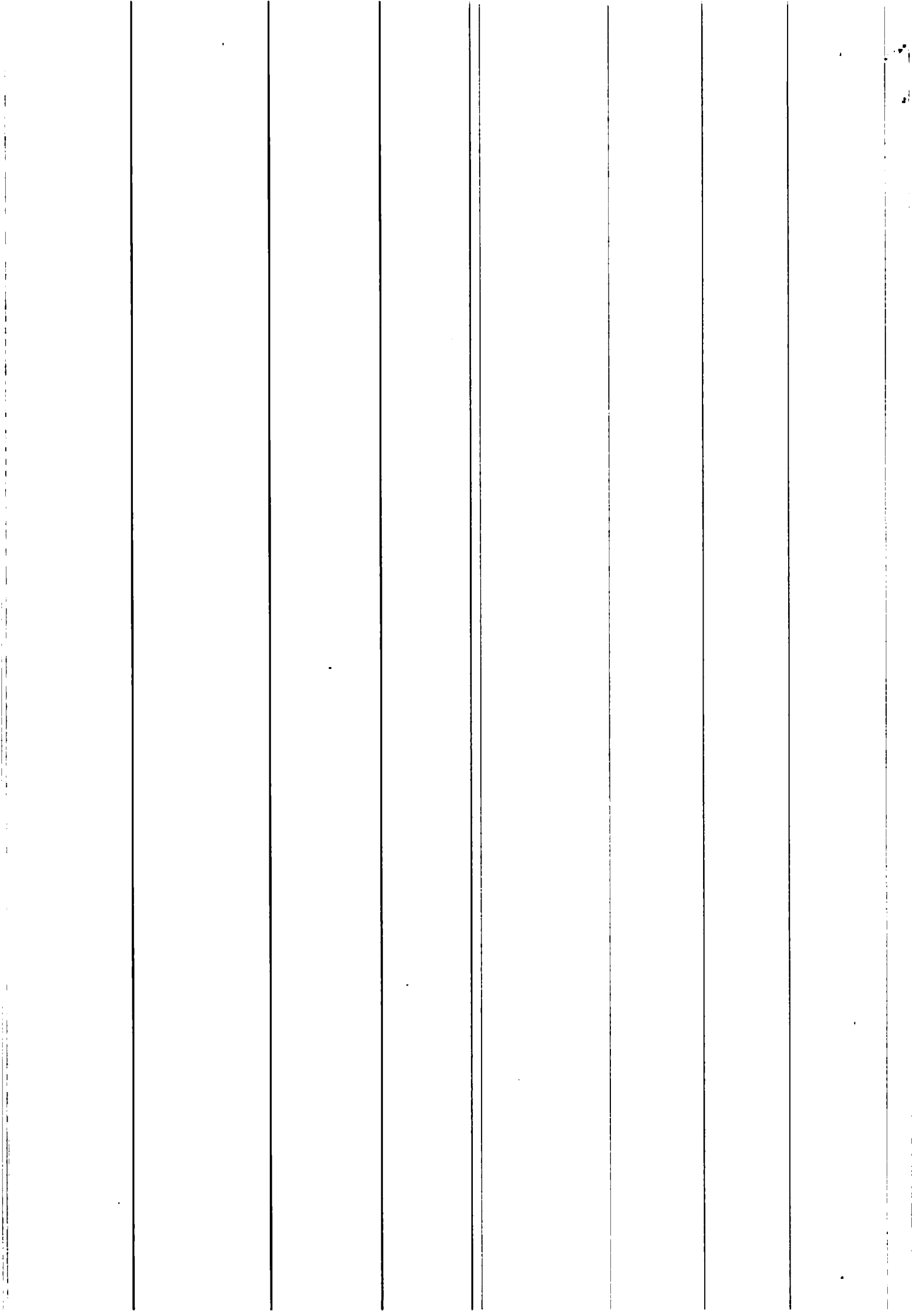
25 กรกฎาคม 2560

THE NURSES ASSOCIATION OF THAILAND

UNDER THE ROYAL PATRONAGE OF HER ROYAL HIGHNESS THE PRINCESS MOTHER

21/12 RANGNAM ROAD, BANGKOK 10400. TEL. (662) 354-1801-2, (662) 247-4464, (662) 640-7927

Fax. (662) 247-4704, (662) 247-4470 Website: www.thainurse.org. E-mail: ns.head@thainurse.org



การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

สายฝน เอกวารังกูร, ประ.ด. (Saifon Aekwarangkoon, Ph.D.)*

นัยนา หนูนิล, ประ.ด. (Naiyana Noonil, Ph.D.)**

อรรทัย นนทเภท, ประ.ด. (Orratai Nontapet, Ph.D.)***

อาจารย์อุษา น่วมเพชร, พย.ม. (Usa Nuampet, MN.S.)***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ กลุ่มแกนนำสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่รับการขยายผลชุมชนตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการ 3 ระยะ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การระดมสมอง และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติ ANOVAs Repeated Measure ผลการศึกษาพบว่าระยะเริ่มต้นการวิจัย การค้นหาทุนบุคคล ความหมายความสุข และภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญ ระยะดำเนินการวิจัย การพัฒนาสมรรถนะจิตอาสาและการทำงานร่วมกันช่วยให้งานเกิดประสิทธิภาพ ระยะสิ้นสุดการวิจัย การติดตามประเมินผลผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความสำคัญ ผลการดำเนินงานพบว่าความสุขของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ความสุขของกลุ่มติดสังคมคือช่วยเหลือตนเองได้ ร่วมกิจกรรมชุมชนได้ กลุ่มติดบ้านความสุขคือช่วยเหลือตนเองได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี มีเงินยามฉุกเฉิน กลุ่มติดเตียงความสุขคือความสงบ ครอบครัวเอื้ออาทร ยอมรับความตายได้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้มี 3 ลักษณะ คือ 1) ระดับบุคคล ได้แก่ ผ้าขาวม้านวดกาย ผักพื้นบ้านอาหารเฉพาะโรค 2) ระดับกลุ่ม ได้แก่ ความรู้ทันผ่านเสียงตามสาย รำวงเวียนครกบิก เข็มซี่สร้างสุข และ 3) การสร้างความสัมพันธ์ ได้แก่ บิบนวดด้วยส้อมกดจุด บุตรหลานพยาบาลผู้สูงวัย ปฏิทินสร้างสุข นิทานพื้นบ้าน และเพลงกล่อมเด็ก กะลาถูกรอกออกกำลังกาย หลังดำเนินการพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองและกลุ่มเพื่อนมีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปในแนวทางที่มีความสุขเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ ภูมิปัญญาท้องถิ่น การสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชุมชน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสภาวิจัยแห่งชาติผ่านสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

*รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

***อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

Application the Local Wisdom for Developing Health Promotion among Older Adults in Community

Abstract

The objective of this action research was to develop the application the local wisdom for developing health promotion among older adults in community. Purposive sampling was used to select the participants from elderly leaders group, vocal groups for promoting healthy aging, and older adults groups who live in Thakhun Subdistrict, Thasala District, Nakhonsrithammarat Province. The study processes consist of three phases. The data were collected using a questionnaire, focus-group discussion, individual interview, brain-storming, and observation in the area. Content analysis and ANOVAs Repeated Measure were used to analyze the data. The results revealed that in initial phase, identifying key persons and meaning of happiness and local wisdom to promote healthy aging is important. In working phase, competency development volunteerism and collaboration enables efficient. Terminating phase, monitoring and evaluation through a learning stage is important. The results revealed that the happiness is different in each groups. Happiness in well elder group is capability to self-care and joins community events. In home-bound elder group, happiness is capability to self-care, good family relationship, have money in urgent time. In bed-bound elder group, happiness is peace, receive caring from family, and accept that death will occur. Application the local wisdom included three characteristics: 1) individual level; using loincloth for body massage and the use of local herbs and vegetables to cook for the elderly, 2) group level; knowledge and storytelling through audio cable, circle dance mortar beith, and happy esiimsi, and 3) local wisdom for promoting good attachment; massage and spell the media, guide children to nurse the elderly, happy calendar, folk tales and nursery rhymes to teach children, and shell pulley exercise. The results found that the mean scores of happiness among older adults were increase after participating in the research study ($p < .05$). Elderly perceive their and their own group of friends have positive change to the positive lifestyle that increases their happiness.

Keywords: Local Wisdom, Health Promotion, Older Adults, Community

ความสำคัญของปัญหา

“สุขภาวะผู้สูงอายุ” คือ ตัวชี้วัดความสุขที่สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน ผู้สูงอายุถือเป็นพลังชุมชนทรัพยากรทางปัญญาของการเจริญเติบโตและการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะประเทศไทยที่ปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึง 7.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.16 ของประชากรทั้งหมด และทำนายว่าภายในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 10.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวกำลังนำประเทศไทยไปสู่สภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (population aging) ซึ่งหากขาดความตระหนักและการสร้างมาตรการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและชัดเจนจะนำไปสู่ผลกระทบและความสูญเสียภาพกว้างทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557)

เมื่อพิจารณาภาระโรคหรือโรคที่ก่อให้เกิดภาระพบว่าร้อยละ 85 ของจำนวนปีที่ผู้สูงอายุสูญเสียการมีสุขภาพดีหรือเป็นปีที่มีภาวะทุพพลภาพ (Disability Adjusted Life Year: DALYs) เกิดจากโรคเรื้อรังซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ พันธุกรรม วิถีชีวิตในอดีต ออกกำลังกาย อาหาร ความเครียด สิ่งแวดล้อม (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) ผลการสำรวจของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2558) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพสำคัญจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหัวใจ โรคอัมพาต-อัมพฤกษ์ ยิ่งกว่านั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 2-3 โรคขึ้นไปและมีความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มวัยอื่นนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ โรคไตวาย ตาบอด โรคหัวใจ อัมพาต หรือเสียชีวิตจากเส้นเลือดสมองแตกหรืออุดตัน เป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพร้อยละ 15.3 รวมทั้งพบว่าพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 20.3 มีความสุขระดับปานกลางและร้อยละ 2 มีความสุขน้อยถึงไม่มีความสุขเลย ยิ่งกว่านั้นผู้สูงอายุยังถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่ง่ายต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคนอนไม่หลับ โรคเครียด โรควิตกกังวล เป็นต้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

ผลการวิเคราะห์ช่องว่างความสุขและการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าความสุขของผู้สูงอายุไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระ แต่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่สมดุลสอดคล้องกับความต้องการตามบริบทชุมชนครอบคลุมด้านการบริโภค การเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลายความเครียด ร่วมกับความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างสมาชิกลูกหลานในครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษาของเรวดี เพชรศิริสัมพันธ์ ศิริอรสินธุ์ สายฝน เอกวารางกูร อุไร จเรประพาส และเจนเนตร พลเพชร (2550) พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขเมื่อได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว และทุกขีใจเมื่อเห็นลูกหลานเกิดความขัดแย้ง ความขัดแย้งและปัญหาครอบครัวที่เกิดขึ้นมีลักษณะเป็นเครือข่ายปัญหาแบบลูกโซ่ สอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา หนูนิล และคณะ (2550) ที่ทำการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนพบว่า

ความสัมพันธ์ของครอบครัวในลักษณะที่มีปัญหาจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และพบว่ากลุ่มวัยที่มีความสุขน้อยที่สุดเกือบทุกหมู่บ้านคือกลุ่มผู้สูงอายุ

ทางออกของการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนคือการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (World Health Organization, 2002) นอกจากนี้การสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นการให้อำนาจด้านสุขภาพแก่ประชาชนในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งการจัดระบบเพื่อนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งทางด้านการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้ วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดภาวะสุขภาพดี การดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุจึงเป็นบทบาทสำคัญร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

จากความสำคัญดังกล่าว การศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงมุ่งเน้นความสุขและการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมและสืบทอดกันมาเป็นเวลานาน ร่วมกับการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ในชุมชน อาทิ หมอพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เด็กและเยาวชน ครอบครัว ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งเป็นพลังสำคัญในการร่วมพัฒนาชุมชนไปสู่ “ชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี” ได้โดยการเพิ่มพลังอำนาจให้กับชุมชนด้วยการสร้างความเข้าใจและการสร้างสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ร่วมกับการประสานเครือข่ายระหว่างกลุ่มแกนนำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนครอบคลุมด้านการบริโภค การเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลายความเครียดผ่าน การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งการเฝ้าระวังและพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เป็นชุมชนที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่เสมอ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 75 (พ.ศ. 2542) ซึ่งกำหนดว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นควรได้รับการส่งเสริมและใช้ให้เป็นประโยชน์ในเรื่องที่เกี่ยวกับวิถีชาวบ้าน ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานความคิดของการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อประเมินผลการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

กลุ่มเป้าหมาย เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ จาก 4 หมู่บ้าน ๆ ละ 20 คน รวมจำนวน 80 คน กลุ่มแกนนำสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (อสม. เด็ก และเยาวชน บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา หมอพื้นบ้าน) รวมจำนวน 40 คน และผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายผลจากแกนนำผู้สูงอายุในลักษณะ 1: 2-3 รวมจำนวน 205 คน จากชุมชนหมู่ที่ 8, 9, 10 และ 14 รวม 4 หมู่บ้านจาก 7 หมู่บ้าน ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มองเห็นปัญหาและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาตลอดระยะเวลา 2 ปี ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2557 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2559 แบ่งกระบวนการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นการวิจัย: การเตรียมการ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมทีมวิจัย เริ่มจากประชุมชี้แจงทำความเข้าใจรายละเอียดของโครงการวิจัย เตรียมความพร้อมด้านวิชาการ ทักษะการดำเนินงานเชิงปฏิบัติการ วิธีส่งเสริมการมีส่วนร่วม รวมถึงการวางแผนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 2) การเตรียมชุมชน ประกอบด้วย การร่วมกับทีมงานในพื้นที่ ประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกและแกนนำสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการกำหนดพื้นที่ศึกษา การเตรียมพื้นที่ศึกษา และการสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นศึกษาทำความเข้าใจสถานการณ์ต้นทุนภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การระดมสมอง การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มย่อย การสำรวจข้อมูลภาคสนามเกี่ยวกับความสุขและการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลท่าซิ่น 2) ขั้นประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อพัฒนาแนวทางสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ พัฒนาแนวทาง กำหนดบทบาทหน้าที่ แผนกลยุทธ์การดำเนินการ แผนปฏิบัติการสนับสนุน และแผนการติดตามประเมินผล 3) ขั้นดำเนินการตามแผน/ขยายเครือข่าย ด้วยการนำแนวทางการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปดำเนินการในชุมชน เริ่มจากผู้สูงอายุจำนวน 80 คน (จาก 4 หมู่บ้าน ๆ ละ 20 คน) พัฒนาเป็นแกนนำผู้สูงอายุสร้างเสริมสุขภาพ จากนั้นแกนนำผู้สูงอายุขยายผลกับเพื่อนผู้สูงอายุทั้ง 4 หมู่บ้าน ในลักษณะเพื่อนกล่อผู้สูงอายุสร้างเสริมสุขภาพ อัตรา 1 ต่อ 2-3 และ 4) ขั้นประเมินผลระหว่างดำเนินการนำแนวทางการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในสถานการณ์จริงของชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการวิจัย ด้วยการประเมินผล สะท้อน และถอดบทเรียนการดำเนินการ วิจัยภาพรวม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติงานขั้นสุดท้ายเพื่อหาข้อสรุปร่วม จุดเด่น จุดด้อย ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงานตามกระบวนการวิจัย โดยพิจารณาว่ากิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินไปตามแผนที่กำหนดหรือไม่ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดมากน้อยเพียงใด

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว

2. แบบประเมินความสุขของคนไทย (Thai Happiness Indicators: THI-15) พัฒนาโดยอภิชัย มงคล และคณะ (2547) ภายใต้กรอบแนวคิดความสุขครอบคลุมสภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถจัดการปัญหา มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงความตั้งใจในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับสำหรับประเมินความสุขของคนไทยอย่างแพร่หลาย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ Likert Scale คะแนนรวม 45 คะแนน แบ่งความสุขเป็น 3 ระดับ 35-45 คะแนน มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) 28-34 คะแนน มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) และ 0-27 คะแนน มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)

3. แบบสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการรับรู้ประเด็นความสุข การสร้างเสริมสุขภาพ การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมวิถีชีวิตด้านการบริโภค การเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลายความเครียด การสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง 3 กลุ่มวัยในครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 7 ข้อ

4. แบบสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมประเด็นการเรียนรู้ 4 ด้าน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม การดำเนินการพัฒนา ปัญหา อุปสรรค และความสำเร็จของการนำกระบวนการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ในชุมชน

5. แบบสังเกตการดำเนินการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อบันทึกกระบวนการดำเนินการ การติดตามสนับสนุน บรรยายภาค และกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3-5 ถูกนำไปตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและภาษา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 5 ท่าน และนำเครื่องมือดังกล่าวไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ทดลองนำร่องกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง ส่วนแบบประเมินความสุขของคนไทย ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลใกล้เคียงซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มเป้าหมายของการศึกษานี้จำนวน 30 ราย จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ 0.86

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลหลายวิธีการเพื่อให้เกิดความถูกต้องและครอบคลุมประเด็นหลักของการศึกษา ประกอบด้วย การใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เกี่ยวข้อง การระดมสมอง และการสังเกตการดำเนินงานในพื้นที่

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาคั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 100/2557 พร้อมทั้งผ่านการขออนุมัติทำการศึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย (informed consent) ทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มเป้าหมายอาจได้รับจากการศึกษา กลุ่มเป้าหมายมีอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ เอกสารบันทึกการสนทนา ภาพถ่าย การบันทึกเทปได้รับอนุญาตจากกลุ่มเป้าหมายก่อนทุกครั้ง หลังการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำลายหลักฐานทั้งหมดทันที และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับสถิติ ANOVAs Repeated Measure 4 ช่วงเวลา คือ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เดือน 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 24

ผลการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย 3 กลุ่มหลักที่อาศัยในชุมชนหมู่ที่ 8, 9, 10 และ 14 ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มที่ 1 แคนนำผู้สูงอายุจำนวน 80 คน เพศหญิงร้อยละ 83.75 เพศชายร้อยละ 16.25 ร้อยละ 56.25 อายุระหว่าง 55-65 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 66-70 ปี ร้อยละ 31.25 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65 หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 35 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.78 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 93.75 การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ทำสวนร้อยละ 86.25 อยู่บ้าน ทำงานบ้าน เลี้ยงหลานร้อยละ 13.75 ทุกคนมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 95.97 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายผลจากแกนนำผู้สูงอายุจำนวน 205 คน เพศหญิงร้อยละ 80 เพศชายร้อยละ 20 ร้อยละ 27.80 อายุระหว่าง 70-75 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 75-80 ปี ร้อยละ 21.46 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 72.20 หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 27.80 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 70.40 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 85.37 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ทำสวนร้อยละ 52.20 อยู่บ้าน ทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน ร้อยละ 47.80 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 52.69 ไม่เพียงพอร้อยละ 47.31 ร้อยละ 98.75 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และกลุ่มที่ 3 กลุ่มแกนนำสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อสม. 20 คน เด็กและเยาวชน 6 คน บุคลากรสุขภาพ 2 คน ผู้นำชุมชน 8 คน ผู้นำศาสนา (พระ) 2 รูป หมอพื้นบ้าน 2 คน รวมจำนวน 40 คน

ผลการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัยแต่ละระยะพบว่าระยะเริ่มต้นการวิจัย การทำความเข้าใจภาพรวมร่วมกัน การมีส่วนร่วมระดมสมอง ร่วมกับการสำรวจข้อมูลภาคสนามเพื่อค้นหาต้นทุนบุคคล ความหมายความสุข วิธีการสร้างเสริมสุขภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สอดคล้อง

กับสถานการณ์ ความต้องการ และบริบทด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุในชุมชนตำบลท่าช้างเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่การทำความเข้าใจและวางแผนดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จ ในระยะถัดไป ในระยะดำเนินการวิจัยพบว่าปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานเกิดการพัฒนาต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพคือการพัฒนาทัศนคติเชิงบวก ทำให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นประโยชน์ ความสำคัญ และเกิดความรู้สึกรักคุณค่าต่อการเป็นจิตอาสา ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะและการทำงานร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องผ่านการแลกเปลี่ยนวิธีคิดด้านการทำงานและการมองเห็นผลลัพธ์ระหว่างทางร่วมกันในมุมมองด้านบวกช่วยให้กระบวนการทำงานเกิดประสิทธิภาพ สำหรับระยะสิ้นสุดการวิจัยพบว่า การติดตามสนับสนุนในลักษณะกัลยาณมิตรและประเมินผลผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความสำคัญต่อการพัฒนาต่อเนื่องทั้งในลักษณะของการเป็นผู้ให้และผู้รับบทเรียนรู้ในการดำเนินงาน

การดำเนินการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้านการให้ความหมายของความสุขผ่านการสัมภาษณ์รายบุคคลและการสนทนากลุ่มพบว่าความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงมีความแตกต่างกัน ความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม คือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีแรงทำงาน ไม่เป็นภาระลูกหลาน สามารถเดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ ที่ต้องการได้ด้วยตนเอง เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลานได้ ความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านคือสามารถช่วยเหลือตนเอง มีสุขภาพแข็งแรง มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว มีเงินติดตัวไว้ใช้จ่ายส่วนตัวและเพียงพอยามฉุกเฉิน ขณะที่ความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงคือความสงบไม่ทุกข์ ไม่เจ็บปวดจนทนกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคไม่ได้ ได้รับความเอื้ออาทรและการใส่ใจดูแลจากครอบครัว สามารถยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้อย่างสงบ ไปได้ ไปอย่างมีสติ

สำหรับภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ชุมชนเลือกนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ 1) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับบุคคล ได้แก่ ผ้าขาวม้านวดกายคลายเครียด พืชผักสมุนไพรพื้นบ้านอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ 2) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับกลุ่ม ได้แก่ การให้ความรู้และเล่านิทานผ่านเสียงตามสายของชุมชน รำวงเวียนครกบิศ เข็มชีสร้างสุข และ 3) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสร้างเสริมความรักความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การมอบรักจากลูกหลานด้วยการบิบนวดและสือสะกดจุด คู่มือบุตรหลานพยาบาลผู้สูงวัย ปฏิทินสร้างสุข การเล่านิทานพื้นบ้านและเพลงกล่อมเด็กสอนลูกหลานของผู้สูงอายุ กะลาถูกรอกออกกำลัງกายระหว่างคนต่างวัย แต่ละหมู่บ้านมีการรณรงค์ให้เกิดการใช้ ติดตามประเมินผลลัพธ์จากการใช้ และบอกต่อเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมู่บ้านผ่านกิจกรรม “มหกรรมสร้างสุขผู้สูงอายุชุมชนบ้านประตูหอม”

ผลลัพธ์ของการดำเนินการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขเพิ่มขึ้น คือ ระยะเวลาก่อนดำเนินการมีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) ($M = 20, SD = 5.78$) เดือนที่ 6 มีระดับความสุขเท่ากับคน

ทั่วไป (fair) ($M = 34$, $SD = 8.97$) เดือนที่ 12 และ 24 มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good) ($M = 34$, $SD = 8.97$) และ ($M = 39$, $SD = 6.85$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้ระดับความสุขของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมในกระบวนการวิจัย ($N = 285$)

ตัวแปร	Time				ANOVA <i>F</i> tests	
	Pre-treatment Mean(SD)	6months post-treatment Mean(SD)	12months post-treatment Mean(SD)	24months post-treatment Mean(SD)	Time main effect	Interaction
ความสุข	20 (5.78)	34 (8.97)	35 (9.64)	39 (6.85)	15.88	81.46

นอกจากข้อมูลเชิงปริมาณที่พบการเปลี่ยนแปลงด้านความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจน ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนถึงผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยรับรู้ว่าตนเองและกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยมีวิถีชีวิตทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด เปลี่ยนไปในแนวทางที่เหมาะสมขึ้น ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพและมีความสุขเพิ่มขึ้น เกิดเป็นพัฒนาการด้านการดูแลตนเองและมีความสุข อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายรับรู้ว่าการบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการสื่อสาร ใส่ใจ ดูแล ชื่นชม ให้กำลังใจ และร่วมทำกิจกรรมจากบุตรหลาน อสม. และชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนดีขึ้น ผู้สูงอายุเชื่อมั่นในการดูแลตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เกี่ยวข้องรับรู้ว่าการดำเนินงานไม่เพียงช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีความสุขมากขึ้น แต่ยังช่วยพัฒนาตนเองด้านการมีจิตอาสา มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น รู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองและมีความสุขที่มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนขึ้น

“...แรกก่อนไม่รู้ว่ามีหมกรกินมากไม่ได้ กินวัน 10-20 คู่ ไม่รู้ว่าอาหารทำเป็นยาได้กับพืชผักสมุนไพรข้างบ้าน อีใส่ไทรลงในหม้อต้องคิดเพราะเท่ากับเอาลงในตัว เอาภูมิปัญญาที่เรามีมาปรับเอา ไม่ต้องแพง ได้รวมกลุ่มร่ววงเวียนนครกร ร่างกายสดชื่นขึ้น ไม่เจ็บ ได้เหงื่อ แรกก่อนเพลงขึ้นรำเลย ตอนนี่ต้องอุ่นร่างกาย ค่อยรำ แล้วยืดเหยียด ครบวงจร...”

ตัวแทนผู้สูงอายุ (หญิง)

“...ทั้งการกิน ออกกำลังกาย ผ่อนคลาย มีของใช้พื้นถิ่นมาช่วย หัดให้เราทำเป็น ดีมาก การเล่นลูกรอก ผ้าขาวม้า ปฏิทินสารความสุข ที่นวดกดจุด ได้ทั้งเล่นคนเดียวและหลายคน มีหลานนวดให้เหยียบให้มันใจขึ้น ดีมาก ลูกหลานมาดูแลมากขึ้น แผลงดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจอยู่ต่อ ใจร่ม ไม่อยากตายเหมือนแรกก่อน อสม.ก็เข้ามาบอ บาย มาชม มาให้กำลังใจ รู้เรื่อง มันใจขึ้น สุขภาพก็ดีขึ้น...”

ตัวแทนผู้สูงอายุ (ชาย)

“...ได้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นพระของชุมชน ถือเป็นหน้าที่ของลูกหลานในชุมชนทุกคน ภูมิใจ มีค่า ไม่ใช่แค่ได้ประโยชน์กับผู้สูงอายุในชุมชน แต่เอามาใช้กับครอบครัวเราได้กัน แรกก่อนแม่แก่หงา ไม่มีเพื่อน เดี่ยวนี้มีเกลดสุขภาพของแกมาชวนออกกกำลังกาย ชวนกินอาหารสุขภาพ ทำให้เราเบาใจขึ้น ถ้าทำแบบนี้ได้เรื่อย ๆ สุขภาพแกต้องดีขึ้น บายใจขึ้น...”

ตัวแทน อสม. (หญิง)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าทั้งข้อมูลเชิงปริมาณคือค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขและข้อมูลเชิงคุณภาพยืนยันตรงกันว่าความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นภายหลังเข้าร่วมการวิจัย สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนำไปสู่การสร้างเสริมความสุขให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้จาก 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นสำคัญประการแรกที่ส่งผลให้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนประสบผลสำเร็จคือ *กระบวนการมีส่วนร่วมและความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันอย่างจริงจังของชุมชน* ดังคำกล่าวของผู้นำชุมชนว่า “...สุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นพระในบ้าน พระของชุมชน เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของลูกหลานทุกคนในชุมชน...” ความเชื่อและความรู้สึกรับผิดชอบดังกล่าวถือเป็นตัวชี้วัดที่นำมาซึ่งผลสำเร็จของการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน (Vogelsang, 2016) ร่วมกับมีกระบวนการสนับสนุนการมีส่วนร่วมรับผิดชอบด้วยการชื่นชมให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่า ศักยภาพ และรับผิดชอบหลักด้านการดูแลตนเอง ควบคู่กับการให้คุณค่าหลังจิตอาสาด้านการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยให้เกิดการรวมพลังเพื่อดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Walsh & O’Shea, 2008) นอกจากนี้ยังมีระบบการเตรียมความพร้อมของทีมงานและกลุ่มเป้าหมายด้วยการลงพื้นที่สร้างความสัมพันธ์และทำความเข้าใจร่วมกันต่อการดำเนินการในลักษณะ “ชุมชนเป็นเจ้าของ คิด ทำ พัฒนาด้วยตนเอง” ในระยะก่อนดำเนินงาน 3 เดือนแรก ทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของและรับผิดชอบต่อดำเนินงานต่อเนื่อง (Looman & Lindeke, 2005) ดังคำกล่าวของผู้นำชุมชนว่า “...งานนี้ชุมชนต้องเป็นเจ้าของเพื่อให้ผู้สูงอายุของเราเข้มแข็งได้จริง ถ้าทุกคนร่วมใจกัน จริงใจกับผู้สูงอายุที่มีบุญคุณกับชุมชน ผลสำเร็จเกิดขึ้นแน่นอน คนอื่นมาแล้วไป เค้ามาช่วย ไม่ได้มาทำให้ เราต้องเข้าใจข้อนี้ให้ถูกต้อง วันหนึ่งที่เค้าออกไปเราต้องทำได้เอง...”

ประเด็นต่อมาที่ส่งผลให้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนประสบผลสำเร็จเกิดจากลักษณะของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดจากการรวบรวม วิเคราะห์ บูรณาการความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีกระจัดกระจายจำนวนมากมาใช้ให้เกิดประโยชน์โดยมุ่งเน้นให้เกิดความสอดคล้องกับบริบท วิถีชีวิต สภาพปัญหา ความต้องการ มีความเป็นไปได้ และมีประสิทธิภาพจริงต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่นำมาใช้มีลักษณะหลากหลาย ตอบโจทย์การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมวิถีชีวิตทั้ง 3 ด้าน ด้านการ

บริโภคอาหารพบว่ากิจกรรมบริโภคผักพื้นบ้านอาหารเฉพาะโรคผู้สูงวัยและเชื่อมโยงสร้างสุข ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเตรียมอาหารที่เกิดประโยชน์กับสุขภาพ ประหยัด ส่งเสริมความภาคภูมิใจในเอกลักษณ์ของท้องถิ่น ด้านการออกกำลังกายพบว่าการที่ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความหมายกับชีวิต จาก อสม. และชุมชน ให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพด้วยกิจกรรมผ้าขาวม้าวนวดกาย รำวงเวียนครกบิก และกะลาสุรอกออกกำลังกายระหว่างคนต่างวัย ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข สนุกสนาน เพลิดเพลิน สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างคนต่างวัย รู้สึกว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามมากเกินไป (Stahl et al., 2001) ส่วนด้านกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียดและสร้างความสัมพันธ์พบว่าการที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายร่วมกับบุตรหลานและชุมชน ทั้งการมอบรักจากลูกหลานด้วยการบีบนวดและสวดสะกดจุด คู่มือบุตรหลานพยาบาลผู้สูงวัย ปฏิทินสร้างสุข นิทานพื้นบ้านและเพลงกล่อมเด็ก สอนหลานเพื่อสร้างความรักความเข้าใจ ช่วยให้ครอบครัวเกิดความสุข ความผูกพัน และความเข้าใจกันมากขึ้น (Corti & Donovan, 2002) และเนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเกิดจากความต้องการและการมีส่วนร่วมคิด ร่วมออกแบบ ร่วมทำโดยแกนนำผู้สูงอายุและชุมชนเอง จึงทำให้การดำเนินการเป็นไปได้ง่ายขึ้น (Walsh & O'Shea, 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่กล่าวว่าความเข้าใจบริบท วิถีชีวิตของชุมชน และการดำเนินการที่สอดคล้องช่วยให้การสร้างเสริมสุขภาพมีความเป็นไปได้และประสบผลสำเร็จ (Mann, Hosman, Schaalma, & Vries, 2004; Looman, 2005)

ประเด็นสุดท้ายที่ส่งผลให้การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนครั้งนี้ประสบผลสำเร็จคือกระบวนการดำเนินการที่เริ่มต้นจากการทำความเข้าใจสถานการณ์ การค้นหาต้นทุนบุคคล ความหมายของความสุข และภูมิปัญญาท้องถิ่น ดำเนินการพัฒนาจิตอาสา สมรรถนะ และการทำงานร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องเชิงบวก รวมทั้งการติดตามประเมินผลในลักษณะกัลยาณมิตร มุ่งเน้นกลยุทธ์เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายด้วยการค้นหาคุณค่า การมองเห็นคุณค่า การให้คุณค่า และการสนับสนุนให้คุณค่าตลอดกระบวนการดำเนินงานช่วยให้การทำงานมีบรรยากาศของความสุข ภาคภูมิใจ ทุกกิจกรรมมุ่งเน้นชุมชนเป็นเจ้าของงาน ทุกกิจกรรมเกิดจากความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและผู้สูงอายุไม่ใช่เกิดจากคำสั่งของหน่วยงาน ผลลัพธ์ของกระบวนการดังกล่าวจึงก่อให้เกิดความสุขอย่างแท้จริง (Fraser, Dougill, Mabee, Reed, & McAlpine, 2006)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้เกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนควรทำความเข้าใจมุมมองความสุขและดำเนินการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ บริบทวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มซึ่งมีความแตกต่างกัน
2. บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกันในลักษณะความเป็นหุ้นส่วน ร่วมคิดร่วมทำ มุ่งเน้นการดำเนินการที่เป็นไปได้และต่อเนื่อง

3. ควรพัฒนางานวิจัยเชิงทดลองด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีลักษณะสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและแต่ละภาวะสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

นัยนา หนูนิล และคณะ. (2550). *การศึกษาชุมชนทรัพยากรทางสุขภาพในชุมชน*. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน).

เรวดี เพชรศิริสัมพันธ์ ศิริอร สินธุ สายฝน เอกวรารังกูร อุไร จเรประพาฬ และเจนเนตร พลเพชร. (2550). ความสุขและวิถีการสร้างเสริมสุขภาพ: ความต้องการที่แตกต่างระหว่างคนสามวัยในครอบครัวไทย. *วารสารพยาบาล*, 56(1-2), 23-31.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี 2543-2573, 2555*. มพท.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สาระสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 4 ธันวาคม 2559. จาก <http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/file/Issue%2024-58.pdf>

Corti, B. G. & Donovan, R. J. (2002). The relative influence of individual, social, and physical environment determinants of physical activity. *Social Science & Medicine*, 54, 793-812.

Fraser, E. D. G., Dougill, A. J., Mabee, W. E., Reed, M., & McAlpine, P. (2006). Bottom up and top down: Analysis of participatory processes for sustainability indicator identification as a pathway to community empowerment and sustainable environmental management. *Journal of Environmental Management*, 78, 114-127.

Looman, W. S. & Lindeke, L. L. (2005). Health and social context: Social capital's utility as a construct for nursing and health promotion. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(2), 90-94.

Mann, M. M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357-372.

- Stahl, T. et al. (2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle results from an international study. *Social Science and Medicine*, 52, 1-10.
- Vogelsang, E. M. (2016). Older adult social participation and its relationship with health: Rural-urban differences. *Health & Place*, 42, 111-119.
- Walsh, K. & O'Shea, E. (2008). Responding to rural social care needs: Older people empowering themselves, others and their community. *Health & Place*, 14(4), 795-805.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. France: Laura de Santis.

