



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ประจำปีงบประมาณ 2559

เรื่อง

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
ตำบลสันกลาง อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

The Model of Health Promoting – Behaviors in Elderly People at
Elderly Schools Wat Huafai Tumbol San Klang Amphor Phan Chiang Rai

ดร.ฤทธิชัย แกมภาค

นางสุภัชชา พันเลิศพาณิชย์

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์เชียงราย

ตุลาคม 2559

รหัสโครงการ 2559A12262001

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ประจำปีงบประมาณ 2559

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
ตำบลสันกลาง อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย

The Model of Health Promoting – Behaviors in Elderly People at Elderly
Schools Wat Huafai Tumbol San Klang Amphor Phan Chiang Rai



ดร.ฤทธิชัย แกมภาค

นางสุภัชชา พันเลิศพาณิชย์

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงราย

สนับสนุนโดย สำนักบริหารโครงการส่งเสริมการวิจัย
ในอุดมศึกษาและพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ
สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย” ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่มุ่งหวังศึกษาศาสนาการณรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ ตลอดจนเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณพระคุณพระมหาสุทิตย์ อาภากรโร รศ.ดร. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ ที่ได้ให้ความเมตตาอนุเคราะห์ในการสนับสนุนศึกษาวิจัย รวมทั้งให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณพระครูปิยวรรณพิพัฒน์ เจ้าอาวาสวัดหัวฝาย พระเถรานุเถระ คณะสงฆ์ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอพาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลาง ครู และผู้สูงอายุที่เป็นนักเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการส่งเสริมการวิจัยในอุดมศึกษาและพัฒนา มหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

คุณงามความดีที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจ และความมีอุทิศสภาวะวิริยะในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ ขอน้อมบูชาถวายแด่พระเถระครูบาอาจารย์ และคณะบุคคลที่ได้ร่วมกันสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงาม เพื่อการเรียนรู้ในชีวิตและพระพุทธศาสนาของผู้คนในสังคม

ดร.สุทธิชัย แกมนาคและคณะ

พฤษภาคม 2562

ชื่องานการวิจัย : รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียน
 ผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย
 ผู้วิจัย : ดร.ฤทธิชัย แกมมากและนางสุภัชชา พันเลิศพาณิชย์
 ส่วนงาน : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์เชียงราย
 ปีงบประมาณ : 2559
 ทูลอดหนุนการวิจัย : สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย และ3) เพื่อเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย โดยการวิจัยผลานวิธี ในการศึกษาเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย จำนวน 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการศึกษาเชิงคุณภาพผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ผู้บริหารเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ประธานนักเรียนและผู้สูงอายุที่เป็นนักเรียน จำนวน 20 รูป/คน ได้มาโดยการเจาะจง รวบรวมข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม ตามขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า

1. สถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย พบว่า ผู้สูงอายุจะปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพจากผู้รู้ มีการออกกำลังกายเพื่อยืดเส้นยืดสาย ก่อนออกกำลังกายจะมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อน โดยออกกำลังกายอยู่ที่บ้านเป็นประจำหรือไม่ก็ใช้เวลาว่าง มีการดูแลสุขภาพที่ดีโดยการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัว โดยจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและยังนึกถึงอนาคตของตนเองและบุตรหลานอยู่เสมอ และผู้สูงอายุบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ ทำให้ไม่ค่อม มีความเครียด

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย พบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุมีการสร้างความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้เข้ามาตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ และมีการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหสุขภาพ นอกจากนี้ยังให้ความรู้เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ออกกำลังกายที่หลากหลาย ซึ่งบรรจุไว้ในหลักสูตร

การเรียนการสอน มีการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทำให้มีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญต่อสุขภาพจิต สนับสนุนให้ร่วมกันทำกิจกรรมกัน เพื่อได้พบปะสังสรรค์กัน ถ้ามีความเครียดจะปฏิบัติคลายความเครียด ด้วยวิธีการพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนักเรียนผู้สูงอายุ เข้าวัดฟังเทศน์ สนทนาธรรมกับพระหรือไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา

3.รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย 2) การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยง 3) การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย และ 4) การพัฒนาผู้สูงอายุสู่ภาวะพลดีพลั่ง



Research Title : The Model of Health Promoting – Behaviors in Elderly People at Elderly Schools Wat Huafai Tumbol San Klang Amphor Phan Chiang Rai

Researchers : Dr. Rittichai Kamnak and Mrs. Suphatcha Phanloetphanit

Department : MahaChulalongkornrajavidyalaya University
Chiangrai Buddhist College

Fiscal Year : 2559/2016

ABSTRACT

The purposes of this research were to 1) study participation model of health promotion of Wat Hua Fai elderly school 2) develop participation model of health promotion of Wat Hua Fai elderly school and 3) propose participation model of health promotion of Wat Hua Fai elderly school. Meantime, the mixed methodologies were applied. The sample group of quantitative research consisted of 60 elderly students of Wat Hua Fai elderly school. The mean and standard deviation were used for data analysis. The key informants of qualitative research comprised of 20 cases of executives, health officials, teachers, student chairperson, and elderly students. They were selected purposely. The data was gathered from focus group in accordance with the process of participation building. And the content analysis was conducted for data analysis.

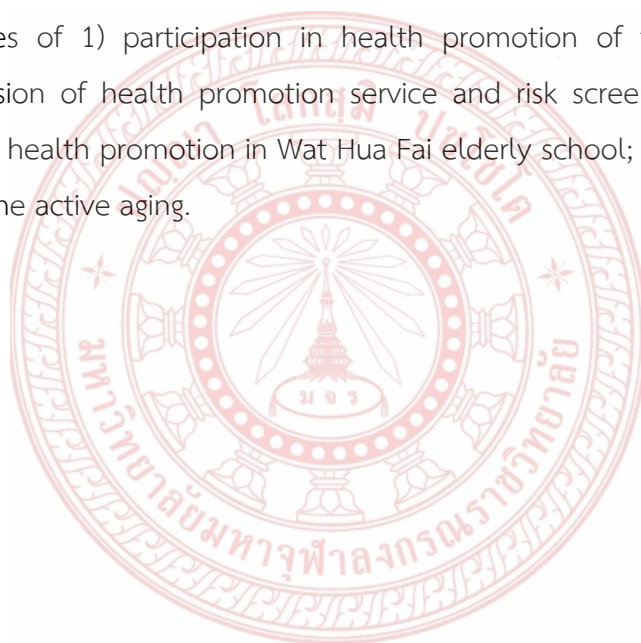
The findings revealed that:

1. The participation model of health promotion of Wat Hua Fai elderly school, the elderly consulted with healthcare experts. They stretch themselves before workout. They often do exercise at home or spend free time for take good care of health by selecting healthy food. They have good relationship with family members, be counsellor and give moral support for their family members. Moreover, they are satisfied with current situation and keep thinking about future of themselves and offspring. They tell themselves that any problems are solvable. They can face problem without serious stress.

2. The participation model of health promotion of Wat Hua Fai elderly school, it was found that the elderly school builds coordination with health officials

for checking up the elderly health. They apply health data for planning health problem resolution. Besides, they provide knowledge for improving health behavior. They promote various exercise pattern which included in curriculum. They also introduce eating healthy diets, self-care knowledge, alter healthcare behavior. Family plays important role for mental health and promotes them to attend activities together to meet each other. If they have stress, they will relief stress by talking with neighbors or elderly school friends, going to temple for Dhamma preach with monks or attending religious activities.

3. The participation model of health promotion of Wat Hua Fai elderly school composes of 1) participation in health promotion of the elderly health school; 2) provision of health promotion service and risk screening; 3) knowledge management for health promotion in Wat Hua Fai elderly school; and 4) develop the elderly to become active aging.



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
1.3 ขอบเขตการวิจัย.....	3
1.4 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
1.5 นิยามศัพท์ในการวิจัย.....	6
1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย.....	9
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน.....	15
2.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	19
2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ.....	34
2.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ.....	37
2.6 ข้อปฏิบัติ 9 ประการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	56
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	69
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	74
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	74
3.2 พื้นที่การวิจัย ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง.....	75
3.3 เครื่องมือการวิจัย.....	75
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
3.6 สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	78

3.7	สรุปกระบวนการวิจัย.....	79
บทที่ 4	ผลการศึกษาวิจัย.....	81
4.1	ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1.....	81
4.2	ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2.....	92
4.3	ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3	98
4.4	องค์ความรู้จากการวิจัย.....	109
บทที่ 5	สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	110
5.1	สรุปผลการวิจัย.....	110
5.2	อภิปรายผลการวิจัย.....	114
5.3	ข้อเสนอแนะ.....	120
	บรรณานุกรม.....	121
	ภาคผนวก.....	127
	ภาคผนวก ก แบบสอบถามการวิจัย.....	128
	ภาคผนวก ข บทความวิจัย.....	134
	ภาคผนวก ค ภาพกิจกรรม.....	160
	ภาคผนวก ง ตารางเปรียบเทียบ.....	163
	ภาคผนวก จ ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่วางแผนไว้.....	166
	ภาคผนวก ฉ รายชื่อผู้ให้ข้อมูล.....	168
	ภาคผนวก ช ประวัติผู้วิจัย.....	169

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ.....	81
4.2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามอายุ.....	81
4.3	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพสมรส.....	82
4.4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา.....	82
4.5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการประกอบอาชีพ.....	83
4.6	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความเพียงพอของรายได้.....	83
4.7	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสัมพันธภาพภายในครอบครัว.....	84
4.8	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความรู้สึกต่อสุขภาพ.....	84
4.9	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของจำแนกรายด้าน.....	85
4.10	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ...	85
4.11	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย.....	86
4.12	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการ.....	88
4.13	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล.	89
4.14	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ...	90
4.15	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการจัดการกับความเครียด.....	91

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2.1	พระครูปิยวรรณพิพัฒน์ เจ้าอาวาสวัดหัวฝาย ผู้ก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ.....	10
2.2	ผู้สูงอายุที่เป็นนักเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย.....	10
2.3	แผนผังความคิดโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย.....	11
2.4	กลุ่มผู้ไม่รู้หนังสือ.....	13
2.5	กลุ่มผู้ลืมนักเรียน.....	13
2.6	กลุ่มผู้รู้หนังสือ.....	13
2.7	กิจกรรมออกกำลังกายก่อนเข้าเรียน.....	14
2.8	กิจกรรมในห้องเรียน.....	14
4.1	การตรวจสุขภาพช่องปาก.....	93
4.2	แปรงฟันหลังจากรับประทานอาหาร.....	93
4.3	การรำไทเก๊ก.....	94
4.4	การรำผ้าขาวม้าเข้าจังหวะเพลง.....	94
4.5	การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ.....	95
4.6	การออกเยี่ยมผู้ป่วย.....	96
4.7	กิจกรรมการเทศนาธรรม.....	97
4.8	กิจกรรมการสืบชะตาหลวง.....	97
4.9	กิจกรรมการเรียนส้อมหมาก/ส้อมปู	98
4.10	กิจกรรมการเรียนรู้การปั่นฝ้าย.....	98
4.11	สมุดบันทึกการตรวจฟัน.....	100
4.12	สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพ.....	100
4.13	รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียน ผู้สูงอายุ.....	105

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่จำนวนประชากรไทยกำลังเพิ่มช้าลงนั้น ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรอย่างใหญ่หลวง เมื่ออัตราเกิดลดต่ำลงอย่างมากและผู้คนมีอายุยืนยาวนั้น สังคมไทยจึงกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุวัยต้นจำนวน 5.6 ล้านคน (ร้อยละ 8.6 ของประชากรทั้งหมด) ผู้สูงอายุวัยกลางจำนวน 3.0 ล้านคน (ร้อยละ 4.6) และผู้สูงอายุวัยปลายจำนวน 1.4 ล้านคน (ร้อยละ 2.1) ในปี 2583 ประมาณว่าจะมีประชากรสูงอายุวัยปลายหรือผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัว¹

ประเด็นความสำคัญของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับสุขภาพผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้เมื่อสูงวัยขึ้นย่อมมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ตามมา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) รายงานว่าตนเองมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว (เช่น เบาหวาน ความดันเลือดสูง)²

รัฐบาลไทยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ตามนโยบายเมืองไทยสุขภาพดี โดยเน้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งใจและกาย ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ก็มีเป้าหมายในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพฯ มีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเรื่องของผู้สูงอายุ เพื่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ เพราะสุขภาพร่างกายของคนวัยสูงอายุนั้น มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ได้ง่าย และสุขภาพนั้นจัดเป็นรากฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิต

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา ดำเนินการแบบแยกส่วนและขาดการมีส่วนร่วม โดยการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นภาระหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข การดูแลในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นหน้าที่ของ

¹ ปราโมทย์ ประสาทกุล, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557, (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558), หน้า 25.

² มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2559, (กรุงเทพมหานคร : บริษัทพรินเตอร์ จำกัด 999, 2560), หน้า 40.

กระทรวงมหาดไทยที่ทำหน้าที่จัดสวัสดิการ การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุนั้น จะต้องให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการดำเนินงานพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้น กระบวนการ โดยที่เข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอน ซึ่งมีความคิดเห็น และความรับผิดชอบร่วมกันต่อการดำเนินการพัฒนาไปในทิศทางที่ต้องการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ สำหรับการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น มีรายงานการวิจัยที่สนับสนุน ว่า การทำกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ที่เรียกว่า เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) เป็นวิธีการสำคัญที่สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ที่มีความหลากหลายเป็นวิธีการที่ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้ร่วมกันสรรค์สร้าง เพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของกระบวนการที่ชัดเจน จนกลุ่มสามารถถ่วงรอกความคิดที่มีอยู่ทั้งหมดออกมาเป็นประเด็นความเห็นพ้องต้องกันที่นำไป ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จังหวัดเชียงรายก็เช่นเดียวกัน มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2558 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.3 ของประชากรทั้งหมด ในส่วนของอำเภอพาน มีผู้สูงอายุ 3,770 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.00 จาก ประชากร 29,008 คน ³และในตำบลสันกลางมีผู้สูงอายุ 846 คนคิดเป็น ร้อยละ 13.69 จากประชากร 6,177 คน จากรายงานที่ผ่านมาพบว่า⁴ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่พบ 5 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน, โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดข้อและกระดูก และโรค ระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 18.4, 15.1, 12.3, 10.7 และ 6.0 ตามลำดับ ผู้สูงอายุบางคนมี โรคแทรกซ้อนร่วมด้วย จากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น ครอบครัวยุ ชุมชน ฯลฯ

ที่ผ่านมารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ วัดหัวฝาย ยังมีปัญหาทั้งในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลาง ที่เข้ามาดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย พบว่าการดูแลสุขภาพไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการดำเนินงานยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน อีกทั้งบุคลากรมีน้อยและยังขาดทักษะในการสร้าง เสริมสุขภาพ และทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ยังขาดการประสานการมีส่วนร่วมและการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุ ที่เป็นระบบ จึงส่งผลให้การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีปัญหา

³ ข้อมูลประเทศไทย, อำเภอพาน, ประชากรไทยในอนาคต, ข้อมูลออนไลน์ เข้าถึงได้จาก <http://chiangrai.kapook.com/พาน>, ค้นคว้าเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2559.

⁴ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลาง, รายงานประจำปี, (เอกสารอัดสำเนา), 2558.

ด้านสุขภาพหลายคนไม่มีคนดูแล ขาดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง อีกทั้งมีโรคประจำตัวที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง อีกทั้งชุมชนเองก็ยังไม่ใส่ใจต่อสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม ระบบการดูแลสุขภาพสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร และปัญหาอุปสรรคที่สำคัญของการดำเนินงานไม่มีส่วนร่วมที่แท้จริง ขาดการประสานงานที่นำไปสู่การมีส่วนร่วมและสนับสนุนอย่างจริงจัง การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุจะต้องเกิดจากการมีเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่สมบูรณ์ แต่จากปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน จึงส่งผลต่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเพียงพอและครอบคลุม ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ อีกทั้งองค์กรชุมชนและประชาชนในพื้นที่เป็นผู้ที่มีความสำคัญอยู่ในพื้นที่ มีความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น และสามารถจัดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีควมจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง ศึกษาถึงรูปแบบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางในการจัดกิจกรรมเป็นการส่งเสริมสนับสนุนชักจูงให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยทำการศึกษาผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

1.2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

1.2.3 เพื่อเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

1.3 ขอบเขตการวิจัย

1.3.1 ขอบเขตการศึกษาด้านพื้นที่

1. ขอบเขตด้านพื้นที่

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตด้านพื้นที่ในการศึกษาวิจัยและรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mix-method) ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย

3 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยได้กำหนดไว้ดังนี้

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ได้แก่ ผู้บริหาร(พระสงฆ์) จำนวน 1 รูป ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 145 คน ครูอาสา จำนวน 14 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน รวมทั้งสิ้น 177 รูป/คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 80 รูป/คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายที่อ่านออกเขียนได้ จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 80 รูป/คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่เป็นนักเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายที่อ่านออกเขียนได้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพและสมรรถภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ประธานนักเรียนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย จำนวน 20 รูป/คน

1.4 ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาวิจัย รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เฉพาะกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพและสมรรถภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่

1.4.1 ผู้สูงอายุที่เป็นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ที่อ่านออกเขียนได้และมาเรียนในวันที่เก็บข้อมูลเท่านั้น

1.4.2 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 60 คน

1.4.3 กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพและสมรรถภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ประธานนักเรียนผู้สูงอายุและผู้เรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 20 รูป/คน ประกอบด้วย

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. พระครูปิยวรรณพิพัฒน์ | เจ้าอาวาสและผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ
วัดหัวฝาย |
| 2. นางชมพร ศรีเงิน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพาน |
| 3. นางจินดา ดารานนท์ | ครูโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย |
| 4. นายนิรันดร์ แปงคำ | ผู้อำนวยการสถานการเรือนรู้ภาคประชาสังคม
(จิตอาสา) |
| 5. นาง ศิรประภา วณิชพิพัฒน์กุล | เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน |
| 6. นางสาว.นพรัตน์ เมืองมาลี | ครูอาสา |
| 7. นางสาวจันทร์เพ็ญ ตัวลือ | ครูอาสา |
| 8. นางอัจฉิมา รินเที่ยง | ครูอาสา |
| 9.นางละมัย จันทร์ทะรัง | ครูอาสา |
| 10. นางจิราพรรณ คงไทย | ปราชญ์ด้านความรู้วิชาการ(จิตอาสา) |
| 11. นางอำไพ เชื้อเมืองพาน | ประธานนักเรียนผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ
วัดหัวฝาย |
| 12. นางสมพร วงศ์แก้ว | ประธานกลุ่มโรงเรียนผู้สูงอายุ |
| 13. นางหนูพร ยศเมือง | รองประธานนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย |
| 14. นางบัวลอย เมืองมาเหล่า | กรรมการนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย |
| 15. นางบัวคำ ศรีตาบุตร | นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย |
| 16. นางจันทร์ ตาแปง | นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย |
| 17. นายอนุพงษ์ มาคง | นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย |
| 18. นางอำไพ เชื้อเมืองพาน | นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย |
| 19. นางพิศมัย วงศ์แก้ว | นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย |
| 20. นางพัชรา ชัยรังสี | นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย |

1.5 นิยามศัพท์ในการวิจัย

รูปแบบ หมายถึง กระบวนการ วิธีการ ขั้นตอนหรือกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุผู้ที่เป็่นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

การมีส่วนร่วม หมายถึง พฤติกรรมหรือการแสดงออกของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายในการให้ความร่วมมือหรือสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะโดยการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา(จิตวิญญาณ) โดยพัฒนาสมรรถนะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

1 การสร้างเสริมสุขภาพทางร่างกาย หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี การช่วยเหลือด้านการปฏิบัติภารกิจประจำวันให้มากที่สุด เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การดูแลสุขภาพฟัน สุขลักษณะด้านความสะอาด ในนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

2. การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตใจ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพและสนับสนุนกิจกรรมที่มีคุณค่าทางจิตใจและงานอดิเรก เช่น การทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสไม่เครียด การควบคุมอารมณ์ของตนเอง การสร้างบรรยากาศในการอยู่ร่วมกันในครอบครัว ความเข้าใจในชีวิตสภาวะของจิตใจที่มีความสดชื่น แจ่มใส สามารถควบคุมอารมณ์ให้มั่นคงเป็นปกติ สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ดี สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้เป็นอย่างดีและปราศจากความขัดแย้งหรือความสับสน ภายในจิตใจ ในนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

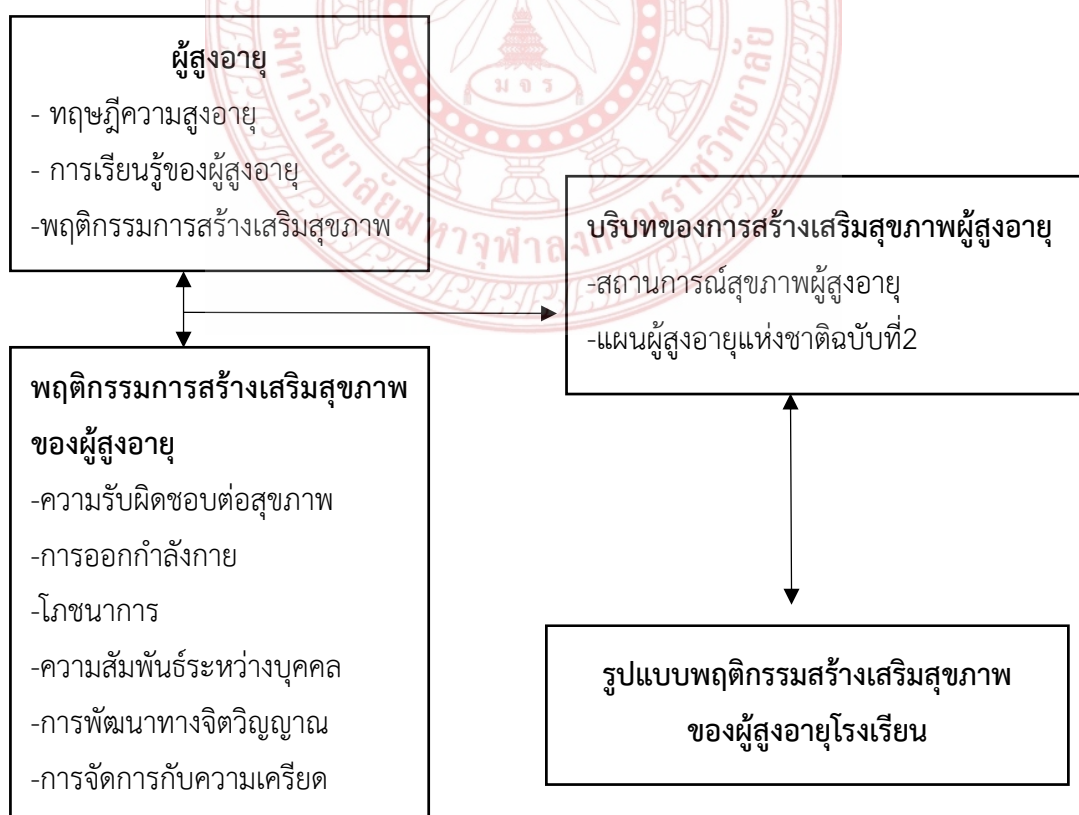
3. การสร้างเสริมสุขภาพทางสังคม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพทางด้านสัมพันธภาพทางสังคม เช่น การประพฤติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม การมีมนุษยสัมพันธ์กับคนรอบข้าง การรับความช่วยเหลือและการรับความช่วยเหลือจากคนอื่น สุขภาวะที่เกิดจากการอยู่ร่วมกันด้วยดี ในครอบครัว ในชุมชน ในสถานที่ทำงาน ในเมือง ในสังคม และการอยู่ร่วมกันด้วยดีอย่างมีความสุข

4. การสร้างเสริมสุขภาพทางปัญญา (จิตวิญญาณ) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ที่จะนำไปสู่ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากการมีจิตใจสูงเข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึงพระนิพพาน สุขภาวะที่เกิดขึ้น

จากการทำความดี ทุกคนเคยทำความดีมาแล้ว ไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ในการทำความดีจะเกิดความปีติและความสุข

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่า บริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ในด้านการตรวจและรักษาเป็นแนวทางการตั้งรับปัญหาผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนขึ้น ซึ่งไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาได้ การจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุตามกลวิธีโดยการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและเปิดโอกาสให้ร่วมคิดค้นหาวิธีการต่างๆ นั้น ซึ่งเป็นแนวทางตามความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งนี้การดำเนินการการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะประสบผลสำเร็จได้นั้นมีปัจจัยหลายอย่างทั้งปัจเจกบุคคล ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเอง โดยการใช้กระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม นำไปสู่การกำหนดกรอบแนวคิดรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ได้ทราบถึงสถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

1.7.2 ได้รูปแบบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

1.7.3 ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดขอบเขตในการศึกษาตามลำดับดังนี้คือ

- 2.1 สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
- 2.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน
- 2.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
- 2.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
- 2.6 ข้อปฏิบัติ 9 ประการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 สภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย

การบริการสาธารณะให้กับผู้สูงอายุนอกจากส่วนราชการจะเป็นผู้ดำเนินการแล้ว ภาคประชาชนยังมีบทบาทในการจัดบริการสาธารณะให้กับผู้สูงอายุคู่ขนานกันไปด้วย โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดบริการสาธารณะโดยภาคประชาชน โดยเฉพาะโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย จังหวัดเชียงราย มีแนวคิดพอสังเขปดังนี้¹

โรงเรียนผู้สูงวัดหัวฝาย ตั้งอยู่ที่วัดหัวฝาย เลขที่ 91 หมู่ที่ 9 บ้านหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ก่อตั้งโดยพระครูปิยวรรณพิพัฒน์ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลสันกลาง โรงเรียนได้เปิดสอนผู้สูงอายุตั้งแต่วันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2554 ปัจจุบัน (พ.ศ.2559)มีนักเรียนแบ่งเป็นผู้ชาย 15 คน ผู้หญิง 155 คน รวมทั้งสิ้น 170 คน

¹ สัมภาษณ์, พระครูปิยวรรณพิพัฒน์, เจ้าอาวาสวัดหัวฝาย, 22 มีนาคม 2559.



ภาพที่ 2.1

พระครูปิยวรรณพิพัฒน์
เจ้าอาวาสวัดหัวฝาย

ภาพที่ 2.2

ผู้สูงอายุที่เป็นนักเรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุ
วัดหัวฝาย

ก. วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งโรงเรียน²

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุพัฒนาตนเองให้เป็นคนทันสมัย ทันโลก ทันเหตุการณ์ ติดตามข่าวสารบ้านเมืองและของโลก เพื่อที่จะได้พูดคุยสื่อสารกับสมาชิกภายในบ้านที่ต่างวัยกันได้รู้เรื่อง เป็นการลดช่องว่างระหว่างวัยได้เป็นอย่างดี

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุพัฒนา เปลี่ยนแปลง วางตัวให้เป็นคนปู่ คุณย่า ที่น่าเคารพนับถือ เข้าใจบุตรหลาน เข้าใจในความเปลี่ยนแปลงของตนเอง ไม่ติดยึดกับความคิดเก่า ๆ ไม่คาดหวังให้ลูกหลานเป็นอย่างที่ตนเองต้องการ ไม่อ้างว่าอาบน้ำร้อนมาก่อน ควรสอนหรือให้คำแนะนำโดยมีเหตุผลประกอบ เพื่อจะได้ไม่มีปัญหาระหว่างวัยและมีชีวิตอยู่กับลูก ๆ หลาน ๆ ได้อย่างมีความสุข

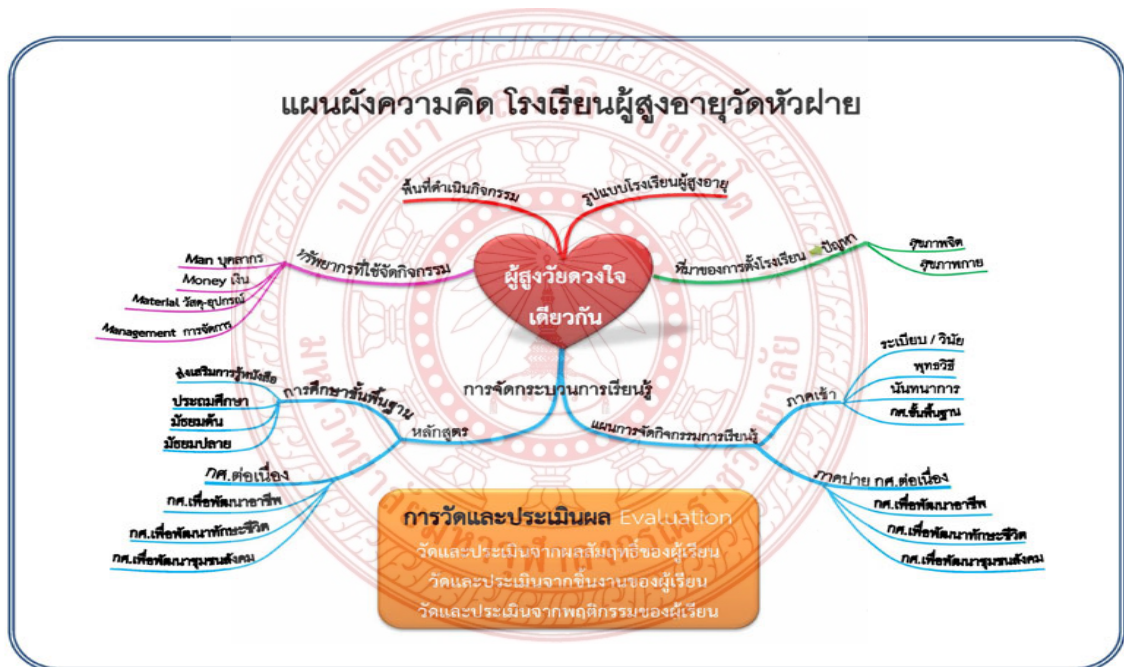
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดึงศักยภาพของตนเองไปช่วยชุมชนที่อาศัยอยู่ อาทิ มีความสามารถทางด้านดนตรี การประกอบอาหาร งานฝีมือ ภาษาหรือมีทักษะในงานด้านอื่น ๆ ให้ นำเอาความรู้ ความชำนาญที่มีอยู่นั้นไปถ่ายทอด ช่วยสอน ช่วยฝึกหัดเด็กหรือผู้ที่สนใจในชุมชน ให้ได้ มีโอกาสได้เรียนรู้สืบทอดทักษะวัฒนธรรมจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง เพื่อดำรงไว้ซึ่ง ศิลปวัฒนธรรมของชาติให้คงไว้สืบต่อไป จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่า และศักยภาพของตนเองมากขึ้น

² โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย, ประวัติโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย, ข้อมูลออนไลน์, เข้าถึงได้จาก, <http://huafaiseniorssschool.com/index.php/about-us/schoolhistory> ค้นคว้าเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2559.

4. เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ปล่อยวันเวลาให้ล่วงเลยไปโดยเปล่าประโยชน์ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ควรทำมีมากมาย นับตั้งแต่การประกอบอาหารให้สมาชิกในครอบครัว การปลูกต้นไม้ ทำสวน เลี้ยง สัตว์ งานศิลปะหัตถกรรมหรืองานอดิเรกอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ไม่เหงาและมีความสุข

5. เพื่อให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกาย นอกจากจะทำให้สุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรงไม่เจ็บป่วยง่ายแล้ว ยังทำให้อารมณ์แจ่มใส เบิกบาน ไม่หงุดหงิด ไม่ซึมเศร้า วิดกกังวลหรือเครียดง่าย คนในครอบครัวก็รู้สึกดีมีความสุขไปด้วย

6. เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างไม่ประมาท การเข้าวัดทำบุญ รักษาศีล เจริญภาวนา ควรทำเป็นประจำ เป็นการหาความสงบและได้เรียนรู้ถึงสัจธรรมความเป็นจริงของชีวิต ซึ่งจะช่วยให้เกิดสติ ปล่อยวาง ไม่ยึดมั่นถือมั่นต่อไป



ภาพที่ 2.3 แผนผังความคิดโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย

ข. หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย

หลักสูตรที่ทางโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายได้จัดทำขึ้น เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการเรียน การสอนให้กับผู้สูงอายุได้แบ่งออกเป็น 9 ประเภท ดังนี้

1. พระพุทธศาสนา (ศาสนพิธีต่าง ๆ)
2. สุขภาพ (ร่างกาย จิตใจ ฟัน ภายภาพบำบัด จิตวิทยา รำไท้เก๊ก รำวงย้อนยุค กีฬา)
3. สังคม (กฎหมาย วัฒนธรรม จราจร)

4. ภูมิปัญญาไทย ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ล้านนา
5. สมุนไพร (ทำลูกประคบ ยาหม่อง น้ำมันไพล)
6. อาชีพ (การทำดอกไม้ประดิษฐ์ การนำวัสดุเหลือใช้มาประยุกต์ ตักตุงการบูร การทำขนมไทย ขนมพื้นบ้าน ทำของที่ระลึก ทำผ้าพันคอ ทำผ้าเช็ดเท้า เทรียนุโพรยทาน)
7. ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ภาษาจีน ภาษาเวียดนาม (ฟัง พูด อ่าน เขียน)
8. คอมพิวเตอร์พื้นฐาน
9. เกษตรตามแนวพระราชดำริ เกษตรพอเพียง

ค. ครูผู้สอน

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. พระครูปิยวรรณพิพัฒน์ | 2. นางสาวเมธินี เล็กประเสริฐ |
| 3. นางพัทธภรณ์ วงศ์แก้ว | 4. ดร. เต็นศักดิ์ สุริยะ |
| 5. นางสาวจิตนา วงศ์แก้ว | 6. นายประดิษฐ์ ตั้งสมาธิคุณ |
| 7. นางสมศรี เมืองขวัญใจ | 8. นางนากเกษร แก้วตา |
| 9. นางจินดา ดารานนท์ | 10. นายสมศักดิ์ นานาสมบัติ |
| 11. นายสุขเฉลียว อินตะยอด | 12. นางศิริประภา วณิชพิพัฒน์กุล |
| 13. นางสาวนพรัตน์ เมืองมาหล้า | 14. คณะครูกศน. ตำบลสันกลาง |

ง. คณะกรรมการที่ปรึกษาและสนับสนุน

1. คณะสงฆ์ตำบลสันกลาง
2. นายณรงค์ ตี๋แปง นายกองค์การบริหารส่วนตำบล
3. นายศรีวรรณ วงศ์จินา กำนันตำบลสันกลาง
4. นายสมเกียรติ คำแสนยศ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
5. ผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้านในตำบลสันกลาง
6. นางพัชรี ใจเมตตา หัวหน้าส่วนการศึกษาศาสนาและวัฒนธรรม

จ. สถาบันทางการศึกษาที่ร่วมสนับสนุน

สถาบันทางการศึกษาที่ร่วมสนับสนุนและให้คำปรึกษากับโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ในด้านการจัดทำหลักสูตรและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย

1. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
3. โรงเรียนในตำบลสันกลาง
4. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
5. ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) อำเภอพาน จังหวัด

จ. การแบ่งกลุ่มนักเรียนและการเข้าเรียน

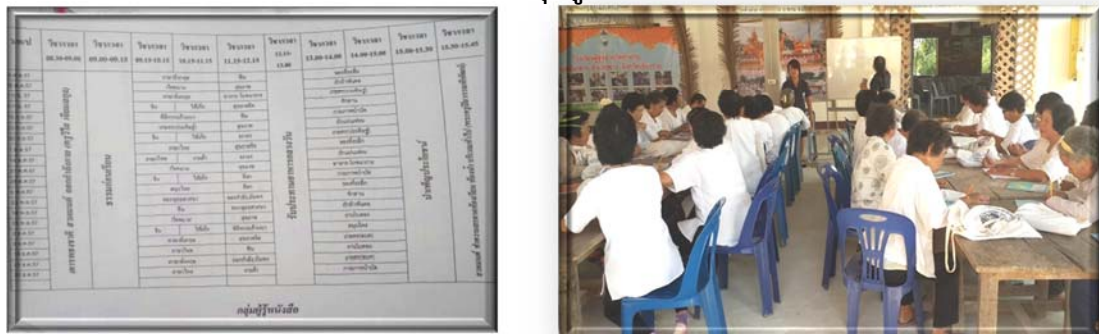
โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ได้แบ่งกลุ่มนักเรียนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ไม่รู้หนังสือ กลุ่มผู้ลืมนักหนังสือและกลุ่มผู้รู้หนังสือ เพื่อเป็นการแบ่งความสามารถตามสมรรถนะของผู้เรียน ให้เกิดความเหมาะสมตามกระบวนการจัดการเรียนรู้ให้แก่ นักเรียน และครูผู้สอนสามารถวางแผนและจัดกิจกรรมการเรียนการสอนได้อย่างเหมาะสม ในแต่ละครั้งเมื่อจัดกิจกรรมและพัฒนาเข้าสู่การเรียนในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายตามลำดับ มีการวัดผลประเมินผลจากศูนย์การศึกษาจากระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอพาน ซึ่งทางโรงเรียนผู้สูงอายุได้แยกออกเป็นตารางการจัดกิจกรรมในแต่ละกลุ่ม



ภาพที่ 2.4 กลุ่มผู้ไม่รู้หนังสือ



ภาพที่ 2.5 กลุ่มผู้ลืมนักหนังสือ



ภาพที่ 2.6 กลุ่มผู้รู้หนังสือ

ข. กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย

โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายได้แบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1. กิจกรรมหน้าเสาธง ก่อนเข้าห้องเรียน เคารพธงชาติ ไหว้พระสวดมนต์ ออกกำลังกาย รำไทเก๊ก เต้นแอโรบิค กิจกรรมเข้าจังหวะ รำไม้พลอง รำผ้าขาวม้าประกอบเพลง รำวง ย้อนยุค

2. กิจกรรมในห้องเรียน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ไม่รู้หนังสือ กลุ่มที่ 2 ผู้ลืมนักเรียน และกลุ่มที่ 3 ผู้รู้หนังสือ

นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมกีฬาสำหรับผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปี



ภาพที่ 2.7 กิจกรรมออกกำลังกายก่อนเข้าเรียน



ภาพที่ 2.8 กิจกรรมในห้องเรียน

ข. การถ่ายทอดภูมิปัญญา

1. กิจกรรมอุ้ยสอนหลาน
2. อุ้ยชวนหลานเข้าวัด

นอกจากนี้โรงเรียนยังมีการสร้างเครือข่ายกับกลุ่มอาชีพและหน่วยงาน อาทิ กลุ่มทำสมุนไพร ลูกประคบ น้ำมันไพร (ได้รับการรับรองสินค้า OTOP) กลุ่มออมสมุนไพร (ธนาคารสมุนไพร) ธนาคารความดี (ทำความดีแบบไม่หวังผล) บัญชีบุญ บัญชีสวรรค์ ศูนย์วัฒนธรรมสายใยชุมชน ชมรมผู้สูงอายุตำบลสันกลาง ศูนย์สามวัยเป็นสถานที่อบรมคุณธรรม จริยธรรมให้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นสถานที่อบรมพ่อแม่บ้านแม่บ้าน เรื่องการรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ กศน. (เปิดสอนหลักสูตรให้กับผู้ที่ไม่รู้หนังสือหลักสูตรระดับประถมศึกษา หลักสูตรมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.2.1 ความสำคัญและความหมายของการมีส่วนร่วม

การให้ความหมายคำจำกัดความการมีส่วนร่วม มีมากมายหลายทัศนะ ในบริบทของลักษณะงานในแง่มุมมองประเด็นต่าง ๆ แต่ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ยูวัฒน์ วุฒิเมธี³, ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมในการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณา การตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันเป็นผลกระทบบมาถึงตน

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์⁴ ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริงน่าจะหมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง ในการจัดการและควบคุมการใช้และกระจายทรัพยากรและปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคม เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม ตามความจำเป็นอย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะสมาชิกของสังคมและได้พัฒนาการรับรู้และภูมิปัญญา ซึ่งแบ่งออกในรูปของการตัดสินใจในการกำหนดชะตาชีวิตของตนเองอย่างเป็นตัวของตัวเอง

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา⁵ ได้สรุปความหมายของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่ไม่เคยได้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเข้าร่วมการตัดสินใจหรือเคยมาเข้าร่วมด้วยเล็กน้อย ได้เข้าร่วมด้วยมากขึ้นเป็นไปอย่างมีอิสรภาพ เสมอภาค มิใช่มีส่วนร่วมอย่างผิวเผิน แต่เข้าร่วมด้วยอย่างแท้จริงยิ่งขึ้นและการเข้าร่วมนั้นต้องเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้ายของโครงการ

จากการศึกษาคำจำกัดความและแนวคิดข้างต้น สามารถสรุปความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึงการทำงานร่วมกันกับกลุ่มเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมกระทำการตัดสินใจใช้ทรัพยากร และมีความรับผิดชอบในกิจกรรมที่กระทำ โดยกลุ่มให้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณา การตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบถึงตัวประชาชนเอง การมีส่วนร่วมจึงเป็นหัวใจของการเสริมสร้างพลังการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม และเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มด้วย

³ ยูวัฒน์ วุฒิเมธี, **หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท**, (กรุงเทพมหานคร : ไทยอนุเคราะห์ไทย, 2526), หน้า 25.

⁴ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, **การมีส่วนร่วมของประชาชน**, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล, ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, 2527), หน้า 2.

⁵ นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, **การมีส่วนร่วมหลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง**, (กรุงเทพมหานคร : 598 print, 2546), หน้า 4.

ระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

ในการนำการมีส่วนร่วมของประชาชนไปสู่การปฏิบัติ ต้องเข้าใจว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นคำที่มีความหมายกว้างขวางครอบคลุมการมีส่วนร่วมของประชาชนหลากหลายระดับ ตั้งแต่การแจ้งให้ประชาชนรับทราบการดำเนินโครงการของประชาชน หลังจากผู้บริหารตัดสินใจแล้ว การจัดรับฟังความคิดเห็นของประชาชน การให้ประชาชนมาร่วมในการออกกำลังกาย โดยประชาชน อาจไม่ได้ร่วมคิดเลยก็ได้ ดังนั้น เพื่อทำให้เกิดความชัดเจนและสามารถพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ในอนาคต การเข้าใจในเรื่องระดับการมีส่วนร่วมเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งสามารถแบ่งระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนมี 5 ระดับ ดังนี้⁶

1. ระดับการให้ข้อมูล เป็นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว แต่เป็นระดับที่สำคัญ เพราะเป็นการเริ่มต้นที่ส่วนราชการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการอื่น ๆ ต่อไป การให้ข้อมูลข่าวสารถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็นระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสาร สิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงาน แลกเปลี่ยน การติดประกาศและการให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2. ระดับการปรึกษาหารือ เป็นการรับฟังความคิดเห็น โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนแสดงความคิดเห็น บอกข้อปัญหาและข้อเสนอแนะต่าง ๆ กับส่วนราชการ การรับฟังความคิดเห็นเป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3. ระดับการเข้ามาเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนงาน/โครงการ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการที่มีตัวแทนภาคประชาชนเข้าร่วม การเกี่ยวข้องเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่า ความคิดเห็นข้อมูลและความต้องการของประชาชน จะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกในการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ ประชาพิจารณ์ การจัดตั้งคณะทำงานเพื่อเสนอแนะประเด็นนโยบาย เป็นต้น

⁶ อรทัย ก๊กผล, **คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น**, (กรุงเทพมหานคร : จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์, 2552), หน้า 22 - 26.

4. ระดับการร่วมมือ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทหรือฐานะหุ้นส่วนหรือภาคีในการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานภาครัฐ ความร่วมมือเป็นการให้กลุ่มประชาชน ผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วมโดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5. ระดับการเสริมอำนาจประชาชน เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นระดับของการมอบอำนาจการตัดสินใจให้ประชาชนเป็นผู้กำหนด การเสริมอำนาจแก่ประชาชนเป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงสุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุนหมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด เป็นต้น

2.1.2 แนวคิดลักษณะการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนสามารถจำแนกตามลักษณะงานหรือกิจกรรมที่ดำเนินการได้หลายลักษณะ ทั้งในด้านบริหารจัดการด้านการเมืองการพัฒนาชุมชน รวมถึงด้านบริบทของการมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวคิดและทัศนะเกี่ยวกับลักษณะของการมีส่วนร่วมไว้หลากหลายประการได้แก่

ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนมีดังนี้⁷

- 1) ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมทั้งความต้องการของชุมชน
- 2) ร่วมคิดหาสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชนหรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือสนองความต้องการของชุมชน
- 3) ร่วมวางนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัดและแก้ไขปัญหาตลอดจนสนองความต้องการของชุมชน
- 4) ร่วมการตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
- 5) ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 6) ร่วมการลงทุนในกิจกรรมหรือโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง

⁷ไพรัตน์ เดชะรินทร์, นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์ การพัฒนาปัจจุบันของประเทศไทยในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา, (กรุงเทพมหานคร : ศักดิ์โสภณาการพิมพ์, 2527), หน้า 6 – 7.

7) ร่วมปฏิบัติตามนโยบายและแผนงานโครงการและกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย

8) ร่วมควบคุมติดตามประเมินผลและร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้โดยเอกชนและรัฐบาลให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

ส่วนอคิน รพีพัฒน์⁸ ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็น 5 ระดับ คือ

1) ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน ตลอดจนเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในสนาม (Organizer)

2) ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาสาเหตุแห่งปัญหาและแนวทางต่าง ๆ ที่อาจนำมาใช้ในการแก้ปัญหา

3) ประชาชนมีส่วนร่วมในการพิจารณาแนวทางและวิธีการ ที่จะใช้ในการแก้ปัญหา และวางแผนเพื่อแก้ปัญหาร่วมกันกับผู้ปฏิบัติงานสนาม

4) ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนเพื่อแก้ปัญหา

5) ประชาชนมีส่วนร่วมในการติดตามผลการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในสนาม จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา มีลักษณะแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ดำเนินการโดยลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน ที่ปรากฏเช่น การร่วมคิด ร่วมศึกษา วางแผนดำเนิน การตัดสินใจ ควบคุมติดตามประเมินผล ร่วมลงทุนและร่วมรับผลประโยชน์

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วม

โครงการพัฒนาใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกิจการสาธารณะในกระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริมชักนำและสร้างโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมดำเนินงานทั้งกระบวนการ ถือเป็นหลักการสำคัญอย่างหนึ่ง ที่จะทำให้โครงการนั้นประสบผลสำเร็จได้ง่ายขึ้น ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นขั้นตอนที่แสดงวิธีการและแนวทางการดำเนินงานที่ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ทั้งนี้มีองค์กรหน่วยงานนักวิชาการได้เสนอแนวคิดกระบวนการมีส่วนร่วมไว้ในประเด็นต่าง ๆ หลายทัศนะ แต่ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ ทั้งนี้้องค์การอนามัยโลก⁹ ได้เสนอกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

⁸ อคิน รพีพัฒน์, การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา, (กรุงเทพมหานคร : ศักดิ์โสภารการพิมพ์, 2525), หน้า 104 - 111.

⁹ WHO and UNICEF, *Strategies Utilized by School Superintendents in Establishing Participatory Linkages with the district Community*, (New York : The University of Wisconsin, 1978), p. 41.

1) การวางแผนประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาจัดอันดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามประเมินผลและประการที่สำคัญคือ ต้องตัดสินใจด้วยตนเอง

2) การดำเนินกิจกรรมประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการและบริหารการใช้ ทรัพยากรมีความรับผิดชอบในการจัดสรรควบคุมทางการเงิน

3) การใช้ประโยชน์ประชาชนต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิด ประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม

4) การได้รับประโยชน์ประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนใน พื้นฐานที่เท่าเทียมกันซึ่งเป็นผลประโยชน์ส่วนตัวสังคมหรือในรูปวัตถุก็ได้

กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนามีกระบวนการขั้นตอนดังนี้¹⁰

- 1) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาค้นปัญหาและสาเหตุของปัญหา
- 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ
- 3) การมีส่วนร่วมในการลงทุนร่วมกันตัดสินใจและปฏิบัติงาน
- 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

ตามที่นักวิชาการได้ให้แนวทางกระบวนการมีส่วนร่วมไว้ในประเด็นต่าง ๆ สรุปได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วมเริ่มต้นจากการศึกษาข้อมูลสาเหตุของปัญหา การพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทางการวางแผนพัฒนาแก้ไขปัญหา การดำเนินการหรือปฏิบัติงานและสิ้นสุดที่การติดตามประเมินผล โดยการดำเนินการที่ให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในฐานะเจ้าของชุมชนหรือ ทรัพยากร ได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรและมีส่วนร่วมตามกระบวนการในทุก ขั้นตอนหรือมากขึ้นตอนให้มากที่สุด มิใช่มีส่วนร่วมเพียงขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง ก็จะช่วยลดความ ขัดแย้งและสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การ ดำเนินงานพัฒนาไปในทางที่ดีประสบผลสำเร็จได้และเกิดผลดีต่อชุมชน

2.3 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.3.1 ความหมายผู้สูงอายุ

คำว่า“ผู้สูงอายุ”มาจากศัพท์ภาษาอังกฤษว่า Elderly หรือ Ageing ในประเทศไทยได้ บัญญัติขึ้นโดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เมื่อปี 2506 เนื่องจากที่ประชุมของผู้สูงอายุเห็นว่า ความแก่ หน่อม หนา ไม่มีอะไรเป็นเครื่องวัดและเครื่องชี้วัดกันกับทั้งไม่สมควรใช้คำว่าผู้ชรา เพราะจะทำ

¹⁰ วิรัช วนิภาวรรณ, ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญของการพัฒนาชุมชน : ประชาชนข้าราชการและผู้นำ รัฐบาล, (กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์, 2530), หน้า 61 - 63.

ให้รู้สึกหดหู่ จึงให้ใช้คำว่า ผู้สูงอายุ ตั้งแต่นั้นมา โดยให้หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมของร่างกายตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงซ้ำหรือเป็นผู้ที่มีโรคสมควรจะได้รับการช่วยเหลืออุปการะ¹¹

ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ มีผู้ให้คำนิยามไว้ ดังนี้

บรรลุ ศิริพานิช¹²ให้ความหมายไว้ว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงร่างกาย จิตใจและหน้าที่การงานทางสังคมโดยแต่ละคนจะออกอาการเสื่อมแตกต่างกันและยังใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์สากลมาพิจารณาประกอบกันว่าบุคคลใดควรเป็นผู้สูงอายุ

ฝน แสงสิงแก้ว¹³ ให้ความหมาย ผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิตที่เริ่มจากวัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่และวัยชรา และถือเอาเกณฑ์ปลดเกษียณจากราชการ คืออายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นการเริ่มต้นของวัยชรา

Craig และ Hoffman & Others ได้แบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุเป็น 4 ช่วงดังนี้¹⁴

1. วัยสูงอายุตอนต้น (The Young Old) ช่วงอายุ 60 – 69 ปี เป็นช่วงที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การเสียชีวิตของญาติสนิทหรือคู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียบทบาททางสังคม โดยทั่วไป ช่วงนี้บุคคลยังคงแข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงจะรู้จักปรับตัว ช่วงนี้เป็นช่วงที่มีสมรรถภาพด้านต่าง ๆ มากการปรับตัวควรใช้แบบ Engagement คือ ยังร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมทั้งในและนอกครอบครัว

2. วัยสูงอายุตอนกลาง (The middle age old) ช่วงอายุ 70–79 ปี เป็นช่วงที่เริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ใกล้เคียงกันเริ่มเสียชีวิตมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ซึ่งเป็นการปรับตัวแบบ Disengagement คือ การเลิกเกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม

3. วัยสูงอายุมาก (The Old Old) ช่วงอายุ 80 – 89 ปี ผู้ที่มีอายุช่วงนี้จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับคนอายุช่วงนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น แต่ต้อง

¹¹ สุพัตรา สุภาพ, ปัญหาสังคม, (กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2543), หน้า 48.

¹² บรรลุ ศิริพานิชและคณะ, รายงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนและแข็งแรง, (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2531), หน้า 433.

¹³ ฝน แสงสิงแก้ว, ข้อคิดบางประการในเรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร : บ้านบางแค, 2526), หน้า 42.

¹⁴ ศรีเรือน แก้วกังวาน, จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ, พิมพ์ครั้งที่ 2, (กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, 2545), หน้า 541.

อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่าง ๆ ตามวัย (Both Privacy and Stimulating) ผู้สูงวัยระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมา

4. วัยสูงอายุมาก ๆ (The Very Old Old) ช่วงอายุ 90-99 ปี ผู้ที่มีระดับอายุนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย เป็นระยะที่มักมีปัญหาด้านสุขภาพมาก ผู้ที่อายุอยู่ในระดับนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องแข่งขัน ควรทำกิจกรรมที่ตนพอใจและอยากทำ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ผ่านวิกฤติต่าง ๆ ของชีวิตมาแล้ว ด้วยดีมากมาย ช่วงนี้จะเป็นคาบแห่งความสุขสงบ พอใจในตนเอง

สุจินต์ ปรีชาสามารถ¹⁵ ได้อธิบาย “ผู้สูงอายุ” มิใช่หมายถึงเฉพาะการมีอายุมากเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีส่วนประกอบอื่น ๆ อีก คือ ประสิทธิภาพทางร่างกาย สังขารและสุขภาพจิต ได้แก่ อารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออก การจัดว่าผู้ใดเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการได้แก่

1. พิจารณาผู้สูงอายุตามปีปฏิทิน กล่าวคือ โดยทั่วไปเมื่อถึงอายุ 60 ปี ก็จัดว่าเป็นผู้สูงอายุ

2. พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาพร่างกาย กล่าวคือ บางคนดูสูงอายุและรู้สึกตัวเองว่าแก่ทั้งที่อายุไม่ถึง 60 ปี สำหรับบุคคลประเภทนี้มีการเสื่อมโทรมของสุขภาพเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานหนัก มีความเครียดมาก ทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพอย่างรวดเร็ว

3. พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาวะสุขภาพจิต บุคคลประเภทนี้ ถ้าพิจารณาด้านสุขภาพร่างกายยังดีอยู่ แต่ด้านสุขภาพจิตมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมในลักษณะที่จะชอบ “ชอบของเก่า ชมสาว เล่าความหลัง นั่งรำพึง ซึ้งในใจอยู่”

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยนับตามปีปฏิทิน เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและหน้าที่การงานทางสังคม โดยแต่ละคนจะปรากฏอาการเสื่อมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ และโรคภัยของแต่ละบุคคล ทั้งเป็นผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแลอุปการะจากคนในครอบครัวและสังคมเพื่อให้มีความสุข

ความเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ความชราหรือกระบวนการความแก่(Aging process) เป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเติบโตเป็นทารกและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ในช่วงเวลาเหล่านี้เซลล์จะเปลี่ยนแปลงในทางเสริมสร้างทำให้เจริญเติบโต เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วจะมี

¹⁵ สุจินต์ ปรีชาสามารถ, สุขภาพจิต, (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสุขภาพศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2535), หน้า 499.

ผลการสลายของเซลล์มากกว่าสร้างเซลล์ ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพแล้ว ยังมีการเปลี่ยนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายพอสังเขปได้ดังนี้ การจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ

ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และคณะ¹⁶ได้กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1.1 ผิวหนัง(skin) ผู้สูงอายุมีผิวหนังบางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มมากขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นทดแทนเซลล์เดิมลดลงถึง 50% ทำให้การหายของแผลช้าลง เส้นใยอีลาสตินลดลง เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวและรอย่นมากขึ้น สามารถมองเห็นปุ่มกระดูกได้ชัดขึ้น ประกอบกับการไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่ายและทนต่อความเย็นได้น้อยลง

1.2 ผม(hair) ผมและขนมีจำนวนลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ อัตราการเจริญผมและขนลดลงตามอายุ เมลานินซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสี(pigment) และcellular materialของผมลดลง ทำให้ผมและขนสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง เส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับภาวะเครียดตามวัยด้วย โดยปกติความหนาแน่นของผมลดลงจาก 615/cm² เมื่ออายุ 25 ขึ้นไปจะลดลงเหลือ 485/cm² เมื่ออายุ 50 ปี ในระยะหมดประจำเดือน ขนบริเวณรักแร้และหัวเหน่าลดลง แต่บริเวณหน้าอาจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเพศหญิงมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนเพศชาย จากต่อมหมวกไตมากขึ้น

1.3 เล็บ(fingernail) เล็บแข็งและหนา อัตราการเจริญของเล็บลดลงจากคนอายุ 30 ปีมีการเจริญของเล็บ 0.3 มม./สัปดาห์ แต่ในคนอายุ 90 ปี มีการเจริญของเล็บ 0.52 มม./สัปดาห์ มุมที่โคนเล็บกว้างขึ้น เล็บอาจจะลอกเป็นชั้น ๆ และสีเล็บจะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองมากขึ้น

1.4 ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ(sebaceous and sweat glands) ต่อมไขมันมีหน้าที่เคลือบผิวหนัง รากผมให้ความชุ่มชื้น แต่จะมีการหลั่งลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้เกิดต่อมไขมันอักเสบ ผิวหนังอักเสบติดเชื้อ ขนหยาดค่อนข้างเปราะและผิวหนังแห้ง คัน เซลล์สร้างสีมีจำนวนลดลงและกระจายไม่สม่ำเสมอ ทำให้สีผิวจางลงเฉพาะที่และในบางตำแหน่ง แต่อาจมีริ้วควัดฤ

¹⁶ ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และคณะ, การพัฒนารูปแบบการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน, (ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557), หน้า 7 - 9.

สีดำหรือน้ำตาลสะสมเป็นแห่ง ๆ มักพบบริเวณใบหน้า แขนและหลังมือ ที่เรียกว่า ตกกระ Lentigo senilis) จำนวนและขนาดต่อมเหงื่อจะลดลง เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นการทำงานลดลงทำให้ไม่สามารถระบายความร้อนโดยวิธีการระเหยได้ไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายลดลง ทำให้เกิดการเป็นลมแดด ต่อมเหงื่อที่รักแร้ ในคนอายุ 61-75 ปี ทำงานเพียงแค่ครึ่งหนึ่งของคนที่มียุอายุ 15-50 ปี

1.5 สายตา(sight) ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึกลงเพราะไขมันของลูกตาลดลง หนึ่งตาเป็นถุงหึ่งยว่น มีความยืดหยุ่นลดลง เกิดหนังตาดก ขอบหนังตาม้วนเข้าและม้วนออกได้ง่าย รูม่านตาเล็กลง ปฏิกริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้ต้องการแสงเป็น 3 เท่า จึงจะมองเห็นชัด โดยเฉพาะในสถานที่มืดหรือในเวลากลางคืน แก้วตาเริ่มขุ่นมัวมีสีเหลืองมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมของ retinal cones ทำให้ความสามารถในการเพียบสีลดลง จึงแยกสีที่คล้ายกันได้ง่าย โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะสามารถแยกสีแดง ส้มและเหลืองได้ดีกว่าสีน้ำเงิน ม่วงและเขียว ความยืดหยุ่นของแก้วตาลดลง การรับรู้ที่กระจกตาลดลง ทำให้เกิดแผลได้ง่ายบริเวณรอบ ๆ กระจกตาจะเป็นวงสีขาวหรือสีเทา(arcus senilis) ที่เกิดจากการสะสมของกรดไขมัน กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่เลนส์ตาที่มีความยืดหยุ่นน้อยลงและกล้ามเนื้อตาหย่อนสมรรถภาพ ทำให้ลำบากในการเพ่งมองสิ่งที่อยู่ใกล้ ๆ ไม่ชัดที่เรียกว่า presbyopia ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง ความไวในการมองภาพลดลง การผลิตน้ำตาลลดลงเนื่องจากเนื้อเยื่อไขมันใน lacrimal apparatus สูญเสียไปและการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

1.6 การได้ยิน(hearing) ความสามารถในการได้ยินลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จากการทดสอบพบว่า การได้ยินจะลดลงในด้านความถี่และโดยเฉพาะความดังของเสียง ทำให้สูญเสียการได้ยินเสียงสูงมากกว่าเสียงต่ำ ซึ่งมากจากการเสื่อมของ organ of corti และ basilar membrane ซึ่งเป็นอวัยวะของหูชั้นใน ร่วมกับเส้นประสาทหูที่ 8 ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ที่เรียกว่า presbycusis คือการสูญเสียการได้ยินหรืออาการหูตึง พบได้ 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบมากในเพศชาย ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุบางคนจึงกลายเป็นคนชอบแยกตัว ซ้ำสงสัย หวาดระแวงในเรื่องต่าง ๆ ซึ่หูถูกผลิตลดลงแต่มีการสะสมของขี้หูในช่องหูมากขึ้น เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง สายเสียงบางลงและมีการเปลี่ยนแปลงในโพรงสะท้อนเสียง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลง ประกอบกับเสตติบูลาร์ทำงานลดลง มีการฟอลิบบของ cochlea ผู้สูงอายุมักมีอาการเวียนศีรษะ

1.7 การรับกลิ่น(smell) ความสามารถในการรับกลิ่นลดลง เนื่องมาจากการสูญเสียประสาทที่ควบคุมการรับกลิ่น(olfactory receptors) ทำให้ความสามารถในการแยกแยะกลิ่นต่างลดลง

1.8 การรับรส(taste) การรับรสของลิ้นเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง ประมาณ 2 ใน 3 ของต่อมรับรสและจะตายเมื่ออายุ 70 ปี และส่วนที่เหลือจะฝ่อลีบลงทำให้ทำหน้าที่ได้น้อยลง การรับรสหวานจะสูญเสียการรับรสก่อนรสเปรี้ยว รสขมและรสเค็ม จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดขึ้นหรือรับประทานอาหารไม่อร่อย นอกจากนี้การสูญเสียความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่กล่องเสียง และกระดูกอ่อนทำให้ reflex ของการไอและการกลืนลดลง ทำให้สำลักอาหารและน้ำได้ง่าย และยังมีผลต่อระดับเสียง ความแรงและระดับเส้นเสียง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

สุรกุล เจนอบรม¹⁷ ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นผลจากการสูญเสียสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน ญาติสนิท คู่ชีวิตตายหรือแยกย้ายจากกันไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพลัดพรากจากคนอันเป็นที่รักก่อให้เกิดเป็นโรคซึมเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคม เนื่องจากเมื่อถึงวัยอันควรต้องออกจากงาน ทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อทางด้านธุรกิจการงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ ชีวิตไม่มีความหมาย ไร้คุณค่า นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม ขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.3 การรู้สึกสูญเสียสัมพันธ์ภาพทางครอบครัว วัยสูงอายุ บุตรมักจะมีครอบครัวกันแล้ว โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบัน ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้าน การให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความรู้สึกว่าเหวและรู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อยลง

2.4 ความไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่โดยเฉพาะผู้ชาย นอกจากนั้นเหตุผลทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะเจตคติของสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุว่า เป็นเรื่องไม่เหมาะสม นับว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลและเกิดหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

¹⁷ สุรกุล เจนอบรม, วิทยาการผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534), หน้า

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

สุรกุล เจนอบรม¹⁸ ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม เดิมผู้สูงอายุมีฐานะเป็นผู้นำให้ความรู้ถ่ายทอดวิชาการต่าง ๆ ได้รับการยกย่องนับถือ แต่เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ผู้สูงอายุจะไม่มีบทบาทเหมือนสังคมเกษตร ทำให้ขาดการยอมรับจากสังคมและบุตรหลานและเกิดความว่าเหวได้

3.2 การเปลี่ยนแปลงตามสภาพสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทเกี่ยวกับการทำงานและบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนไป จากที่เคยมีหน้าที่ดูแลหาเลี้ยงครอบครัวกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความอับอายคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม

3.3 ความคับข้องใจทางสังคม ซึ่งเกิดจากการถูกปลดเกษียณ ต้องหยุดรับผิดชอบงานต่าง ๆ

3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ จากผู้ที่มีมือทำใช้ความคิดเป็นผู้ที่คอยรับคำปรึกษา การยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่น ไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดลง นอกจากนี้การยอมรับของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุอาจลดลงกว่าแต่ก่อน บางครั้งเห็นว่าผู้สูงอายุกำลังเป็นภาระและความรับผิดชอบที่เกินความสามารถของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องพึ่งสถานสงเคราะห์คนชราและมีปัญหาจิตเกิดขึ้นได้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้านทั้งทางร่างกาย ทางสถานภาพและบทบาท ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกายที่เสื่อมลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง จนเกิดผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ การสูญเสียทางสังคม บทบาทหน้าที่การงานและบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้รู้สึกตนเองไร้คุณค่า ไร้ประโยชน์

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาการดำเนินชีวิตแตกต่างไปจากประชากรกลุ่มอื่น ๆ คือ

1. **ปัญหาด้านสุขภาพ** เจ็บป่วยได้ง่าย เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ตามร่างกายเริ่มเสื่อมลง สมรรถภาพทางสมองถดถอย ทำให้เกิดปัญหาความจำ ความคิดและการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ช้าลง

¹⁸ อ้างแล้ว, สุรกุล เจนอบรม, วิทยาการผู้สูงอายุ, หน้า 21.

2. **ปัญญาทางอารมณ์และจิตใจ** เป็นผลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น เกิดความรู้สึกหงุดหงิด หวาดระแวง ซึมเศร้า ท้อแท้และวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น สูญเสียหน้าที่การงาน สูญเสียบุคคลอันใกล้ชิด

3. **ปัญญาทางด้านครอบครัว** เพราะว่าสมาชิกในครอบครัวแยกย้ายไปอยู่ครอบครัวใหม่หรือออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง บางคนอยู่ร่วมกับครอบครัวบุตรหลานไม่ได้ ต้องไปอยู่สถานสงเคราะห์

4. **ปัญญาทางสังคม** เช่น เพื่อน ญาติ บุตร หลาน ตายจากหรือไม่ได้ติดต่อกันอีกต่อไปและการที่ไม่สามารถปรับตัวอยู่กับคนต่างวัยได้ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจและตัวเองหมดความสำคัญ

5. **ปัญหาทางเศรษฐกิจ** ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เพราะสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย หรือต้องออกจากงานทำให้ครอบครัวขาดรายได้

2.3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้สูงอายุได้มีทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในลักษณะของเนื้อหาสาระที่แตกต่างกันไปทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวถึงต่อไปนี้ เกิดจากความสนใจในการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุและภาวะสูงอายุ ในปัจจุบันเรื่องราวที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นที่สนใจกันอย่างกว้างขวาง ตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ จนเกิดเป็นศาสตร์ใหม่ขึ้นคือ “พลฒาวิทยา” หรือ “วิทยาการผู้สูงอายุ (Gerontology)” ซึ่งแบ่งการศึกษาเป็นหลายสาขา เช่น ชีววิทยาสังคม วิทยาแพทย์ พยาบาลและสาขาการศึกษา เป็นต้น¹⁹

(1) **ทฤษฎีทางชีววิทยา(Biological Theory)** ทฤษฎีนี้อธิบายว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ ๆ 3 อย่าง คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองและองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ จากทฤษฎีทางชีววิทยาของการสูงอายุจะพบว่า ในแต่ละทฤษฎีนั้นก็ได้อธิบายที่จะค้นหาความจริงเพื่อนำมาอธิบายว่า การสูงอายุหรือความแก่เป็นผลมาจากสิ่งใด ในการนำทฤษฎีต่าง ๆ เหล่านี้ไปใช้ ผู้ศึกษาแต่ละคนมีแนวความเชื่อในเรื่องใด ล้วนแต่จะนำแนวคิดของทฤษฎีไปประกอบการศึกษา ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาค้นคว้าทดลองเกี่ยวกับความแก่มากมาย แต่ก็ยังไม่มีข้อสรุปใดที่สามารถนำไปใช้อธิบายทั่วไปได้ ทราบแต่เพียงว่ากระบวนการชราภาพหรือความแก่ของเซลล์ต่าง ๆ เป็นปฏิกิริยาซับซ้อนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การเผาผลาญฮอร์โมน ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท

¹⁹ ธาดา วิมลวัตรเวที, สุขภาพผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2542), หน้า 16 - 26.

ต่อมไร้ท่อ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบในเซลล์ เนื้อเยื่อและอวัยวะเท่านั้น โดยมีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้²⁰

1.1 ทฤษฎีด้านพันธุกรรม (Genetic Theory) ประกอบด้วย ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) หรือทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) ร่วมกันอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการตลอดเวลา ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological clock) หรือทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming Aging Theory) อธิบายว่าอายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้ว โดยรหัสทางพันธุกรรม (Gene) ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืน ลูกหลานก็มีอายุยืนยาวตามไปด้วย ทฤษฎีนี้เชื่อว่านาฬิกาชีวิตจะอยู่ในนิวเคลียสและโปรโตพลาสซึมของ cell ในร่างกาย ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) เกิดจากการได้รับรังสีที่ละเอียดถี่ละน้อยเป็นประจำ จนเกิดการเปลี่ยนแปลง DNA (Deoxyribonucleic Acid) และเกิดการผันแปรของเซลล์หรืออวัยวะในระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เกิดมีโรคภัยไข้เจ็บหรือเกิดมะเร็ง ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของ Cell (Error Theory) หรือทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า ความแก่เกิดจากนิวเคลียสของ Cell มีการถ่ายทอด DNA ที่ผิดปกติไปจากเดิม ทำให้ Cell ใหม่ที่ได้แตกต่างไปจากเดิม และกลายเป็นสิ่งแปลกปลอมและร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มมาต่อต้าน เป็นผลให้ Cell เสื่อมสลายและทำหน้าที่ไม่ได้

1.2 ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุไว้ว่า เมื่ออวัยวะมีการใช้งานย่อมจะมีความเสื่อมเกิดขึ้น ขอเสนอทฤษฎีในกลุ่ม ดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) ความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเอง เมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น ข้อจำกัดของทฤษฎีนี้คือ อวัยวะส่วนใดของร่างกายที่ไม่ค่อยได้ทำงาน จะเสื่อมสภาพไปก่อนในขณะที่อวัยวะส่วนอื่น ๆ ที่ทำงานกลับขยายใหญ่ขึ้น อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีสนับสนุนด้วยว่า ขณะที่ cell ถูกใช้งาน จะเกิดการผลิสารแล้วใช้ เช่น Lipofuscin สะสมไว้ สารนี้เองเป็นโปรตีนที่เหลือใช้จากการเผาผลาญอาหาร (lipoprotein) ซึ่งจะมีคุณสมบัติไม่ละลาย หน้าที่ไม่ทราบชัดเจน ในวัยสูงอายุจะมีสารนี้สะสมมากบริเวณตับ หัวใจ รั้งไข cell ประสาท และเมื่อมีสารนี้มากถึงระดับหนึ่ง อวัยวะจะไม่สามารถทำงานได้และมีการเสื่อมถอย

1.2.2 ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) เมื่อเข้าสู่วัยชราการทำงานของระบบประสาทจะลดลง Reflex ต่าง ๆ จะเซื่องช้า ความจำจะเสื่อมลง ต่อมไร้ท่อทำงานลดลง เช่น Insulin จะผลิตน้อยลงเกิดเป็นเบาหวานขึ้นได้ในผู้สูงอายุ

²⁰ สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 - 12, การจัดการบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม, (กรุงเทพมหานคร : กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555), หน้า 7 - 9.

1.2.3 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น การสร้างสารภูมิคุ้มกันตามปกติจะลดลง เพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่าง ๆ เช่น ในกระดุก ต่อมไทมัสระบบน้ำเหลือง ตับและม้ามเสื่อมสภาพและจะสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง (Autoimmune) มากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วย ซึ่งโรคที่พบได้บ่อยคือ มะเร็ง Diabetes Mellitus atherosclerosis hypertension rheumatic heart disease สาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ความสามารถในการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุลดลง ยังสรุปไม่ได้แน่ชัดแต่ระบบภูมิคุ้มกันที่พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงได้แก่ T - cell dependent มีหน้าที่ลดลงจึงทำให้เป็นสาเหตุให้มีการเกิดโรคจำพวก มะเร็งและโรคในระบบอิมมูโน Macrophage มีหน้าที่ในการป้องกันตนเองต่อสู้กับเชื้อโรค จำนวน Macrophage ไม่ได้ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น B - cell จำนวนยังคงสูงอยู่ แต่การตอบสนองต่อการกระตุ้นของ Antigen จำนวนลดลง

1.3 ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) อธิบายกระบวนการแก่ในลักษณะการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายประกอบด้วยทฤษฎีย่อยๆ ดังนี้

1.3.1 ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) เชื่อว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้ Cell ตาย บุคคลเมื่อเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้เข้าสู่วัยชราได้เร็วขึ้น เมื่อคนอยู่ในภาวะเครียดร่างกายจะตอบสนองโดยไฮโปทาลามัสและพิทูอิทารี ถูกกระตุ้นให้หลั่ง Adreno corticotropic Hormone ไปกระตุ้น Adrenal Cortex และ Adrenal Medulla ให้หลั่งสาร Cortisol Aldosterone และ Epinephrine ซึ่งจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ช่วยให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ในภาวะเครียดได้ แต่ถ้าร่างกายต้องเผชิญกับภาวะนี้มาก ๆ อาจเสื่อมและทำงานผิดปกติได้

1.3.2 ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้นของเสียจะถูกสะสม ทำให้ cell เสื่อมและตายเพิ่มขึ้น สารที่พบได้แก่ Lipofuscin ซึ่งเป็นสารสีดำ ไม่ละลายน้ำเป็นสารประกอบจำพวก Lipoprotein ดังที่กล่าวไปแล้ว

1.3.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงกระบวนการออกซิเดชันของ O₂ ที่ไม่สมบูรณ์ในกระบวนการเผาผลาญสารจำพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ (Free Radical substance) ซึ่งสามารถทำลายผนัง cell โดยโมเลกุลของอนุมูลอิสระ เมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับกับโมเลกุลอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของ Cell เปลี่ยนไปอนุมูลอิสระเกิดได้จากสาเหตุอื่น ๆ ได้อีก เช่น มลภาวะ เป็นพิษ รังสีอาหาร บุหรี่ และเชื่อกันว่าสารจำพวกวิตามิน A C และ E ช่วยลดการเกิดและการทำงานของสาร Free Radical ได้ ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ (Cross link Theory on cross link of collagen T.) เชื่อว่าเมื่อชรา สาร Fibrous Protein จะเพิ่มขึ้นและจับตัวกันมากขึ้นทำให้ collagen Fiber หดตัวขาดความยืดหยุ่นและจับกันไม่เป็นระเบียบมีผลให้ cell ตาย และเสียหายที่ กระบวนการนี้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงขึ้นในระดับ DNA ของ cell โดยสาร cross link ที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีจะทำให้ DNA มีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อม ปัจจุบันเชื่อกันว่าสารเคมีพวก lathyrogens prednisolone และ penicillamine จะช่วยลดปฏิกิริยาการเกิดสาร Cross link ได้ นอกจากนี้ที่กล่าวมาข้างนี้มีความเชื่อที่เกี่ยวกับรังสีอัลตราไวโอเล็ตที่มีผลต่อความชรา และการเปลี่ยนแปลงในระดับสรีระวิทยา ทำให้ผิวหนังเกิดริ้วรอย (Wrinkling) ที่เรียกว่า Solar Elastosis ซึ่งเกิดจากการแทนที่ของ collagen ด้วย Elastin (ลักษณะเปราะ เทียว แตกเป็นขุย) และยังมีผลให้เกิดมะเร็งผิวหนังได้ด้วย

อีกทฤษฎีหนึ่งเชื่อกันว่า ภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหารให้ได้สัดส่วนทั้งปริมาณและคุณภาพจะช่วยให้ชีวิตยืนยาว กล่าวโดยสรุปทฤษฎีกลุ่มนี้อธิบายความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกายกับกระบวนการแก่ ข้อคิดที่ได้คือ การลดกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย โดยจำกัดอาหารจำพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และบริโภคอาหารจำพวกผักและผลไม้ จะช่วยให้อายุยืนยาว

(2) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) มีผู้เสนอแนวคิด ทฤษฎีจิตวิทยา ผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้²¹

2.1 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory) หรือ ทฤษฎี Psychosocial Developmental Stage ของอีริกสัน อธิบายถึงการพัฒนาของคนซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ พัฒนาการในระยะที่ 7 เป็นช่วงของวัยกลางคนและระยะที่ 8 เป็นช่วงของวัยสูงอายุ ซึ่งระยะที่ 7 แบ่งที่ช่วงอายุระหว่าง 40 - 59 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่าง ๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าประสบความสำเร็จดี จะรู้สึกพอใจในความมั่นคงภาคภูมิใจและสืบทอดไปยังรุ่นลูกหลาน แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตช่วงนี้ก็จะกลายเป็นคนที่มีชีวิตเงื่องหงอย เบื่อ ขาดความกระตือรือร้น และขั้นที่ 8 เป็นช่วงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

อีริกสันอธิบายว่า เมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคลจะต้องพัฒนาความรู้สึกได้ว่า ตนได้กระทำกิจต่าง ๆ ที่ควรทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้ว ยอมรับได้ทั้งความสำเร็จสมหวังและผิดหวัง ทำใจยอมรับความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นอย่างที่เขาเป็นและมีความพอใจในชีวิตของตน ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่จมอยู่กับความหลัง อาลัยอาวรณ์ยอมรับอดีตไม่ได้(ปล่อยวางไม่สำเร็จ) ก็คิดแต่เพียงว่ามีเวลาน้อยลงไปทุกที ไม่สามารถทำอะไรใหม่ ๆ เพื่อแก้ไขอดีตที่ผิดพลาดไป กลัวความตายที่กำลังคืบคลานเข้ามา กลุ่มนี้จะมีความรู้สึกเศร้าสร้อยสิ้นหวังและหลีกเลี่ยงชีวิต บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย

²¹ ภาณุ อุดกัณ, ทฤษฎีการสูงอายุ, ข้อมูลออนไลน์ เข้าถึงได้จาก <http://www.bcnu.ac.th/bcnu>, สืบค้นเมื่อ 13 มีนาคม 2559.

ซึ่งความพอดีระหว่างความมั่นคงทางใจและความสิ้นหวัง ทำให้คนเกิดความเฉลียวฉลาด รู้เท่าทันโลก และชีวิตซึ่งเป็นสิ่งพึงปรารถนา

ที่กล่าวมาทั้งหมดพอสรุปได้ดังคำกล่าวที่ว่า " Wisdom is the virtue that develops out of the encounter of integrity and despair on the last stage of life. Wisdom then is detached concern with life itself in the face of death itself" ²²

2.2 ทฤษฎีพัฒนาของเพค (Peck's Developmental theory) ศรีเรือน แก้วกั้วาล²³ สรุปว่าทฤษฎีของเพคนั้นก็จะมีลักษณะใกล้เคียงกันกับงานของอีริกสัน โดยมุ่งเน้นการปรับตัวของผู้สูงอายุเพียงแต่จุดที่แตกต่างก็คือ การขยายสู่มิติด้านจิต-สังคมและอธิบายวัยผู้ใหญ่ 7 ชั้น โดยชั้นที่ 5 6 และ 7 จะเป็นประเด็นเฉพาะของผู้สูงอายุ โดยจะมีพัฒนาการ 3 ชั้น คือ ชั้นแรกการแยกความแตกต่างของตนกับบทบาทการงานที่ผ่านมา (ego differentiation แยังกับ work-role preoccupation) ชั้นที่สองการแยกความแตกต่างของร่างกายที่เปลี่ยนแปลง (body transcendence แยังกับ body preoccupation) เช่น อดีตอาจมีสุขภาพดี แต่เมื่อแก่ชราจะเริ่มมีความเสื่อมถอยก็จะต้องปรับตัวให้เหมาะสมและชั้นที่สาม การแยกความแตกต่างอีโก้ก่อนและหลัง (ego transcendence แยังกับ ego preoccupation) ทั้งนี้ หากผู้สูงอายุสามารถลดความยึดมั่นในอดีต ทั้งบทบาท ร่างกายและอีโก้ ก็จะทำให้ยอมรับสภาพผู้สูงอายุและพัฒนาสู่วัยผู้สูงอายุได้ดี (คล้ายคลึงกับแนวคิดของอีริกสัน) ในทางกลับกันหากไม่สามารถทำได้ก็จะประสบปัญหา เช่น ความกลัวตาย การทำศัลยกรรมลดความแก่ การไม่สามารถปรับตัวได้ และกลายเป็นช่วงวิกฤติแห่งชีวิต

(3) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิต หรือเป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก็จะทำให้สภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น ล้วนแต่มองความสูงอายุกจากสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง แต่ผู้สูงอายุยังคงต้องการบทบาทเดิม จึงเกิดความเครียดส่งผลให้เกิดการถอนตัวออกจากสังคม แต่การจะใช้ชีวิตในช่วงสูงอายุให้มีความสุขนั้น ต้องคงบทบาทและสภาพทาง

²² ศรีเรือน แก้วกั้วาล, *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*, พิมพ์ครั้งที่ 9, (กรุงเทพฯ: มานนคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2549), หน้า 46 – 47.

²³ อ่างแล้ว, ศรีเรือน แก้วกั้วาล, *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*, หน้า 552 - 553.

สังคมไว้ แต่ควรอยู่ในระดับที่เหมาะสม แนวคิดทางสังคมวิทยาที่สำคัญได้แก่ ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีแยกตนเอง ทฤษฎีความต่อเนื่อง ทฤษฎีบทบาท โดยมีรายละเอียดดังนี้²⁴

3.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)²⁵ เป็นทฤษฎีในกลุ่มสังคมวิทยา โดย Kossuth P. M. and Bengtson V. ได้พัฒนาขึ้นมาวิเคราะห์ถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคล สิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความพึงพอใจในตนเอง และมีแรงจูงใจที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นการสร้างการเรียนรู้ให้กับบุคคล โดยมีกิจกรรมเป็นเครื่องมือและเป็นการพัฒนาบุคคล โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีกิจกรรมอธิบายบทบาทของผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นการทำกิจกรรมที่ส่งผลให้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทฤษฎีกิจกรรมแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทหน้าที่หรือการทำกิจกรรมใด ๆ ทฤษฎีกิจกรรมยังเชื่ออีกว่า กิจกรรมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีความเพลิดเพลิน กระฉับกระเฉง สามารถตัดสินใจได้ เกิดภาพพจน์ที่ดีเกี่ยวกับตนเอง โดยแนวคิดทฤษฎีนี้อยู่บนพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่

1. การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับสถานภาพทางสังคมก่อนการเกษียณ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทที่แสดงความสามารถในสังคมมาก่อนเกษียณอายุ จะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อทดแทนบทบาทที่สูญเสียไป ผู้สูงอายุประเภทนี้จะมีความพร้อมทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต มีความพร้อมทางด้านรายได้และเศรษฐกิจในครอบครัว และมีความสุขมีความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

2. การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับพื้นฐานความคิดอารมณ์ จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุหรือหลังเกษียณ บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเกิดขึ้น เช่น การสูญเสียคู่สมรส การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการทำงาน การทำกิจกรรมจะช่วยให้มีความมั่นคงทางด้านอารมณ์ มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมจะมีความคาดหวังว่า กิจกรรมที่ทำจะทดแทนความสูญเสียการทำงานประจำ การมีชีวิตคู่และการเป็นพ่อแม่และสถานะในครอบครัวและในสังคมได้ ดังนั้นกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจกลายเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุ ที่ควรมี

²⁴ อ่างแล้ว, สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 1 - 12, การจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม, หน้า 21 -23.

²⁵ เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ธนิกานต์ ศักดาพร, ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย, สำนักมาตรฐานการพัฒนาระบบสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554), หน้า 5 - 6.

ต่อสังคม ครอบครัวและชุมชน เพื่อการมีคุณค่าในชีวิตและเพิ่มความพึงพอใจตนเองของผู้สูงอายุ รูปแบบของกิจกรรมแบ่งได้ 3 ประเภท คือ

3.1 กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) เป็นกิจกรรมทั่วไปแบบไม่เป็นทางการ เช่น การช่วยเหลืองานทั่วไปภายในครอบครัว การพบปะพูดคุยหรือการสังสรรค์กับเพื่อน ๆ หรือญาติ เป็นต้น

3.2 กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activity) เป็นกิจกรรมที่มีลักษณะเป็นทางการ เช่น การเป็นจิตอาสาหรืออาสาสมัครทำกิจกรรมเพื่อสังคม การเข้าร่วมในกลุ่มในสมาคมหรือชมรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกครอบครัว เป็นต้น

3.3 กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary activity) เป็นการทำกิจกรรมที่มีความเป็นส่วนตัวเป็นกิจกรรมที่ทำภายในบ้าน เช่น การทำกิจกรรมในยามว่าง กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหรือคลายเครียด เป็นต้น

3.2 ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) เป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นครั้งแรกราวปี 1950 กล่าวถึงผู้สูงอายุเกี่ยวกับการถอยห่างออกจากสังคม ของ Elaine Cummings and Willam Henry ที่พิมพ์เผยแพร่เป็นครั้งแรกในหนังสือ Growing old: The Process of Disengagement เมื่อปี 1961 มีใจความว่าผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลง จึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียดและรักษาพลังงาน พยายามไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไป เพื่อถอนสภาพและบทบาทของตนให้แก่ชนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้างในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและค่อย ๆ ยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด

อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้อธิบายโดยกล่าวได้ว่า โดยปกติแล้วบุคคลจะพยายามผสมผสานอยู่กับสังคมให้นานเท่าที่จะทำได้ เพื่อเป็นการรักษาสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ก่อนที่บทบาทของตนเองจะแคลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น โดยสรุปกระบวนการถอยห่างเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะดังนี้ เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นสิ่งที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุถึงพอใจเป็นสากลของทุกสังคม เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อรักษาสมดุลของมนุษย์ ปัจจัยที่มีผลต่อการถอยห่างของผู้สูงอายุ ได้แก่ กระบวนการชราที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล สภาพสังคมและความเชื่อมโยงของอายุที่เพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการถอยห่างและทฤษฎีกิจกรรม จะมีความขัดแย้งกัน ซึ่ง Bernice Neugarten และคณะได้ศึกษาเพื่อหาข้อขัดแย้งทั้งสองทฤษฎีแล้วพบว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ มีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคลที่ผ่านมา ผู้ที่มีบทบาทในสังคมชอบเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ก็ต้องการที่จะร่วมกิจกรรมต่อไป

ส่วนผู้ที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทใด ๆ ในสังคมมาก่อน ก็ย่อมที่จะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น และได้เสนอแนวคิดใหม่เกี่ยวกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ²⁶ เป็นทฤษฎีที่อธิบายในเรื่องของการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้น มีผลมาจากบุคลิกภาพและรูปแบบของการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีมาเดิม ซึ่งเชื่อว่าผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมใหม่มาทดแทนบทบาททางสังคมเก่าที่ตนสูญเสียไป และยังคงสภาพที่จะพยายามปรับตนเองให้กับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าทฤษฎีความต่อเนื่องเป็นการกล่าวถึง การปรับตัวของผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุจะปรับตัวได้ดีและมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและการมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาในอดีต กล่าวได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมในวัยสูงอายุ ซึ่งถือเป็นบทบาทใหม่ที่เข้ามาทดแทนบทบาททางสังคมเดิมที่ต้องสูญเสียไปในกิจกรรมประเภทต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุนั้น จะเป็นการได้แสดงศักยภาพความสามารถของตนเอง เพื่อประโยชน์ต่อตนเองและสังคมได้ เพื่อผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.4 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) อธิบายว่าบทบาทในสังคมของบุคคลเปลี่ยนไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อบทบาทที่เปลี่ยนแปลงตามวัยที่สูงขึ้น คือตัวพยากรณ์การปรับตัวต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลนั้น ๆ²⁷

จากทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ สรุปว่า แต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึงความสูงอายุแตกต่างกันไป ทฤษฎีทางชีววิทยาจะอธิบายความชรา โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะมองความสูงอายุ โดยพิจารณาจากความจำการเรียนรู้ สติปัญญา อารมณ์ ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยาพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ จากความสามารถในการคงบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ไม่มีทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวที่จะอธิบายความเสื่อมถอยของสังขาร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจและสภาพทางสังคมของผู้สูงวัยได้ทั้งหมด

²⁶ อ่างแล้ว, เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ธนิกันต์ ศักดาพร, ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย, หน้า 5-6

²⁷ ประพนอม โอทกานนท์, ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการงานวิจัยและบทเรียนจากประสบการณ์, พิมพ์ครั้งที่ 2, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554), หน้า 22 – 24.

2.4 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

2.4.1 ความหมายของการเรียนรู้

นักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ ดังนี้

สุรางค์ ไคว์ตระกูล²⁸ให้ความหมายว่า การเรียนรู้หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งมีผลมาจากประสบการณ์ที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือจากการฝึกหัด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงปริมาณความรู้ของผู้เรียน

จิราภา เต็งไตรรัตน์และคณะ²⁹ให้ความหมายไว้ว่า การเรียนรู้หมายถึง พฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวรที่มีผลสืบเนื่องมาจากประสบการณ์และการฝึกหัด

อาภรณ์ ใจเที่ยง³⁰กล่าวว่า การเรียนรู้คือ กระบวนการที่บุคคลเกิดจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวรเนื่องมาจากประสบการณ์และการฝึกหัด

2.4.2 องค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้

ดอลลาร์ดและมิลเลอร์³¹ได้เสนอการเรียนรู้มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการคือ

1. **แรงขับ** เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เป็นความพร้อมที่จะเรียนรู้ บุคคลทั้งสอง ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ แรงขับเหล่านี้จะก่อให้เกิดปฏิกิริยาการเรียนรู้ต่อไป

2. **สิ่งเร้า** เป็นสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นตัวทำให้คนมีปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมที่ตอบสนองออกมาในสภาพการเรียนการสอน สิ่งเร้าหมายถึงครู กิจกรรมการเรียนการสอนและอุปกรณ์การสอนต่างๆ คือสิ่งที่ครูนำมาใช้

3. **การตอบสนอง** เป็นปฏิกิริยาที่พฤติกรรมที่แสดงออกมา เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า มีทั้งที่สามารถสังเกตเห็นได้และไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น คำพูด ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ เป็นต้น

4. **การเสริมแรง** เป็นการให้สิ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลอันมีผลในการเพิ่มพลังในการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองเพิ่มขึ้น มีทั้งการเสริมแรงทางบวกและการลบมีผลต่อการเรียนรู้ของบุคคลเป็นอันมาก

²⁸ สุรางค์ ไคว์ตระกูล, จิตวิทยาการศึกษา, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541), หน้า 146.

²⁹ จิราภา เต็งไตรรัตน์และคณะ, “การเรียนรู้” ใน สิรินธร วิชชาวุธ และคณะ, จิตวิทยาทั่วไป, (กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา, 2554), หน้า 121.

³⁰ อาภรณ์ ใจเที่ยง, หลักการสอน ฉบับปรับปรุง, (กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์, 2546), หน้า 14.

³¹ ดอลลาร์ดและมิลเลอร์ อ่างใน ทะนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และคณะ, การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ : การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพลัมพลัง, (ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557), หน้า 8.

ก. ทฤษฎีการเรียนรู้

เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การจัดการศึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งต้องอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ ดังนั้นผู้วิจัยได้สรุปแนวคิดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Gagne แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Edgar Dale และแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike สรุปได้ ดังนี้

ทฤษฎีของ Gagne ³² เรียกว่า เหตุการณ์สอน เขากล่าวว่า การสอนจะประสบความสำเร็จ เมื่อมีการจัดสภาพการสอน(ภายนอก)ให้สอดคล้องกับสภาพภายในผู้เรียน ซึ่งการสอนที่ดีต้องมี ดังนี้ 1) ทำอย่างตั้งใจ 2) แจ่มชัดประสงค์ 3) ทบทวนความรู้เดิม 4) ให้เนื้อหาที่ละน้อย 5) ลงมือปฏิบัติ 6) ให้ผลป้อนกลับ 7) ส่งเสริมความแม่นยำ 8) ตรวจสอบพฤติกรรม 9) ถ่ายโอนความรู้ ซึ่งในการสอนไม่จำเป็นต้องทำให้ครบถึง 9 เหตุการณ์และไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับตามเหตุการณ์ ซึ่งเหตุการณ์หนึ่งๆอาจเกิดขึ้นหลายๆ ครั้งก็ได้

ทฤษฎีการเรียนรู้เหล่านี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน ในลักษณะต่างๆ และสิ่งสำคัญต้องคำนึงถึงผู้เรียน ต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เช่น การปฏิบัติและให้ลงมือทำ เพราะนอกจากจะทำให้ผู้เรียนสนใจให้ความร่วมมือ ยังสังเกต ติดตาม คิดและเป็นการเพิ่มความรู้ ทำให้ผู้เรียนทราบผลย้อนกลับทันที ขณะที่ตนเองตัดสินใจทำอะไรลงไปและต้องนำสื่อมาใช้ในการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่ชัดเจนโดยการนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ Edgar Dale³³ ได้แบ่งการสอนแสดงขั้นตอนประสบการณ์เรียนรู้ในแต่ละประเภท โดยพัฒนาจากความคิดของนักจิตวิทยา Bruner³⁴ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ตรงการกระทำ 2) ประสบการณ์ลักษณะรูปภาพ 3) ประสบการณ์ที่มีรูปแบบเป็นนามธรรม นำมาสร้างเป็นกรวยประสบการณ์ที่ประกอบไปด้วย ประสบการณ์ตรง ประสบการณ์จำลอง ประสบการณ์นาฏกรรมหรือการแสดง การสาธิตที่ประกอบคำอธิบาย การศึกษานอกสถานที่ นิทรรศการ โทรทัศน์และภาพยนตร์ การบันทึกเสียง ภาพนิ่ง วิดุมพ์ ซึ่งใช้กับผู้อ่านหนังสือไม่ออก ทศนลักษณะ เช่น แผนที่ แผนภูมิหรือเครื่องหมายต่างๆ วจนลักษณะได้แก่ตัวหนังสือภาษาเขียนและเสียงของคำพูด

³² Gagne, R.M., *The Learning Requirements for Enquiry*, Journal of Research in Science Teaching, 1963 1(3), ,p.144 - 153.

³³ Edgar Dale, *Audiovisual Methods in Teaching*, (New York: Holt Rinehart and Winston, 1969), p.118.

³⁴ Bruner อ้างใน ทะนองศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข และคณะ, *การพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้และอาชีพของผู้สูงอายุ: การเรียนรู้เพื่อส่งเสริมภาวะพลัดพาลัง*, (ชลบุรี : คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา, 2558), . หน้า 9.

การใช้ทฤษฎีประสบการณ์ของเดล(Edgar Dale) ต้องให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนมีประสบการณ์ตรง ต่อจากนั้นเรียนรู้จากการผ่านสื่อต่างๆ ท้ายสุดเกิดจากเรียนรู้จาก วจนลักษณะเป็นการแสดงตัวตนในสิ่งที่เกิดขึ้น ในการเรียนรู้ต้องเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการ ตอบสนองและได้รับความพึงพอใจ คนเราจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีหากมีการนำเอาทฤษฎีการเรียนรู้ 3 ข้อ ของThorndike³⁵ ไปใช้คือ 1) กฎของความพร้อม 2) กฎแห่งการฝึกฝน 3) ผลที่เกิดขึ้นหรือประโยชน์ ที่ได้รับและถ้าในการเรียนการสอน ควรให้มีการลองผิดลองถูกบ้าง ตามทฤษฎีสัมพันธภาพของ ออร์นไดต์จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาและการเกิดความภาคภูมิใจในการกระทำ ผลงานของตนเอง ทั้งนี้ต้องสร้างความพร้อมทางเรียนและถ้าหากให้ผู้เรียนเกิดทักษะต้องฝึกฝน สม่ำเสมอ ควรให้ผู้เรียนฝึกฝนการเรียนรู้และนำไปใช้จะช่วยให้การเรียนประสบความสำเร็จ

ข. การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

กระบวนทัศน์ใหม่ในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุมีพลติพลังและมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต แนวคิดพลติพลังเป็นแนวคิดสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่องค์การอนามัยโลกเป็นผู้กำหนดขึ้น เพื่อ แก้ปัญหาการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก มีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ สุขภาพดี มีส่วนร่วมและมีหลักประกัน จึงมีกรอบโมทัศน์ว่าด้วยการส่งเสริมการศึกษาหรือการเรียนรู้ตลอดชีวิต ระดับ การศึกษาที่ต่ำและขาดการเรียนรู้ตลอดชีวิตจะสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพ การเสียชีวิตและไม่มิงาน ทำ

สรุปการศึกษาเพื่อพัฒนาภาวะพลติพลังประกอบด้วย แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิตและ แนวคิดพลติวิทยาทางการศึกษา

1. แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต เมื่อค.ศ. 1960 ยูเนสโก (UNESCO) ได้จัดประชุม นานาชาติว่าด้วยการศึกษาผู้ใหญ่ หรือ World Conference on Adult Education มีการกล่าวถึง และให้ความสำคัญแก่ “การศึกษาตลอดชีวิต” เป็นครั้งแรก ปัจจุบันการศึกษาตลอดชีวิตเป็นที่ ยอมรับทั่วโลก การจัดการศึกษาผู้ใหญ่จึงควรนำเอาแนวคิดนี้ไปปรับใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทุก ด้านและต้องสัมพันธ์กับชีวิตประจำวัน เนื้อหาต้องตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ ตรงตาม ความสามารถของแต่ละบุคคล การจัดการศึกษาในโรงเรียนผู้ใหญ่ต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้สูงอายุ จะได้รับกิจกรรม จึงควรมีการบูรณาการหลายรูปแบบเน้นการอภิปรายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่าง ไปเป็นทางการและต้องสังเกตประเมินผลตามสภาพจริง³⁶

³⁵ Thorndike RE, *Measurement and Evaluation in Psychology and Education*, (New York : John Wiley and Sons, 1955), p. 321.

³⁶ อาชญญา รัตนอุบล และคณะ, *การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย*, (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2554), หน้า 14.

2. แนวคิดพัฒนาวิทยาทางการศึกษา เป็นหลักการสอนและวิธีการสอนที่นำมาบูรณาการ ตามแนวคิดการศึกษาตลอดชีวิตเข้ากับแนวพัฒนาวิทยา โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุพัฒนาศักยภาพตนตลอดชีวิต สร้างพลังอำนาจให้เข้าใจกระบวนการชราตามธรรมชาติ อันประกอบไปด้วยสุขภาพที่สร้างควมมีส่วนร่วมในสังคมและการมีหลักประกันคุณภาพที่มั่นคง ส่วนการจัดการเรียนรู้ควรมีลักษณะให้ผู้สูงอายุเรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรงทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวินิจฉัยความต้องการความจำเป็น การระบุวัตถุประสงค์ การกำหนดแผนการเรียนรู้ รวมทั้งกำหนดการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยผู้สอนมีบทบาทเป็นวิทยากรผู้ให้ความรู้คอยช่วยเหลือและสนับสนุน³⁷

2.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2.5.1 ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของการส่งเสริมหรือการสร้างเสริมสุขภาพไว้มากมาย ซึ่งสองคำนี้ได้ถูกนำมาใช้และให้ความหมายไว้ดังนี้

กฎบัตรรอตตราว่าในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลก และนักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ สรุปได้ดังนี้³⁸

1. เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น
2. เป็นการให้อำนาจด้านสุขภาพกับประชาชนคือ เป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนมีอำนาจมากขึ้น ในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง
3. เป็นการจัดกิจกรรมที่มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ เพื่อบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณชนและของบุคคล
4. เป็นการจัดระบบเพื่อนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งทางด้านการศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อมมาใช้เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเพิ่มสุขภาพ

³⁷ ระเบียบ สัจจโสภณ, แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพหุพลังในผู้สูงอายุ, วิทยาลัยการศึกษาศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์, 2556, ก.ย. - ธ.ค., 34(3), หน้า 471 - 490.

³⁸ วราภรณ์ คำรศ, สุสารี ประคินกิจ, หลักการและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยสยาม, มปท), หน้า 7.

พิสมัย จันทรวิมล³⁹ ได้สรุปความหมาย การสร้างเสริมสุขภาพตามที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) ได้จัดประชุมนานาชาติ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ. 2529 ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในกฎบัตรออตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ(Ottawa Charter for Health Promotion) การสร้างเสริมสุขภาพหมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ป้องกันบุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องมีความสามารถในการบ่งบอกและตระหนักถึงความสามารถของตนเอง สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองความต้องการของตนเองได้ สามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยที่สุขภาพมีความหมายในทางบวกหรือเป็นวิถีชีวิต เน้นที่ความสำคัญของบุคคล สมรรถภาพของร่างกายและสังคม การสร้างเสริมสุขภาพมิใช่ความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสุขภาพเท่านั้น หากรวมไปถึงความรับผิดชอบของบุคคลที่จะต้องดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายเพื่อความสุขภาพที่ดี อันจะนำไปสู่ความผาสุกโดยรวม

ประเวศ วะสี⁴⁰กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยภารกิจที่สังคมที่มีจิตสำนึกหรือจิตนาการใหม่ ในเรื่องสุขภาพที่ดีและเกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบาย อาจจะเรียกการนี้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งหมด(Health Promotion for All) คนทั้งหมดสร้างเสริมสุขภาพ(All for Health Promotion)

ลักขณา เต็มศิริชัยกุล⁴¹ ให้ความหมายของ การป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมของผู้เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุและการประกอบอาชีพ รวมไปถึงการรับมือคุ้มกันโรค

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ⁴² ได้สรุปว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง สุขภาพในที่นี้ หมายถึงความสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจและทางสังคม ซึ่งนอกจากจะมีตัวกำหนดจากปัจจัยด้านปัจเจก-

³⁹ พิสมัย จันทรวิมล, *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*, พิมพ์ครั้งที่ 2, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541), หน้า 57.

⁴⁰ ประเวศ วะสี, *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพวิถีชีวิตและสังคม*, (กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, 2541), หน้า 15.

⁴¹ อ่างแล้ว, ลักขณา เต็มศิริชัยกุล, *ภาคีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ*, หน้า 4.

⁴² สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, *วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ*, พิมพ์ครั้งที่ 2, (กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์, 2541), หน้า 135.

บุคคลแล้ว ยังได้รับผลกระทบอย่างสำคัญจากปัจจัยพื้นฐานทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ การเสริมสร้างอำนาจแก่สตรี ระบบนิเวศน์ที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาค

จากความหมายการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพข้างต้น สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพมีความหมายกว้างกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นคำที่นำมาใช้ใหม่แทนคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” เพื่อให้เกิดยุทธศาสตร์ให้การดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ ซึ่งบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม สามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพได้เอง โดยไม่ต้องรอการส่งเสริมจากหน่วยใด ดังนั้นจึงสรุปความหมายของคำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงกระบวนการสร้างเสริมและการส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลเพิ่มความสามารถในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและสังคมให้ดีขึ้น ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม รวมถึงการควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมให้อ่อนแอวยต่อภาวะสุขภาพทั้งต่อบุคคลและชุมชนโดยรวม อีกทั้งการดำเนินชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในที่สุด

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับทิศทางการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ซึ่งประเทศไทยได้วางแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559) และแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2558 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564)

ประเทศไทยมีการเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่จะส่งต่อระบบสุขภาพ จึงปรากฏชัดในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559) ซึ่งหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชนไทยโดยตรงคือกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ เป้าหมายและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2558 เจาะจงกลุ่มวัยสูงอายุไว้เป็นการเฉพาะ นอกจากนี้ยังมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ที่มียุทธศาสตร์เชิงบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม คาดการณ์ได้ว่า ถ้าแผนทั้งหมดดังกล่าวบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้สูงอายุไทยจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีสุขภาพอย่างสมบูรณ์สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของตนเอง แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) มีสาระสำคัญของแผนและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้ ดังนี้⁴³

⁴³ คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564), (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2545), หน้า 29 - 35

วิสัยทัศน์: ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม

วัตถุประสงค์:

- 1) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม
- 2) เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
- 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน
- 4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ
- 5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่างๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

- 1) **ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ** ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก คือ มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ มาตรการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตและมาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
- 2) **ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก คือ มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้น มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ รวมทั้งมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย
- 3) **ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย 4 มาตรการหลักคือ มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ มาตรการหลักประกันด้านคุณภาพ มาตรการด้านครอบครัวผู้ดูแลและการคุ้มครอง และมาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน
- 4) **ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก คือ มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก คือ มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และมาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

กล่าวได้ว่าแผนงานด้านสุขภาพระดับชาติให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค เช่นเดียวกับกับแผนงานสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญของการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ

2.5.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ Pender

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ได้มีการพัฒนารูปแบบมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 และได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาโดยตลอด Pender ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่ในปี ค.ศ. 1982 ปี ค.ศ. 1987 และปี ค.ศ. 1996 ตามลำดับ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ Pender ได้ปรับปรุงแบบแผนการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ โดย Pender ให้ชื่อว่า “แบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ II” ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ ดังนี้⁴⁴

1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (individual characteristic and experience) ประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคนซึ่งมีผลกระทบต่อการกระทำในภายหลัง ความสำคัญของผลที่เกิดขึ้นทั้งหลายจะส่งผลต่อพฤติกรรมเป้าหมายโดยผ่านการพิจารณา ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะและในกลุ่มประชากรเป้าหมายเฉพาะ แต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องอดีต (prior related behavior) มีผลโดยตรงและโดยอ้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงอาจเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ โดยให้ความสนใจหรือใส่ใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะ

⁴⁴ Pender, N.T. Health promotion in nursing practice, (2nd ed.), (Stamford, CT: Appleton and Lange, 1987), p. 66 - 73

เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยขึ้น และจะยิ่งหนักแน่นมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ (benefits) การรับรู้อุปสรรค (barriers) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (self-related affect)

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะได้เท่า ๆ กับอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (personal biologic factor) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว วัยเจริญพันธุ์ วัยหมดระดู ความสามารถในการออกกำลังกาย ความเข้มแข็ง ความกระฉับกระเฉงหรือความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา (personal psychologic factor) เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจ ความสามารถ การรับรู้ภาวะสุขภาพและคำจำกัดความของสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคม (personal sociocultural factor) เช่น เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม Pender กล่าวว่าแม้ปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความคิดและความรู้สึกเฉพาะและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยนำปัจจัยส่วนบุคคล มาใช้ในกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

Pender กล่าวว่าแม้ปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อความคิดและความรู้สึกเฉพาะและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยนำปัจจัยส่วนบุคคลมาใช้ในกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

2. ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (behaviors specific cognitions an affect) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมากที่สุด และเป็นแกนสำคัญ สำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใด ๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ของการกระทำเป็นสิ่งจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายในได้แก่ การเพิ่มการตื่นตัว ความรู้สึกเหนื่อยล้า ลดลง ประโยชน์ภายนอกได้แก่ รางวัล ทรัพย์สิน เงินทองหรือการมีปฏิสัมพันธ์

ทางสังคม ในช่วงแรกประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจในการเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต่อมาประโยชน์ภายในอาจเป็นแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มากกว่าประโยชน์ภายนอก รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพได้มีการเสนอว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพันธสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำเพื่อนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดประโยชน์

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (perceived barriers to action)

เป็นการรับรู้สิ่งกีดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเน ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากในการกระทำ การเสียเวลา การมีความพร้อมในการกระทำต่ำและมีอุปสรรคมาก การกระทำก็ไม่เกิดขึ้นการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำและมีผลทางอ้อมต่อการลดพันธสัญญาในการวางแผนการกระทำ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) เป็น

การตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถกระทำสำเร็จในระดับใด โดยมีทักษะหรือไม่มีทักษะก็ตาม ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นตัวตัดสินว่า ผลอันใดที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น เช่น เกิดประโยชน์หรือมีความสูญเสียเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคล เป็นสิ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลเข้าสู่พฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะการรับรู้ ความสามารถของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพื้นฐาน 4 ประการ คือ

2.3.1 การกระทำนั้นสามารถบรรลุตามมาตรฐานที่ตนได้ตั้งไว้

2.3.2 ประสบการณ์จากการสังเกตเห็น การกระทำของผู้อื่นและนำมาใช้เป็นแบบแผนในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ

2.3.3 การชักจูงของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถดึงเอาความสามารถของตนเองมาใช้ในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ

2.3.4 สภาพทางด้านร่างกาย เช่นความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ เป็นต้น บุคคลนำมาตัดสินความสามารถของตนเอง

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (activity-related affect)

เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและภายหลัง กระทำพฤติกรรมเป็นพื้นฐานของการกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางอารมณ์อาจเป็นในระดับน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง และจะถูกตัดสินด้วยความคิดเก็บไว้ในความจำ และนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางอารมณ์ความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะประกอบด้วย

3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำในขณะนั้น (activity-related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (self-related) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (context-related) อารมณ์ความรู้สึกอาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก และถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบมักจะหลีกเลี่ยง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องเนื่องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมผ่านความสามารถในตนเองและความตั้งใจในการวางแผนที่จะทำพฤติกรรม

2.5 อิทธิพลด้านสัมพันธภาพ (interpersonal influences) เป็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อและทัศนคติของบุคคลอื่น แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลด้านสัมพันธภาพในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ครอบครัว เพื่อน บุคลากร ทางสุขภาพรวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม รูปแบบอย่างที่คุณคนับถือ ซึ่งบุคคลจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะที่น่าชื่นชมยินดีและสังคมยกย่อง อิทธิพลด้านสัมพันธภาพมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยเป็นแรงกดดันต่อสังคมหรือส่งเสริมให้มีการวางแผนในการปฏิบัติ โดยกระตุ้นให้คิดที่จะปฏิบัติหรือกระตุ้นให้บุคคลวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situation influence) เป็นการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ใด ๆ สามารถทำให้เกิดหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมได้ อิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะของสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สถานการณ์ที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ ซึ่งแสดงความต้องการพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral outcome) หรือผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมนั่นเอง จุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมจากการกำหนดความตั้งใจ เพื่อวางแผนการกระทำ ความตั้งใจจะเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพและทำได้สำเร็จ พฤติกรรมที่แสดงออก

3.1 พันธสัญญาเพื่อวางแผนพฤติกรรม (commitment to a plan of action) เป็นการตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่กำหนด ซึ่งอยู่ภายใต้กระบวนการด้านความคิด 2 ประการ คือ

3.1.1 ความตั้งใจที่มีต่อการกระทำเฉพาะในเวลาสถานที่ที่กำหนด กับบุคคลที่เฉพาะหรือทำเพียงลำพังคนเดียว โดยไม่คำนึงถึงสิ่งใด ๆ ที่มาแทรก

3.1.2 ลักษณะหรือรูปแบบวิธีที่เฉพาะในการปฏิบัติและทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การวางแผนเพื่อการกระทำนี้ทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ

3.2 ความต้องการและความพอใจในการเลือกกระทำพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences) หมายถึงพฤติกรรมทางเลือกที่แทรกเข้ามาในความคิดอย่างทันทีทันใด สามารถกระทำได้ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ ความต้องการทันทีทันใดเป็นเหตุที่เกิดขึ้นแล้วบุคคลจะสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ ส่วนความพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเป็นทางเลือกที่บุคคลเลือก เพราะจะให้ผลตอบแทนซึ่งสามารถทำให้เลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่

3.3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจต่อสุขภาพของตนเอง โดยมีการดูแลสุขภาพและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูล และความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3.3.2 กิจกรรมทางด้านร่างกาย(physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยมีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันแต่ละวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.3.3 โภชนาการ (nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

3.3.4 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

3.3.5 การพัฒนาจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมาย

หรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

3.3.6 การจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Pender⁴⁵ สามารถประเมินหรือพิจารณาได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting lifestyles) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถประเมินได้จากแบบวัดแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันของ Walker Sechrist and Pender (Health-Promoting Lifestyle Profile II : HPLP II) ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวจะเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศทางตะวันตก ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ในบริบทสังคมไทยเพื่อให้เหมาะสมกับประชาชน โดยยึดตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) บุคคลต้องมีความรับผิดชอบต่อในการดูแลสุขภาพของตนเอง การสนใจแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองและตรวจสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่นการตรวจเต้านม การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ปฏิบัติตามกฎหมายจรรยาบรรณและกฎหมายของบ้านเมือง การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการเข้ารับการตรวจร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่ระยะแรก

ในเรื่องของความรับผิดชอบต่อสุขภาพนี้ตามหลักทฤษฎีการดูแลตนเอง(theory of self-care) ของ Oremซึ่งจันท์เพ็ญ สันตวาจา⁴⁶ ได้รวบรวมไว้ กล่าวคือ การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก โดยบุคคลกระทำเพื่อตนเองและเพื่อผู้ต้องพึ่งพา การดูแลตนเองสามารถเรียนรู้ได้จากที่บ้าน ในโรงเรียนและจากประสบการณ์ บุคคลมีความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ ทักษะและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและสุขภาพ การดูแลตนเองเป็นการกระทำกิจกรรมในภาวะปกติของมนุษย์ เพื่อให้การทำหน้าที่และพัฒนาการเป็นไปตามปกติและยังเป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งเงื่อนไขภายในและภายนอกที่เป็นใน

⁴⁵ loc.cit Pender, N.T. Health promotion in nursing practice, p. 67.

⁴⁶ จันท์เพ็ญ สันตวาจา, แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล, พิมพ์ครั้งที่ 3, (กรุงเทพมหานคร : ธนาพรส, 2550),หน้า 73.

การคงไว้และส่งเสริมสุขภาพให้เจริญเติบโตและพัฒนาการในระยะเวลาหนึ่ง ๆ ซึ่งมีจุดเน้นที่การป้องกัน การบรรเทา การรักษาหรือการควบคุมสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลต่อชีวิต สุขภาพ หรือความผาสุก รวมทั้งการแสวงหาและการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

2. การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมเป็นการช่วยให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวเพื่อใช้พลังงาน เช่น การเดิน ขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์หรือบันไดเลื่อน เดินในระยะทางครึ่งถึง 1 กิโลเมตร เพื่อทำกิจวัตรต่าง ๆ เป็นต้น การออกกำลังกายเป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อและร่างกายให้เคลื่อนไหว ทำให้ร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพดี นอกจากนี้ยังผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวลทำให้อารมณ์ดีและยังช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บด้วย ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลให้เกิดการแข่งขันมากขึ้น ประกอบกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบันขาดการเคลื่อนไหวในกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเสริมสร้างให้ทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค เจริญเติบโต รูปร่างได้สัดส่วน นำไปสู่การพัฒนาทางร่างกายและสติปัญญาตามวัย แต่ในขณะเดียวกันการออกกำลังกายอาจก่อให้เกิดผลร้ายและเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ ถ้าการออกกำลังกายนั้นไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพศ วัย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปหลักการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ดังนี้

- 1) การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที
- 2) การออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหม ควรมีการอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกาย โดยใช้เวลา 5 – 10 นาที
- 3) การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย
- 4) การออกกำลังกายที่ให้ความสนุกสนาน
- 5) การแต่งกายให้เหมาะสมกับชนิดของการออกกำลังกาย
- 6) การออกกำลังกายในสถานที่ปลอดภัย
- 7) ควรออกกำลังกายหลากหลายชนิด และเหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิต
- 8) ถ้าหากว่าออกกำลังกายแล้ว ทำให้มีอาการผิดปกติอย่างหนึ่งอย่างใดเกิดขึ้น เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น หอบมากผิดปกติ ควรหยุดออกกำลังกายนั้นทันทีและควรปรึกษาแพทย์
- 9) การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรจะรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ เช่น เหงื่อออก อัตราการเต้นของชีพจรในขณะออกกำลังกายของคนทั่วไปนั้นควรจะเป็น 170 - อายุของตนเอง
- 10) หลังออกกำลังกายเต็มที่ควรลดหรือผ่อนแรงลงช้า ๆ (Cooling down) โดยใช้เวลา 5 – 10 นาที เนื่องจากขณะออกกำลังกายเต็มที่มีการเพิ่มจังหวะการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกายและกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ การค่อย ๆ ผ่อนแรงลงช้า ๆ หลังออกกำลังกาย

เต็มที จะช่วยจังหวะการเต้นของหัวใจค่อย ๆ ลดลง ช่วยป้องกันหัวใจเต้นผิดปกติจังหวะ และเลือดคั่ง อยู่ในกล้ามเนื้อ ช่วยรักษาสภาพการไหลเวียนของเลือดภายในกล้ามเนื้อ ระยะเวลาออกกำลังกายควรมีการเคลื่อนไหวของมือและเท้า โดยการเดินหรือวิ่งเหยาะ ๆ เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการผ่อนแรง จังหวะการเต้นของหัวใจควรต่ำกว่า 100 ครั้ง / นาที

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย⁴⁷ ได้ให้ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของคนไทยสำหรับเด็ก เยาวชนและผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี ดังนี้

1. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพคือ การออกกำลังกายชนิดที่สร้างความอดทนของปอด หัวใจและระบบไหลเวียนเลือด รวมทั้งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความอ่อนตัวของข้อต่อ

2. เกณฑ์และหลักการของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพประกอบด้วย 3 ประการคือ

2.1 ระยะเวลาออกกำลังกาย ประมาณ 5 นาที เพื่อยืดกล้ามเนื้อ และสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความอ่อนตัวของข้อต่อ

2.2 ระยะเวลาออกกำลังกาย ประมาณ 10 – 30 นาที เพื่อบริหารความอดทนของปอด หัวใจและระบบไหลเวียนเลือด

2.3 ระยะเวลาผ่อนคลายเป็นร่างกาย ประมาณ 5 นาที เพื่อยืดกล้ามเนื้อและความอ่อนตัวของข้อต่อ รวมระยะเวลาที่ออกกำลังกายติดต่อกัน อย่างน้อย 20 – 30 นาทีต่อวัน

3. การออกกำลังกายที่มีผลต่อสุขภาพ จะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย วันเว้นวันหรือ 3 วันต่อสัปดาห์

4. รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จะต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับอายุ โดยกิจกรรมนั้นจะต้องใช้กล้ามเนื้อส่วนใหญ่ๆ ของร่างกายให้ออกแรงติดต่อกันเป็นระยะเวลานานพอ จึงจะมีผลต่อการสร้างเสริมความอดทนของปอด หัวใจและระบบไหลเวียนเลือด จึงขึ้นอยู่กับความหนักของการออกกำลังกาย โดยกิจกรรมที่แนะนำมีดังนี้

4.1 เดินเร็ว	อย่างน้อยวันละ	30 นาที
4.2 วิ่งเหยาะๆ	อย่างน้อยวันละ	20 นาที
4.3 ถีบจักรยาน	อย่างน้อยวันละ	30 นาที
4.4 ว่ายน้ำ	อย่างน้อยวันละ	20 นาที
4.5 เต้นแอโรบิค	อย่างน้อยวันละ	15 นาที

3.โภชนาการ (Nutrition) อาหารเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญกับการดำรงชีวิต จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการครบ 3 มื้อ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

⁴⁷ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย, คู่มือส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, (กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2540), หน้า 124.

ทุกวันจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ และมีการพัฒนาอย่างเต็มที่ และที่สำคัญจะต้องรับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาดปลอดภัยจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคและสารเคมี จะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อยดำรงชีวิตเป็นปกติหรือทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงกันข้ามหากรับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วนตามความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางโภชนาการ ซึ่งถ้ารับประทานอาหารไม่ครบถ้วนเพียงพอจะก่อให้เกิดโรคขาดสารอาหาร ส่วนสูงจะไม่เต็มที่ การพัฒนาการจะช้ากว่าปกติโดยเฉพาะลักษณะทางเพศ แต่ถ้ารับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการ ก็จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน

ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีภาวะโภชนาการที่ดี (nutritional status) เสาวนีย์ จักรพิทักษ์⁴⁸ ได้ให้ความหมายไว้ คือ สภาพหรือสภาวะของร่างกายที่เกิดขึ้นจากการบริโภคอาหาร แบ่งเป็นภาวะโภชนาการที่ดีและภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ดังนี้

1. ภาวะโภชนาการที่ดี(good nutritional status) หมายถึงสภาพของร่างกายที่เกิดจากการได้รับสารอาหารที่ถูกหลักโภชนาการหรือมีสารอาหารครบถ้วน ปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายและร่างกายใช้สารอาหารเหล่านั้น ในการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี(bad nutritional status) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ทุพโภชนาการ(malnutrition) หมายถึง สภาพร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารที่มีสารอาหารไม่ครบถ้วนหรือมีปริมาณไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายหรืออาจเกิดจากร่างกาย ๑ ได้รับสารอาหารครบถ้วนพอเหมาะ แต่ร่างกายไม่สามารถใช้สารอาหารนั้นได้จึงทำให้เกิดภาวะผิดปกติขึ้น

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำ “ข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย” ขึ้น รวม 9 ข้อ หรือเรียกว่า โภชนบัญญัติ 9 ประการ เพื่อเผยแพร่ให้คนไทยใช้อย่างเป็นแนวทางในการบริโภคอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ที่จะนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน ตลอดจนพิษภัยจากอาหาร⁴⁹

ข้อ 1 บริโภคอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว

1.1 บริโภคอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย คือการบริโภคอาหารหลาย ๆ ชนิด เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่าง ๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการสารอาหารแต่ละชนิด ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน แร่ธาตุ วิตามิน น้ำ และยังมีสารอื่น ๆ เช่น โยเกิร์ต ซึ่ง

⁴⁸ เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, **หลักโภชนาการปัจจุบัน**, พิมพ์ครั้งที่ 8, (กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช , 2541), หน้า 142.

⁴⁹ มิ่งขวัญ ศิริโชติ, **เอกสารประกอบการเรียนชุดที่ 1 วิชาสุขศึกษา(เพิ่มเติม)**, ข้อมูลออนไลน์, เข้าถึงได้จาก, <http://krumingwan.com/workmanship.html>, ค้นคว้าเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2559.

มีประโยชน์ต่อร่างกาย ดังนั้นในวันหนึ่ง ๆ เราต้องบริโภคอาหาร หลาย ๆ ชนิด เพื่อให้ได้สารอาหารครบตามความต้องการของร่างกาย

1.2 หมั่นดูแลน้ำหนักตัว “น้ำหนักตัว” ใช้เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บอกถึงภาวะสุขภาพของคนเราว่าดีหรือไม่ การที่จะประเมินว่าน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่นั้นทำได้หลายวิธี และวิธีที่ง่ายและดีที่สุด คือ ใช้ดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ตัดสินโดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}}$$

น้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติค่าอยู่ระหว่าง 18.50 - 24.90 กิโลกรัม/ ตารางเมตร ถ้าน้อยกว่า 18.50 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่าผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 25.00 - 29.90 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่าน้ำหนักเกิน ถ้ามีค่าตั้งแต่ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ขึ้นไป แสดงว่าเป็นโรคอ้วน ทุกคนควรหมั่นดูแลน้ำหนักตัวของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรชั่งน้ำหนักตัวเดือนละ 1 ครั้ง

ข้อ 2 บริโภคข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ

ข้าว เป็นอาหารหลักของคนไทยเป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงาน สารอาหารที่มีมากในข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรตและโปรตีน โดยเฉพาะข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ผลิตภัณฑ์จากข้าวและธัญพืชอื่นๆ มีมากมาย เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน บะหมี่ เป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานเช่นเดียวกัน ดังนั้นการบริโภคข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อในสัดส่วนที่พอเหมาะ จึงเป็นสิ่งพึงปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดี

ข้อ 3 บริโภคพืชผักให้มากและบริโภคผลไม้เป็นประจำ

พืชผักและผลไม้ เป็นแหล่งสำคัญของวิตามินและแร่ธาตุ จากผลการวิจัยล่าสุดพบว่า สารแคโรทีนและวิตามินซีในพืชผักและผลไม้มีผลป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือด และป้องกันมะเร็งบางประเภท เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงจึงควรบริโภคพืชผักทุกมื้อให้หลากหลายชนิดสลับกันไป ส่วนผลไม้ควรบริโภคเป็นประจำสม่ำเสมอ

ข้อ 4 บริโภคปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ

ปลา เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ ในเนื้อปลามีฟอสฟอรัสสูง ช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรงโดยเฉพาะถ้าบริโภคปลาเล็กปลาน้อย นอกจากนี้ในปลาทะเลทุกชนิดมีสารไอโอดีนช่วยป้องกันไม่ให้เป็นโรคขาดสารอาหาร เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน การบริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็น

ประจำไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกายได้รับสารโปรตีนอย่างเพียงพอเท่านั้น แต่จะทำให้ลดการสะสมไขมันในร่างกายอีกด้วย

ไข่ เป็นอาหารที่ให้โปรตีนสูง มีแร่ธาตุและวิตามินที่จำเป็น ในเด็กควรบริโภคไข่วันละฟอง

ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งโปรตีนที่ดี หาง่าย ราคาถูกและมีให้เลือกหลากหลายชนิด ควรบริโภคถั่วเมล็ดแห้งสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะทำให้ร่างกายได้รับสารครบถ้วนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ถั่วยังให้พลังงานแก่ร่างกายอีกด้วย

งา เป็นอาหารที่ให้โปรตีน ไขมัน วิตามิน โดยเฉพาะวิตามินอี แคลเซียม จึงควรบริโภคเป็นประจำ

ข้อ 5 ตั้มนมให้เหมาะสมตามวัย

นม ประกอบไปด้วยแร่ธาตุที่สำคัญ คือ แคลเซียมและฟอสฟอรัสซึ่งช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง หญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ควรดื่มนมวันละ 1 - 2 แก้ว ควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย ก่อนการซื้อนมทุกครั้งควรสังเกต วัน เดือน ปีที่ข้างกล่องว่าหมดอายุหรือไม่ นมที่ไม่ควรบริโภค ได้แก่ นมที่หมดอายุ นมที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อโรคใด ๆ ด้วยความร้อน เป็นต้น นมถั่วเหลืองหรือน้ำเต้าหู้ให้โปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุ ควรดื่มเป็นประจำเช่นกัน

ข้อ 6 บริโภคอาหารที่มีไขมันแต่พอควร

ไขมัน เป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ไขมันที่มาจากพืชและสัตว์เป็นแหล่งพลังงานที่สูง ไขมันในอาหารมีทั้งประเภทไขมันอิ่มตัวและไขมันไม่อิ่มตัว ไขมันอิ่มตัวได้จากเนื้อสัตว์และหนังสัตว์ สำหรับโคเลสเตอรอลมีในเนื้อสัตว์ทุกชนิดและมีมากในไข่แดง เครื่องในสัตว์โดยเฉพาะตับ อาหารทะเลบางประเภท เช่น ปลาหมึก หอยนางรม

วิธีการประกอบอาหารมีส่วนที่ทำให้ปริมาณไขมันในอาหารเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาหารประเภททอด ผัดและอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ จึงควรบริโภคแต่พอควรแต่ไม่ควรงดอย่างเด็ดขาดเพื่อไม่ให้ร่างกายขาดไขมัน ควรประกอบอาหารโดยใช้วิธีต้ม ปิ้ง นึ่ง ย่าง จะมีไขมันน้อยกว่า

ข้อ 7 หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด

คนไทยนิยมบริโภคอาหารรสจัดและใช้เครื่องปรุงรสกันมากเพื่อให้อาหารอร่อย รสอาหารที่มักเป็นปัญหาและก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายมาก คือ รสหวานจัดและเค็มจัด หากบริโภครสหวานจัดจะทำให้ฟันผุและเกิดโรคอ้วนได้ หากบริโภครสเค็มจัดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อ โรคความดันโลหิตสูง และมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งในกระเพาะอาหารอีกด้วย ดังนั้นการบริโภคอาหารรสไม่จัดจึงเป็นผลดีต่อสุขภาพ ควรลดการเติมเครื่องปรุงที่ไม่จำเป็นและหันมาบริโภค อาหารแบบไทยของเรา

ข้อ 8 บริโภคอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน

อาหารปนเปื้อนได้จากหลากหลายสาเหตุ คือ จากเชื้อโรคและพยาธิต่าง ๆ สารเคมีที่เป็นพิษและสารปนเปื้อน ทั้งนี้เกิดจากกระบวนการผลิต การปรุงประกอบและจำหน่ายอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ฉะนั้นควรเลือกบริโภคอาหารที่สะอาด ผลิตจากแหล่งเชื่อถือได้ โดยใช้หลักการปรุงประกอบตามหลัก 3 ส. คือ สุกเสมอ สงวนคุณค่าอาหาร สะอาดปลอดภัย เพื่อให้ผู้บริโภคมีสุขภาพอนามัยที่ดี เราควรจะต้องรู้จักวิธีการเลือกซื้อ การปรุง ประกอบอาหารให้สะอาดปลอดภัย และมีความคุ้มค่าครบถ้วนทางโภชนาการ

ข้อ 9 งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ จะมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพและสูญเสียทรัพย์สินอย่างมากมาย เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์รวมหมายถึง สุรา เบียร์ ไวน์ บรั่นดี ตลอดจนเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีแอลกอฮอล์ผสม ผลของการดื่มแอลกอฮอล์มีโทษต่อร่างกาย เช่น เป็นโรคตับแข็ง รวมทั้งมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้ขาดสติ เสี่ยงการทรงตัว สมรรถภาพการทำงานลดลง ทำให้เกิดความประมาท เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ฉะนั้นจึงไม่ควรขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมามาจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การรับประทานอาหารหรือการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามโภชนาการ ซึ่งมีความเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายจะส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันนำไปสู่การมีประพฤติกการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพที่ดีในด้านอื่น ๆ ได้ เนื่องจากมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการโภชนาการหรือการบริโภคอาหารในหลาย ๆ ปัจจัย เช่น ความรู้ เจตคติและค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความสะดวกที่จะสามารถซื้ออาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพมาบริโภค การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากสื่อและบุคคลต่างๆ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่าง ๆ อีกทั้งปัจจัยทางชีวทางสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพการสมรส เป็นต้น ดังนั้นด้านโภชนาการหรือการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักโภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันของด้านโภชนาการหรือการบริโภคอาหารกับปัจจัยด้านอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความคิดเห็น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ทางสังคมและพฤติกรรมด้านต่าง ๆ นอกจากนี้ถ้าได้รับการสนับสนุนหรือการเอาใจใส่จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มากขึ้น โดยการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้นั้น ต้องเริ่มที่การพัฒนาตนเองให้เข้ากับบุคคลอื่นได้ง่าย ให้ความรักความเป็นกันเองกับบุคคลใกล้ชิด ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เปิดเผยตนเอง เมื่อมีปัญหาที่กำลังจะขอ

ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่ง ฉวีวรรณ สัตยธรรม⁵⁰ ได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล(interpersonal theory) ของ Sullivan โดยมีความเชื่อว่า บุคคลที่มีสามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้นั้น จำเป็นต้องมีแบบแผนของความคิดที่อยู่บนพื้นฐานความจริง มีเหตุผล พยายามเข้าใจสิ่งแวดล้อมและมีความคิดที่สอดคล้องกับบุคคลอื่น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี น่าจะเป็นสิ่งหนึ่ง ที่ช่วยนำไปสู่การชักจูง พุดคุยหรือสนับสนุนส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลได้

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นระดับการรับรู้สติที่สูงขึ้น สุขภาพจิตด้านจิตวิญญาณ จึงเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลในการพัฒนาธรรมชาติของจิตวิญญาณให้มีศักยภาพในระดับสูงสุดเป็นความสามารถในการค้นหาและความชัดเจนของเป้าหมายขั้นพื้นฐานในชีวิต เรียนรู้ถึงประสบการณ์ด้านความรัก ความสนุกสนานรื่นเริง ความสงบสุขและความสมบูรณ์เพียบพร้อม (Fulfillment) และรู้ว่าจะช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้บรรลุศักยภาพสูงสุดได้อย่างไร

ทองพูล บุญยามาลิก และคณะ⁵¹ ได้กล่าวว่า การพัฒนาชีวิตของมนุษย์แต่ละคนต้องมีทั้งหมด 4 ด้าน คือ

1. การพัฒนาทางกายภาพ หมายถึง การพัฒนาทางร่างกาย ซึ่งเกี่ยวโยงไปถึงสิ่งแวดล้อมความสุขต่าง ๆ อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเรานั้นเอง ตัวบ่งชี้ของการพัฒนาในด้านนี้ การมีปัจจัย 4 อันได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรครวมไปถึงการอยู่ในท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ดี

2. การพัฒนาทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ตัวบ่งชี้ถึงการพัฒนาในด้านนี้ก็คือ การที่บุคคลนั้นมีพฤติกรรมทางกาย ทางวาจา ในลักษณะที่ไม่เบียดเบียนตัวเอง ไม่เบียดเบียนผู้อื่น ดำเนินชีวิตสอดคล้องกับหลักแห่งศีล(เบญจศีล) และหลักแห่งธรรม(เบญจธรรม)

3. การพัฒนาทางอารมณ์ หมายถึง การที่บุคคลมีจิตใจที่มีคุณภาพ กล่าวคือ มีจิตที่มั่นคงเยือกเย็น หนักแน่น ด้วยความรัก ความเมตตา หวังดีต่อผู้อื่น จิตจะมีคุณภาพ ดังกล่าวได้ก็ด้วยการศึกษา ฝึกฝน อบรมในเรื่องจิต ที่เรียกว่า จิตตภาวนาหรือจิตตสิกขา

⁵⁰ ฉวีวรรณ สัตยธรรม, (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, พิมพ์ครั้งที่ 3, (นนทบุรี : สถาบันพระบรมราชชนก, โครงการสวัสดิการวิชาการ, 2541), หน้า 72 – 73.

⁵¹ ทองพูล บุญยามาลิก, อุทิศ เชาวลิต, วนิดา ธนศุภาเวช, นฤมล นิตยจินต และสรรเสริญ อินทร์ตัน, *ความจริงของชีวิต The meaning of life*, (กรุงเทพมหานคร : สถาบันราชภัฏสวนดุสิต, 2544), หน้า 225.

4. การพัฒนาทางสติปัญญา หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง เกี่ยวกับผู้อื่น เกี่ยวกับสังคม ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริง มีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ อย่างถูกต้องตามหลักแห่งเหตุผลและข้อเท็จจริง พัฒนาการในลักษณะดังกล่าว ถ้าจะเกิดได้ก็ต้องอาศัยกระบวนการแห่งปัญญา อันได้แก่ สุตะ คือการฟัง การอ่าน การศึกษาเล่าเรียน จินตะ คือการคิด การตรึกตรองและภาวนา คือ การปฏิบัติตามความรู้หรือทฤษฎีที่ตนเองได้ศึกษาเล่าเรียนมา รวมถึงการฝึกฝนจิตด้วยวิธีการต่างๆกัน

การพัฒนาทางจิตวิญญาณมีความสอดคล้องกับแนวคิดของหลักทฤษฎีแรงจูงใจ ลำดับขั้นตอนความต้องการของMaslow ในขั้นที่ 5 ซึ่งสรวงศ์ ไคว้ตระกูล⁵² ได้สรุปไว้ว่า เป็นความต้องการที่จะรู้จักตนเองอย่างแท้จริงและพัฒนาตนเองเต็มที่ตามศักยภาพของตน Maslow อธิบายความต้องการที่เรียกว่า “self actualization” ว่าเป็นความต้องการที่จะรู้จักตนเอง ตามสภาพที่แท้จริงของตน กล่าวตัดสินใจเลือกทางเดินของชีวิต รู้จักค่านิยม มีความจริงใจต่อตนเอง ปรารถนาที่จะเป็นคนดีที่สุดเท่าที่จะมีความสามารถทำได้ ทั้งทางด้านสติปัญญา ทักษะและอารมณ์ ความรู้สึกยอมรับตนเอง ทั้งส่วนเสียของตน ที่สำคัญที่สุดก็คือการมีสติที่จะยอมรับว่าตนใช้กลไกในการป้องกันตน ในการปรับตัวและพยายามที่จะเลิกใช้ เปิดโอกาสให้ตนเองเผชิญกับความจริงของชีวิตกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ โดยคิดว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย น่าตื่นเต้นและมีความหมาย กระบวนการที่จะพัฒนาตนเองเต็มที่ตามศักยภาพของตนเป็นกระบวนการที่ไม่มีจุดจบ ตลอดเวลาที่มีชีวิตอยู่ มนุษย์ทุกคนจะมีความต้องการที่จะพัฒนาตนเองเต็มที่ตามศักยภาพของตนเพราะมีน้อยคนที่จะได้ถึงขั้นสูงสุดนี้อย่างสมบูรณ์

6. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจขาดสมดุล อันเป็นผลมาจากสิ่งกระตุ้นความเครียดทั้งภายในและภายนอก จากปัจจัยโดยทั่วไปและปัจจัยทางด้านการเรียน ซึ่งทำให้เกิดอาการแสดงออกทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น ปวดศีรษะเหนื่อยหอบ หงุดหงิดวิตก กังวล โกรธ ซึมเศร้า เป็นต้น เมื่อเกิดความเครียดแล้วจะทำให้ร่างกายและจิตใจ ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับตัว ถ้าหากการปรับตัวไม่สามารถรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจในขณะเกิดความเครียดไว้ได้ ก็จะมี ความเจ็บป่วย ดังนั้น การจัดการกับความเครียดจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดี จาก การทบทวนวรรณกรรมสรุปวิธีการจัดการกับความเครียดได้ดังนี้

- 1) การรับรู้และทำความเข้าใจเหตุการณ์ในทางที่ถูกต้อง ตามข้อเท็จจริง ยอมรับความจริงและปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์นั้นๆ
- 2) การหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด แล้วหาวิธีแก้ปัญหาในเรื่องนั้นๆ

⁵² สรวงศ์ ไคว้ตระกูล, จิตวิทยาการศึกษา, (กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533), หน้า 166 – 167.

- 3) การปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีความวิตกกังวลหรือมีความเครียด
- 4) การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง
- 5) ไม่ควรเก็บปัญหาคับข้องใจไว้เพียงผู้เดียว
- 6) การใช้หลักศาสนาโดยการนั่งสมาธิ
- 7) การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ชอบ ก็จะสามารถผ่อนคลายความเครียดได้

กรมสุขภาพจิต⁵³ ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าคุณถูกคุกคาม ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ กังวล สับสน วิตกกังวล เกิดความไม่สมดุล ซึ่งเป็นมาจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่ผ่านเข้ามาในประสบการณ์ของตนว่า เป็นสิ่งที่คุกคามร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดการตั้งกลไกการป้องกันตนเอง มาใช้เพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดันหรือความเครียดเหล่านั้นคลายลง และกลับเข้าสู่สมดุลอีกครั้งหนึ่ง กรมสุขภาพจิต⁵⁴ ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดหรือตัวกระตุ้นตามแนวคิดของ Darley Glucksberlyand kincha ออกเป็น 2 ชนิด คือ (1) สาเหตุทางด้านร่างกาย ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ หิวและเสียงอึกที่ทริกโครม และ (2) สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สร้างความปวดร้าว เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความลำบากที่เรื้อรัง ความขัดแย้งในใจ ความคับข้องใจ เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมเผชิญความเครียด กรมสุขภาพจิต⁵⁵ ได้สรุปตามความเห็นของ Lazarus ว่าเป็นรูปแบบกระบวนการเผชิญความเครียดประกอบด้วย การแก้ปัญหาและการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมเผชิญความเครียด โดยการแก้ปัญหาจะเกี่ยวข้องกับการคิดพิจารณาหาแนวทางแก้ไขสภาวะที่สร้างความยุ่งยากให้ลุล่วงไป ส่วนการควบคุมอารมณ์นั้นจะเป็นการปรับตัวโดยการกระทำหรือการพูดเพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น แต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงภาวะนั้น ๆ คนทั่วไปจะกระทำหรือการพูดเพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น แต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงภาวะนั้น ๆ คนทั่วไปจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 2 ส่วน

จรรยาพร ธรณินทร์⁵⁶ ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดดังนี้

1. สร้างความต้านทานความเครียดไว้ก่อน คือ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินอาหารเป็นเวลา ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา
2. แยกชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัวออกจากกัน แบ่งเวลาให้เหมาะสมและสมดุลกัน

⁵³ กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, ความเครียดของคนไทย : การศึกษาระดับชาติ ปี 2546, (กรุงเทพมหานคร : ปิยอน พับลิชชิง, 2546), หน้า 6.

⁵⁴ อ่างแล้ว, กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, ความเครียดของคนไทย : การศึกษาระดับชาติ ปี 2546, หน้า 7 – 8.

⁵⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 16 -17.

⁵⁶ จรรยาพร ธรณินทร์, การส่งเสริมสุขภาพคนยุคใหม่, พิมพ์ครั้งที่ 3, (กรุงเทพมหานคร : ต้นอ่อน, 2542), หน้า 233.

3. พุดคุยกับทีมงานในเชิงสร้างสรรค์ หลีกเลี่ยงการเข้าขมรมนินทาสมอสร เพื่อให้ท่านมองโลกในแง่ดี
 4. หลบหลีกเหตุการณ์ที่นำไปสู่ความเครียด หากป้องกันไว้ก่อนได้
 5. ปรับกลยุทธ์ในการทำงานของท่านให้ยืดหยุ่น โอนอ่อนผ่อนปรน รู้จักประนีประนอม และลดเพดานบินของความคาดหวังต่าง ๆ ให้มีโอกาสทำงานสำเร็จมีความเป็นไปได้จริง
 6. เปิดอกพุดคุย ระบายปัญหาข้อข้องใจกับคูชีวิตหรือเพื่อนร่วมงานที่ไว้วางใจ
 7. หางานอดิเรกที่สนุกถูกใจทำ อย่าปล่อยให้เกิดความว่างเปล่า เค้างคว้าง
- จากที่กล่าวมา ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ถ้าไม่จัดการแก้ไข ก็ส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดให้กับตนเองโดยใช้วิธีการต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.6 ข้อปฏิบัติ 9 ประการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาคุณลักษณะของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเกิน 100 ปี จำนวน 156 คน เมื่อปีพ.ศ. 2539 ได้รวบรวมเป็นข้อควรปฏิบัติ 9 ประการ เพื่อสุขภาพดี อายุยืนยาว ได้แก่⁵⁷

1. อาบน้ำทุกวัน แปรงฟันสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
2. กินอาหารสะอาดวันละ 3 มื้อ ครบ 5 หมู่
3. ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่ออาทิตย์ ครั้งละนิด ครั้งละ 30-60 นาที
4. ดื่มน้ำสุกสะอาด อย่าให้ขาดวันละ 6-8 แก้ว
5. พักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง ปลอดภัยแจ่มใส
6. งดสิ่งเสพติด คบหาญาติมิตร ใกล้ชิดครอบครัว
7. ดูแลบ้านเรือน ของใช้ เสื้อผ้าให้สะอาด นำใช้
8. ตรวจสุขภาพให้ถนัดปีละครั้งอย่างน้อย
9. ฝึกใฝ่ธรรมะ ประกอบกรรมดี อารีต่อทุกคน

การมีสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข สามารถประกอบกิจการหรือภารกิจหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีสุขภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคคลทุกเพศทุกวัยปรารถนา คนเราจึงต้องใส่ใจต่อการปฏิบัติตนเองให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดี ดังนั้นหลัก 9

⁵⁷วันดี โภคะกุล และคณะ, การศึกษาคุณลักษณะผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเกิน 100 ปี พ.ศ. 2539, (นนทบุรี : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541),

ประการ เพื่อชีวิตสดใสวัยสูงอายุ หมายถึง กิจกรรมที่ควรปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ โดยถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระทำให้ครบถ้วนทั้ง 9 ประการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้⁵⁸

ข้อที่ 1 อาบน้ำทุกวันแปรงฟันสะอาดอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง

การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกคนต้องทำเป็นประจำ จะทำให้ร่างกายสะอาดสดชื่นและป้องกันโรคผิวหนังได้ หากคนเราไม่สนใจดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย จะก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ อันเนื่องมาจากความสกปรก แม้จะไม่มีอันตรายถึงชีวิต แต่ทำให้เสียสุขภาพ เสียเวลาเสียเงินค่ารักษาพยาบาล

ข้อพึงปฏิบัติ

การทำความสะอาดร่างกายควรทำทุกส่วนของร่างกายให้สะอาด คือ

1. อาบน้ำให้สะอาดทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

การอาบน้ำควรเริ่มต้นโดยใช้น้ำลูบตัว แขนขาเพื่อปรับปรุงอุณหภูมิของร่างกายแล้ว จึงรดน้ำให้เปียกทั่วทั้งตัวฟอกสบู่ตามส่วนต่าง ๆ ทั่วร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณลำคอ รักแร้ ง่ามนิ้วมือ ง่ามนิ้วเท้าขานิ้วและอวัยวะเพศ ส่วนบริเวณใบหน้าฟอกสบู่ที่บริเวณใบหน้า ใบหู และซอกหูทั้ง 2 ข้าง แขนขาง่ามนิ้วมือ อวัยวะเพศ และง่ามนิ้วเท้าทั้ง 2 ข้าง ล้างด้วยน้ำสะอาด ให้ทั่วร่างกายและใช้ผ้าเช็ดให้ทั่วตามตัวซอกมุมต่าง ๆ ให้แห้ง

2. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย

มือเป็นอวัยวะที่ทำกิจกรรมต่างๆ มากมายมีโอกาสสัมผัสสิ่งสกปรกได้มาก ก่อนการกินอาหารจะต้องล้างมือด้วยการฟอกสบู่ตามง่ามนิ้ว ซอกเล็บให้ทั่วและใช้ผ้าสะอาดเช็ดมือให้แห้ง

3. สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

รดน้ำให้ผมเปียกทั่วศีรษะ เทแชมพูใส่ฝ่ามือแล้วขโลมให้ทั่วศีรษะ ขยี้ผม แล้วเกาศีรษะเบาๆ ล้างแชมพูออกด้วยน้ำสะอาด สระซ้ำอีกครั้ง ใช้ผ้าสะอาดเช็ดผมให้แห้ง

4. ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ล้างมือ ล้างเท้าให้สะอาดก่อน ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นเสมอแนวเนื้อใต้ผิวหนัง แล้วตะไบเล็บเพื่อลบรอยคมของเล็บที่ตัดใหม่

5. แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน

⁵⁸สุเทพ ธรรมะตระกูล, การวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์, เพชรบูรณ์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ สถาบันวิจัยและพัฒนา, 2552), หน้า 44 – 56.

คนเราเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะสูญเสียฟันแท้ และต้องใช้ฟันปลอมช่วย จึงควรรักษาสุขภาพของเหงือกและฟันให้มีอายุการใช้งานได้นาน แปรงที่ใช้ควรมีขนแปรงอ่อนนุ่ม ปลายขนแปรงมนเพื่อป้องกันไม่ให้ฟันสึกและเหงือกเป็นแผล วิธีการแปรงฟันให้สะอาดทำได้ ดังนี้

1. การวางแปรงที่ถูกต้อง วางแปรงที่รอยต่อระหว่างเหงือกและฟันในลักษณะเอียงทำมุม 45 องศา
2. การขยับแปรงที่ถูกต้อง ให้ขยับแปรงไปมาเป็นรูปร่างกลม โดยที่ปลายขนแปรงอยู่กับที่หรืออยู่ในตำแหน่งเดิมประมาณ 10 วินาทีต่อซี่
3. การแปรงฟันด้านนอก วางแปรงระหว่างเหงือกและฟันในลักษณะเอียงทำมุม 45 องศาและขยับแปรงไปมาเป็นรูปร่างกลม โดยที่ปลายขนแปรงอยู่กับที่หรืออยู่ตำแหน่งเดิมประมาณ 10 วินาทีต่อฟันละซี่ ทำความสะอาดฟันทั้งด้านบนและด้านล่าง
4. การแปรงฟันด้านใน วางแปรงระหว่างเหงือกและฟันในลักษณะเอียงทำมุม 45 องศา และขยับแปรงไปมาเป็นรูปร่างกลม โดยที่ปลายขนแปรงอยู่กับที่หรืออยู่ตำแหน่งเดิมประมาณ 10 วินาทีต่อฟันละซี่ ทำความสะอาดฟันทั้งด้านบนและด้านล่าง
5. การแปรงฟันด้านบดเคี้ยว วางแปรงข้างบนฟันที่ใช้บดเคี้ยวอาหารทั้งด้านบนและด้านล่างแล้วขยับแปรงไปมา

ข้อควรจำ

1. หลีกเลี่ยงการกินลูกอมหรือขนมหวานเหนียว ซึ่งล้วนมีน้ำตาลเป็นส่วนผสม และเป็นอาหารอย่างดีของเชื้อโรคในช่องปาก
2. ตรวจสอบสุขภาพในช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพราะนอกจากจะได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องแล้วยังได้รับการตรวจรักษาตั้งแต่เริ่มแรกเป็นด้วย
3. ห้ามใช้ฟันกัดขบของแข็ง จะทำให้ฟันแตก ฟันหักหรือฟันเก
4. ถ้าใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ ก่อนนอนควรถอดออก แล้วแช่น้ำไว้ เพื่อไม่ให้ฟันปลอมแห้งกรอบ และต้องเปลี่ยนน้ำทุกครั้งที่แช่ฟันปลอม
5. ถ้าใส่ฟันปลอมทั้งปาก ให้ไปพบทันตแพทย์ทุก 2 ปี ถ้าใส่ฟันปลอมเพียงบางซี่ให้ไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน

การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายทุกส่วนของอวัยวะเป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกคนจะต้องทำเป็นประจำทุกวันตามความเหมาะสม กล่าวคือควรอาบน้ำทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ล้างมือก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง จะช่วยให้มีบุคลิกภาพที่ดีสะอาดสดใส ปราศจากโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคผิวหนัง โรคทางเดินอาหาร เป็นต้น

ข้อที่ 2 กินอาหารสุกสะอาด วันละ 3 มื้อให้ถือ 5 หมู่

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องการดำรงชีวิตของคนเราทำให้ร่างกายของเรา มีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข การกินอาหารถูกหลักครบถ้วน เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกวันและที่สำคัญจะต้องกินอาหารที่ปรุงสุกสะอาด ปราศจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคและสารเคมี จะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงไม่เจ็บป่วยบ่อย หากเรากินอาหารไม่ได้สัดส่วนตามความต้องการของร่างกาย ในแต่ละวันจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดโรคขาดสารอาหารหรือโรคอ้วนได้

ข้อพึงปฏิบัติ

1. เลือกซื้ออาหารสด สะอาด ปราศจากสารพิษ ควรคำนึงถึงประโยชน์และคุณค่าทางโภชนาการและเลือกซื้ออาหารตามฤดูกาล จะทำให้ได้อาหารที่มีคุณภาพดี ราคาถูก อาหารประเภทผักสด ควรล้างน้ำหลาย ๆ ครั้ง หรือแช่ในน้ำผสมต่างทับทิม เพื่อให้ปลอดภัยจากสารพิษ
 2. รู้จักการปรุงอาหารเพื่อสงวนคุณค่าของอาหารให้ได้รับประโยชน์เต็มที่ เช่น ล้างก่อนหั่น เป็นต้น
 3. กินอาหารให้ถูกสัดส่วนเหมาะสมกับวัย วันละ 3 มื้อ เช่น ควรลดอาหารที่มีไขมันสูงได้แก่ อาหารจำพวกของทอด เนื้อสัตว์ที่มีไขมันติดมาก ๆ ลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดงแกง หรือขนมใส่กะทิ เป็นต้น
 4. กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและกินให้ถูกหลักโภชนาการทุกวัน
 - หมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้ง ให้โปรตีน
 - หมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล ให้พลังงาน
 - หมู่ที่ 3 ได้แก่ ผักต่าง ๆ ให้วิตามินและเกลือแร่
 - หมู่ที่ 4 ได้แก่ ผลไม้ ให้เกลือแร่ วิตามิน
 - หมู่ที่ 5 ได้แก่ ไขมันจากพืช และสัตว์ ให้พลังงาน
 5. กินอาหารปรุงสุกใหม่ และใช้ช้อนกลางในการกินอาหารร่วมกัน อาหารที่ปรุงสุกแล้ววางทิ้งไว้อาจเกิดการปนเปื้อน ทำให้เกิดโรกระบบทางเดินอาหารได้และในการกินอาหารร่วมกัน หากไม่ใช้ช้อนกลางก็จะทำให้ติดเชื้อโรคโดยทางน้ำลาย เช่น ไข้หวัด ไวรัสตับอักเสบบี วัณโรค เป็นต้น
 6. หลีกเลี่ยงการกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ อาหารรสจัด ของหมักดองและอาหารใส่สี อนุญาตอาหารประเภทเนื้อสัตว์ต่าง ๆ หากกินดิบ ๆ สุก ๆ แล้ว จะทำให้เกิดโรคได้ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคพยาธิต่าง ๆ เป็นต้น
- อาหารรสจัดและของหมักดอง เช่น ผัก ผลไม้ดอง ไม่เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ควรรับประทานอาหารสด ผลไม้สด จะดีกว่า

อาหารที่ใส่สีฉูดฉาด ส่วนใหญ่จะใช้สีสังเคราะห์ ซึ่งมีโลหะปะปนอยู่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร โลหิตจางและอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีสีจัด ให้เลือกชนิดที่มีสีอ่อน ๆ หรือไม่มีสีเลยจะดีกว่าหรือใช้สีผสมอาหาร

หลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

1. ดัดแปลงลักษณะของอาหารให้สามารถเคี้ยวได้ง่าย เช่น สับละเอียด ต้มเปื่อยหรือปรุงให้มีลักษณะค่อนข้างเหลว
2. ไม่ควรบริโภคอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด และมีไขมันมาก
3. ปริมาณอาหารในแต่ละมื้ออาจลดลง แต่เพิ่มมื้ออาหารได้มากขึ้น เช่น จากวันละ 3 มื้อ เป็น 5 มื้อ
4. ควรกินอาหารมื้อหนักในเวลากลางวันหรือบ่าย ไม่ควรให้มื้อเย็นเป็นมื้อหนัก เพื่อลดภาระที่กระเพาะจะต้องย่อยอาหารจำนวนมาก ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ ช่วยให้หลับสบายและขณะหลับร่างกายไม่จำเป็นต้องใช้พลังงานมาก
5. งดดื่มน้ำชา กาแฟ เพราะจะทำให้ร้อนไม่หลับในเวลากลางคืน
6. ควรกินอาหารที่ย่อยง่าย มีเส้นใยหรือกากอาหารมาก เช่น ผัก ผลไม้ เป็นต้น เพื่อช่วยให้ไม่ท้องผูก
7. ควรกินอาหารแต่พออิ่ม ไม่ควรเสียดายอาหารที่เหลือและกินอาหารเกินความต้องการของร่างกาย จะทำให้เกิดภาวะโรคอ้วนได้

ความเจ็บป่วยของคนเรามีสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง คือ การกินอาหารที่ไม่สะอาด มีสารเคมีปนเปื้อน สุก ๆ ดิบ ๆ หวานจัด เค็มจัด เผ็ดจัด มีไขมันมาก มีแต่ปริมาณไม่มีคุณภาพหรือสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในการเลือกกินอาหารทั้งประเภทปริมาณ และคุณภาพ ที่สอดคล้องเหมาะสมกับวัยโดยถือเป็นเรื่องจำเป็นต้องใส่ใจตลอด

ข้อที่ 3 ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่ออาทิตย์ ครั้งละนิดไม่เกิน 30 นาที

การออกกำลังกายเป็นการใช้แรงกล้ามเนื้อและร่างกายให้เคลื่อนไหว ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอด ทำให้ร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพดี นอกจากนี้ยังเป็นการผ่อนคลายความวิตกกังวล ทำให้อารมณ์ดีและยังช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ โดยทั่วไปหลังอายุ 30 ปีขึ้นไปแล้วร่างกายจะค่อย ๆ เสื่อมโทรมลง การเปลี่ยนของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจน คือ ผิวหนังจะหยาบกร้าน มีรอยย่นหรือมีไขมันมันสะสมที่ชั้นใต้ผิวหนังมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้อง การเปลี่ยนแปลงที่ไม่อาจมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า คือ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะระบบต่างๆ ภายในร่างกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเสริมสร้างให้ทุกคนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีรูปร่างได้สัดส่วน

ข้อพึงปฏิบัติ

1. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยออกต่อเนื่องครั้งละ 20 -30 นาทีและต้องมีการอุ่นเครื่องก่อนออกกำลังกายทุกครั้งประมาณ 5 - 10 นาที ออกกำลังกายประมาณ 15 - 20 นาที และมีระยะเวลาเพื่อการผ่อนคลายประมาณ 5 - 10 นาที แล้วจึงยุติการออกกำลังกาย

2. ออกกำลังกายวันเว้นวัน เช่น วันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์หรือวันอังคาร วันพฤหัสบดี วันเสาร์ จะช่วยให้สุขภาพและการทำงานของหัวใจดีขึ้น ขจัดน้ำหนักส่วนเกิน ปรับแต่งกล้ามเนื้อที่หย่อนยานให้ดูเต่งตึงขึ้น รวมทั้งยังทำให้หลับได้ดี ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร่างกายจะอ่อนแอต่อการเกิดโรค มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่น ๆ

3. ออกกำลังกายและเล่นกีฬา ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัย กิจกรรมออกกำลังกายควรเป็นการออกแรงเบาๆ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ รำมวยจีน การบริหารประกอบดนตรี ฝึกจักรยานอยู่กับที่ การบริหารร่างกายในน้ำ ไม่ควรเลือกวิธีออกกำลังกายที่ใช้แรงมากในเวลาสั้น ๆ กล่าวคือ ควรเป็นการออกกำลังกายที่มีการใช้แรงสม่ำเสมอต่อเนื่องและใช้เวลานานประมาณ 15 นาที ขึ้นไป ที่เรียกว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic)

ประโยชน์ของการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ

1. ทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ
2. ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและทรวดทรง ป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อม
3. ช่วยฟื้นฟูโรคจากความเสื่อม เช่น ข้อเสื่อมและชะลอความชรา

ผลเสียของการขาดการออกกำลังกาย

1. ทำให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายเสียสมดุล เช่น ระบบทางเดินอาหารจะมีการท้องอืดเพื่ออาหารไม่ย่อย ท้องผูกประจำ
2. โรคหลอดเลือดหัวใจเสื่อมสภาพ ได้แก่ การเกิดหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น หลอดเลือดตีบแคบซึ่งเกิดการอุดตันได้ โดยเฉพาะที่หัวใจ ในขั้นที่เป็นน้อยอาจมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกระยะสั้น จนถึงขั้นที่เป็นมากจะเจ็บแน่นอยู่นานเกิดการหัวใจวายอย่างปัจจุบันได้
3. โรคความดันโลหิตสูง จากสภาพของหลอดเลือดทั่วไปมีความเสื่อม ขาดความยืดหยุ่น
4. ทำให้เกิดโรคอ้วน เนื่องจากขาดการออกกำลังกายทำให้มีการสะสมอาหารในสภาพไขมัน ทำให้มีอาการของโรคแสดงออกมาในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

5. โรคของข้อต่อและกระดูก ข้อต่อต่าง ๆ มีการเสื่อมหากขาดการออกกำลังกาย จะเกิดการติดขัดและเจ็บปวดเมื่อเคลื่อนไหว กระดูกอาจบางลง เปราะ และหักง่าย

ข้อระวังในการออกกำลังกาย

1. อาการที่แสดงว่าควรหยุดออกกำลังกาย ได้แก่ รู้สึกเหนื่อยผิดปกติ หายใจเข้าไม่ทั่วท้อง หัวใจเต้นแรงผิดปกติ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หน้ามืด ตาพร่า ชีพจรเต้นเร็วกว่า 140 ครั้งต่อนาที (สำหรับผู้สูงอายุ) หรือ 160 ครั้งต่อนาที (สำหรับคนหนุ่มสาว)

2. คนทั่วไปควรงดออกกำลังกายชั่วคราว เมื่อเป็นไข้หรือมีอาการอักเสบ หลังฟื้นไข้ หลังรับประทานยาใหม่ ๆ อากาศร้อนจัดหรืออบอ้าว

3. ผู้ที่มีโรคประจำตัวบางชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มออกกำลังกาย

4. ผู้ที่มีอายุ 40 ปีแล้ว ก่อนออกกำลังกาย ต้องให้แพทย์ตรวจสอบร่างกายเสียก่อน การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับประเภทกิจกรรมและวัยของแต่ละบุคคล จะช่วยให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี กิจกรรมของการออกกำลังกายควรเป็นกิจกรรมที่ทำซ้ำ ๆ สม่ำเสมอ กระตุ้นให้หัวใจทำงานอย่างต่อเนื่อง กล้ามเนื้อได้เคลื่อนไหวใช้พลังงานอย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดความสมดุลในการรับและใช้พลังงานที่มีอยู่น้ำหนัก และส่วนสูงของรูปร่างได้สัดส่วน ตลอดจนช่วยชะลอความชรา มีบุคลิกภาพสดใสไม่แก่เกินวัย

ข้อที่ 4 ดื่มน้ำสะอาดอย่าให้ขาดวันละ 6-8 แก้ว

น้ำเป็นสารอาหารชนิดหนึ่งที่สำคัญต่อร่างกาย คนเราอาจอดอาหารเป็นเดือนได้แต่ถ้าไม่มีน้ำดื่มเพียงสองสามวันก็ตายได้ น้ำจึงมีความสำคัญต่อชีวิตคนเป็นที่สองรองจากออกซิเจน น้ำหนักของตัวเราประกอบด้วยน้ำถึงร้อยละ 50-70 คนผอมมีน้ำในร่างกายมากกว่าคนอ้วน และผู้ชายมีน้ำในร่างกายมากกว่าผู้หญิง เนื้อเยื่อทุกชนิดภายในร่างกายเรามีน้ำเป็นส่วนประกอบอยู่ แต่ปริมาณมากน้อยต่างกัน

ประโยชน์ของน้ำต่อร่างกาย

น้ำมีประโยชน์ต่อร่างกายหลายชนิด คือ ช่วยระบบย่อยอาหารเป็นส่วนสำคัญต่อระบบการไหลเวียนของกระแสเลือดและระบบขับถ่าย ช่วยนำของเสียหรือสารพิษออกจากร่างกาย รักษาอุณหภูมิร่างกายให้เป็นปกติ ช่วยทำหน้าที่หล่อลื่นและเป็นเบาะกันกระเทือนของข้อกระดูก รวมทั้งช่วยให้ผิวหนังชุ่มชื้น

ความสำคัญของน้ำต่อร่างกาย

จะเห็นได้ว่าร่างกายคนเราต้องสูญเสียน้ำออกจากร่างกาย อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ไปกับขบวนการขับถ่าย ทางลมหายใจและทางเหงื่อ วันละประมาณ 1750 - 2200 มล. จึงจำเป็นที่ร่างกาย

จะต้องได้รับน้ำเข้าไปชดเชย เพื่อรักษาสมดุลของน้ำ การเผาผลาญสารอาหารในร่างกายนั้นทำได้วันละ 300 มล.

ดังนั้น เราจึงต้องดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำอีกประมาณวันละ 1452 - 1900 มล. ในผู้สูงอายุประสาทสัมผัสของความกระหายน้ำ มักเกิดความผิดปกติทำงานบกพร่อง จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากดื่มน้ำทั้ง ๆ ที่ร่างกายอยู่ในสภาวะที่ต้องการน้ำ จึงเป็นสาเหตุของอาการมีนงงสับสนชั่วขณะ การดื่มน้ำมาก ๆ จะช่วยให้การขับถ่ายสะดวกขึ้น อาการท้องผูกจะน้อยลงลดสภาวะการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ และยังป้องกันการก่อตัวของก้อนนิ่วในไตได้

การขาดน้ำ

หากร่างกายต้องสูญเสียน้ำมากกว่าสภาวะปกติ เช่น อาเจียนท้องเดินอย่างรวดเร็ว มีไข้สูญเสียเหงื่อมาก ถ้าได้น้ำไปทดแทนไม่เพียงพอจะตรวจพบอาการผิดปกติหลายอย่าง เช่น ผิวหนังและเยื่อบุปากแห้ง น้ำหนักตัวลด ปัสสาวะน้อยลงหรือไม่ปัสสาวะ ถ้ายังแก้ไขไม่ถูกต้องอาจถึงแก่ความตายได้

ข้อจำกัดในการดื่มน้ำ

ในภาวะของโรคบางอย่างต้องจำกัดปริมาณน้ำดื่ม เช่น การขาดโปรตีน โรคไต โรคหัวใจ โรคท้องมาน ถ้าหากได้รับน้ำมากเกินไป น้ำจะคั่งอยู่ในส่วนนอกของเซลล์ ทำให้เกิดอาการบวมตามที่ต่าง ๆ เช่น แขน ขา ช่องท้อง ถ้าเป็นมากน้ำจะไปคั่งอยู่ในถุงลมของปอดเกิดอาการหอบเหนื่อยและถึงแก่ชีวิตได้

ข้อพึงปฏิบัติ

1. น้ำที่ใช้ดื่มควรเป็นน้ำสะอาด ปราศจากสี กลิ่นและตะกอนหรือน้ำที่ผ่านกระบวนการต้มหรือกรองมาแล้ว ดังนั้นก่อนดื่มน้ำ ถ้าไม่แน่ใจว่าเป็นน้ำสะอาด ควรสังเกตว่าน้ำนั้นใสสะอาด ปราศจากกลิ่นและมีตะกอนหรือไม่

2. ควรดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว โดยกระจายออกเป็นช่วงๆ เช่น แบ่งออกเป็นเช้า - กลางวัน ช่วงละ 3 แก้ว และเย็น 2 แก้ว เป็นต้น

3. การดื่มน้ำไม่จำเป็นต้องรอให้กระหายน้ำแล้วจึงดื่ม ควรหัดให้เป็นนิสัยด้วยการดื่มเป็นระยะตลอดเวลา

น้ำมีความสำคัญกับชีวิตมนุษย์ เช่นเดียวกับอาหาร ดังได้กล่าวแล้วว่าน้ำเป็นสารอาหารชนิดหนึ่ง การขาดน้ำของร่างกายจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร การไหลเวียนของกระแสเลือด การขับถ่ายของเสียหรือสารพิษออกจากร่างกาย การรักษาอุณหภูมิในร่างกาย เป็นต้น จึงสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องดื่มน้ำในปริมาณวันละไม่ต่ำกว่า 6-8 แก้ว

ข้อที่ 5 พักผ่อนให้เพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมงตลอดไปรงแจ่มใส

การพักผ่อนนอนหลับมีความสำคัญมากสำหรับสุขภาพอนามัย คนเราใช้เวลา 1 ใน 3 ของชีวิตเพื่อการนอนหลับ การนอนหลับจึงเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันอันตราย เนื่องจากความเหน็ดเหนื่อยและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของหัวใจ การไหลเวียนของโลหิตและการทำงานของร่างกายขณะหลับจะลดระดับลงสู่ระยะพัก ช่วยลดความเมื่อยล้าและลดความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ ขณะเดียวกันก็เป็นการฟื้นฟู สะสมพลังกำลังร่างกายให้พร้อม สำหรับกิจกรรมในแต่ละวันต่อไป ยิ่งหลับได้นานและหลับได้สนิทยิ่งจะเป็นคุณประโยชน์มากขึ้น การนอนหลับได้ดีเป็นเครื่องแสดงถึงสุขภาพที่ดีของร่างกายและจิตใจ ความต้องการการพักผ่อนนอนหลับจะแตกต่างกันไปตามอายุ เมื่ออายุมากขึ้นความต้องการนอนก็จะน้อยลงและปริมาณการตื่นในตอนกลางคืนจะเพิ่มขึ้นตามอายุด้วยเช่นกัน

สาเหตุการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ

1. ไม่มีกิจกรรมที่ทำให้ต้องใช้กำลังกายและใจในตอนกลางวัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่เหนื่อยพอที่จะหลับในเวลากลางคืน หรือนอนหลับในตอนกลางวัน
2. วิตกกังวล ซึมเศร้า ทำให้นอนหลับยาก ที่นอนไม่สบาย
3. มีปัญหาทางกาย หรือการเจ็บปวด เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ต่อมลูกหมากโต ปัสสาวะบ่อย
4. การดื่มน้ำชา กาแฟ ยา ที่ทำให้นอนไม่หลับ หรือยาขับปัสสาวะ

ข้อพึงปฏิบัติ

1. จัดห้องนอนให้โปร่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวกปราศจากสิ่งรบกวน ถ้าเป็นห้องปรับอากาศควรมีพัดลมดูดอากาศ เพื่อลดภาวะอากาศเสียภายในห้องนอน
2. ที่นอนต้องสะอาด ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนผ้าห่ม ควรซักให้สะอาดอยู่เสมอ
3. อาบน้ำชำระร่างกายให้สะอาด ใส่เสื้อผ้าที่หลวมสบาย
4. ทำจิตใจให้สงบ ด้วยการสวดมนต์ ทำสมาธิหรือคิดถึงแต่สิ่งดีงาม ปราศจากความวิตกกังวล
5. นอนในท่าที่เหมาะสม คือท่านอนหงายใช้หมอนข้างไปใหญ่หนุนใต้โคนขา จะช่วยให้กระดูกสันหลังแบนราบหรือนอนตะแคงข้าง
6. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย วันละประมาณ 6 - 8 ชั่วโมง

7. งดการดื่มยา กาแฟ ชา ที่ทำให้นอนไม่หลับ ยาขับปัสสาวะและการดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนนอน เมื่อร่างกายได้ทำงานในแต่ละวันซึ่งเป็นการใช้พลังงานอย่างเหมาะสมแล้ว การพักผ่อนนอนหลับเพื่อผ่อนคลายความเหนื่อยล้า ตึงเครียดของร่างกายและจิตใจให้หายเหน็ดเหนื่อย เป็น

กระบวนการทางธรรมชาติ ที่จะช่วยรักษาสุขภาพร่างกายให้มีความสมดุลและไม่ให้เกิดอันตรายจากความอ่อนเพลียเป็นการสะสมพลังงาน เพื่อกิจกรรมในวันต่อไป จะเป็นการนอนหลับกลางวันหรือกลางวันก็ได้ ให้นับรวมกันได้ไม่ต่ำกว่า 6 - 8 ชั่วโมง จึงไม่ควรวิตก หากนอนไม่หลับ ก็ไม่ควรกินยานอนหลับ ควรหากิจกรรมที่เหมาะสมทำจะเป็นการดี

ข้อที่ 6 งตสิ่งเสพติด คบหาญาติมิตร ใกล้ชิดครอบครัว

ปัญหาการติดยาเสพติดเป็นปัญหาใหญ่ที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านอื่นๆ ตามมา ได้แก่ ปัญหาทางด้านสุขภาพกายและจิต อุบัติเหตุ โรคเอดส์และยังเป็นปัญหาต่อสังคมในปัจจุบันด้วยโทษของสิ่งเสพติดมีดังนี้

1. ยาบ้า จะก่อให้เกิดผลร้ายต่อตัวผู้เสพคือ ทำให้มีอาการเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ ตกใจง่ายหัวใจเต้นแรงและเร็วผิดปกติ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชัก หมดสติ เพ้อคลั่ง เป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง เกิดประสาทหลอน ซึ่งอาการนี้จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้อาจจะทำให้หลอดเลือดในสมองแตก หัวใจวายและอาจถึงตายได้ ผลกระทบต่อครอบครัว ผู้เสพ คือหากผู้เสพเป็นหัวหน้าครอบครัว ก็จะทำให้รายได้ของครอบครัวเกิดภาวะฝืดเคือง ทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจในครอบครัว ทำให้ครอบครัวแตกร้าง ผลกระทบต่อสังคม คือก่อให้เกิดอาชญากรรม เนื่องจากเกิดอาการจิตคลุ้มคลั่ง จนไปทำร้ายผู้อื่นและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ คือทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการบำบัดรักษาปราบปรามแหล่งผลิตและแหล่งขาย

2. บุหรี่ เป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมายและหาได้ง่าย ในบุหรี่ยี่สิบซองที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ ผู้สูบลายชนิด อาทิเช่น

สารนิโคติน เป็นตัวที่ทำให้คนติดบุหรี่ยี่สิบซอง ทำให้ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว เพิ่มไขมันในเส้นเลือดและมีผลโดยตรงต่ออวัยวะ

ทาร์ ทำให้เกิดมะเร็งปอดและถุงลมโป่งพอง

คาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นก๊าซอยู่ในควันบุหรี่ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ปวดหัว คลื่นไส้กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง

ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง

ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ก่อให้เกิดอาการไอเสมหะและหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และยังมีสารอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งล้วนแต่เป็นพิษต่อร่างกายและอาจกลายเป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งได้

3. สุรา รวมถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม ได้แก่ เหล้า เบียร์ ไวน์ แชมเปญ กระแส น้ำตาลเมา ยาตอง เป็นต้น เมื่อเราดื่มเข้าไปในร่างกายจะทำให้เกิดพิษต่อร่างกายและจิตใจ เช่น ทำให้ความจำเสื่อม สมองฝ่อ ตับแข็ง ความดันเลือดสูง เส้นเลือดในสมองแตก เป็นอัมพาต เป็นแผลในกระเพาะอาหารและอาจทำให้ถูกในครรภ์พิการหรือตายในครรภ์ได้ สุรายังส่งผลกระทบต่อ

ครอบครัวและสังคมได้ คือ คนที่ดื่มสุรามาก ๆ มักจะเป็นคนที่อารมณ์เสีย ขาดความยั้งคิดมักทะเลาะวิวาท ทำลายทรัพย์สิน ฝ่าฝืนกฎระเบียบ

4. การพนัน เป็นพฤติกรรมอีกอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพด้วย เพราะผู้ที่ชอบเล่นการพนัน มักจะต้องเสียเงินเสียทองและทรัพย์สินไปกับการพนัน ยิ่งคนติดการพนันด้วยแล้วจะทำให้ไม่มีเวลาใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

นอกจากสิ่งเสพติด สุราและการพนันแล้ว เราคงต้องพูดถึงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องอีกประการหนึ่ง คือ การสำส่อนทางเพศเพราะพฤติกรรมเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันอย่างมาก มิฉะนั้นคงไม่มีคำพูดที่เราเคยได้ยินว่า “ดื่มสุราเคล้านารี” ผู้ที่สำส่อนทางเพศไม่ว่าจะเป็นเพศเดียวกันหรือต่างเพศ โดยไม่มีการป้องกันตนเอง มักจะทำให้เป็นโรคทางเพศสัมพันธ์ เช่น กามโรคชนิดต่างๆ และโรคเอดส์เราจะหลีกเลี่ยงได้อย่างไร

1. เริ่มจากการสร้างครอบครัวให้อบอุ่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญคือครอบครัว จะต้องมีการพูดคุยกันดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เมื่อมีปัญหาควรปรึกษาหารือกัน

2. หมั่นหาความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับเรื่องสิ่งเสพติดเพื่อให้ทราบคุณโทษอย่างแท้จริง คำนึงที่ถูกต้อง

3. ไม่คบหากับผู้ที่ติดสารเสพติด เล่นการพนันหรือผู้ที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ เพื่อป้องกันตนเอง ไม่ให้ถูกสภาพของสังคมพาไปติดสิ่งเหล่านี้

4. สำหรับผู้สูงอายุ สามารถช่วยเหลือครอบครัวได้ด้วยการเป็นตัวอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัว งดสิ่งเสพติดทุกชนิดให้คำปรึกษาเอาใจใส่ดูแลสมาชิกในครอบครัว

สิ่งเสพติดไม่ว่าชนิดใดล้วนแล้วแต่ก่อให้เกิดโทษต่อผู้เสพทั้งนั้น ทั้งร่างกายและจิตใจ มีผลเสียต่อการทำหน้าที่ทางสังคมทุกระดับ ตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน จนถึงประเทศชาติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุนั้นสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องงดเว้นสิ่งเสพติด เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีเป็นหลักยึดหรือที่พึ่งทางใจของบุตรหลาน ก่อให้เกิดความสุขความอบอุ่นเป็นครอบครัวที่พึ่งพาปรารถนาได้

ข้อที่ 7 ดูแลบ้านเรือนของใช้เสื้อผ้า ให้สะอาดตามาใช้

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น มีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งสืบเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่สะอาดทุกสิ่งทุกอย่างที่แวดล้อมตัวเรา ทั้งบ้านเรือน ของใช้ เสื้อผ้า ฯลฯ ที่ถูกละเลยไม่ได้รับการดูแลทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคที่ใกล้ตัวมากที่สุดและก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่ายที่สุด ทั้งโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร และผิวหนัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายโดยทั่วไปอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันโรคลดลงตามอายุขัย จึงมีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น ๆ

ข้อพึงปฏิบัติ

การดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพพลานามัยที่ดีและมีชีวิตที่สดใส ในวัยสูงอายุควรเริ่มต้นที่การดูแล จัดการทำความสะอาดบ้านเรือน ของใช้ เสื้อผ้า ฯลฯ ทุกวัน ดังนี้

1. ทำความสะอาดบ้านเรือนทุกส่วนของห้อง โดยการปิดกวาดเช็ดฝุ่นละอองบนพื้นห้อง บนโต๊ะ บนหลังตู้ ใต้เตียง ขัดถูพื้นและผนังห้องน้ำ ห้องส้วมให้ปราศจากคราบโคลและกลิ่นอุจจาระ ปัสสาวะ รวมทั้งดูแลกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลรอบ ๆ บ้านให้สะอาด

2. ควรนำของใช้ในห้องนอน เช่น ที่นอน หมอน มุ้ง มาผึ่งแดด ไม่ให้ความอับชื้น ควรซักผ้าห่ม ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน มุ้ง อย่างสม่ำเสมอ ควรเปลี่ยนทุกครั้งเมื่อเห็นว่าไม่สะอาดหรืออย่างน้อย 2 สัปดาห์ต่อครั้ง

3. ควรชำระล้างของใช้ในห้องครัวทุกชิ้น ทุกครั้ง หลังเสร็จสิ้นการปรุงอาหารและรับประทานอาหาร

4. ควรเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สวมใส่ทุกวัน และทุกครั้งที่เห็นว่าสกปรก และควรสวมใส่เสื้อผ้าให้เหมาะสมกับฤดูกาลหรือภูมิอากาศ คือควรสวมใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดีในฤดูร้อน ส่วนในฤดูหนาวควรสวมใส่เสื้อผ้าที่มีเนื้อผ้าหนาหรือให้ความอบอุ่นได้ดี

การแพร่ระบาดของและการติดเชื้อโรค จากความไม่สะอาดของที่อยู่อาศัย ของใช้ เสื้อผ้า ฯลฯ นั้นเกิดขึ้นได้ง่าย ทั้งทางระบบหายใจ ผิวหนังและระบบทางเดินอาหาร การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยของใช้ เสื้อผ้า ฯลฯ จึงเป็นวิธีการป้องกันไว้ก่อนที่จะสายเกินแก้ ควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและผู้มีบทบาทสำคัญจะช่วยให้กิจกรรมข้อที่ 7 บรรลุผลคือผู้ดูแลและตัวผู้สูงอายุเอง

ข้อที่ 8 ตรวจสุขภาพให้ถนัดปีละครั้งเป็นอย่างน้อย

การตรวจสุขภาพร่างกายมีความจำเป็นต่อผู้คนทุกเพศทุกวัย เพราะร่างกายของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ จากการศึกษาทางการแพทย์ได้พบข้อสรุปว่า ผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ร่างกายจะหยุดการเจริญเติบโต และมีสภาวะเสื่อมถอยทรุดโทรมลงไปเรื่อยๆ ตามอายุขัยที่เพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการเฝ้าระวังสิ่งผิดปกติหรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายต่าง ๆ ที่ยากต่อการสังเกตเห็นได้เองตามปกติ จึงเป็นการสมควรที่จะต้องไปพบแพทย์ เพื่อตรวจร่างกายให้ทราบแน่ชัดว่าสภาพร่างกายยังปกติหรือมีโรคร้ายใด ๆ หรือไม่เพื่อจะได้ป้องกันหรือแก้ไขดูแลรักษาได้ทันเวลาที่

ข้อพึงปฏิบัติ

1. ควรไปพบแพทย์ปีละ 1 ครั้ง เป็นอย่างน้อย เพื่อตรวจร่างกายทุกระบบ เช่น

1.1 ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการเอกซเรย์ทรวงอก เพื่อเป็นการเฝ้าระวังโรค ความดันโลหิตสูง ภาวะการณเต้นหัวใจผิดจังหวะ ความผิดปกติของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ตลอดจนภาพรังสีหัวใจและปอด

1.2 ตรวจวัดปริมาณไขมันในเส้นเลือดหรือหลอดเลือด เพื่อทราบว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูงหรือไม่

1.3 ตรวจวัดปริมาณน้ำตาลในเลือดหรือปัสสาวะ เพื่อทราบว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่

1.4 ตรวจวัดปริมาณยูริกในเลือด เพื่อทราบว่าเป็นโรคเก๊าท์หรือไม่

1.5 ชั่งน้ำหนักหรือวัดส่วนสูง เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักและส่วนสูง และทราบว่าย่นหรือผอมเกินไปหรือไม่

1.6 ตรวจการทำงานของตับ ไตและสิ่งจำเป็นอื่น ๆ ในแต่ละภาวะของแต่ละบุคคล

2. ขอคำปรึกษาแนะนำจากแพทย์ เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ

การไปตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอหรืออย่างน้อยปีละครั้ง เป็นการสร้างโอกาสที่จะได้รู้ทันโรคร้ายไข้เจ็บ ซึ่งอาจเกิดได้ตามความทรุดโทรมของร่างกาย ที่อยู่นอกเหนือวิสัยที่คนทั่วไปจะสังเกตพบได้ด้วยตัวเอง เป็นการไม่ประมาทในการป้องกันและดูแลรักษาสุขภาพตนเองที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อที่ 9 ผักใฝ่ในธรรม ประกอบกรรมดี อารีต่อทุกคน

การได้รับการยอมรับจากผู้อื่นตลอดจนสังคม ในฐานะที่ได้ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมนั้น เป็นความต้องการของมนุษย์ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง มนุษย์จะอยู่ในสังคมของตนไม่ได้เลย หากปราศจากการยอมรับนับถือจากสมาชิกในสังคม การทำสิ่งที่ดีที่เอื้อประโยชน์สุขแก่บุคคลและสังคมรอบข้าง คือมูลเหตุสำคัญที่ทำให้ได้รับการยอมรับ ทั้งยังเป็นการทำความดีหรือเป็นบุญกุศลในทางศาสนาด้วย การทำประโยชน์แก่ส่วนรวมด้วยความบริสุทธิ์ใจ จะทำให้ได้รับความสุขใจเมื่อระลึกนึกถึงตลอดไป ชีวิตในบั้นปลายก็จะดำเนินไปอย่างมีคุณค่า ในทางสร้างสรรค์เพาะบ่มสร้างสมแต่สิ่งดี ไม่ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลหรือคิดว่าตนเองไร้ค่า

ข้อพึงปฏิบัติ

1. คิดดี : ควรปรับความคิดเห็นให้ได้ว่า การอยู่อย่างผู้ให้มีความสุขใจมากกว่าอยู่อย่างผู้รับ ทั้งนี้ควรเป็นผู้ให้ที่รู้จักประมาณตนเอง

2. ทำดี : ควรต้องปฏิบัติตนเป็นผู้ให้โดยเริ่มจากจุดเล็ก ๆ หรือใกล้ตัวที่สุด คือครอบครัวไปจนถึงชุมชนและสังคมวงกว้าง

2.1 ให้คำปรึกษาแนะนำแต่สิ่งที่ดีงามให้แก่ลูกหลานหรือสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ให้กำลังใจเป็นแบบอย่างการปฏิบัติตนที่ยึดถือได้ เป็นที่พึ่งของความถูกต้องดีงามได้ใส่ใจกับทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัวอย่างทั่วถึง ให้ความช่วยเหลือทางการเงินและวัตถุสิ่งของต่าง ๆ

2.2 ให้คำปรึกษาแนะนำแสดงความคิดเห็นที่จะเป็นประโยชน์ต่อความสงบสุข เจริญก้าวหน้าของชุมชน สังคมและองค์กรที่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องตามฐานะ ตลอดจนให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญพิเศษก็สามารถให้ความรู้ได้ ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็สามารถให้ความช่วยเหลือด้านแรงงานหรือเทคนิควิธี เป็นต้น

2.3 ไม่นิ่งดูตายต่อภาวะฐานะของผู้อื่น ชุมชนและสังคม แม้ว่าจะได้รับคำขอร้องหรือไม่ก็ตาม ตั้งแต่เรื่องเล็กน้อยไปจนถึงส่วนรวม สามารถแสดงบทบาททำที่ที่เอื้ออาทร หากมีความพร้อมและมีความสุขใจพอที่จะกระทำ โดยไม่เบียดเบียนตนเอง

2.4 เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมหรือสโมสร เพื่อเปิดโอกาสให้ตนเองได้สมาคมคบหาผู้อื่น ได้ทำกิจกรรมทั้งในเชิงนันทนาการและการบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ร่วมกับผู้อื่น ทำให้ไม่เจียบเหงารำคาญหรือวิตกกังวล กับเรื่องที่ไม่สร้างสรรค์อารมณ์ หรือจิตใจที่น่ารื่นรมย์ในชีวิตประจำวัน

2.5 วิเคราะห์ตนเองฝึกฝนอบรมจิตใจตนเองด้วยหลักคิดหลักปฏิบัติทางศาสนา เพื่อให้มีความคิดเห็นและการปฏิบัติตนตามครรลองแห่งธรรมยิ่งๆ ขึ้นการบำเพ็ญประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม เป็นมูลเหตุนำไปสู่ความสงบสุขเจริญก้าวหน้าทั้งของครอบครัว ชุมชนและสังคม ขณะเดียวกันก็ส่งผลให้ได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่นก่อให้เกิดความสุขใจเมื่อระลึกถึงเป็นการเพาะบ่มกุศลจิตให้เพิ่มพูนอันจะเป็นหลักยึดหรือที่พึ่งที่ยั่งยืนอย่างแท้จริงของชีวิตในบั้นปลาย

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สาคร อินโทโล⁵⁹ ได้ศึกษาค้นคว้าเรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการด้านสุขภาพในชุมชนและชมรมผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและเกิดแผนงานที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุและนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้

กานต์รวี กอบสุข⁶⁰ ได้ศึกษาค้นคว้าเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรณ เลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์พบว่า ต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำชุมชน โดยใช้

⁵⁹ สาคร อินโทโล, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. รายงานวิจัย, (มหาสารคาม : วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, 2551), บทคัดย่อ.

⁶⁰ กานต์รวี กอบสุข, รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรณ เลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์, วารสารสุขภาพภาคประชาชน, ปีที่ 7 ฉบับที่ 2)

กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเข้าวัดทำบุญฟังธรรม คนในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุหลังดำเนินการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดารารัตน์ จำเกิด และคณะ⁶¹ ศึกษาเรื่อง แนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ($\bar{x} = 2.54$, S.D. = 0.80) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมเพื่อสร้างพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุต้องการให้สนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด ($\bar{x} = 2.57$, S.D. = 0.57) ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมเพื่อสร้างพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.642$) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้สนใจภาวะสุขภาพของตนเองมากนัก เมื่อเจ็บป่วยจะหาแนวทางในการรักษาด้วยตนเอง และยังมีกรบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ กาแฟและเครื่องดื่มเสริมสุขภาพที่บางโอกาสบุตรหลานนำมาให้ ส่วนแนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าควรเริ่มต้นจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การฝึกปฏิบัติการพฤติกรรมกรรมการเสริมสร้างสุขภาพ การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพ และการผสานแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามลำดับ

วิโชติ ผ่าฉวีตี⁶² ศึกษาวิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ต้องมีการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นเข้ามาดำเนินงานร่วมกัน ร่วมกันกำหนดกลวิธีดำเนินงานจัดตั้งเครือข่าย กำหนดผู้รับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆ และร่วมเป็นผู้รับประโยชน์ในฐานะสมาชิกของชุมชน ชุมชนสามารถหา กลวิธีดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง ส่งผลให้เกิดการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งภายหลังจากการดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

⁶¹ ดารารัตน์ จำเกิด และคณะ, แนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2555), หน้าบทคัดย่อ

⁶² วิโชติ ผ่าฉวีตี, การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์, วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 7, 1(มี.ค.-มิ.ย. 2557), หน้า 251 - 258.

นรากร เลไธสง⁶³ ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า เครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและกิจกรรมการออกกำลังกายและสันทนาการ โดยสรุปรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ มีรูปแบบการดำเนินงานอยู่ 2 ส่วน คือ (1) ส่วนของเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแกนนำผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน (2) คือ กระบวนการมีส่วนร่วม วางแผน ปฏิบัติ สังเกตและสะท้อนผลทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ขึ้น

อรวรรณ แผนคงและสุนทรี คำเพ็ง⁶⁴ ได้ศึกษาผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า 1) ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก สิ่งที่สำคัญคือ การประสานงานและการสนับสนุนให้ผู้แทนของชุมชนมีส่วนร่วมตลอดโครงการ

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ ปันดดา ปรียพฤษ และญาณิศา โชติกะคาม⁶⁵ ได้ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค พบว่า กระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการ

⁶³ นรากร เลไธสง, สุมัทนา กลางคารและวรวจน์ พรหมสัตยพรต, รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลหินโคน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์, วารสารบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุรินทร์, ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2558.

⁶⁴ อรวรรณ แผนคง และสุนทรี คำเพ็ง, ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ, **คอลัมน์การสร้างเสริมสุขภาพ**, สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ สสส, ประจำปี 2551. Vol. 16 No. 1, หน้า 1.

⁶⁵ เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ, ปันดดา ปรียพฤษ, ญาณิศา โชติกะคาม. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค . **วารสารพยาบาลทหารบก**. ปีที่13 ฉบับที่2 (พ.ค. -ส.ค.) 2555. หน้า 8.

พัฒนาการมีส่วนร่วมอื่นๆ กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การสร้างทีมแกนนำซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน เริ่มตั้งแต่การค้นหาแกนนำ การเปิดโอกาสการเข้าร่วมแบบจิตอาสา การสร้างข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน 2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ 3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคมและการประชุมร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน วางแผนและดำเนินงานร่วมกันอย่างมีทิศทางและ 4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ เริ่มต้นจากการเปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้ และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม รวมทั้งผลักดันโครงการเข้าสู่แผนพัฒนาชุมชน ที่มีความสอดคล้องกับนโยบายบริหารงานในระดับท้องถิ่น ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมพบว่า 1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยตนเอง 2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค และ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผ่านการดำเนินงานในโครงการดูแลผู้สูงอายุมีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

วรารวรรณ ฐาปนธรรมชัยและกลมพร สอนศรี⁶⁶ ได้ศึกษากลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถติดตามประเมินการทำงานของเทศบาลได้ จากการศึกษาพบกลยุทธ์ใน 4 ประเด็นได้แก่ 1) กลยุทธ์การส่งเสริมการประชาสัมพันธ์เชิงรุก 2) กลยุทธ์การเสริมสร้างความรู้แก่ประชาชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน 3) กลยุทธ์การประเมินแบบเสริมพลังอำนาจ และ 4) กลยุทธ์การสร้างจิตสำนึกการให้บริการเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมให้กับประชาชน

ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์และยุวดี รอดจากภัย⁶⁷ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่ม

⁶⁶ วรารวรรณ ฐาปนธรรมชัยและกลมพร สอนศรี, กลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการพัฒนาเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม, วารสารวิทยบริการ. ปีที่24 ฉบับที่3 กรกฎาคม -กันยายน 2556, 2556.), หน้า 94.

⁶⁷ ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์และยุวดี รอดจากภัย, การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย, วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา : ปีที่9 ฉบับที่2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2557, 2557), หน้า 3

ตัวอย่างจำแนกรายด้าน พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสุขภาพที่อยู่อาศัย ($\bar{x} = 3.64$) รองลงมาคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ($\bar{x} = 3.40$) และ พฤติกรรมที่ปฏิบัติต่ำที่สุดคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x} = 3.03$) ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและดีมาก การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย 1) การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมและกำหนดประเด็นในการสร้างเสริม-สุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน เข้าใจแนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริม สุขภาพด้วยตนเอง และเกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

เกวลี เครือจักร และสุนทรี สุรัตน์⁶⁸ ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายภาคประชาสังคมและชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่าชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแม่จัน มีตำแหน่งยุทธศาสตร์การทำงานในเชิงรุก มุ่งเน้นการใช้ปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็งในการขยายงาน/กิจกรรมที่มีอยู่เดิม พร้อมกับใช้ปัจจัยภายนอกที่เป็นโอกาสสร้างกิจกรรมใหม่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยจัดทำแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว และชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแม่จันก็ได้ดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรมที่ได้วางแผนไว้ทั้งหมด โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายจากการประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายภาคประชาสังคม พบว่ามีความเหมาะสม สอดคล้องเพียงพอและสามารถดำเนินการได้มากที่สุด ในกระบวนการถ่ายทอดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสู่ชุมชนอื่น ได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีชมรมผู้สูงอายุที่ให้การตอบรับและจะนำรูปแบบไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

⁶⁸ เกวลี เครือจักร และสุนทรี สุรัตน์, รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายภาคประชาสังคมและชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย, วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. ปีที่ 3 (2), 2558), หน้า 162.

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย การวิจัยนี้เป็น การวิจัยแบบผสมผสาน(Mix-method) เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ ดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่การวิจัย ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือการวิจัย
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.6 สถิติที่ใช้ในการวิจัย
- 3.7 สรุปกระบวนการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mix-method) มีวิธีดำเนินการวิจัย 3 รูปแบบ ดังนี้

- 1) การศึกษาในเชิงเอกสาร (Documentary study) เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับ โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย การมีส่วนร่วมของประชาชน ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การเรียนรู้ของ ผู้สูงอายุ ตลอดจนพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 2) การวิจัยในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ซึ่งเป็นการศึกษาโดยใช้ แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษาความคิดเห็นจากผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย เพื่อ ประเมินผลการการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 3) การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลใน เชิงลึกโดยการสำรวจพื้นที่ การสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่มระดมความคิดกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ประธานนักเรียน ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานั้น ใช้วิธีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

3.2 พื้นที่การวิจัย ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 พื้นที่การวิจัย

โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย

3.2.2 กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยได้กำหนดไว้ดังนี้

1) ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย ได้แก่ ผู้บริหาร(พระสงฆ์) จำนวน 1 รูป ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 145 คน ครูอาสา จำนวน 14 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน รวมทั้งสิ้น 177 รูป/คน

2) กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(Purposive Sampling) จำนวน 80 รูป/คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายที่อ่านออกเขียนได้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพและสมรรถภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ประธานนักเรียนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย จำนวน 20 รูป/คน

3.3 เครื่องมือการวิจัย

3.3.1 การใช้เครื่องมือ

การดำเนินการตามโครงการวิจัยดังกล่าว เน้นการศึกษาในเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร งานวิจัย รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้อง การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) โดยดำเนินการและใช้เครื่องมือที่สำคัญ ได้แก่

1) แบบสอบถาม ที่พัฒนาจากเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2) การสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) สำหรับผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ประธานนักเรียนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย

3) การจัดประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) เพื่อทราบถึงรูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4) การสังเกต ซึ่งเป็นการสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้สามารถมองเห็นถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.3.2 ลักษณะของเครื่องมือ

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพภายในครอบครัว และความรู้สึกต่อสุขภาพ มีลักษณะคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย แบ่งเป็น 6 ด้าน ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นอื่นๆ และข้อเสนอแนะ

2) แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งได้ปรับปรุงแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ในด้านพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 6 ด้าน ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) คณะผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ประธานนักเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายและผู้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาสถานการณ์

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ วัดหัวฝาย

3. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Observations Participant) ซึ่งเป็นการสังเกตพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการแสดงออกของฝ่ายต่างๆ ที่จะทำควบคู่กับการสัมภาษณ์ ผู้เรียนของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย เพื่อให้สามารถมองเห็นถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มุ่งเน้นการวิเคราะห์โดยการสรุปตามสาระสำคัญ ด้านเนื้อหาที่กำหนดไว้

3.5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เน้นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ เก็บรวบรวมจากผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย จำนวน 60 คน โดยมีขั้นตอนการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) เลือกแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ในการตอบไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2) นำแบบสอบถาม ตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามมาแจกแจงความถี่ของแต่ละคำตอบ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอรูปตารางและความเรียง

3) นำแบบสอบถามตอนที่ 2 เกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มาแจกแจงความถี่ของแต่ละข้อ จัดเป็นอันดับแล้วหาค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เป็นรายข้อและรายด้านและเฉลี่ยรวมทุกด้าน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนน เพื่อให้เห็นระดับของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กำหนดคะแนนของแบบสอบถาม เป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การประเมินค่าเฉลี่ยของลิเคิร์ต(Likert) ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-6 วัน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-3 วัน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติเลย

เกณฑ์การคิดคะแนน เป็นดังนี้เกณฑ์การคิดคะแนน เป็นดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนนเป็น	4
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนนเป็น	3

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ให้คะแนนเป็น 2

ไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนนเป็น 1

การวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์ในการวิเคราะห์ดังนี้¹ ดังนี้

$$\text{สูตร ค่าอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าเฉลี่ยสูงสุด} - \text{ค่าเฉลี่ยต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{แทนค่า} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

ค่าเฉลี่ย	3.26 - 4.00	ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ
ค่าเฉลี่ย	2.51 - 3.25	ปฏิบัติมาก หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
ค่าเฉลี่ย	1.76 - 2.50	ปฏิบัติน้อย หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
ค่าเฉลี่ย	1.00 - 1.75	ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

3.6 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยดำเนินการ ตามขั้นตอนต่อไปนี้

3.6.1 ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์

3.6.2 ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถาม แต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด

3.6.3 คำนวณหาค่าสถิติ โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

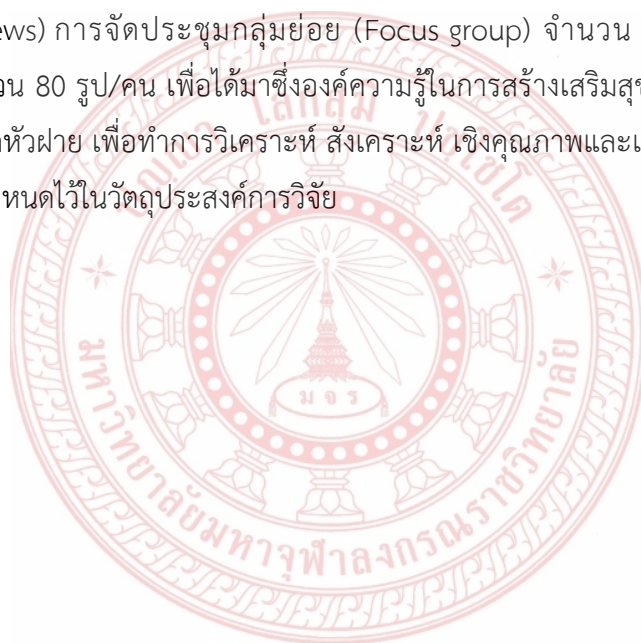
3.6.3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน

3.6.3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการจดบันทึก (Observation and Record) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

¹ บุญชม ศรีสะอาด, การพัฒนาหลักสูตรและการวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตร, (กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น 2546), หน้า 162.

3.7 สรุปกระบวนการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย” เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed method) ทั้งวิจัยการศึกษาในเชิงเอกสาร (Documentary study) การวิจัยในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีวิทยาวิจัยการแบบผสมผสาน เครื่องมือในการเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) คือผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ประธานนักเรียนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม (Questionnaires) จำนวน 60 คน จากการสัมภาษณ์ (Structure In-depth Interviews) การจัดประชุมกลุ่มย่อย (Focus group) จำนวน 20 รูป/คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 80 รูป/คน เพื่อได้มาซึ่งองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย เพื่อทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่ออธิบายผลการวิจัยตามที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์การวิจัย



บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การวิจัยเรื่อง “รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย” ลักษณะการวิจัยคณะผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน(Mix-method) ทั้งวิจัยการศึกษาในเชิงเอกสาร (Documentary study) การวิจัยในเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย จำนวน 60 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพและสมรรถภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ประธานนักเรียนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย จำนวน 20 รูป/คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 80 รูป/คน โดยมีแนวทางการดำเนินด้านการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถาม การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ซึ่งข้อค้นพบจากการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยเสนอผลข้อมูลแยกเป็น 3 หัวข้อ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 3 การเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

4.1 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพวน จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4.1

จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	5	8.33
หญิง	55	91.67
รวม	60	100.00

จากตารางที่ 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33

ตารางที่ 4.2

จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
60 – 64 ปี	14	23.33
65 – 69 ปี	24	40.00
70 – 74 ปี	8	13.33
มากกว่า 74 ปี	14	23.33
รวม	60	100.00

จากตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุ 65 – 69 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคืออายุ 60 – 64 ปีและมากกว่า 74 ปีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3

จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
สมรส	23	38.33
โสด	6	10.00
หม้าย	3	5.00
หย่า	1	1.67
แยกกันอยู่	27	45.00
รวม	60	100.00

จากตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพแยกกันอยู่ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาสมรส จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 38.33 และโสด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4

จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	20.00
ระดับประถมศึกษา	4	6.67
ระดับมัธยมศึกษา	40	66.67
ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1	1.67
ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	3	5.00
อื่น ๆ	0	0.00
รวม	60	100.00

จากตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และระดับประถมศึกษาจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5

จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามการประกอบอาชีพ

การประกอบอาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาชีพ	15	25.00
รับจ้าง	22	36.67
ค้าขาย	11	18.33
เกษตรกรรม	1	1.65
ราชการบำนาญ	8	13.33
อื่น ๆ (ระบุ)	1	1.65
รวม		

จากตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมาไม่มีอาชีพ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 และ ค้าขาย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 18.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6

จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามความเพียงพอของรายได้

ความเพียงพอของรายได้	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอ	35	58.33
มีเหลือเก็บ	15	25.00
ไม่เพียงพอ	5	8.33
มีหนี้สิน	5	8.33
รวม	60	100.00

จากตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 รองลงามีเหลือเก็บ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7

จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามสัมพันธภาพภายในครอบครัว

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
อยู่คนเดียว	10	16.67
อยู่กับคู่ครอง	9	15.00
อยู่กับคู่ครองหรือบุตรหลาน	27	45.00
อยู่กับบุตรหลานหรือญาติ	1	1.65
อยู่กับคนอื่น	13	21.67
รวม	60	100.00

จากตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่กับคู่ครองหรือบุตรหลาน จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาอยู่กับคนอื่น จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 21.67 และอยู่คนเดียว จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8

จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามความรู้สึกต่อสุขภาพ

ความรู้สึกต่อสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	16	26.67
ดี	36	60.00
ปานกลาง	7	11.67
ไม่ดี	1	1.65
รวม	60	100.00

จากตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้สึกดีต่อสุขภาพดี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาสุขภาพดีมาก จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 และมีสุขภาพปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 11.67 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ข้อมูลด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 6 ด้าน ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับ

ความเครียด วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละข้อ นำเสนอข้อมูลในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.9

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกรายด้าน

ข้อ	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1	ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.64	0.61	มากที่สุด
2	ด้านการออกกำลังกาย	3.69	0.51	มากที่สุด
3	ด้านโภชนาการ	3.08	0.57	มาก
4	ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.51	0.78	มากที่สุด
5	ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.71	0.57	มากที่สุด
6	ด้านการจัดการกับความเครียด	3.40	0.82	มากที่สุด
	รวม	3.56	0.59	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกรายด้าน พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ($\bar{x}=3.71$) รองลงมาคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x}=3.69$) และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติด้านโภชนาการ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=3.08$)

ตารางที่ 4.10

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ข้อ	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1.	ท่านปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้ที่มีความรู้	3.90	0.35	มากที่สุด
2.	ท่านปรึกษากับคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้านในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ	3.87	0.56	มากที่สุด
3.	ท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ	3.95	0.22	มากที่สุด
4.	ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น	3.72	0.71	มากที่สุด

5.	ท่านสังเกตอาการผิดปกติในตัวท่าน	3.42	.78	มากที่สุด
6.	ท่านบอกเล่ากับญาติเมื่อรู้สึกไม่ค่อยสบาย	3.37	.79	มากที่สุด
7.	ท่านหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์	3.26	.84	มากที่สุด
รวม		3.64	0.61	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ผู้สูงอายุปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ ($\bar{x} = 3.95$) รองลงมาคือ ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้ที่มีความรู้ ($\bar{x} = 3.90$) และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ ($\bar{x} = 3.26$)

ผลการศึกษาชี้พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความสนใจ เรื่องความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองจากผู้ที่มีความรู้ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับเพื่อนนักเรียนผู้สูงอายุบ้าง ซึ่งผู้สูงอายุท่านหนึ่งกล่าวว่า

สื่อความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ แต่เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ครู นำหนังสือหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมาให้ศึกษา บางครั้งอ่านแล้วไม่รู้เรื่อง ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง น่าจะมีสื่อที่ผู้สูงอายุศึกษาเข้าใจง่ายมาเผยแพร่บ้าง (อำไพ เชื้อเมืองพาน ผู้ให้สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2559)

ตารางที่ 4.11

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย

ข้อ	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1.	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นานครั้งละประมาณ 30 นาที	3.73	0.54	มากที่สุด
2.	ในขณะที่ออกกำลังกาย ท่านรู้สึกผ่อนคลายและสนุก	3.82	0.39	มากที่สุด
3.	หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติ	3.85	0.36	มากที่สุด

4.	ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา	3.95	0.22	มากที่สุด
5.	ก่อนออกกำลังกาย ท่านมีการเตรียมร่างกายให้พร้อม สำหรับการออกกำลังกาย	3.88	0.37	มากที่สุด
6.	ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก	3.68	0.59	มากที่สุด
7.	ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น	2.90	1.12	มาก
รวม		3.69	0.51	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.11 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ผู้สูงอายุทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ($\bar{x}=3.95$) รองลงมาคือ ก่อนออกกำลังกาย ผู้สูงอายุจะมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย ($\bar{x}=3.88$) และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือผู้สูงอายุจะออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ($\bar{x}=2.90$)

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อยืดเส้นยืดสาย โดยการแกว่งแขน ยืดขา เมื่ออยู่ที่บ้านเป็นประจำ นอกเหนือจากการออกกำลังกายในวันที่มาเรียนหนังสือที่โรงเรียน แม้บางครั้งเมื่อออกกำลังกายนาน ๆ จะรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อย ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังเห็นถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย

ซึ่งผู้สูงอายุอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า

การออกกำลังกายกับเรื่องอาหารการกินเป็นสิ่งสำคัญทั้งคู่ จึงให้ความสนใจทั้งการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร สำหรับเรื่องการออกกำลังกายนั้น ได้นำความรู้ที่ได้จากโรงเรียน มาออกกำลังกายที่บ้านบ้าง บางครั้งใช้การทำงานบ้านหรือกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น การปลูกต้นไม้ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ เป็นการออกกำลังกาย ส่วนเรื่องอาหารการกินเน้นการกินอยู่ง่าย ๆ ให้ครบสามมื้อก็พอแล้ว ทุกวันนี้เน้นอาหารประเภทน้ำพริก ผักลวก ผักต้ม มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพ จากรายการโทรทัศน์ และจากการออกเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (จินดา ดารานนท์ ผู้ให้สัมภาษณ์, 19 พฤษภาคม 2559)

ตารางที่ 4.12

พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการ

ข้อ	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1.	ท่านรับประทานอาหารผัก	3.93	0.25	มากที่สุด
2.	ท่านรับประทานอาหารผลไม้	3.93	0.25	มากที่สุด
3.	ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	3.97	0.18	มากที่สุด
4.	ท่านเคี้ยวอาหารช้า ๆ ให้ละเอียดก่อนกลืนเมื่อรับประทานอาหาร	3.90	0.44	มากที่สุด
5.	ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด	1.57	0.99	น้อยที่สุด
6.	ท่านชอบรับประทานขนมหวาน	2.00	0.88	น้อย
7.	ท่านชอบรับประทานอาหารประเภททอดหรือเนื้อติดมัน	2.25	1.00	น้อย
รวม		3.08	0.57	มาก

จากตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ผู้สูงอายุดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว ($\bar{x} = 3.97$) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุรับประทานอาหารผักและรับประทานผลไม้ ($\bar{x} = 3.93$) และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ รับประทานอาหารรสเค็มจัด ($\bar{x} = 1.57$)

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพ ด้านโภชนาการที่ดี โดยผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารประเภทผักลวก ผักต้ม อาหารพื้นบ้าน หลีกเลียงหรือลดการใช้เครื่องปรุงรสประเภท ผงชูรส คนอร์ น้ำปลา น้ำตาล เป็นต้น นอกจากนี้ลดอาหารที่มีไขมันสูง อาทิเช่น อาหารจำพวกของทอด ผัดหรือใส่กะทิและงดเว้นเครื่องดื่มประเภทบำรุงกำลังและที่มีแอลกอฮอล์

ซึ่งผู้สูงอายุอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า

ทุกวันนี้การรับประทานอาหารประจำวันจะเน้นการบริโภคผัก ประเภทผักลวก ผักต้ม และผลไม้ ไม่บริโภคอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด และมีไขมันมาก อาทิเช่น อาหารที่ ผัก ทอดหรือที่ใส่กะทิ การปรุงอาหารมีการใส่เครื่องปรุงรสบ้างเป็นบางครั้ง นอกจากนี้จะดื่มน้ำสะอาดในปริมาณมาก งดเว้นการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (จันทร์เพ็ญ ตัวลือ ผู้ให้สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2559)

ตารางที่ 4.13

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ข้อ	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1.	ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	3.35	0.87	มากที่สุด
2.	ท่านติดต่อพูดคุยหรือเยี่ยมเยียนญาติหรือเพื่อนฝูง	3.52	0.76	มากที่สุด
3.	ท่านร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวและเพื่อนบ้านได้ดี	3.55	0.80	มากที่สุด
4.	ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	3.55	0.76	มากที่สุด
5.	ท่านพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง	3.43	0.76	มากที่สุด
6.	ท่านมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ	3.58	0.74	มากที่สุด
7.	ท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว	3.63	0.75	มากที่สุด
รวม		3.51	0.78	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.13 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว ($\bar{x} = 3.90$) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ ($\bar{x} = 3.58$) และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ($\bar{x} = 3.35$)

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุปฏิบัติตนให้เป็นที่นับถือของคนรอบข้าง โดยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัว เพื่อนบ้านและโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้เมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบายใจ จะได้กำลังใจจากครอบครัว คนใกล้ชิดและเพื่อน ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุด้วยกันมีการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น การมาเรียนที่โรงเรียนผู้สูงอายุหรือการเยี่ยมบ้านของเจ้าอาวาสวัดหัวฝายพร้อมกับเพื่อน ๆ นักเรียนผู้สูงอายุ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะคอยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมาตรวจสุขภาพ

ซึ่งผู้สูงอายุท่านหนึ่งกล่าวว่า

...เมื่อมีการเจ็บป่วยจะได้กำลังใจจากเพื่อนนักเรียนผู้สูงอายุด้วยกัน รวมถึงคนในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ ทำให้เกิดมีกำลังใจที่จะต่อสู้โรคร้ายไข้เจ็บและพยายามแสวงหาแนวทางการ

รักษาให้หายป่วยโดยเร็ว โดยการใช้ทั้งยาสมุนไพรและยาแผนปัจจุบัน (ภัทรพร พงษ์สวัสดิ์ผู้ให้สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2559)

ตารางที่ 4.14

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

ข้อ	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1.	ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ	3.15	0.96	มาก
2.	ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว	3.82	0.50	มากที่สุด
3.	ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่	3.82	0.53	มากที่สุด
4.	ท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน	3.68	0.56	มากที่สุด
5.	ท่านรู้สึกมีความสุขและพอใจเมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา	3.52	0.70	มากที่สุด
6.	ท่านได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ	3.77	0.56	มากที่สุด
7.	ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.87	0.46	มากที่สุด
8.	ท่านเป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน	3.82	0.43	มากที่สุด
9.	ท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า	3.83	0.37	มากที่สุด
10.	ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข	3.80	0.57	มากที่สุด
11.	ท่านเตรียมพร้อมที่จะพบกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต	3.65	0.73	มากที่สุด
12.	ท่านนึกถึงอนาคตอยู่เสมอ	3.85	0.44	มากที่สุด
รวม		3.71	0.57	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.14 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ผู้สูงอายุยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ($\bar{x} = 3.87$) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุนึกถึงอนาคตอยู่เสมอ ($\bar{x} = 3.85$) และพฤติกรรมที่ปฏิบัติ น้อยที่สุดคือผู้สูงอายุสมหวังในสิ่งที่ต้องการ ($\bar{x} = 3.15$)

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน แม้จะต้องอยู่กันตามลำพังเนื่องจากลูกหลานออกไปทำงานที่อื่น นอกจากนั้นพยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มี

ความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ และมีความคิดว่าได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว (หนูพร ยศเมือง ผู้ให้สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2559)

ตารางที่ 4.15

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการจัดการกับความเครียด

ข้อ	รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1.	ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น	3.43	0.84	มากที่สุด
2.	ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้	3.72	0.66	มากที่สุด
3.	ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ	3.68	0.62	มากที่สุด
4.	เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุก่อน	3.35	0.96	มากที่สุด
5.	ท่านปฏิเสธคำขอร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส	2.83	1.00	มากที่สุด
รวม		3.40	0.82	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.15 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ผู้สูงอายุบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ ($\bar{x}=3.72$) รองลงมาคือ ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ ($\bar{x}=3.68$) และพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุปฏิเสธคำขอร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส ($\bar{x}=2.83$)

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความเครียด เนื่องจากบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ เมื่อเกิดความเครียดจะมีวิธีการปฏิบัติเพื่อคลายความเครียดและวิตกกังวล ด้วยวิธีการพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยกันเวลามาเรียนหนังสือหรือคุยกับเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ จะใช้วิธีการปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ นอนพักผ่อน ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น

ผู้สูงอายุอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า

ทุกวันนี้ฉันเรียนผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญมากในการพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเราไม่โดดเดี่ยว ถ้าเกิดความเครียดก็เข้าวัดฟังเทศน์หรือไม่กัสนทนาธรรมกับพระบ้างเป็นบางครั้งคราว จะไปทำบุญและฟังเทศนาธรรมวันพระ มีการเจริญ

สมาธิบ้างตามโอกาส และมีความคิดว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นจำเป็นต้องหาที่พึ่งทางใจ (อัจจิมา รินเที่ยง ผู้ให้สัมภาษณ์ 19 พฤษภาคม 2559)

4.2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ในขั้นตอนการวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานทางด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด ผลการเรียนรู้โดยกระบวนการวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วม พบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพื้นฐานส่วนบุคคลที่เอื้อต่อการเข้าร่วมกิจกรรม โดยผู้สูงอายุส่วนหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้างและไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 36.67 และร้อยละ 25.00 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว สามารถเข้าถึงระบบการเสริมสร้างสุขภาพจากโรงเรียนผู้สูงอายุได้ดี เมื่อเจ้าอาวาสได้ประสานงานให้มาร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีการพบปะพูดคุยกันระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน ซึ่งจะช่วยลดปัญหาความเครียด ความวิตกกังวลได้ และยังเป็นการใช้เวลาว่างในการทำประโยชน์แก่ชุมชนในโอกาสต่าง ๆ เช่น การร่วมทำอาหารเมื่อวัดหรือโรงเรียนผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือในช่วงเทศกาลสำคัญทางศาสนา การออกไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุภายในชุมชน การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมนันทนาการ การทัศนศึกษาในสถานที่ต่าง ๆ เป็นต้น

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนหลายคนขาดโอกาสในการเข้าถึงสุขภาพที่ดี ทั้งที่มีความต้องการพัฒนาและดูแลตนเอง สาเหตุของปัญหาส่วนหนึ่งมาจากเรื่องเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุต้องทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองอยู่ จึงทำให้ไม่สะดวกในการมาโรงเรียนเพื่อร่วมกิจกรรม จากการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าว ผู้สูงอายุได้เสนอให้มีการประชาสัมพันธ์และออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุ โดย นางอำไพ เชื้อเมืองพาน ประธานนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ได้ให้ข้อคิดเห็นในประเด็นนี้เพิ่มเติมว่า ผู้สูงอายุบางคนเจ็บป่วยเนื่องจากอายุมาก จึงทำให้จำนวนนักเรียนลดลง ขณะเดียวกันจะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุกลุ่มใหม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยเช่นกัน จากการระดมความคิดเห็นผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเห็นว่า ควรให้คนรุ่นใหม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เพราะการสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงผู้สูงอายุเท่านั้น คนทุกกลุ่มทุกวัยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพได้

ในมิติการดูแลสุขภาพยังพบว่า จากการเอาใจใส่ของพระครูปิยวรรณพิพัฒน์ เจ้าอาวาสและผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ที่ติดตามและสร้างความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขอำเภอพาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลางและผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ วัดหัวฝายอย่างยาวนาน ทำให้มีการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยและเมื่อมีการตรวจคัดกรองสุขภาพแล้ว จะเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลางบ้างหรือโรงพยาบาลพานบ้าง แต่ผู้สูงอายุบางคนมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีอาการเจ็บป่วยและจะไม่ไปตรวจสุขภาพ บทบาทที่สำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลาง เมื่อได้รับการประสานงานจากเจ้าอาวาสวัดหัวฝายให้มาตรวจสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ หลังจากนั้นจะมีการนำข้อมูลของผู้สูงอายุมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ให้การดูแลรักษาโรค ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง



ภาพที่ 4.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก

ภาพที่ 4.2 แปรงฟันหลังจากรับประทานอาหาร

ด้านการออกกำลังกาย จากการวิเคราะห์ประเด็นแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมในความหมาย “การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่” นั้นไม่ได้จำกัดอยู่เพียงด้านกายเพียงประการเดียว แต่ยังหมายถึงด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ ที่ล้วนมีความสำคัญเช่นกัน การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายนั้น ได้จัดไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนหมวดวิชาชีวิต 50 % ด้านสุขภาพทางกาย: ซึ่งกำหนดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่หลากหลาย อาทิเช่น รำวงย้อนยุค เต้นรองเง็ง รำผ้าขาวม้าเข้าจังหวะเพลง ออกกำลังกายประยุกต์ เต้นแอโรบิก กิจกรรมเข้าจังหวะ รำไม้พลอง รำไท่เก๊ก เป็นต้น เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งยังช่วยฝึกในเรื่องสมาธิ ความจำและช่วยในการไหลเวียนของโลหิตได้เป็นอย่างดี



ภาพที่ 4.3 การรำไทเก๊ก

ภาพที่ 4.4 การรำผ้าขาวม้าเข้าจังหวะเพลง

ด้านโภชนาการ นอกจากประเด็นมิติสุขภาพด้านกาย คือการออกกำลังกายแล้ว การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย การเลือกชนิดของอาหาร ปริมาณสารอาหารที่รับประทานต่อวัน ก็เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญ ด้วยการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และยังพบว่าผู้สูงอายุบางคนยังติดในการควบคุมบริโภคอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด และมีไขมันมากและรับประทานอาหารไม่ครบทั้งห้าหมู่ ทางโรงเรียนจึงได้จัดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารดี มีประโยชน์ต่อสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในโรงเรียนเป็นบางครั้งคราว

นอกจากนี้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุนั้น ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลว่า ควรดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารที่ไม่ใช่เครื่องปรุงรสต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดรสเค็มอย่างเช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ้วขาว ซีอิ้วดำ รับประทานผักและผลไม้มาก ๆ รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุบางคนมีร่างกายแข็งแรงได้อย่างเหมาะสม โดยการใช้พืชสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ เช่น ฟ้าทลายโจร ขมิ้นชัน เสลดพังพอน มะแว้ง รางจืด โดยเฉพาะมีการรับประทานผักพื้นบ้านทางภาคเหนือเป็นประจำ ควบคู่กับอาหารประเภทลาบ อาหารประเภทยำ ลดอาหารที่มีไขมันสูงได้แก่ อาหารจำพวกของทอด ผัดหรือใส่กะทิ



ภาพที่ 4.5 การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุนั้น ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เนื่องจากในปัจจุบันการทำงานนอกบ้านของบุตรหลานมีมากขึ้น การแยกครอบครัวหลังจากแต่งงานของบุตรหลาน ทำให้เวลาพบปะสนทนากันภายในครอบครัวค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่บุตรหลานไม่ค่อยให้ความสนใจและตระหนักในคุณค่าผู้สูงอายุ ไม่เข้าใจสภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่ อีกทั้งสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะซึ้นลง หงุดหงิดง่าย ประกอบกับความสัมพันธ์ในครอบครัวยังคงมีลักษณะต่างคนต่างอยู่ เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจที่บุตรหลานต้องออกไปประกอบอาชีพและเลี้ยงดูบุตรหลานของตนเองเช่นกัน

แต่จากลักษณะความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้สูงอายุในโรงเรียน ที่ส่วนหนึ่งมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติหรือคนบ้านใกล้เรือนเคียงกันมาก่อน เมื่อได้มารวมตัวทำกิจกรรมกันจึงมีความสนิทสนมและผูกพันกัน ผู้สูงอายุท่านหนึ่งกล่าวว่า “การมารวมตัวกันเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การมาเรียนที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ได้ออกกำลังกาย ทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้มีเพื่อนคุย ไม่เหงา เป็นการผ่อนคลายอย่างหนึ่ง” อย่างไรก็ตาม กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมารวมตัวกันและทำเป็นประจำเช่น การมาเรียนหนังสือ การเข้าวัดฟังธรรมในวันพระหรือวันสำคัญทางศาสนา รวมทั้งงานพิธีต่าง ๆ เช่น งานขึ้นบ้านใหม่ งานบุญและงานศพ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กัน



ภาพที่ 4.6 การออกเยี่ยมผู้ป่วย

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ มิติด้านการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุได้ร่วมกันวิเคราะห์ถึงการดูแลสุขอนามัยตนเอง ร่วมกับผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยสามารถให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพได้ว่า หมายถึง การปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ในมิติของสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงการใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพะทางกาย จิตและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายแข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีสื่อถึงการ “สร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่” ทั้งยังเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมรวมไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

ด้านการจัดการกับความเครียด

มิติด้านการดูแลตนเองการจัดการความเครียด เมื่อผู้สูงอายุเกิดความเครียดจะมีวิธีการปฏิบัติเพื่อคลายความเครียดและวิตกกังวล ด้วยวิธีการพูดคุยกับเพื่อนนักเรียนผู้สูงอายุด้วยกัน เวลาเรียนหนังสือหรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน นอกจากนั้นผู้สูงอายุจะเข้าวัดฟังเทศน์หรือไม่ก็สนทนาธรรมกับพระบ้างเป็นบางครั้งคราว หรือไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา



ภาพที่ 4.7 กิจกรรมการเทศนาธรรม

ภาพที่ 4.8 กิจกรรมการสืบทอดวิชาหลวง

อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วม พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลตนเองจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ตนเองทราบวิธีการที่ถูกต้องสามารถนำไปปรับใช้ภายในครัวเรือน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นแม่บ้านถือเป็นบุคคลสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในครอบครัวด้านการดูแลตนเองอย่างถูกสุขอนามัย

นอกจากนี้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุยังพบมิติที่น่าสนใจด้านอื่น อาทิ ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งด้านการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในด้านการสืบทอดวัฒนธรรมประเพณี ผ่านหน่วยงานองค์กรภาครัฐคือ องค์การบริหารส่วนตำบลสันกลาง กำนันตำบลสันกลาง ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านในตำบลสันกลางและศูนย์การศึกษาอนุบาลและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอพาน ในการสืบทอดวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นผ่านบุคคลต้นแบบด้านการส่งเสริมและอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งสามารถนำมาต่อยอดพัฒนาไปสู่กิจกรรมศูนย์การเรียนรู้ที่บูรณาการงานด้านสุขภาพกับวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น โดยผ่านการเรียนรู้ด้านปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีเอกลักษณ์ของชุมชน เช่น การทำส้มหมาก/ส้มปู้ การสานตะแหลเวจ็ด การทำต้นหมาก ต้นเทียน การตัดตุ้ง การทำหมากขันตั้ง การทำบายศรีสู่ขวัญแบบดั้งเดิม เป็นต้น โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้ในโรงเรียนได้ถ่ายทอดความรู้สู่เยาวชนคนรุ่นใหม่ หรือแม้แต่การจัดกิจกรรมสร้างรายได้ เช่น ทำลูกประคบ ยาหม่อง น้ำมันไพร ที่เป็นภูมิปัญญาที่สร้างชื่อเสียงกับโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายมาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการทำดอกไม้ประดิษฐ์ ตักตุงการบูร การทำขนมไทย ขนมพื้นบ้าน ทำของที่ระลึก ทำผ้าพันคอ ทำผ้าเช็ดเท้า เหยียนโปรยทาน และมีกิจกรรมนันทนาการ เช่น ดนตรีพื้นบ้าน เป็นต้น



ภาพที่ 4.9 กิจกรรมการเรียนรู้ส่มหมาก/ส่มปู

ภาพที่ 4.10 กิจกรรมการเรียนรู้การปั่นฝ้าย

บทบาทของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝ้ายต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของที่ผ่านมา มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการร่วมมืออนุรักษ์ประเพณีวัฒนธรรมทางศาสนา การถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาร่วมกับศูนย์การศึกษานอกกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอพานและองค์การบริหารส่วนตำบลสันกลาง ในการเป็นวิทยากรให้ความรู้ การแสดงสาธิตการออกกำลังกาย อาทิเช่น การรำผ้าขาวม้าเข้าจังหวะเพลง การรำไทเก๊ก เป็นต้น ซึ่งภายหลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัย โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝ้ายได้เข้าร่วมขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุตำบลสันกลาง ในการร่วมรณรงค์การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง โดยผ่านการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลสันกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โรงพยาบาลพาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลางและศูนย์การศึกษานอกกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอพาน ในการเข้าร่วมกิจกรรมถ่ายทอดองค์ความรู้แก่นักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝ้ายและการประชาสัมพันธ์ข้อมูล การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุไปยังเครือข่ายทั้งหมดซึ่งในปัจจุบันมีทั้งหมด 129 แห่งทั่วทั้งจังหวัดเชียงราย

4.3 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝ้าย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

คณะผู้วิจัยได้จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม โดยเข้าไปขออนุญาตพระครูปิยวรรณพิพัฒน์ เจ้าอาวาสและผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝ้าย

และทำความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ประธานนักเรียนและผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ วัดหัวฝาย และกำหนดประเด็นในการส่งเสริมสุขภาพสูงอายุ ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สภาพปัจจุบันของการดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ วัดหัวฝาย

การประชุมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่ออภิปรายเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่ได้ดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย พบข้อมูลสำคัญโดยสรุปดังนี้

บทบาทของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ผู้สูงอายุที่มีบทบาทเป็นกรรมการนักเรียนหรือเป็นจิตอาสา โดยพระครูปิยวรรณพิพัฒน์ เจ้าอาวาสและผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย เป็นผู้ประสานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการความสะอาดในการจัดบริการสุขภาพ อาทิเช่น การจัดเตรียมสถานที่/อุปกรณ์ การประชาสัมพันธ์ การกระตุ้นให้นักเรียนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

บทบาทของผู้สูงอายุ เป็นผู้รับบริการและเป็นศูนย์กลางในการจัดบริการสุขภาพที่ดำเนินงานโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่มุ่งให้บริการแก่ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวบ้าง เช่น โรคกระดูกทับเส้น ปวดตามข้อ ปวดเข่า เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ลักษณะของกิจกรรม เป็นทั้งกิจกรรมระดับบุคคลและกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่

กิจกรรมเฉพาะบุคคล เช่น ได้รับความรู้ คำแนะนำเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกายตามภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล

กิจกรรมสำหรับกลุ่มบุคคล เช่น เข้าร่วมประชุมเพื่อรับรู้ข้อมูลข่าวสารและเป็นผู้รับความรู้ด้านสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย เข้าร่วมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เข้าร่วมกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค นอกจากนั้นรวมกลุ่มกันในการสืบทอดสืบสานการเรียนรู้ภูมิปัญญาไทย ภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนา การดำรงชีวิต การแพทย์แผนไทย ศิลปกรรม ดนตรี การละเล่น ประดิษฐ์กรรมและอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการนำความรู้และทักษะที่ได้จากการเรียนรู้นำมาปรับและประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

กิจกรรมระดับโรงเรียน เช่น การแจ้งข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์ การจัดนิทรรศการ การจัดทำและเผยแพร่เอกสารแผ่นพับเผยแพร่ความรู้ ตรวจสอบสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยง นัดหมายให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมตรวจคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ

แหล่งประโยชน์ที่มีศักยภาพในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ

แหล่งประโยชน์ที่เป็นบุคคล ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
ชมรมผู้สูงอายุตำบลสันกลาง นักเรียนผู้สูงอายุและกลุ่มจิตอาสาอื่น ๆ

แหล่งประโยชน์ที่เป็นสถานที่ ได้แก่ วัด ศูนย์สุขภาพชุมชน บ้านหรือพื้นที่ส่วนใด
ส่วนหนึ่งของบ้านผู้มีจิตสาธารณะ

แหล่งประโยชน์ที่เป็นสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แผ่นติดประกาศชนิดถาวรในวัดหัวฝาย ใน
ชุมชนตำบลสันกลาง เสียงตามสาย

โดยสรุป ภาพรวมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินการในโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
มุ่งเน้นการป้องกันโรคเรื้อรัง กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะส่วน
บุคคลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เช่น จัดกิจกรรมออกกำลังกายก่อนเข้าเรียน จัดกลุ่มให้ความรู้ รวมทั้ง
จัดหาสื่อสุขภาพต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ เป็นต้น บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมเหล่านี้คือ
เป็นผู้รับ เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารและเป็นผู้รับบริการ

ภาพที่ 4.11 สมุดบันทึกการตรวจฟัน

ภาพที่ 4.12 สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพ

2. ความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายและ ข้อมูลสนับสนุน

การประชุมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินวิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริม
สุขภาพกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ดำเนินการแล้ว และเสนอความต้องการของโรงเรียน
ผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ดังต่อไปนี้

2.1 โรงเรียนผู้สูงอายุต้องการยกระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อสร้าง
เสริมสุขภาพโดยโรงเรียนผู้สูงอายุเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1) โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ดังตัวอย่างความคิดเห็น

“.....หน่วยงานที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนอย่างต่อเนื่องคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลพาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือต้องการคำแนะนำในการดูแลตนเอง นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลยังเป็นเหมือนพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข.....”

“.....โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายจัดประชุมกรรมการนักเรียน ถ้านักเรียนผู้สูงอายุต้องการสิ่งสนับสนุน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกันหรือร่วมกับโรงเรียนผู้สูงอายุอื่น สามารถขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ รวมทั้งสถาบันทางการศึกษาที่ร่วมสนับสนุนและให้คำปรึกษากับโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย อาทิเช่น มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยราชภัฏล้านนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เป็นต้น ยินดีเข้ามาจัดกิจกรรมให้โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย และเครือข่าย.....”

2) วิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากทุกมิติ การปฏิบัติในบางกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ เช่น ปฏิบัติตามแผนการออกกำลังกายที่โรงเรียนกำหนดไว้เป็นหลักสูตร นอกจากนั้นยังมีการออกกำลังกายพร้อม ๆ ไปด้วยกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ถึงแม้ว่าออกกำลังกายบางครั้งจะรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ซึ่งมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

3) ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนเพื่อการจัดการพัฒนาทางจิตวิญญาณได้ดีกว่ามิติอื่น ๆ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดได้ ดังตัวอย่างความคิดเห็น

“.....บางเรื่องเราก็พอจะดูแลช่วยเหลือกันเองได้ วัน ๆ หนึ่ง ถ้ามีเวลาว่างหรือเวลาว่างมาเรียนหนังสือเราก็คุย ๆ กัน ใครไม่สบายใจ ทุกข์ร้อนใจอะไรก็ปลอบใจกันไป นอกจากนั้นบางทีก็ชวนกันไปทำบุญ สวดมนต์ บางครั้งเจ้าอาวาสจะพาผู้สูงอายุไปทัศนศึกษา.....”

“.....ถ้ามาโรงเรียนจะมีครูมาสอนการออกกำลังกาย เช่น เดินอราบิค รำวงย้อนยุค รำไทเก๊ก รำไม้พลอง รำผ้าขาวม้าเข้าจังหวะเพลง ซึ่งมีความเหมาะสมกับสังขารร่างกาย แต่ถ้าวันที่ไม่ได้มาเรียนหนังสือก็อาศัยทำงานบ้านที่ไม่หนักไม่เหนียวเกินไป ออกแรงบ้าง ไม่อยู่นิ่ง ๆ โดยมีความคิดว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง.ถ้ามีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย จะแก้ด้วยท่ากายบริหาร ด้วยการเหยียดแขน ขา กล้ามเนื้อ.แทนการใช้ยา...”

2.2 โรงเรียนผู้สูงอายุต้องการภาพทัศนของการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การปรับพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสก่อโรคที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงด้วยตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1) ผู้สูงอายุปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลตนเอง ดังตัวอย่างความคิดเห็น

“.....การที่เจ้าอาวาสได้ประสานงานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลมาติดตามเยี่ยมอย่างใกล้ชิดที่โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ช่วยให้ผู้สูงอายุมั่นใจมากขึ้นว่า สามารถดูแลตัวเองได้ถูกต้อง ทั้งเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ซึ่งมีความสำคัญมาก.....”

2) ผู้สูงอายุต้องการคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังตัวอย่างความคิดเห็น

“.....ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพต่าง ๆ เกิดขึ้นเนื่องจากได้ข้อมูลจากคำแนะนำจากพยาบาล จากแผ่นพับที่ได้รับแจกเมื่อโรงเรียนจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพร่างกาย เช่น วัดความความดัน ตรวจเบาหวาน ตรวจสุขภาพฟัน เป็นต้น.....”

3) ผู้สูงอายุมีความต้องการการพัฒนาทักษะในการเฝ้าระวังหรือการคัดกรองสุขภาพด้วยตนเอง ทักษะการควบคุมตนเองและตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง การใช้เมนูอาหารทดแทน เช่น เลือกผลไม้แทนขนมหวาน การเลือกรับประทานอาหารที่ให้คุณค่าตามหลักโภชนาการ การวิเคราะห์ส่วนประกอบก่อนบริโภคอาหารสำเร็จรูป เป็นต้น ดังตัวอย่างความคิดเห็น

“.....ยังไม่ค่อยแน่ใจว่าอาหารที่กินอยู่ทุกวันนี้ช่วยให้ความดันลดลงไหม น้ำตาลลดลงหรือเปล่า มีพยาบาลมาวัดความดันให้เป็นบางครั้ง แต่ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สามารถวัดความดันและได้เรียนด้วยกันคงจะดีขึ้น จะทำให้ดูแลผู้สูงอายุด้วยกันเองได้ด้วย.....”

4) ผู้สูงอายุต้องการแนวทางในการจัดการความเครียดด้วยตนเอง วิธีการปรับวิถีชีวิตเพื่อคลายความเครียด รวมทั้งวิธีการปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง การใช้สติพิจารณาปัญหาอุปสรรค การคิดด้วยความรู้สึกที่ดีต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องแก้ไข ดังตัวอย่างความคิดเห็น

“.....คิดว่าตัวเองไม่เครียด เนื่องจากบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ แม้บางครั้งจะมีเรื่องลูกหลานให้เป็นห่วงบ้าง แต่ถ้ามีความเครียดจะแก้ด้วยวิธีการพูดคุยกับเพื่อนผู้สูงอายุหรือเพื่อนบ้านบ้าง หรือพยายามแก้ไขไปที่ละเรื่อง เพื่อไม่ให้เครียด นอกจากนั้นจะใช้วิธีการปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ นอนพักผ่อน ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น.....”

2.3 โรงเรียนผู้สูงอายุต้องการความรู้เพื่อการตัดสินใจในการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและการปรับบทบาทตนในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1) โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายมีแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพทั้งในด้านบุคคล ได้แก่ ครูจิตอาสา ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มจิตอาสาอื่น ๆ ด้านสถานที่ ได้แก่ วัด ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แผ่นติดประกาศชนิดถาวรในโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ศาลาในหมู่บ้าน เสียงตามสาย เป็นต้น ดังตัวอย่างความคิดเห็น

“.....คนในชุมชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือดี ขอใช้สถานที่จัดกิจกรรมหรือติดประกาศได้เสมอเพราะเขาเองก็ได้ประโยชน์ ได้ความรู้ไปด้วยหรือบางทีมีคนในบ้านเป็นนักเรียนผู้สูงอายุชุมชนที่ติดวัดหรืออยู่ในที่วัด ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีเมื่อโรงเรียนจัดกิจกรรม ทุกคนให้ความร่วมมือและช่วยเหลือกัน.....”

“.....เวลาที่โรงเรียนมีกิจกรรมหรือมีการประชุม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เรื่องอะไรมาจะมีการบอกกล่าวเพื่อนที่ไม่ได้มาร่วมกิจกรรมหรือบอกเพื่อนบ้าน นอกจากนั้นยังมีการติดแผ่นโปสเตอร์ในหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้ที่เห็นช่วยกระจายข่าวให้.....”

2) ผู้สูงอายุต้องการแหล่งข้อมูลสื่อสุขภาพ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง ภายหลังได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุต้องการความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่สามารถออกกำลังกายพร้อม ๆ กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการเคลื่อนไหวที่ใช้พลังงานเพิ่มในระหว่างวัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุต้องการเข้าถึงแหล่งความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ คุณประโยชน์ที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังตัวอย่างความคิดเห็น

“.....บางทีก็ต้องการความมั่นใจเวลากินอาหารหรือออกกำลังกาย เพราะปัจจุบันนี้โฆษณาจากทีวี วิทยูมีเยอะมาก ฟังกันทั้งวัน บ่อย ๆ เข้าก็เกิดความลังเลว่าข้อมูลที่ได้ยินมานั้นเชื่อถือได้หรือไม่”

“.....อยากให้โรงเรียนผู้สูงอายุมีห้องสมุดที่มีหนังสือเกี่ยวกับสุขภาพที่อ่านง่าย ๆ หรือมีสื่อการสอนอื่น ๆ เพราะหนังสือที่มีตัวหนังสือมากเกินจะไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ เนื่องจากสายตาไม่ดี บางคนอ่านหนังสือไม่ค่อยออก.....”

2.4 โรงเรียนผู้สูงอายุต้องการสร้างภาวะพหุผลให้กับผู้สูงอายุที่ต้องการอุทิศตนเพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทรงคุณค่าให้กับโรงเรียนผู้สูงอายุที่ต้องการและผู้สูงอายุด้วยกันเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1) โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายเห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นภูมิปัญญาที่ทรงคุณค่า สามารถเป็นที่พึ่งในการแก้ไขปัญหาให้ผู้อื่น เป็นที่ปรึกษาที่เข้าถึงได้สะดวก ยังได้รับความนับถือของคนรอบข้าง ดังตัวอย่างความคิดเห็น “.....”

“.....อยู่มานานลูกหลานรู้จัก ตกเดือนอะไรเขาก็พอเชื่ออยู่บ้าง เขาคงเห็นว่าเราปฏิบัติธรรม สร้างความดี เสียสละ เป็นตัวอย่างให้เขาเห็น วันนี้เขาอาจจะมองว่าเราทำอะไรกัน แต่วันหนึ่งเขาเป็นคนวัยเรา เขาก็จะเข้าใจและทำอย่างที่เราทำ อยากฝากความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ไว้ให้กับคนรุ่นหลังใครจะมาช่วยเราได้ดีไปกว่าเราช่วยกันเอง.ไม่ได้คิดหวังค่าตอบแทน หวังเพียงแค่ให้เชื่อฟังตามที่เรานะหนักก็พอแล้ว.....”

2) ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายมองตนด้วยความรู้สึกดีและมีคุณค่า ปฏิบัติตนเป็นที่ยอมรับในความรู้ความสามารถ ยังคงมีความเชื่อมั่นในพลังและความสามารถของตนเองในการสร้างประสบการณ์ใหม่ ด้วยความมุ่งมั่นที่ต้องการบรรลุเป้าหมายของชีวิตและเห็นว่าอนาคตยังมีความหมาย ดังตัวอย่างความคิดเห็น

“.....ยังมีแรงก็อยากจะทำอะไรให้เป็นประโยชน์ ช่วยคนอื่นได้เป็นที่ตั้งนั้น ชีวิตผ่านความยากลำบากมาเยอะแล้ว คงไม่มีอะไรเหลือบ่ากว่าแรง ไม่มีอะไรใหม่ บางเรื่องก็เหมือนสมัยยังวัยรุ่น พอเราอายุมากขึ้น เรื่องเก่าหม่นเวียนมาให้เรารู้สึกแล้ว เป็นการเพิ่มประสบการณ์ของเราเข้าไปเวลาที่จะใช้บอกเรื่องราวกับคนอื่น.....”

3) ผู้สูงอายุในชุมชนมีการพูดคุยสังสรรค์กับเพื่อนและกลุ่มเพื่อน มีโอกาสแสดงความรัก ความห่วงใยต่อสมาชิกครอบครัวและต่อผู้อื่นมีกิจกรรมร่วมกับผู้ใกล้ชิด

ดังตัวอย่างความคิดเห็น

“.....เราไม่รู้จักกันแค่ในโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายเท่านั้น เรายังมีเครือข่ายโรงเรียนผู้สูงอายุทั่วทั้งจังหวัดเชียงรายอีกด้วย ทำให้ช่วยเหลือกันได้ เดียวนี้ผู้สูงอายุติดต่อกันสะดวกขึ้น เนื่องจากทุกคนมีไลน์ มีอะไรก็ส่งข่าวหากัน ถามไถ่กันได้แล้ว.....”

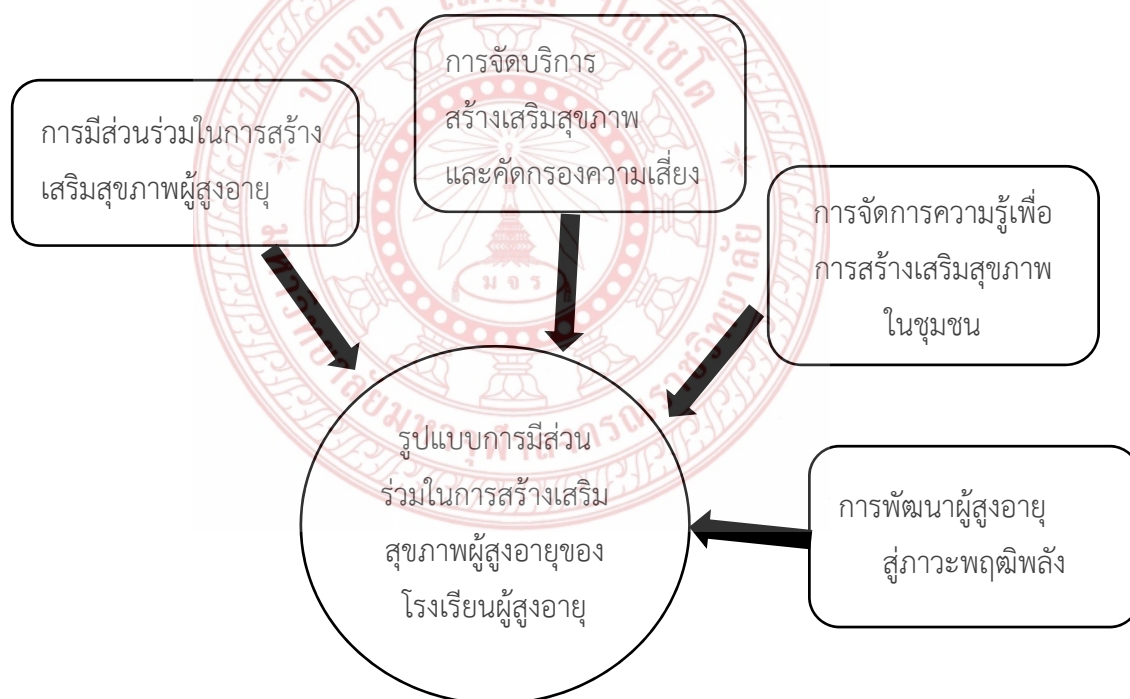
เมื่อสิ้นสุดการประชุมกลุ่ม ได้สรุปความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายและผู้สูงอายุ 4 ประการ คือ 1) การยกระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 2) ภาพทัศน์ของการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การปรับพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสก่อโรคที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงด้วยตนเอง 3) การเข้าถึงองค์ความรู้เพื่อการตัดสินใจในการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและการปรับ

มโนทัศน์ในการดูแลตนเองเพื่อการสร้างนำซ่อม และ4) การสร้างภาวะพหุผลิปลงให้กับผู้สูงอายุที่
ต้องการอุทิศตนเพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทรงคุณค่าให้กับโรงเรียนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุด้วยกันเอง

ข้อสรุปดังกล่าวได้นำมาเข้าที่ประชุมผู้สูงอายุอีกครั้ง เพื่อค้นหาแนวปฏิบัติที่ตรงตาม
ศักยภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุและบทบาทหน้าที่ของภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้ข้อสรุปสุดท้าย
ของแนวปฏิบัติจึงได้จัดทำเป็นร่างรูปแบบและแนวปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วน
ร่วมของโรงเรียนผู้สูงอายุ

3. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้สูงอายุต่างให้ความเห็นชอบในรูปแบบการมี
ส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 4
ประการ คือ ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.13 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายยังคงเป็นศูนย์กลางของการจัดบริการสร้าง
เสริมสุขภาพ ในขณะเดียวกันโรงเรียนผู้สูงอายุมิถกรรมการนักเรียนที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และ
ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและสามารถมีส่วนร่วมโดยให้การสนับสนุนการจัดบริการดังกล่าวในโรงเรียนผู้
อายุ รวมทั้งสามารถดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้โรงเรียนผู้สูงอายุยังมีผู้สูงอายุที่มี

ศักยภาพและสามารถเป็นที่พึ่งให้กับผู้สูงอายุด้วยตนเองในโรงเรียนได้ ผลการประชุมกลุ่มเพื่อค้นหาแนวปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพของแต่ละองค์ประกอบมีดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมของโรงเรียนผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่เป็นทางการคือ นักเรียนผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มที่ไม่เป็นทางการที่รวมตัวกันเพื่อการจัดกิจกรรมเฉพาะต่าง ๆ เช่น กิจกรรมในวันสำคัญของชาติ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา ดังนั้น โรงเรียนเห็นว่าทั้งสองกลุ่มดังกล่าวข้างต้นเป็นโอกาสที่โรงเรียนจะมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น แนวปฏิบัติในองค์ประกอบนี้ได้แก่

1.1 ให้ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการประชาสัมพันธ์ในวันที่มีการเรียนการสอน ผ่านเสียงตามสาย แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ตามหมู่บ้าน ร้านค้า โดยกำหนดปฏิทินการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับกิจกรรมอื่น ๆ ในโรงเรียน เช่น วันที่โรงเรียนเปิดเรียน วันสำคัญทางศาสนา กิจกรรมรณรงค์เนื่องในวันสำคัญ เป็นต้น

1.2 ให้การปรึกษาหารือ ได้แก่ จัดการประชุมกลุ่ม จัดกิจกรรมประชาคม จัดเวทีสาธารณะภายในโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มโอกาสให้นักเรียนผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มจิตอาสาอื่น ๆ ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น เสนอความต้องการ จัดลำดับความสำคัญของความต้องการ รวมทั้งร่วมวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการตอบสนองความต้องการด้านสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เป็นภาคีเครือข่าย เข้าร่วมกิจกรรม

1.3 การเพิ่มโอกาสให้โรงเรียนผู้สูงอายุเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่

1.3.1 เปิดช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้และกระตุ้นความสนใจในการเข้ามามีส่วนร่วมคิดและตัดสินใจโดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบ

1.3.2 จัดอบรมเพื่อสร้างความตระหนักในการมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่แก่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มแกนนำ กรรมการนักเรียนผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข

1.3.3 ให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถเชิงวิชาการ ควรจัดประสบการณ์เพิ่มทักษะในการดำเนินงานและการออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งวิธีการประเมินผลกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อนำมากำหนดเป็นนโยบายสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุได้

1.4 ประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มแกนนำกรรมการนักเรียนผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข

2. การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยง โรงเรียนผู้สูงอายุเห็นว่าผู้สูงอายุมีความเปราะบางด้านสุขภาพ และเห็นว่าการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพและการลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นโรงเรียนผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะมีภาพทัศน์ของการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การปรับพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสก่อโรคที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงด้วยตนเอง แนวปฏิบัติในองค์ประกอบนี้ได้แก่

2.1 ศึกษาความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างครบถ้วน ทุกมิติสุขภาพะอย่างเป็นระบบ

2.2 จัดกิจกรรมให้ความรู้เพื่อเสริมพลังการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เช่น จัดกลุ่มเรียนรู้ที่ตอบสนองความต้องการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะด้าน จัดกลุ่มเรียนรู้เพื่อการปรับพฤติกรรมจัดหน่วยบริการสุขภาพเพื่อกระตุ้นให้เกิดค่านิยมของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง

2.3 จัดอบรมเพื่อเพิ่มทักษะให้กับแกนนำผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข ในการเป็นต้นแบบหรือเป็นแกนนำของการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.4 ให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองและครอบครัว

2.5 จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมสุขภาพะทั้ง 4 มิติ รวมทั้งจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพและคัดกรองโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ

2.6 จัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลผู้สูงอายุไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขหรือหน่วยบริการสุขภาพตามสิทธิการรักษาพยาบาล

3. การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้สูงอายุเห็นว่าสิ่งสำคัญในการมีพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพคือ ความรู้ที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ และการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ที่สนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและนำสู่การปรับโน้ตทัศน์ในการดูแลตนเองเพื่อสร้าง นำช่อมแนวปฏิบัติในองค์ประกอบนี้ได้แก่

3.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อให้แกนนำผู้สูงอายุ นักเรียนผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มจิตอาสาต่าง ๆ มีข้อมูลผู้สูงอายุที่ทันต่อเหตุการณ์และผู้สูงอายุมีส่วนร่วมรับรู้

3.2 จัดทำศูนย์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จัดมุมความรู้ที่มีสื่อที่หลากหลาย เช่น หนังสือ แผ่นโปสเตอร์ เสียงตามสาย แผ่นพับ ฯลฯ

3.3 นำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันในการสร้างเสริมสุขภาพ

3.4 สร้างเครือข่ายการจัดการความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในทุกมิติสุขภาพะทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีบริบทสอดคล้องกับความต้องการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. การพัฒนาผู้สูงอายุสู่ภาวะพลัดพลัง ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายที่เป็นกลุ่ม “ติดสังคม” เป็นผู้ที่ยังมีความรู้ความสามารถในการให้การช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุด้วยกันเองในโรงเรียนผู้สูงอายุได้ จึงเป็นการสมควรที่จะสร้างภาวะพลัดพลังให้กับผู้สูงอายุที่ต้องการอุทิศตนเพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทรงคุณค่าให้กับโรงเรียนผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุด้วยกันเอง มีแนวปฏิบัติในการพัฒนาศักยภาพดังกล่าวขององค์ประกอบนี้ได้แก่

4.1 พัฒนาผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมให้เป็นแกนนำผู้สูงอายุ

4.2 ค้นหาผู้สูงอายุต้นแบบด้านการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาทักษะในการเป็นแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดที่ยอมรับและเป็นต้นแบบ

4.3 สร้างเครือข่ายผู้สูงอายุระหว่างโรงเรียนผู้สูงอายุและเชื่อมโยงสู่ระดับจังหวัดเพื่อสร้างโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกมิติสุขภาพและกิจกรรมอื่น ๆ

4.4 จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มแกนนำผู้สูงอายุและผู้สูงอายุอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4.5 จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้แกนนำผู้สูงอายุ นักเรียนผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถเข้าถึงครอบครัวผู้สูงอายุด้วยกันได้มากขึ้น

4.6 เปิดโอกาสให้แกนนำผู้สูงอายุและผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้ค้นหา ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการที่ได้จากการสำรวจ

สรุปได้ว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย 2) การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยง 3) การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย และ 4) การพัฒนาผู้สูงอายุสู่ภาวะพลัดพลัง

4.4 องค์ความรู้จากการวิจัย

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดลดลง และในปี 2556 เคลื่อนตัวเป็น”สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภาวะเช่นนี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุจากการประเมินสภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุยืนยาวขึ้น แต่ก็ต้องเผชิญสภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันเกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ บุตร สมาชิกในครอบครัว อาจมีศักยภาพจำกัดในการดูแล สภาพการดำเนินชีวิตในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท ผู้สูงอายุเปรียบเสมือนผู้ที่ถูกลืมจากสังคม ต้องอยู่แต่ในบ้านอย่างโดดเดี่ยว เหงาหงอย ซึมเศร้า ลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้านหรือต่างจังหวัด การไปวัดหรือได้รวมกลุ่มในชุมชนจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญอันดับแรก เพราะได้ฟังพระเทศน์ พบเพื่อนในวัยเดียวกัน มีกิจกรรมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้มีความสุขและพบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายได้ส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีกิจกรรมออกกำลังกายที่หลากหลาย อาทิเช่น รำไทเก๊ก เต้นแอโรบิค กิจกรรมเข้าจังหวะ รำไม้พลอง รำผ้าขาวม้าเข้าจังหวะเพลง รำวงย้อนยุค เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งยังช่วยฝึกในเรื่องสมาธิ ความจำ และช่วยในการไหลเวียนของโลหิตได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลว่า ควรดื่มน้ำสะอาดจำนวนในแต่ละวัน งดเว้นการรับประทานอาหารที่มีสารปรุงแต่ง เน้นการรับประทานผักและผลไม้ มาก ๆ โดยเฉพาะผักพื้นบ้านทางภาคเหนือที่มีการรับประทานเป็นประจำ ลดการรับประทานประเภททอดต่างๆ รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้พืชสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ เช่น ฟ้าทลายโจร ขมิ้นชัน เสลดพังพอน มะแว้งรางจืด เป็นต้น

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุและเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 80 รูป/คน ดังนี้ ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเจาะจง จำนวน 60 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพและสมรรถภาพของผู้สูงอายุได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ประธานนักเรียนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย จำนวน 20 รูป/คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี แยกกันอยู่กับคู่สมรส มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ อยู่กับคู่ครองหรือบุตรหลานและมีความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดี

5.1.2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย **ผลการวิจัยพบว่า**

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุจะปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองจากผู้ที่มีความรู้ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ แต่ยังคงขาดการแสวงหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ เป็นต้น

ด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเพื่อยืดเส้นยืดสาย โดยการแกว่งแขน ยืดขา ก่อนออกกำลังกายจะมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อน โดยออกกำลังกายอยู่ที่บ้านเป็นประจำหรือไม่ก็ใช้เวลาว่างปลูกต้นไม้ ทำสวน เลี้ยงสัตว์ เนื่องจากได้เรียนรู้การออกกำลังกายมา

จากโรงเรียน ทำให้มีความคิดว่าการออกกำลังกายและเรื่องอาหารการกินเป็นสิ่งสำคัญทั้งคู่ นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีความต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้การส่งเสริมกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสได้พบปะกันมากขึ้น รวมถึงการสนับสนุนด้านสถานที่และอุปกรณ์เพื่อการออกกำลังกาย

ด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุให้ความสนใจในด้านโภชนาการดี อาทิเช่น การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว รับประทานอาหารประเภทผักลวก ผักต้ม อาหารพื้นบ้าน หลีกเลี่ยงหรือลดการใช้เครื่องปรุงรสประเภท ผงชูรส คนอร์ น้ำปลา น้ำตาล เป็นต้น ลดอาหารที่มีไขมันสูงได้แก่อาหารจำพวกของทอด ผัดหรือใส่กะทิและงดเว้นเครื่องดื่มประเภทบำรุงกำลังหรือที่มีแอลกอฮอล์

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในครอบครัว โดยจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว ในขณะที่ผู้สูงอายุบางคนมีคนในครอบครัวดูแลและคอยให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยจึงได้กำลังใจจากเพื่อนนักเรียนผู้สูงอายุด้วยกัน รวมถึงคนในครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่จะต่อสู้โรคร้ายไข้เจ็บ

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและยังนึกถึงอนาคตของตนเองและบุตรหลานอยู่เสมอ นอกจากนั้นผู้สูงอายุพยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า มีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่

ด้านการจัดการกับความเครียด ผู้สูงอายุบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ ทำให้ไม่ค่อยมีความเครียด ถ้ามีความเครียดเกิดขึ้นจะมีวิธีการปฏิบัติเพื่อคลายความเครียดและวิตกกังวล ด้วยวิธีการพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยกันเวลามาเรียนหนังสือหรือเพื่อนบ้าน เข้าวัดฟังเทศน์หรือสนทนาธรรมกับพระบ้างเป็นบางครั้งบางคราว มีการเจริญสมาธิบ้างตามโอกาส บางคนใช้วิธีการปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ นอนพักผ่อน ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น

5.1.3 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2. พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย จากการศึกษาพบว่า

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุหลายคนขาดโอกาสในการเข้าถึงสุขภาวะที่ดี ทั้งที่มีความต้องการพัฒนาและดูแลตนเอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากเรื่องเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุต้องทำงานหาเลี้ยงชีพตนเองอยู่ จึงทำให้ไม่สะดวกในการมาโรงเรียนเพื่อร่วมกิจกรรมได้ พระครูปิยวรรณพิพัฒน์ เจ้าอาวาสและผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ได้สร้างความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลพาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลางและนักเรียนผู้สูงอายุเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลได้มาตรวจสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ หลังจากนั้นจะมีการนำข้อมูลของผู้สูงอายุมาใช้ในการ

วางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลรักษาโรค ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ด้านการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายนั้น โรงเรียนได้จัดความรู้เรื่องการออกกำลังกายไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนอยู่ในหมวดวิชาชีวิต ด้านสุขภาพทางกาย: ซึ่งกำหนดให้มีกิจกรรมออกกำลังกายที่หลากหลาย อาทิเช่น รำวงย้อนยุค เต้นรอกเง็ง รำผ้าขาวม้าประกอบเพลง ออกกำลังกายประยุกต์ เต้นแอโรบิก กิจกรรมเข้าจังหวะ รำไม้พลอง รำไท่เก๊ก เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและสามารถนำความรู้ไปออกกำลังกายที่บ้านของตนเองได้

ด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุบางคนยังติดในการบริโภคอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด และมีไขมันมากและรับประทานอาหารไม่ครบทั้งห้าหมู่ ทางโรงเรียนจึงได้จัดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารดี มีประโยชน์ต่อสุขภาพแก่ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายเป็นบางครั้งคราว ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้มีการรับประทานผักพื้นบ้านทางภาคเหนือเป็นประจำควบคู่กับอาหารประเภทปลา อาหารประเภทยาลดอาหารที่มีไขมันสูงได้แก่ อาหารจำพวกของทอด ผัดหรือใส่กะทิ ผู้สูงอายุบางคนใช้พืชสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ เช่น ฟ้าทลายโจร ขมิ้นชัน เสลดพังพอน มะแว้ง รวงจืด เป็นต้น

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจุบันบุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น แยกครอบครัวหลังจากแต่งงานของบุตรหลาน ทำให้เวลาพบปะสนทนากันภายในครอบครัวน้อยลง ส่วนใหญ่บุตรหลานไม่ค่อยให้ความสนใจและตระหนักในคุณค่าผู้สูงอายุ ไม่เข้าใจสภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลเอาใจใส่ อีกทั้งสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงขึ้นลง หงุดหงิดง่าย ประกอบกับความสัมพันธ์ในครอบครัวมีลักษณะต่างคนต่างอยู่ การที่ความสัมพันธ์ของกลุ่มผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติหรือคนบ้านใกล้เรือนเคียงกันมาก่อน เมื่อได้มารวมตัวทำกิจกรรมร่วมกันจึงมีความสนิทสนมและผูกพันกัน นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมารวมตัวกันและทำกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ อาทิเช่น การเข้าวัดฟังธรรมในวันพระหรือวันสำคัญทางศาสนา รวมทั้งงานพิธีต่าง ๆ เช่น งานขึ้นบ้านใหม่ งานบุญและงานศพ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กันมากขึ้น

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยสามารถให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพได้ว่า หมายถึงการปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้ง

ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายแข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีสื่อถึงการ “สร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่” ทั้งยังเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมรวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

ด้านการจัดการกับความเครียด ถ้าผู้สูงอายุเกิดความเครียดจะมีวิธีการปฏิบัติเพื่อคลายความเครียดและวิตกกังวล ด้วยวิธีการพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยกันเวลามาเรียนหนังสือหรือคุยกับเพื่อนบ้าน นอกจากนั้นก็เข้าวัดฟังเทศน์หรือไม่ก็สนทนารธรรมกับพระบ้างเป็นบางครั้งบางคราว หรือไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา

5.1.4 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ผลการศึกษาวิจัยในภาพรวม มีดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของโรงเรียนผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุมีกลุ่มที่เป็นทางการคือ นักเรียนผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มที่ไม่เป็นทางการที่รวมตัวกันเพื่อการจัดกิจกรรมเฉพาะต่าง ๆ เช่น กิจกรรมในวันสำคัญของชาติ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา ดังนั้น โรงเรียนเห็นว่าการที่ทั้งสองกลุ่มดังกล่าวข้างต้นร่วมกันจัดทำกิจกรรมเป็นโอกาสที่โรงเรียนจะมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

2. การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพและคัดกรองความเสี่ยง โรงเรียนผู้สูงอายุเห็นว่าผู้สูงอายุมีความเปราะบางด้านสุขภาพ และเห็นว่าการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพและการลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นโรงเรียนผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะมีภาพทัศน์ของการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การปรับพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสก่อโรคที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงด้วยตนเอง

3. การจัดการความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้สูงอายุเห็นว่าสิ่งสำคัญในการมีพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพคือ ความรู้ที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ และการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ที่สนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและนำสู่การปรับโน้ตทัศน์ในการดูแลตนเองเพื่อสร้าง นำซ่อม

4. การพัฒนาผู้สูงอายุสู่ภาวะพหุพลัง ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่ม “ติดสังคม” เป็นผู้ที่ยังมีความรู้ความสามารถในการให้การช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุด้วยกันเองในโรงเรียนผู้สูงอายุได้ จึงเป็นการสมควรที่จะสร้างภาวะพหุพลังให้กับผู้สูงอายุที่ต้องการอุทิศตนเพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทรงคุณค่าให้กับโรงเรียนผู้สูงอายุและผู้สูงอายุด้วยกันเอง

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย” ได้พบประเด็นที่น่าสนใจในหลายประเด็น แต่ผู้วิจัยเห็นว่าประเด็นที่ควรจะนำมาอภิปรายผลดังนี้

5.2.1 การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุมีการปรึกษากับผู้ที่มีความรู้ แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติและปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีหมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อสร้างเสริมสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ป้องกันการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุกในชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุปรึกษาผู้ที่มีความรู้ แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นไปตามที่จันทร์เพ็ญ สันตวาจา¹ ได้รวบรวมไว้ กล่าวคือ การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก โดยบุคคลกระทำเพื่อตนเองและเพื่อผู้ต้องพึ่งพา การดูแลตนเองสามารถเรียนรู้ได้จากที่บ้าน ในโรงเรียนและจากประสบการณ์ บุคคลมีความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ ทักษะและมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุยังขาดพฤติกรรมหาความรู้หรือสิ่งใหม่ๆ ที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์

ดังนั้น ผู้สูงอายุควรแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ โดยสนใจดูโทรทัศน์และฟังวิทยุในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ อ่านหนังสือ วารสาร เอกสารแผ่นพับที่เกี่ยวกับสุขภาพ หรือพูดคุยปรึกษาปัญหาสุขภาพกับบุคลากรสาธารณสุขหรืออาสาสมัครชุมชน เพื่อการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย ด้วยการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา โดยที่ก่อนออกกำลังกาย จะมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนและผู้สูงอายุจะออกกำลังกายตามสภาวะ ไม่ถึงขั้นมีความรู้สึกว่าหัวใจเต้นเร็วและแรงจนเกินไป นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำด้วยวิธีการที่หลากหลาย ตามตารางสอนที่

¹ จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล, พิมพ์ครั้งที่ 3, (กรุงเทพมหานคร : ธนาพรส, 2550), หน้า 73.

โรงเรียนกำหนดไว้ อาทิเช่น การรำไทเก๊ก เดินแอโรบิค กิจกรรมเข้าจังหวะ รำไม้พลอง รำผ้าขาวม้า ประกอบเพลง รำวงย้อนยุค แต่ผู้สูงออกกำลังกายไม่ได้มาก เนื่องจากเมื่อออกกำลังกายจะรู้สึกว้าวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น จึงใช้การทำงานบ้านหรือกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น การปลูกต้นไม้ เดินชมสวน เป็นการออกกำลังกายแทน

ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญในการเพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงาน ปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ซึ่งวิภาพร สิทธิสาตร์และสุชาดา สนวนนุ่ม² สรุปไว้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.43

ด้านโภชนาการ พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติด้านโภชนาการในทางที่ดี เนื่องจากมีการรับประทานอาหารประเภทผักลวก ผักต้ม อาหารพื้นบ้าน หลีกเลียงหรือลดการใช้เครื่องปรุงรสประเภท ผงชูรส คนอร์ น้ำปลา น้ำตาล เป็นต้น ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว หลีกเลียงหรือลดอาหารที่มีไขมันสูงได้แก่ อาหารจำพวกของทอด ผัดหรือใส่กะทิ งดเว้นเครื่องดื่มประเภท เครื่องดื่มบำรุงกำลังหรือที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender เรื่องโภชนาการ (Nutrition) ว่าอาหารเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญกับการดำรงชีวิต จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการครบ 3 มื้อเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกวันจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ และมีการพัฒนาอย่างเต็มที่และที่สำคัญจะต้องรับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาดปลอดภัยจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคและสารเคมี จะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย ดำรงชีวิตเป็นปกติหรือทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงกันข้ามหากรับประทานไม่ได้สัดส่วนตามความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางโภชนาการ ซึ่งถ้ารับประทานอาหารไม่ครบถ้วนเพียงพอจะก่อให้เกิดโรคขาดสารอาหาร ส่วนสูงจะไม่เต็มที่ การพัฒนาการจะช้ากว่าปกติ โดยเฉพาะลักษณะทางเพศ แต่ถ้ารับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการก็จะทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วน ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีภาวะ

ดังนั้นผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย โรคที่เป็นอยู่และสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการบริโภค

² วิภาพร สิทธิสาตร์และสุชาดา สนวนนุ่ม, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก, (พิษณุโลก : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก, 2550), หน้าบทความ.

อาหารของผู้สูงอายุ ดังนั้น การจัดอาหารจึงควรคำนึงถึงสภาพร่างกายและจิตใจด้วย มิใช่คุณค่าทางโภชนาการเท่านั้น³

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุยังมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวและเพื่อนบ้าน ตลอดทั้งร่วมสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้านให้การพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงกัน จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการผู้สนใจ ผู้ร่วมทุกข์ร่วมสุข ผู้ยอมรับนับถือ เป็นวัยที่มีเวลาว่างมาก จากการหยุดประกอบอาชีพ พฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือเมื่อญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ซึ่งควรได้รับการแก้ไขให้มีสัมพันธภาพกับญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสดชื่น

ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ ทั้งวัยเดียวกันและต่างวัย นอกเหนือไปจากสมาชิกในครอบครัวและญาติพี่น้อง แม้ว่าศูนย์กลางของสัมพันธภาพทางสังคมจะเน้นในครอบครัวก็ตาม การร่วมกิจกรรมทางสังคม งานพิเศษและงานอดิเรกเป็นหนทางสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลด้วย⁴

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้สูงอายุมีการยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยยังมีการนึกถึงอนาคตอยู่เสมอ ทั้งนี้ผู้สูงอายุบางคนยังไม่สมหวังในสิ่งที่ต้องการ พฤติกรรมที่ปฏิบัติ น้อยที่สุดคือผู้สูงอายุสมหวังในสิ่งที่ต้องการ เนื่องจาก การที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปในทางเสื่อม ย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยตรงแล้ว ด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมก็มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ไม่พอใจในสภาพที่เป็นอยู่ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจตนเอง จึงไม่ค่อยได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนซึ่งป็นดดา พาลี⁵ ได้สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านจิตใจ เมื่อร่างกายเปลี่ยนไปทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่สับสนเกิดจากการขาดความรัก การดูแลอย่างใกล้ชิดจากลูกหลาน ไม่มีเพื่อนพูดคุย ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเศร้าซึม มีเรื่องครุ่นคิดและวิตกกังวลตลอดเวลา มองตนเองว่าไม่มีความสำคัญไร้ความสามารถ

ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ จึงควรส่งเสริมผู้สูงอายุให้รับรู้ความจริงอย่างมีประสิทธิภาพ การยอมรับตนเอง การแสดงความคิดและ

³ บรรลุ ศิริพานิช, **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์**, (กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน, 2537), หน้า 120.

⁴ ศรีเรือน แก้วกังวาล, **จิตวิทยาพัฒนาการ**, พิมพ์ครั้งที่ 4, (กรุงเทพมหานคร : ประกายพริก 2530), หน้า 255.

⁵ ปนัดดา พาลี, **กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนบ้านโนนคูณและบ้านโนนคำ ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ**, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2552) หน้าบทคัดย่อ.

พฤติกรรมต่าง ๆ ตามสภาพธรรมชาติ การเอาใจใส่ต่อสวัสดิการของมนุษย์ มีความห่วงใยสังคม ประเทศชาติ มีความประทับใจในประสบการณ์พื้นฐานอย่างลึกซึ้ง สร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างจริงใจและเข้าใจชีวิตจากโลกทัศน์ที่มีเป้าหมาย โดยมีความคิดสร้างสรรค์

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความเครียด เนื่องจากบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิต ซึ่งผ่านการเผชิญปัญหามากจึงทำให้รู้สึกว่าการแก้ปัญหาสามารถแก้ไขได้พฤติกรรมที่ทำน้อยที่สุดคือ พฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือผู้สูงอายุปฏิเสธคำขอร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส เนื่องจากเมื่อมีผู้มาขอความช่วยเหลือผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ปฏิเสธถ้ากิจกรรมนั้นไม่หนักจนเกินไป

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการจัดการกับความเครียด สามารถทำได้สะดวก เมื่อลูกหลานแยกครอบครัวออกไป ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาในการใช้ชีวิตร่วมกับคู่สมรสมากขึ้น สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตสมรสในช่วงนี้คือ การเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ร่วมคิดแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งการพูดคุยหรือระบายความทุกข์ใจให้ผู้ใกล้ชิดได้รับทราบ ก็ถือว่าเป็นการผ่อนคลายความเครียดหนทางหนึ่งเช่นกัน

สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นวาระที่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน รวมทั้งชุมชนและครอบครัวให้ความสำคัญทั้งเพื่อตอบสนองนโยบายระดับชาติและตอบสนองความต้องการตามมิติสุขภาวะของผู้สูงอายุเอง

5.2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ดำเนินการโดยใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการประชุมกลุ่ม ผลการศึกษาอภิปรายดังนี้

กระบวนการพัฒนารูปแบบ

องค์ประกอบของรูปแบบที่เป็นผลผลิตของการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้และตอบสนองแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564)⁶ ว่าด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองได้และมีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 กลุ่มวัยสูงอายุ ระบุให้ผู้สูงอายุได้รับการ

⁶ คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี, แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564), (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว. 2545), หน้า 24 - 29.

ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีศักยภาพและเข้าถึงได้ รวมทั้งสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวได้ว่าองค์ประกอบและแนวปฏิบัติของรูปแบบที่เป็นผลผลิตของการวิจัยนี้ สอดคล้องกับเป้าหมายที่แผนดังกล่าวระบุอย่างตรงประเด็น นอกจากนี้แนวปฏิบัติยังวิเคราะห์ เพื่อจัดกลุ่มตามกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพได้ครบถ้วนคือการชี้แนะ (advocate) การเพิ่มขีดความสามารถระดับบุคคล (enable) การเป็นสื่อกลาง (mediate) อย่างเชื่อมโยงกัน

เครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วมของโรงเรียนผู้สูงอายุหัวฝาย

การวิจัยครั้งนี้เครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลาง ซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐผู้จัดบริการสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุ ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ผลการประชุมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เห็นว่าผู้สูงอายุด้วยกันเองควรเป็นส่วนหนึ่งในการมีส่วนร่วมดังกล่าว ด้วยความรู้ความสามารถในตนเองและการเป็นที่เคารพเชื่อถือของสมาชิกผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุและเห็นว่าการมีโรคประจำตัว นอกจากจะไม่เป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุแล้ว ยังเป็นโอกาสในการถ่ายทอดประสบการณ์ของความสำเร็จในการดูแลตนเองที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

กระบวนการวิจัยที่นำสู่การได้มาของรูปแบบ

การพัฒนาารูปแบบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายมีกระบวนการแตกต่างกันเช่น การศึกษาของอรรวรรณ แผนคงและสุนทรีย์ คำเพ็ง⁷ ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยการระดมความคิดเห็นจากชุมชน ร่วมค้นหาปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ร่วมวางแผนการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและประเมินโครงการ การศึกษาของจินตหรา เดชบุรีรัมย์ และ คณะ⁸ ใช้วิธีการเชิงระบบ กล่าวคือ เริ่มต้นด้วยการวางแผน จากนั้นจึงจัดกิจกรรมตามแผนและประเมินผล

⁷ อรรวรรณ แผนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง, ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ, **คอลัมน์การสร้างเสริมสุขภาพ**, สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ สสส., ประจำปี 2551, หน้า 1.

⁸ จินตหรา เดชบุรีรัมย์ และคณะ, **การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์**, รายงานวิจัย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองฝ้าย อ.หนองหงส์ จ.บุรีรัมย์, 2556, หน้า 153.

ในขณะที่การศึกษาของเกวลี เครือจักร และสุนทรี สุรัตน์⁹ ใช้การวิเคราะห์ SWOT การศึกษาของเพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ ปนัดดา ปรียพถุฒ และญาณิศา โชติกะคาม¹⁰ กระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เริ่มต้นด้วยการสร้างทีมแกนนำ ในขณะที่การวิจัยนี้ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการและนำแนวคิดระดับและขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน อรทัย ก๊กผล¹¹ มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดผลผลิตของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งต้องการการนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปใช้จริง ผู้เข้าประชุมเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจากโครงสร้างที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมสามารถดำเนินการได้หลายแนวทางที่ก่อให้เกิดบรรลุผลลัพธ์ในประเด็นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าทุกการศึกษาที่ระบุข้างต้นได้ นำข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นส่วนนำในการพัฒนารูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการด้าน สุขภาพตามสถานการณ์จริงของผู้สูงอายุในพื้นที่การวิจัย

ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของการวิจัยนี้มาจากโครงสร้างของโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีหน่วยงานที่เป็นทางการเข้าร่วมจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความคุ้นเคยกับบทบาทและขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะและกิจกรรมเพื่อสุขภาพของชุมชน นอกจากนี้โรงเรียนผู้สูงอายุมีแหล่งประโยชน์ในการจัดกิจกรรมสุขภาพ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน นักเรียนผู้สูงอายุ วัด มีหน่วยงานภาครัฐ คือ โรงพยาบาลพานและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันกลางที่เป็นผู้รับผิดชอบจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์และยุวดี รอดจากภัย¹² ที่สนับสนุนว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนที่จะดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตนเองได้ และ

⁹เกวลี เครือจักร และสุนทรี สุรัตน์, รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายภาคประชาสังคมและชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย, วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, ปีที่ 3 (2), 2558, หน้า 162.

¹⁰เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ, ปนัดดา ปรียพถุฒ, ญาณิศา โชติกะคาม, กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค, วารสารพยาบาลทหารบก, ปีที่13 ฉบับที่ 2 (พ.ค. -ส.ค.) 2555, หน้า 8.

¹¹อรทัย ก๊กผล, **คู่มือ คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น**, (กรุงเทพมหานคร : จรัสสินทวงค์การพิมพ์, 2552), หน้า 22 - 26.

¹²ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์และยุวดี รอดจากภัย, การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย, วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2557, หน้า 39.

การศึกษาของ วรารวรรณ ฐาปนธรรมชัย และกลมพร สอนศรี¹³ ที่ระบุว่ากลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย 1) กลยุทธ์การส่งเสริมการประชาสัมพันธ์เชิงรุก 2) กลยุทธ์การเสริมสร้างความรู้แก่ประชาชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน 3) กลยุทธ์การประเมินแบบเสริมพลังอำนาจ และ 4) กลยุทธ์การสร้างจิตสำนึกการให้บริการเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมให้กับประชาชน ซึ่งผลการวิจัยนี้ได้ค้นพบแนวปฏิบัติในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกับการศึกษาดังกล่าว

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายควรมีการสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะสงฆ์จังหวัดเชียงราย องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในการร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุ

1.2 โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนหน่วยงานอื่น ๆ ในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เป็นต้น ช่วยกันส่งเสริมให้กิจกรรมดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง โดยเข้ามามีบทบาทในการอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น ให้มีรถรับ-ส่ง ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น

1.3 โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายควรส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมให้มากที่สุด และให้ความยอมรับในศักยภาพของทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม โดยควรคำนึงถึงปัจจัยและสภาพแวดล้อมของกลุ่มรวมถึงข้อจำกัดด้วย

5.3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป
2. ควรมีการวิจัยหารูปแบบในการส่งเสริมการออกกำลังกายให้ต่อเนื่องยั่งยืนโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลและระดับอำเภอและการสร้างสื่อที่มีประสิทธิภาพ

¹³ วรารวรรณ ฐาปนธรรมชัยและกลมพร สอนศรี, กลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ในการพัฒนาเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม, วารสารวิทยบริการ, ปีที่ 24 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2556.

บรรณานุกรม

ก. หนังสือ

1 ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. ความเครียดของคนไทย : การศึกษาระดับชาติ ปี 2546.

กรุงเทพมหานคร : ป๊ายอน พับลิชชิง. 2546.

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร :

องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2540.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนผู้สูงอายุ

แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

2545.

จรรยาพร ธรณินทร์. การส่งเสริมสุขภาพคนยุคใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ต้นอ่อน. 2542.

จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส. 2550.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี :

สถาบันพระบรมราชชนก. โครงการสวัสดิการวิชาการ. 2541.

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. การมีส่วนร่วมหลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง. กรุงเทพมหานคร

: 598 print. 2546.

ทองพูล บุญยมาลิก. อุทิศ เชาวลิต. วนิดา ธนศุภาเวช. นฤมล นิตยจินต และสรรเสริญ อินทร์ตัน.

ความจริงของชีวิต The meaning of life. กรุงเทพมหานคร : สถาบันราชภัฏ- สวน

ดุสิต. 2544.

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชน. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล. ศูนย์-

ศึกษานโยบายสาธารณสุข. 2527.

บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน. 2537.

บุญชม ศรีสะอาด. การพัฒนาหลักสูตรและการวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตร. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยา-

สาส์น. 2546.

ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. วิวัฒนาการและโครงสร้างการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

และไม่ติดต่อในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2542.

ประนอม โอทกานนท์. ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการงานวิจัยและบทเรียนจาก

ประสบการณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย. 2554.

- ประเวศ วะสี. **บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพอภิวัดน์ชีวิตและสังคม**. กรุงเทพมหานคร : หมอ-
ชาวบ้าน. 2541.
- พิสมัย จันทรวิมล. **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.
- ไพรัตน์ เดชะรินทร์. **นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบัน
ของประเทศไทยในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา**. กรุงเทพมหานคร :
ศักดิ์โสภณาการพิมพ์. 2527.
- ฝน แสงสิงแก้ว. **ข้อคิดบางประการในเรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : บ้านบางแค.
2526.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี
2559**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทพรินเตอร์ จำกัด 999. 2560.
- ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. **หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท**. กรุงเทพมหานคร : ไทยอนุเคราะห์ไทย.
2526.
- วราภรณ์ คาร์ศ. สุสารี ประคินกิจ. **หลักการและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร :
มหาวิทยาลัยสยาม. มปท.
- วิรัช วณิชการณ. **ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญของการพัฒนาชุมชน : ประชาชนข้าราชการและผู้นำ
รัฐบาล**. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์. 2530.
- วันดี โภคะกุล และคณะ. **การศึกษาคุณลักษณะผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเกิน 100 ปี พ.ศ.2539**. นนทบุรี
: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2541.
- ลักขณา เต็มศิริชัยกุล. **ภาคีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์. 2541.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. **จิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ประกายพริก. 2530.
- _____. **จิตวิทยาเด็กที่มีลักษณะพิเศษ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน. 2545.
- สิริอร วิชชาวุธ และคณะ. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา. 2554.
- สุจินต์ ปรีชาสามารถ. **สุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒ. 2535.
- สุพัตรา สุภาพ. **ปัญหาสังคม**. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช. 2543.
- สุเทพ ธรรมะตระกูล. **การวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์.
เพชรบูรณ์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ สถาบันวิจัยและพัฒนา, 2552.**
- สุรกุล เจนอบรม. **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2534.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. **วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์. 2541.

สุรางค์ ไคว์ตระกูล. **จิตวิทยาการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2541.

เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. **หลักโภชนาการปัจจุบัน**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช. 2541.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ. 2555 – 2559**. กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี. มปป.

อคิน รพีพัฒน์. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา**. กรุงเทพมหานคร : ศักดิ์โสภารพิมพ์. 2525.

อรรถัย กักผล. **คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับนักบริหารท้องถิ่น**. กรุงเทพมหานคร : จรัสสินทวงศ์การพิมพ์. 2552.

อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ. **การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2554.

อาภรณ์ ใจเที่ยง. **หลักการสอน ฉบับปรับปรุง**. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์. 2546.

2 ภาษาอังกฤษ

Edgar Dale. **Audiovisual Methods in Teaching**. New York : Holt Rinehart and Winston. 1969.

Orem.D.E.. **Nursing. Concepts of practice**. St. Louis. MO : Mosby. 1995.

Pender. N.T. **Health promotion in nursing practice**. 2nd ed.. Stamford. CT : Appleton and Lange. 1987.

Pender.N.J. **Health promotion in nursing practice**3rded.. Stamford. CT : Appleton and Lange. 1996.

Thorndike RE. **Measurement and Evaluation in Psychology and Education**. New York : John Wiley and Sons. 1955.

WHO and UNICEF. **Strategies Utilized by School Superintendents in Establishing Participatory Linkages with the district Community**. New York : The University of Wisconsin. 1978.

ข. วิจัย

ดารารัตน์ จำเกิด และคณะ. แนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. 2555.

ถนอมศักดิ์ บุญสุ. รูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในการสร้างคุณค่าให้กับตนเองและชุมชนบ้านดอนกลางใต้ ต.ธาตุ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี. รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. 2551.

บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนและแข็งแรง. รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข. 2531.

ปนัดดา พาลี. กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนบ้านโนนคูณและบ้านโนนคำ ตำบลโนนค้อ อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ. รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. 2552.

ประยูทธ พานิชนอก. กระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการเสริมสร้างคุณค่าภูมิปัญญาผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลตำบลบ้านกรวดปัญญาวัฒน์ อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. 2551.

เยาวลักษณ์ วงษ์ประภารัตน์. การศึกษาระบบเสริมสร้างสุขภาพสู่แนวทางการพัฒนาของกลุ่มผู้สูงอายุบ้านสันทรายหลวง อ.สันทราย จ.เชียงใหม่. รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. 2554.

วิภาพร สิทธิศาสตร์และสุชาดา สนวนุ่ม. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. รายงานวิจัย. พิษณุโลก : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก. 2550.

สาคร อินทไธโล่. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดมหาสารคาม. รายงานวิจัย. มหาสารคาม : วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. 2551.

ค. วารสาร

เกวลี เครือจักร และสุนทรี สุรัตน์. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายภาคประชาสังคมและชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. วารสารการพัฒนาชุมชนและ คุณภาพชีวิต. ปีที่ 3 (2), 2558.

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ ปนัดดา ปรียทฤดม ญาณิศา โชติกะคาม. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
อย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค. **วารสารพยาบาลทหารบก.** ปีที่ 13 ฉบับที่ 2
(พ.ค. - ส.ค.) 2555.

ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์และยุวดี รอดจากภัย. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. **วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา :** ปีที่ 9 ฉบับ
ที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2557.

ผจงสุข เนียมประดิษฐ์. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนิสิตมหาวิทยาลัยใน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **ดุษฎีนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนา
สังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม.** ปี
ที่ 8 ฉบับที่ 1 ปีการศึกษา 2555.

วรารวรรณ ฐาปนธรรมชัยและกลมพร สอนศรี. กลยุทธ์การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนใน
การพัฒนาเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. **วารสารวิทย
บริการ.** ปีที่ 24 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2556.

วิเชียร เกตุสิงห์. “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็ผิดพลาดได้,” **ข่าวสาร
การวิจัยการศึกษา.** 18(3) : 8 – 11 กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2538. 2538.

ปิ่นนเรศ กาศอุดม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบล
บางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า
จันทบุรี.** ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 มีนาคม - สิงหาคม 2554.

ระวี สัจจโสภณ. แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพหุฒิปลงในผู้สูงอายุ. **วิทยาสาร
เกษตรศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์.** 2556. ก.ย. - ธ.ค.

อรรวรรณ แผนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง. ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรม
การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
ผู้สูงอายุ. **คอลัมน์การสร้างเสริมสุขภาพ.** สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ สสส.
ประจำปี 2551. Vol. 16 No. 1

Gagne. R.M. The Learning Requirements for Enquiry. **Journal of Research in Science
Teaching.** 1963.

ง. ข้อมูลออนไลน์

มิ่งขวัญ ศิริโชติ. เอกสารประกอบการเรียนชุดที่ 1 วิชาสุขศึกษา(เพิ่มเติม). ข้อมูลออนไลน์. เข้าถึง
ได้จาก. <http://krumingkwan.com/workmanship.html>.

สถานีพัฒนาสังคม. 13 มีนาคม พ.ศ. 2559. โรงเรียนผู้สูงอายุ การเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุ และการ
สร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน. แนวหน้า. ข้อมูลออนไลน์. เข้าถึงได้จาก
www.naewna.com/lady/columnist/10914





ภาคผนวก ก

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ทุกข้อตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์โดยภาพรวม คำตอบของท่านจึงไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านและคำตอบจะถือเป็นความลับ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน ให้ครบทุกข้อ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้สูงอายุคงให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอขอบคุณที่ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุมากที่สุด

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

- () ชาย () หญิง

2. อายุ

- () 60 – 64 ปี () 65 – 69 ปี
() 70 – 74 ปี () มากกว่า 74 ปี

3. สถานภาพสมรส

- () คู่(สมรส) () หย่า
() โสด () แยกกันอยู่
() หม้าย

4. การศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ

- () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า
() ระดับประถมศึกษา () ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() ระดับมัธยมศึกษา () อื่นๆ(โปรดระบุ)

5. การประกอบอาชีพ

- () ไม่มีอาชีพ () เกษตรกรรม
() รับจ้าง () ราชการบำนาญ
() ค้าขาย () อื่นๆ (ระบุ).

6. ความเพียงพอของรายได้

- () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
() มีเหลือเก็บ () มีหนี้สิน

7. สัมพันธภาพภายในครอบครัว

- () อยู่คนเดียว () อยู่กับบุตรหลานหรือญาติ
() อยู่กับคู่ครอง () อยู่กับคนอื่น
() อยู่กับคู่ครองหรือบุตรหลาน

8. ความรู้สึกต่อสุขภาพ

- () ดีมาก () ปานกลาง
() ดี () ไม่ดี

ตอนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ผู้สูงอายุคิดว่าถูกต้อง

เกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 4-6 วัน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-3 วัน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติเลย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับกรปฏิบัติ

พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านที่ 1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1. ท่านปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้ที่มีความรู้				
2. ท่านปรึกษากับคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ				
3. ท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ				
4. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น				
5. ท่านสังเกตอาการผิดปกติในตัวเอง				
6. ท่านบอกเล่ากับญาติเมื่อรู้สึกไม่ค่อยสบาย				
7. ท่านหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์				

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ด้านที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย				
1. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน นานครั้งละประมาณ 30 นาที				
2. ในขณะที่ออกกำลังกาย ท่านรู้สึกผ่อนคลายและสนุก				
3. หลังการออกกำลังกายท่านมีการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติ				
4. ท่านทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา				
5. ก่อนออกกำลังกาย ท่านมีการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย				
6. ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก				
7. ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น				
องค์ประกอบที่ 3 โภชนาการ				
1. ท่านรับประทานผัก				
2. ท่านรับประทานผลไม้				
3. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว				
4. ท่านเคี้ยวอาหารช้า ๆ ให้ละเอียดก่อนกลืนเมื่อรับประทานอาหาร				
5. ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด				
6. ท่านชอบรับประทานขนมหวาน				
7. ท่านชอบรับประทานอาหารประเภททอดหรือเนื้อติดมัน				
ด้านที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				
1.ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	3.35			
2.ท่านติดต่อพูดคุยหรือเยี่ยมเยียนญาติหรือเพื่อนฝูง	3.52			

พฤติกรรมกรสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
3.ท่านร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวและเพื่อนบ้านได้ดี	3.55			
4.ท่านสังสรรค์หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	3.55			
5.ท่านพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง	3.43			
6.ท่านมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ	3.58			
7.ท่านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัว	3.63			
ด้านที่ 5 ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ				
1. ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ				
2. ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว				
3. ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่				
4. ท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน				
5. ท่านรู้สึกมีความสุขและพอใจเมื่อนึกถึงชีวิตที่ผ่านมา				
6. ท่านได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ				
7. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน				
8. ท่านเป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน				
9. ท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า				
10. ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุข				
11. ท่านเตรียมพร้อมที่จะพบกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต				
12. ท่านนึกถึงอนาคตอยู่เสมอ				
ด้านที่ 6 ด้านการจัดการกับความเครียด				
1.ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น	3.43			

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
2.ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้	3.72			
3.ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ	3.68			
4.เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านจะพยายามค้นหาสาเหตุก่อน	3.35			
5.ท่านปฏิเสธคำขอร้องขอผู้อื่นบ้างในบางโอกาส	2.83			

ตอนที่ 3 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม



ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ควรมีการสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะสงฆ์จังหวัดเชียงราย องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ใน การร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุ

1.2 โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝายสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนหน่วยงาน อื่น ๆ ในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เป็นต้น ช่วยกันส่งเสริมให้กิจกรรมดำเนิน ไปได้อย่างต่อเนื่อง โดยเข้ามามีบทบาทในการอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของ ผู้สูงอายุ เช่น ให้มีรถรับ-ส่ง ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น

1.3.โรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ควรส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริม สุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วน ร่วมให้มากที่สุด และให้ความยอมรับในศักยภาพของทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม โดยควร คำนึงถึงปัจจัยและสภาพแวดล้อมของกลุ่มรวมถึงข้อจำกัดด้วย

2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ต่อไป

2.2 ควรมีการวิจัยหารูปแบบในการส่งเสริมการออกกำลังกายให้ต่อเนื่องยั่งยืนโดย การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลและระดับอำเภอและการสร้างสื่อที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

นภาพร สิทธิศาสตร์และสุชาดา สนวนุ่ม. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความ รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.

พิษณุโลก : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพบุรุษราชธานี สถาบันพระบรมราชชนก. 2550.

บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนและแข็งแรง.

กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข. 2531.

บุษยา สังขชาติ, วรวรรณ จันทวีเมืองและสุรีย์พร ชูแสง. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพใน

ผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุเทศบาลนครสงขลา. สงขลา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน.

มปป.

ภาคผนวก ค

ภาพกิจกรรม



ภาพที่ 1

คณะผู้วิจัยสัมภาษณ์พระครูปิยะวรรณพิพัฒน์ เจ้าอาวาสวัดหัวฝาย



ภาพที่ 2

คณะผู้วิจัยสัมภาษณ์คณะกรรมการผู้สูงอายุ



ภาพที่ 3

คณะผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน



ภาพที่ 4

คณะผู้วิจัยชี้แจงผู้สูงอายุในการเก็บข้อมูล



ภาพที่ 5
คณะผู้วิจัยชี้แจงการวิจัยแก่ผู้สูงอายุ

ภาพที่ 6
คณะผู้วิจัยให้คำแนะนำในการตอบแบบสอบถามผู้สูงอายุ



ภาพที่ 7
ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถาม

ภาพที่ 8
กิจกรรมหน้าเสาธงก่อนเข้าเรียนของนักเรียนผู้สูงอายุ



ภาพที่ 9

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาพที่ 10

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ



ภาพที่ 12

การร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ



ภาพที่ 12

ถ่ายภาพหมู่ผู้สูงอายุ



ภาคผนวก ง

ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์/กิจกรรมที่วางแผนไว้
และกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาและผลที่ได้รับของโครงการ

เรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ
วัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย

1. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย

1.2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย

1.2. เพื่อเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย

สรุปผลการดำเนินการตามแผนงาน/กิจกรรมตาม Proposal ในรอบ 12 เดือน

ตามแผนงาน		ปฏิบัติจริง	สนับสนุน วัตถุประสงค์	ร้อยละ ความพึงพอใจต่อ ผลสำเร็จ
กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผลที่ได้จริง		
1. ศึกษาข้อมูลการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	ทำให้เข้าใจการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชัดเจนขึ้น	ได้ทราบถึงการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ปรากฏในเอกสารทางวิชาการต่าง	ข้อที่ 1	100 %
2. การสำรวจพื้นที่และเก็บข้อมูลข้อมูลพื้นฐานของโรงเรียนผู้สูงวัดหัวฝาย	ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย	ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย	ข้อ 1	100 %

ตามแผนงาน		ปฏิบัติจริง	สนับสนุน วัตถุประสงค์	ร้อยละ ความ พึง พอใจต่อ ผลสำเร็จ
กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผลที่ได้จริง		
	ตำบลสันกลาง อำเภอ พาน จังหวัดเชียงราย	ตำบลสันกลาง อำเภอ พาน จังหวัดเชียงราย		
3. การสัมภาษณ์ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ครูผู้สอน นักเรียนโรงเรียน ผู้สูงอายุวัดหัวฝาย	ข้อมูล ความคิดเห็นของ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ครูผู้สอน นักเรียนโรงเรียน ผู้สูงอายุในด้านการ สร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ	ทราบถึงข้อมูล ความ คิดเห็นของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูผู้สอนนักเรียน โรงเรียนผู้สูงอายุในด้าน การสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ	ข้อที่ 1-3	100 %
4. การเก็บข้อมูลจาก ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ครูผู้สอน นักเรียนโรงเรียน ผู้สูงอายุวัดหัวฝาย จำนวน 20 รูป/คน	ในด้านข้อมูลพื้นฐาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุของ โรงเรียนผู้สูงอายุ	ได้ทราบข้อมูลด้านการ สร้างเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุของโรงเรียน ผู้สูงอายุ	ข้อที่ 2-3	100 %
5. กิจกรรมอื่นและการ รายงานความก้าวหน้า	เสนอรูปแบบการมีส่วน ร่วมในการสร้างเสริม สุขภาพผู้สูงอายุของ โรงเรียนผู้สูงอายุ วัดหัวฝาย ตำบลสัน กลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	ได้รูปแบบการมีส่วนร่วม ในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุของโรงเรียน ผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอ พาน จังหวัดเชียงราย	ข้อที่ 1-3	100 %

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อ มจร.

- การตรวจรายงานความก้าวหน้าแต่ละครั้งควรแจ้งให้ผู้วิจัยทราบด้วยว่าผ่านหรือต้อง
ปรับปรุงตรงไหนอย่างไร

ลงนาม.....

(ดร.ฤทธิชัย แกมนาค)

หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน

วันที่ 24 เดือน พฤษภาคม 2562



ภาคผนวก จ

ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่วางแผนไว้
และกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาและผลที่ได้รับของโครงการ

โครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียน
ผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

Output		ในกรณีล่าช้า (ผลสำเร็จไม่ถึง 100%) ให้ระบุสาเหตุและการแก้ไข
วัตถุประสงค์/กิจกรรมในข้อเสนอโครงการวิจัย	ผลสำเร็จ%	
วัตถุประสงค์การวิจัย		
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	100 %	
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	100 %	
3. เพื่อเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย	100 %	
1. ศึกษาสภาพทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย	100 %	
2. ศึกษาแนวคิด องค์ความรู้ และสาระสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	100 %	
3. ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ	100 %	
4. ศึกษาแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ วัดหัวฝาย ในทัศนะของนักเรียนผู้สูงอายุ/หรือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง	100 %	
5. เสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ	100 %	

ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย		
6. รายงานฉบับสมบูรณ์	100 %	
7. บทความการวิจัย	100 %	

ลงนาม.....

(ดร.ฤทธิชัย แกมภาค)

หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน

วันที่ 24 เดือน พฤษภาคม 2562



ภาคผนวก ฉ
รายชื่อผู้ให้ข้อมูล

1. พระครูปิยวรรณพิพัฒน์ เจ้าอาวาสและผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
2. นางชมพร ศรีเงิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพาน
3. นางจินดา ดารานนท์ ครูโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
4. นายนิรันดร์ แปงคำ ผู้อำนวยการสถานการเรียนรู้ภาคประชาสังคม(จิตอาสา)
5. นาง ศิรประภา วณิชพิพัฒน์กุล เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน
6. นางสาว.นพรัตน์ เมืองมาลี ครูอาสา
7. นางสาวจันทร์เพ็ญ ตัวลือ ครูอาสา
8. นางอัจฉิมา รินเที่ยง ครูอาสา
9. นางละมัย จันทร์ทะรัง ครูอาสา
10. นางจิราพรรณ คงไทย ปรชาญด้านความรู้วิชาการ(จิตอาสา)
11. นางอำไพ เชื้อเมืองพาน ประธานนักเรียนผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
12. นางสมพร วง วงศ์แก้ว ประธานกลุ่มโรงเรียนผู้สูงอายุ
13. นางหนูพร ยศเมือง รองประธานนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
14. นางบัวลอย เมืองมาเหล่า กรรมการนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
15. นางบัวคำ ศรีตาบุตร นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
16. นายบุญมา กันไชยา นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
17. นายอนุพงษ์ ม้าคง นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
18. นายสุภาพ วงศ์แก้ว นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
19. นางพิศมัย วงศ์แก้ว นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
20. นางพัชรา ชัยรังสี นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
21. นางจันทร์ ตาแปง นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
22. นางศิริณี สมบัติ นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
23. นางอำไพ เชื้อเมืองพาน นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
24. นางจันทร์รา วงศ์จินดา นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย
25. นางภัทราพร พงษ์สวัสดิ์ นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย

ภาคผนวก ข
ประวัติผู้วิจัยและคณะ

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ /นามสกุล ดร.ฤทธิชัย แกมनाค
2. วัน เดือน ปีเกิด 15 กันยายน 2507
3. วุฒิการศึกษา ศศบ.(รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ.2530
MA(Pol.Sc.) Banaras Hindu University India พ.ศ. 2544
Ph.D. (Soc.Sc.) Magadh University India พ.ศ. 2550
4. ตำแหน่ง อาจารย์ประจำ วิทยาลัยสงฆ์เชียงราย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
5. ที่อยู่ วิทยาลัยสงฆ์เชียงราย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57000
โทรศัพท์ 0-5371-7055, มือถือ 08-3573-7683
โทรสาร 0-5371-5876
E-mail kamnak2507@gmail.com

ประวัติผู้ร่วมวิจัย 1

1. ชื่อ ฉายา/นามสกุล นางสุภัชชา พันเลิศพาณิชย์
2. วัน เดือน ปีเกิด 29 พฤษภาคม 2507
3. วุฒิการศึกษา กศ.บ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2530
รปศ. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 2555
4. ตำแหน่ง นักวิจัยอิสระ
5. ที่อยู่ 649/2 ถนนวัดใหม่หน้าค่าย ซอย 15 ตำบลเวียง
อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57000
โทรศัพท์ มือถือ 08-8859-5537
E-mail kataynoi21@gmail.com