

การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

Application the local wisdom for developing health promotion among older adults in community

สายฝน เอกวางกูร นัยนา หนูนิล อรทัย นนทเกท และอุษา น่วมเพชร
Saifon Aekwarangkoon, Naiyana Noonil, Orratai Nontapet, and Usa Nuampet

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
School of Nursing, Walailak University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจงจากกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ กลุ่มแกนนำสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่รับการขยายผลชุมชน ตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการ 3 ระยะ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การระดมสมอง และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้มี 3 ลักษณะ คือ 1) ระดับบุคคล ได้แก่ ผ้าขาวม้านวดกาย ผักพื้นบ้านอาหารเฉพาะโรค 2) ระดับกลุ่ม ได้แก่ ความรู้ทันทางผ่านเสี่ยงตามสาย รำวงเวียนครกบิศ เขียมซี่สร้างสุข และ 3) การสร้างความสัมพันธ์ ได้แก่ ปีนบวดด้วยสี่สะกดจุด บุตรหลานดูแลผู้สูงวัย ปฏิทินสร้างสุข นิทานพื้นบ้าน เพลงกล่อมเด็ก กะลาถูกรอกออกกำลังกาย ผลการดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองและกลุ่มเพื่อนมีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปในแนวทางที่มีความสุขเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ภูมิปัญญาท้องถิ่น, การสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ชุมชน

Abstract

The objective of this action research was to develop the application of local wisdom for developing health promotion among older adults in community. Purposive sampling was used to select the participants from elderly leader group, health promotion leader group in elderly population, and older adult group who live in Tha Khuent, Amphoe Tha Sala, Changwat Nakhon Si Thammarat. The study processes consist of three phases. The data were

โครงการวิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทงบประมาณแผ่นดิน จากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

collected using a questionnaire, focus-group discussion, individual interview, brain-storming, and observation. Content analysis was used in data analysis.

The results found that 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, children care for the elderly, happy calendar, folk tales, nursery rhymes and shell pulley exercise. Elderly perceived themselves and their friend that they had change to the positive lifestyle which increased their happiness.

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

ความสำคัญของปัญหา

“สุขภาวะผู้สูงอายุ” คือ ตัวชี้วัดความสุขที่สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน ผู้สูงอายุถือเป็นพลังชุมชนที่ทรงพลังทางปัญญาของการเจริญเติบโตและการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะประเทศไทยที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ ผู้สูงอายุมีประมาณ 11 ล้านคนจากประชากรไทยจำนวน 65.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.5 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวกำลังนำประเทศไทยไปสู่สภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (Population aging) หากขาดความตระหนัก และการสร้างมาตรการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและชัดเจน จะนำไปสู่ผลกระทบและความสูญเสียในภาพกว้างทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) ภาวะโรคหรือโรคที่ก่อให้เกิดภาวะพบว่าร้อยละ 85 ของจำนวนปีที่ผู้สูงอายุสูญเสียการมีสุขภาพดีหรือเป็นปีที่มีภาวะทุพพลภาพ (Disability Adjusted Life Year: DALYs) เกิดจากโรคเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ พันธุกรรม วิถีชีวิตในอดีต ออกกำลังกาย อาหาร ความเครียด สิ่งแวดล้อม (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์,

2557) ผลการสำรวจของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2558) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพสำคัญจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหัวใจ โรคอัมพาต-อัมพฤกษ์ ยิ่งกว่านั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 2-3 โรคขึ้นไป และมีความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มวัยอื่นที่นำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ โรคไตวาย ตาบอด โรคหัวใจ อัมพาต หรือเสียชีวิตจากเส้นเลือดสมองแตกหรืออุดตัน อันเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพร้อยละ 15.3 ผู้สูงอายุร้อยละ 20.3 มีความสุขระดับปานกลางและร้อยละ 2 มีความสุขน้อยถึงไม่มีความสุขเลย ยิ่งกว่านั้นผู้สูงอายุยังเป็นกลุ่มเปราะบางที่ง่ายต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคนอนไม่หลับ โรคเครียด โรควิตกกังวล เป็นต้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ความสุขของผู้สูงอายุไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระ แต่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่สมดุลสอดคล้องกับความต้องการตามบริบทชุมชนครอบคลุมการบริโภค การเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลายความเครียด ร่วมกับความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างสมาชิกลูกหลานในครอบครัวและชุมชน เรวดี เพชรศิริวัฒน์, ศิริอร สิ้นธุ, สายฝน เอกวารงกูร, อุไร จเรประพาฬ และเจนเนตร พลเพชร (2550) พบว่า

ผู้สูงอายุมีความสุขเมื่อได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว และทุกซอกซอเมื่อเห็นลูกหลานเกิดความขัดแย้ง ความขัดแย้งและปัญหาครอบครัวที่เกิดขึ้นมีลักษณะเป็นเครือข่ายปัญหาแบบลูกโซ่ สอดคล้องกับนัยนา หนูนิล สายฝน เอกวรจกรู เรวดี เพชรศิริลักษณ์ และเจนเนตร พลเพชร (2550) ที่ทำการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนพบว่าความสัมพันธ์ของครอบครัวในลักษณะที่มีปัญหาส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และพบว่ากลุ่มวัยที่มีความสุขน้อยที่สุดเกือบทุกหมู่บ้านคือกลุ่มผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนคือการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น มุ่งเน้นการใช้กลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนให้ดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีสุขภาพดีและมีความสุข (World Health Organization, 2016) การสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นการให้อำนาจด้านสุขภาพแก่ประชาชนในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งการจัดระบบเพื่อนำแหล่งประโยชน์ทางการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้ วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดภาวะสุขภาพดี การดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุจึงเป็นบทบาทสำคัญร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมและสืบทอดกันมาเป็นเวลานาน ร่วมกับการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับกลุ่มบุคคลในชุมชน อาทิ หมอพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เด็กและเยาวชน ครอบครัว

ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สุขภาพซึ่งเป็นพลังสำคัญในการร่วมพัฒนาชุมชนไปสู่ “ชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดี” ได้โดยการเพิ่มพลังอำนาจให้กับชุมชนด้วยการสร้างความเข้าใจและการสร้างสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับแกนนำกลุ่มต่าง ๆ ร่วมกับการประสานเครือข่ายระหว่างกลุ่มแกนนำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนครอบคลุมด้านการบริโภค การเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลายความเครียดผ่านการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งการเฝ้าระวังและพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เป็นชุมชนที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่เสมอ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 75 (พ.ศ. 2542) ซึ่งกำหนดว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นควรได้รับการส่งเสริมและใช้ให้เป็นประโยชน์ในเรื่องที่เกี่ยวกับวิถีชาวบ้าน ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมท้องถิ่นซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานความคิดของการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. ประเมินผลการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research)

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 325 คน เลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุจาก 4 หมู่บ้าน ๆ ละ 20 คน รวม 80 คน กลุ่มแกนนำสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (อสม. เด็กและเยาวชน บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา หมอพื้นบ้าน) จำนวน 40 คน และ

ผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายผลจากแกนนำผู้สูงอายุ 1 คน ขยายผลสู่ผู้สูงอายุในชุมชนเดียวกัน 2-3 คน จำนวน 205 คน จากชุมชนหมู่ที่ 8, 9, 10 และ 14 รวม 4 จาก 7 หมู่บ้าน ในตำบลท่าซิ่น อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มองเห็นปัญหา และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาตลอดระยะเวลา 2 ปี

เครื่องมือวิจัย มีจำนวน 4 รายการ คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นดังนี้

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

2. แบบสัมภาษณ์ มีข้อคำถามถึงโครงสร้างปลายเปิดจำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ประเด็นความสุข การสร้างเสริมสุขภาพ การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมวิถีชีวิตด้านการบริโภค การเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลายความเครียด การสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง 3 กลุ่มวัยในครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุ

3. แบบสนทนากลุ่ม เป็นแนวคำถามถึงโครงสร้างของประเด็นการเรียนรู้ 4 ด้าน การเตรียมความพร้อม การดำเนินการพัฒนา ปัญหา อุปสรรค และความสำเร็จของการนำกระบวนการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ในชุมชน

4. แบบสังเกตการดำเนินการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ ใช้บันทึกกระบวนการดำเนินการ การติดตามสนับสนุน บรรยากาศ และกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

เครื่องมือวิจัยทั้ง 4 รายการถูกนำไปตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 5 ท่าน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลใกล้เคียงซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่ม

เป้าหมายของการศึกษาคั้งนี้จำนวน 30 ราย และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้หลายวิธีการเพื่อให้เกิดความถูกต้องและครอบคลุมประเด็นหลักของการศึกษา ได้แก่ การใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การระดมสมอง และการสังเกตการดำเนินงานในพื้นที่ ดำเนินการในวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 100/2557 และได้รับอนุมัติทำการศึกษาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยที่เป็นประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มเป้าหมายอาจได้รับการศึกษา การให้อิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ เอกสารบันทึกการสนทนา ภาพถ่าย การบันทึกเทปได้รับอนุญาตจากกลุ่มเป้าหมายก่อนทุกครั้ง หลังการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำลายหลักฐานทันที และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การดำเนินงาน มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นการวิจัย: การเตรียมการ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

1. การเตรียมทีมวิจัย คณะผู้วิจัยประชุมรายละเอียด วางแผนดำเนินการวิจัย เตรียมความพร้อมทางวิชาการ ทักษะการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วม การวางแผนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 4 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ในวันที่ 1-20 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

2. การเตรียมชุมชน คณะผู้วิจัย ประชุมชี้แจงรายละเอียด ลักษณะความร่วมมือดำเนินการวิจัยแต่ละระยะ การเตรียมพื้นที่ศึกษา และการสร้างสัมพันธ์ภาพ

โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ใช้เวลาการประชุมแกนนำ ผู้สูงอายุ 80 คน จำนวน 4 ครั้ง ชุมชนละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ประชุมแกนนำสร้างเสริมสุขภาพ 40 คน จำนวน 4 ครั้ง ชุมชนละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ในวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึง 20 มกราคม พ.ศ. 2558 ณ ศาลาประจำหมู่บ้าน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. ขั้นตอนที่ศึกษาทำความเข้าใจสถานการณ์ต้นทุน ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน โดยคณะผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และระดมสมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งเป็นตัวแทนชุมชน จำนวน 40 คน 4 ครั้ง ชุมชนละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง สัมภาษณ์ตัวแทน 4 ชุมชน จำนวน 20 คน ใช้เวลา 60-90 นาทีต่อคน สนทนากลุ่มย่อยผู้เกี่ยวข้องจากชุมชน ๆ ละ 2 กลุ่ม ๆ ละ 15 คน และลงพื้นที่สำรวจข้อมูลภาคสนาม ด้วยการทำแผนที่เดินดิน ค้นหาต้นทุน และกิจกรรมการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความสุขกับกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้เวลาสำรวจชุมชนละ 1 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 30 มีนาคม พ.ศ. 2558 ณ ศาลาประจำหมู่บ้านและพื้นที่ 4 ชุมชน

2. ขั้นตอนที่ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อพัฒนา แนวทางสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยคณะผู้วิจัย และคณะวิทยากรเชิงกระบวนการ 2 คน จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ พัฒนาแนวทาง กำหนดบทบาทหน้าที่ แผนกลยุทธ์การดำเนินการ แผนปฏิบัติการสนับสนุน และแผนการติดตามประเมินผล ผู้เข้าร่วมประชุม เป็นตัวแทนผู้สูงอายุ และแกนนำสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จัดแยก 4 ชุมชน ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 6 ชั่วโมง ระหว่างวันที่ 18 เมษายน - 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ณ ศาลาประจำหมู่บ้าน

3. ขั้นตอนที่ดำเนินการตามแผน/ขยายเครือข่าย ด้วยการนำแนวทางการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปดำเนินการใน 4 ชุมชน เริ่มจากพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ สร้างความสุขจาก 4 หมู่บ้าน ๆ ละ 20 คน รวม 80 คน จากนั้นแกนนำผู้สูงอายุขยายผลกับเพื่อนผู้สูงอายุทั้ง 4 หมู่บ้าน ในลักษณะเพื่อนเกลอผู้สูงอายุสร้างเสริม สุขภาพ อัตรา 1 ต่อ 2-3 ได้อีกจำนวน 205 คน ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2558 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559

4. ขั้นตอนที่ประเมินผลระหว่างดำเนินการนำแนวทาง การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้ในการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการใน สถานการณ์จริงของชุมชนระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2558 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ณ ศาลาประจำ หมู่บ้านและจุดรวมตัวของทีมงานทั้ง 4 ชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการวิจัย วิทยากรจำนวน 6 คน ทำการประเมินผล สะท้อน และถอดบทเรียนการ ดำเนินงานวิจัยภาพรวมจากคณะผู้วิจัย แกนนำผู้สูงอายุ แกนนำสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 4 ชุมชน ๆ ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ร่วมกันประเมินผล การปฏิบัติงานขั้นสุดท้ายด้วยการจัดประชุม และสรุปการ ดำเนินงานทั้ง 4 ชุมชน ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง สนทนา กลุ่มชุมชนละ 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน เพื่อหาข้อสรุปร่วม จุดเด่น จุดด้อย ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ตามกระบวนการวิจัย โดยพิจารณาว่ากิจกรรมต่างๆ ดำเนิน ไปตามแผนที่กำหนดหรือไม่ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดมากน้อยเพียงใด ระหว่างวันที่ 1 กันยายน - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ณ ศาลาประจำหมู่บ้านและ จุดรวมตัวของทีมงานทั้ง 4 ชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 แกนนำผู้สูงอายุจำนวน 80 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.75 เพศชายร้อยละ 16.25 ร้อยละ 56.25 อายุระหว่าง 55-65 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 66-70 ปี ร้อยละ 31.25 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65 หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 35 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.78 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 93.75 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกร ทำสวน ร้อยละ 86.25 อยู่บ้าน ทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน ร้อยละ 13.75 ทุกคนมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 95.97 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายผลจากแกนนำผู้สูงอายุจำนวน 205 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 เพศชายร้อยละ 20 ร้อยละ 27.80 มีอายุระหว่าง 70-75 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 75-80 ปี ร้อยละ 21.46 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 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

กลุ่มที่ 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

2. ผลการพัฒนากิจกรรมประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความสุขให้แก่ผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ

1. ระดับบุคคล ได้แก่ ผู้ชายวัยกลางคนวัยชรา เครียด พิษผักสมุนไพรพื้นบ้านอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ

2. ระดับกลุ่ม ได้แก่ การให้ความรู้และเล่านิทานผ่านเสียงตามสายของชุมชน จำวงเวียนครกปิดเข็มซี่สร้างสุข

3. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสร้างเสริมความรักความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การมอบรักจากลูกหลานด้วยการบีบนิ้วและส่อสะกดจุด คู่มือบุตรหลานพยาบาลผู้สูงอายุ ปฏิทินสร้างสุข การเล่านิทานพื้นบ้านและเพลงกล่อมเด็กสอนลูกหลานของผู้สูงอายุ กระจกออกกำลังกายระหว่างคนต่างวัย

แต่ละหมู่บ้านมีการรณรงค์ให้เกิดการใช้ ติดตามประเมินผลลัพธ์จากการใช้ และบอกต่อเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมู่บ้านผ่านกิจกรรม “มหกรรมสร้างสุขผู้สูงอายุชุมชนบ้านประดู่หอม”

3. ผลการประเมินผลการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่งผลให้เกิดความสุขกับกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยรับรู้ว่าตนเองและกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยมีวิถีชีวิตทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดเปลี่ยนไปในแนวทางที่เหมาะสมขึ้น ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดีและมีความสุขเพิ่มขึ้น เกิดเป็นพัฒนาการด้านการดูแลตนเองและความสุขใจ อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายรับรู้ว่าการบวกรสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการสื่อสาร ใส่ใจ ดูแล ชื่นชม ให้กำลังใจ และร่วมทำกิจกรรมจากบุตรหลาน อสม. และชุมชนทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนดีขึ้น ผู้สูงอายุเชื่อมั่นในการดูแลตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เกี่ยวข้องรับรู้ว่าการดำเนินงานไม่เพียงช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีความสุขมากขึ้น แต่ยังช่วยพัฒนาตนเองด้านการมีจิตอาสา มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น รู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองและมีความสุขที่มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนขึ้น

“...แรกก่อนไม่รู้ว่าจะนมครกกินไม่ได้ กินวัน

10-20 คู่ “ไม่รู้ว่าจะอาหารทำเป็นยาได้กับพืชผักสมุนไพรข้างบ้าน อีไล้ไทรลงในหม้อต้องคิดเพราะเท่ากับเอาลงในตัว เอาจมึปัญญากับของที่เราจะมาปรับเอา ไม่ต้องแพง ได้รวมกลุ่มร่วางเวียนครก ร่างกายสดชื่นขึ้น ไม่เจ็บ ได้เห็้อแรกก่อนเพลงขึ้นรำเลย ตอนนี่ต้องอุ้มร่างกาย ค่อยรำ แล้วยืดเหยียด ครบวงจร...” ตัวแทนผู้สูงอายุ (หญิง)

“...ทั้งการกิน ออกกำลังกาย ผ่อนเครียด มีของใช้พื้นถิ่นมาช่วย หัดให้เราทำเป็น ดีมาก การเล่นเกมรอกผ้าขาวม้า ปฏิทินสารความสุข ที่นวดกดจุด ได้ทั้งเล่นคนเดียวและหลายคน มีหลานนวดให้เหยียบบิให้นี้ใจชื่น ดีมาก ลูกหลานมาดูแลมากขึ้น แผลงดีชื่น ทำให้มีกำลังใจ อยู่ต่อ ใจร่ม ไม่อยากตายเหมือนแรกก่อน อสม.ก็เข้ามาบอ่ย มาชม มาให้กำลังใจ รู้เรื่อง มั่นใจขึ้น สุขภาพก็ดีขึ้น...” ตัวแทนผู้สูงอายุ (ชาย)

“...ได้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นพระของชุมชน ถือเป็นหน้าที่ของลูกหลานในชุมชนทุกคน ภูมิใจ มีค่า ไม่ใช่แค่ได้ประโยชน์กับผู้สูงอายุในชุมชน แต่เอามาใช้กับครอบครัว เราได้กัน แรกก่อนแม่แกเหงา ไม่มีเพื่อน เดียวนี้มีเกลอ สุขภาพของแกมาช้วนออกกำลังกาย ชวนกินอาหารสุขภาพ ทำให้เราเบาใจขึ้น ถ้าทำแบบนี้ได้เรื่อยๆ สุขภาพแกต้องดีขึ้น สบายใจขึ้น...” ตัวแทน อสม. (หญิง)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่พบว่ากระบวนการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้ ทั้งนี้เนื่องจากใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันอย่างจริงจังของชุมชน การชื่นชมให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าศักยภาพ และรับผิดชอบหลักด้านการดูแลตนเอง ควบคู่กับการให้คุณค่าพลังจิตอาสาด้านการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยให้เกิดการรวมพลังเพื่อดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Walsh & O'Shea, 2008) กระบวนการสร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบและความร่วมมือจากผู้สูงอายุ ผู้เกี่ยวข้อง

และชุมชน ยังช่วยให้แต่ละภาคส่วนดำเนินงานเชิงรุกได้อย่างเข้าใจ เข้าถึง และต่อเนื่อง ส่งผลให้งานบรรลุผลสำเร็จมากขึ้น (เวรดี เพชรศิราสัณฑ์ และคณะ, 2550; Vogelsang, 2016)

ผลการพัฒนาการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดทางเลือกที่สอดคล้องและมีความเป็นไปได้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (เวรดี เพชรศิราสัณฑ์ และคณะ, 2550) การพัฒนาทางเลือกที่หลากหลายง่ายต่อการปฏิบัติ มุ่งเน้นการตอบโจทยตามความต้องการและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ช่วยให้ผู้สูงอายุง่ายต่อการเข้าถึง การยอมรับ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (เวรดี เพชรศิราสัณฑ์ และคณะ, 2550; หงษ์ บันเทิงสุข, 2560) ทางเลือกที่สอดคล้องกับความเชื่อและภูมิปัญญาท้องถิ่นจึงช่วยให้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำไปสู่ความสุขของผู้สูงอายุเกิดความสำเร็จมากขึ้น (นัยนา หนูนิล และคณะ, 2550; หงษ์ บันเทิงสุข, 2560)

ภายหลังดำเนินการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปในแนวทางที่ดีและมีความสุขเพิ่มขึ้นทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมองค์ประกอบหลักของวิถีชีวิตทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและครอบคลุมทั้ง 3 ด้านช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสุขภาพดีนำไปสู่ความสุข (Stahl et al., 2001; World Health Organization, 2016) นอกจากนี้กระบวนการดำเนินงานยังมุ่งเน้นทางเลือกที่หลากหลายทั้งการสร้างเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพดีได้ด้วยตนเอง การรวมกลุ่ม และการสร้างเสริมความผูกพันระหว่างบุคคล การกระตุ้นจากบุตรหลานและครอบครัวในการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิตช่วย

ให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข เพลิดเพลิน สร้างความสัมพันธ์ระหว่างคนต่างวัย (Nantsupawat, Kamnuansilapa, Sritanyarat, & Wongthanawasu, 2010; Stahl et al., 2001) การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายร่วมกับคนรอบข้าง ทั้งการมอบรักจากบุตรหลานด้วยการบีบนิ้วและสอสะกดจุด คู่มือบุตรหลานพยาบาลผู้สูงวัย การได้ให้ของของผู้สูงอายุผ่านการเล่านิทานที่บ้านและเพลงกล่อมเด็กสอนหลานช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดความผูกพันและเข้าใจกันมากขึ้น (เรวดี เพชรศิริรัตน์ และคณะ, 2550) กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจจากการได้ดูแลและการได้รับการดูแลจากบุตรหลาน ครอบครัวคนรอบข้าง และชุมชนผ่านกระบวนการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการสร้างเสริมสุขภาพจนก่อให้เกิดเป็นความสุข (เรวดี เพชรศิริรัตน์ และคณะ, 2550; หงษ์ บันเทิงสุข, 2560; Stahl et al., 2001; Vogelsang, 2016)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้เกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนควรทำความเข้าใจมุมมองความสุขและดำเนินการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ บริบท วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มซึ่งมีความแตกต่างกัน
2. บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกันในลักษณะความเป็นหุ้นส่วน ร่วมคิดร่วมทำ มุ่งเน้นการดำเนินการที่เป็นไปได้และต่อเนื่อง
3. ควรพัฒนางานวิจัยเชิงทดลองด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีลักษณะสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและแต่ละภาวะสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- นัยนา หนูนิล, สายฝน เอกวางกูร, เรวดี เพชรศิริรัตน์ และเจนเนตร พลเพชร. (2550). *การศึกษารวมทรัพยากรทางสุขภาพในชุมชน*. รายงานวิจัยของสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- _____. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. นครปฐม: ฟรินเทอร์รี่.
- เรวดี เพชรศิริรัตน์, ศิริอร สิ้นธุ, สายฝน เอกวางกูร, อุไร จเรประพาฬ และเจนเนตร พลเพชร. (2550). ความสุข และวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ: ความต้องการที่แตกต่างระหว่างคนสามวัยในครอบครัวไทย. *วารสารพยาบาล*, 56(1-2), 23-31.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). *สาระสุขภาพ*. ค้นเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2559, จาก <http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userles/le/Issue%2024-58.pdf>
- หงษ์ บันเทิงสุข. (2560). ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านพิธีกรรมและความเชื่อในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนโพนเมือง อำเภอเหล่าเสือโก้ก จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 6(2), 30-42.

- อภิชาติ มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัศรา เศรษฐ์โชติศักดิ์, วรณประภา ชลอรกุล และละเอียด ปัญญาใหญ่. (2544). การศึกษาด้านชีวิตสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- Nantsupawat, W., Kamnuansilapa, P., Sritanyarat, W., & Wongthanawas, S. (2010). Family relationships, roles and the meaning of active aging among rural Northeastern Thai elders. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(2), 137-148, 112.
- Stahl, T., Rutten, A., Nutbeam, D., Bauman, A., Kannas, L., Abel, 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), 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. (2016). *Promoting health in the SDGs*. Geneva: Author.